

Universidad Siglo 21



Trabajo Final de Grado - Plan de Intervención

Licenciatura en Psicología

“Psicoprofilaxis Quirúrgica: un dispositivo basado en FACT para el ámbito hospitalario”

Nogarol, Luciana María

PSI02907

Director de Tesis: Dr. Y Lic. Rubén M. Pereyra

Córdoba, junio 2020

Índice

Resumen.....	4
Introducción.....	5
Presentación de la Línea Estratégica de Intervención.....	7
Síntesis de la organización.....	10
Delimitación del Problema/Necesidad Objeto de Intervención.....	16
Objetivos.....	19
Objetivos Generales y Específicos.....	19
Justificación.....	20
Marco Teórico.....	25
Capítulo 1: Contextualización.....	26
1.1 Historia y Antecedentes.....	26
1.2 Psicología de la Salud: El proceso Salud-Enfermedad....	30
1.3 El Campo Interdisciplinar.....	32
Capítulo 2: Población.....	39
Capítulo 3: Psicoprofilaxis Quirúrgica.....	42
3.1 Intervención Quirúrgica.....	42
3.2 Profilaxis.....	45
3.3 Psicoprofilaxis.....	46
3.4 Psicoprofilaxis Quirúrgica.....	47

Capítulo 4: Taller Psicoeducativo de Tiempo Limitado.....	50
4.1 Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	50
4.2 Terapia Focalizada de Aceptación y Compromiso (FACT)	53
4.3 ACT y FACT en grupos.....	55
4.4 Taller.....	60
Plan de Intervención.....	63
Taller Psicoeducativo de Tiempo Limitado.....	64
Entrevista Pre-Grupo.....	65
Encuentro-Taller.....	66
Intervención Quirúrgica.....	70
Cuestionario On-line.....	71
Diagrama de GANTT.....	72
Recursos.....	73
Presupuesto.....	74
Evaluación.....	75
Resultados esperados.....	77
Conclusiones.....	80
Referencias.....	86
Anexos.....	91

Resumen

En un contexto de cambios y nuevas perspectivas en el ámbito de la Salud Mental, las instituciones de salud son sede de nuevos desafíos, enmarcados en las bases filosóficas y epistemológicas del nuevo paradigma de salud que nos atraviesa.

El énfasis en las practicas preventivas y la atención integral de los seres humanos como objetivos, nos motivan a profundizar las acciones interviniendo en espacios y ante problemáticas diversas. Intervenir en materia de Psicoprofilaxis Quirúrgica, nos acerca a éstos objetivos en el ámbito hospitalario. Espacio de encuentro, además, entre la práctica médica y psicológica.

Este trabajo propone la aplicación de un dispositivo focalizado de tiempo limitado, basado en la línea terapéutica de FACT –Terapia Focalizada de Aceptación y Compromiso-, orientado a la prevención de manifestaciones clínicas asociadas a la práctica quirúrgica en pacientes del “Nuevo Hospital Rio Cuarto San Antonio de Padua”, proponiendo a la indisciplina como puente para alcanzar los resultados esperados.

Palabras Claves: Psicoprofilaxis Quirúrgica, Terapia Focalizada de Aceptación y Compromiso (FACT), Paciente Quirúrgico, Interdisciplina.

Introducción

“La creatividad está relacionada con nuestra capacidad para encontrar nuevas respuestas ante viejos problemas”

—Martin Seligman

El presente trabajo ha sido realizado en materia de Trabajo Final de Grado para la Carrera de Psicología de la Universidad Siglo 21, de la provincia de Córdoba.

A partir del año 2010, con la aprobación y sanción de la Ley nacional N°26.657 de Salud Mental, la perspectiva de derechos y el abordaje integral del sujeto, nos plantea una nueva óptica, acompañada de nuevos desafíos. Oponiéndose al paradigma vigente por más de 100 años basado en el modelo médico hegemónico, el nuevo paradigma se apoya en normativas y estándares internacionales sobre salud mental y derechos humanos.

Los distintos establecimientos del sistema de salud, han sido escenario de los múltiples procesos históricos de cambio, hasta la sanción e implementación de la Ley de Salud Mental en nuestro país. En la provincia de Córdoba, sede de este proceso también fue el actual “Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua”, y su servicio de Salud Mental; quienes se encuentran hoy en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, adecuando su modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a la nueva Ley.

Es por lo expuesto, y en referencia al énfasis que propone dicha institución en materia de promoción de prácticas de salud integral que se alejen de lo meramente institucional, que se propone una intervención focalizada del equipo de salud mental del hospital, para asistir con objetivos preventivos, a los pacientes quirúrgicos. Intervenir en Psicoprofilaxis Quirúrgica bajo la línea terapéutica de FACT -Terapia Focalizada de Aceptación y Compromiso- es lo que orienta las prácticas propuestas por este trabajo.

Línea Estratégica de Intervención

“...mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como unidad psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana”

—Dr. Ramón Carrillo

La línea estratégica elegida para abordar el plan de intervención propuesto es “Nuevos Paradigmas en Salud Mental”.

Desde el año 2010, con la aprobación y sanción de la Ley nacional N°26.657 de Salud Mental, adviene una nueva forma de concebir a las personas y a la enfermedad mental. Este nuevo enfoque tiene como pilares fundamentales la perspectiva de derechos y

el abordaje integral del sujeto, oponiéndose al paradigma vigente por más de 100 años basado en el modelo médico hegemónico.

El nuevo paradigma se apoya en normativas y estándares internacionales sobre salud mental y derechos humanos, elaborados y aceptados por la comunidad científica internacional. Estas nuevas prácticas, incluyen la tarea de todos los profesionales involucrados en el campo de la salud, y devienen de años de la lucha conjunta de profesionales de salud, pacientes y familiares, por el reconocimiento de la dignidad y derechos de las personas con padecimiento mental. La ley destaca, entre algunos de sus más importantes postulados, la crítica antipsiquiátrica y la lógica de asistencia manicomial - preponderante en los años 60' y 70'-, así como el abordaje integral de la persona que se adscribe paciente.

Por otra parte, es necesario mencionar que este enfoque, con su inevitable adecuación y reflexión actual, hubiera estado vigente desde hace más de 30 años si no hubiera sido por la interrupción al orden democrático que significó la última dictadura cívico-militar que padeció nuestro país. En ese tiempo el campo de la salud mental de enfoque comunitario y antimanicomial fue diezmado, relegando al exilio externo o interno, la desaparición y la muerte de centenares de trabajadores de la salud mental, siendo el colectivo de los psicólogos uno de los más afectados (S. Angelini, 2011).

Siguiendo a Faraone (Faraone, 2018), las nociones expuestas por la Ley y la reglamentación –padecimiento/sufrimiento, trastorno, enfermedad- involucran dimensiones históricas, sociales, económicas, morales y epistemológicas que impactan diferencialmente en la construcción de prácticas en el campo de la salud mental.

De todos los cambios en el recorrido histórico hasta el advenimiento de dicha Ley, fueron sede los distintos establecimientos del sistema de salud, tanto público como privado. En la provincia de Córdoba, sede de este proceso también fue el actual “Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua”, y su servicio de Salud Mental; quienes se encuentran hoy, como ellos mismo expresan, en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), adecuando su modo de abordaje de la salud mental a los fundamentos filosóficos y epistemológicos que subyacen a la nueva Ley de Salud Mental en el país.

Resumen de la Organización

“Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua”

El Nuevo Hospital de Río Cuarto “San Antonio de Padua”, inició su historia en el año 1948 bajo el nombre de “Hospital Regional de Río Cuarto”, siendo sede de las transformaciones que se estaban gestando en materia de salud pública en la Argentina, llevadas a cabo durante la gestión del considerado padre de sanitarismo local, el neurólogo Ramón Carrillo. Sus transformaciones sin precedentes incluyeron la creación de nuevos hospitales en todo el país, así como el establecimiento de la gratuidad de la atención, estudios, tratamientos y provisión de medicamentos. A pesar de la importancia que revestía el hecho, no existen en el hospital instrumentos legales que puedan dar fe de su creación (Universidad Siglo 21, 2019).

En la ciudad de Río Cuarto, la primera sede del Hospital estuvo ubicada en la zona sur, con dirección en calle General Mosconi 486. En sus inicios, comenzó a funcionar como un hospital de nivel 2, brindando prestaciones de baja y media complejidad; contaba con cuatro especialidades básicas: clínica médica, cirugía, pediatría y tocoginecología. Con el paso del tiempo y la demanda tanto local como regional, se fueron incorporando otras especialidades.

En el año 1969, por iniciativa del Dr. Lucero Kelly, se gestionó ante el entonces “Instituto Nacional de Salud Mental” a cargo del Dr. Vicente Galli, la apertura del primer “Servicio de Salud Mental” en el Hospital. Las gestiones realizadas permitieron la inauguración de este servicio bajo la modalidad de *comunidad terapéutica*. Este espacio asistencial fue uno de los primeros creados en el país, sosteniendo desde sus comienzos un perfil multidisciplinario. Su funcionamiento era independiente de hospital general, tanto en lo administrativo como en los aspectos prácticos: contaba con un equipo de salud que incluía psiquiatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales, técnicos en electroencefalograma y personal de enfermería. Además, se contaba con elementos materiales de utilidad e infraestructura como Cámara Gesell, salón de actos y horno de cerámica (Universidad Siglo 21, 2019). Es de importancia destacar que la creación de unidades efectoras de salud mental atendía a los importantes cambios que se estaban gestando desde la Europa de post guerra, con espíritu de transformación sobre la práctica clínica y la concepción de salud mental como disciplina.

Diez años más tarde, durante el gobierno de facto, se dispuso transferir a los estados provinciales la mayoría de los hospitales nacionales. De esta manera, todo el hospital general paso a la jurisdicción municipal, viéndose intervenida la dirección del mismo, y asumiendo como nuevo director un médico militar; tampoco se dispone de documentación referente a esta disposición. El servicio de salud mental, por otro lado, dejo de ser un espacio independiente con función de comunidad terapéutica y fue trasladado al edificio general para ser un servicio más del hospital. Esta medida repentina, logró el descontento y la renuncia de muchos profesionales que integraban el espacio asistencial, incluido su

entonces director. A consecuencia de estas circunstancias, se perdieron, según indica la institución, muchos recursos materiales que jamás fueron recuperados (Universidad Siglo 21, 2019)

En el año 1984, con la creación de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Córdoba y la apertura democrática, se sucedieron importantes cambios dentro del servicio que permitieron la incorporación de nuevas *estrategias terapéuticas no tradicionales*: teatro, talleres literarios, artesanías, huerta, etc. Cambia, además, la dinámica de trabajo y se constituye el equipo de atención comunitaria. En el año 1993, debido al cierre del Hospital San Antonio de Padua, el servicio de salud mental es trasladado hacia el Hospital Central de Río Cuarto adquiriendo la nueva denominación de “Unidad Programática de Salud Mental del Sur” con dependencia directa de la Dirección de Salud Mental del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba. Ese mismo año, se incorpora la RISaM (Residencias Interdisciplinarias en Salud Mental). Y hacia el año 1997, con la crisis administrativa pública provincial se restringen los recursos y la unidad programática pasa a ser un servicio más del hospital (Universidad Siglo 21, 2019). En 2004, todos los servicios del hospital son trasladado a una nueva sede, exceptuando al de salud mental. El ahora denominado “Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua” (NHRCSAP) tiene, desde entonces, su domicilio en Guardias Nacionales N°1027.

El nuevo hospital, a nivel institucional, cuenta con 780 personas trabajando en sus instalaciones, incluidos residentes, y su financiación depende únicamente de fondos estatales. Su misión es atender la salud de la población perteneciente a la región de integración sanitaria E, que comprende los cuatro departamentos del sur de la Provincia de

Córdoba, con una población estimada de 450.000 habitantes. Para cumplir esta misión, las acciones son preponderantemente de prevención, asistencia y rehabilitación de las enfermedades en los niveles 2 y 3 -acciones de mediana y alta complejidad-. En menor medida y solo accesoriamente, despliega acciones de promoción de la salud, prevención y asistencia de enfermedades de primer nivel -baja complejidad-, dado que este es de competencia de la jurisdicción municipal. En cuanto a la visión, la actual política provincial de salud está en consonancia con las políticas nacionales y los pronunciamientos y recomendaciones de organismos transnacionales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de Salud (OPS). Estas se orientan a preservar la salud como condición ineludible, con la finalidad de evitar enfermedades, sin perder de vista las condiciones y calidad de vida de la población. Del mismo modo, una vez presentada la enfermedad, el propósito es lograr el mayor nivel de recuperación, minimizando los efectos seculares de ésta mediante una rehabilitación integral, no solo del daño físico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales (Universidad Siglo 21, 2019).

Con el objetivo de alinearse a los modelos de abordaje en salud mental propuestos por las nuevas leyes –Ley Provincial N°9848 y Ley Nacional N°26657- y los fundamentos epistemológicos que las subyacen, en 2014, el servicio de salud mental es trasladado a la nueva sede del hospital. Actualmente, en el servicio de Salud Mental cuenta con 15 personas profesionales de diferentes disciplinas -psiquiatría, psicología, psicopedagogía, trabajo social y enfermería- y se forman profesionales en las mismas áreas bajo el formato de RISaM. Según expresa la organización, el foco de atención del servicio los últimos 13

años ha sido desalentar las prácticas puramente institucionales en pos de promover prácticas de salud en la comunidad (Universidad Siglo 21, 2019). Esta iniciativa tiene como eje el enfoque de derechos en el campo de la salud, más específicamente, de derechos humanos, aportando una visión de carácter integral sobre el individuo. Las modalidades de atención con las que cuenta el servicio actualmente se centran en dos ejes: (1) la asistencia a pacientes con cuadros psicopatológicos definidos, y (2) la demanda de interconsulta y trabajo interdisciplinar; las mismas son: asistencia por guardia, atención ambulatoria (consultorio y grupo terapéutico), sección infanto juvenil, internación, sección intervención comunitaria y hospital de día.

Organigrama



Fuente: Realización propia.

Delimitación de la Necesidad o Problemática Objeto de la Intervención

“La formulación de un problema es más importante que su solución”

—Albert Einstein

La institución elegida -el Nuevo Hospital Río Cuarto San Antonio de Padua- refiere que su foco de atención en los últimos 13 años ha sido una tendencia a desalentar las prácticas puramente institucionales, en pos de promover prácticas de salud en la comunidad. Este perfil responde a un marco político de atención en salud mental cuyo desarrollo se viene promoviendo desde hace varias décadas a nivel mundial y tienen como

uno de sus ejes principales el enfoque de derechos para el campo de la salud, y un abordaje de la problemática psicopatológica de carácter holístico, integral e integrador (Universidad Siglo 21, 2019).

El Servicio de Salud Mental de este hospital, dentro de sus modalidades de atención, cuenta con un eje de acción que aborda “la demanda de interconsulta y trabajo interdisciplinar”, es decir, asiste a equipos médicos de otras áreas de clínica médica dentro de la institución. Haciendo foco en este eje en particular, y visualizando el postulado de asistencia integral de pacientes que propone la Ley 26.657, se plantea la necesidad de abordar otro aspecto de la vida de las personas que transitan esta institución: la situación quirúrgica. Esta situación puede provocar tensión emocional que afecta el psiquismo del paciente produciendo ansiedad, miedos y fantasías que pueden obstaculizar o dificultar la realización de la cirugía, así como promover la aparición de manifestaciones psicopatológicas. Con intención de promover estrategias para afrontar este proceso de manera saludable y que se apoyen directamente en los objetivos de prevención, se propone intervenir en materia de Psicoprofilaxis Quirúrgica.

La Psicoprofilaxis Quirúrgica es una intervención de carácter psicoterapéutico con objetivos preventivos, focalizado en la situación quirúrgica. Tiene como finalidad brindar al paciente recursos que lo orienten para afrontar dicho proceso, reducir efectos emocionales adversos y facilitar la recuperación biopsicosocial, así como mejorar la adhesión al tratamiento postquirúrgico. Se trabaja junto con el paciente los aspectos afectivos, cognitivos y comportamentales, pudiendo incluir además al grupo familiar. Requiere siempre, de una intervención con mirada interdisciplinaria, ya que es el ámbito donde

convergen la práctica médica y psicológica. La Psicoprofiláxis Quirúrgica es una práctica clínica específica, donde el psicólogo parte del desafío de trabajar en el terreno de lo médico con un paciente al que no se lo puede limitar en el concepto de “sujeto psíquico”; sino que debe considerarse como una Unidad Integral con un cuerpo real y concreto que padece un diagnóstico y que requiere un tratamiento específico (Nahmod, D., La Bruna de Andra, L., Oliveira, P., 2019)

Intervenir en este campo, implicaría una mejora en la calidad de asistencia y atención de los pacientes de esta institución, supondría una buena práctica basada en las bases filosóficas y epistemológicas propuestas por el nuevo paradigma de salud, así como una profundización en los desafíos que propone el alcance de la práctica interdisciplinaria. Siguiendo a Mucci (Mucci, 2005), toda intervención quirúrgica constituye un núcleo donde convergen el paciente, su familia, los médicos, psicólogos, asistentes y las instituciones de salud. De allí la necesidad de abordar el tema desde un enfoque interdisciplinario que pueda dar cuenta de todos los aspectos presentes en la práctica de la cirugía. Esta supone un alto impacto físico y emocional para el paciente, por lo que desarrollar una adecuada psicoprofiláxis constituye una tarea insoslayable de la teoría y la práctica médica.

Objetivos

Objetivo General

- Prevenir la aparición de manifestaciones clínicas asociados a la práctica quirúrgica en pacientes del "Nuevo Hospital de Río Cuarto San Antonio de Padua" a través de un taller psicoeducativo de tiempo limitado basado en FACT

Objetivos Específicos

- Promover la mejoría en la calidad de vida del paciente.
- Mejorar adhesión al tratamiento postquirúrgico.
- Concientizar a pacientes sobre la importancia del trabajo interdisciplinario.

Justificación

“Si los hombres son seres del quehacer esto se debe a que su hacer es acción y reflexión. Es praxis. Es transformación del mundo. Y, por ello mismo, todo hacer del quehacer debe tener, necesariamente, una teoría que lo ilumine. El quehacer es teoría y práctica. Es reflexión y acción.”

— Paulo Freire

Las intervenciones quirúrgicas -todo tipo de cirugías-, o las prácticas médicas invasivas -punciones, biopsias, estudios-, son situaciones que puede ser inesperadas o planificadas (Mucci, 2004), pero que en general, es displacentera para el paciente pudiendo

generar un impacto emocional negativo, convirtiéndose en fuente de estrés, angustia y/o ansiedad, ante la cual cada persona reacciona según su personalidad e historia.

Siguiendo a Galilea (Galilea, 2018), intervenir en materia de Psicoprofiláxis Quirúrgica en el ámbito hospitalario, permite brindar al paciente un tránsito por la instancia quirúrgica en las condiciones psíquicas más adecuadas, atenuando los posibles efectos traumáticos, y mejorando su recuperación posterior.

Antecedentes de lo expuesto, según las palabras de Moix (2004), se demuestran en investigaciones meta-analíticas donde se ha comprobado que los pacientes tratados con terapias psicológicas, comparados con otros no tratados, necesitan entre 1,25 y 2 días menos para ser dados de alta (Devine y Cook, 1983, Turkington, 1987, citado por Moix, J., 2004). Otro grupo de estudios, aunque no tan numerosos, se dedica a identificar variables psicológicas predictoras de la recuperación postquirúrgica: los factores psicológicos que parecen influir en la recuperación postquirúrgica son muchos -el apoyo social, las expectativas, las estrategias de afrontamiento, etc-. En general estos trabajos muestran que cuanto mejor es el estado psicológico del paciente ante la intervención quirúrgica, más rápida y fácil es su recuperación. (Mathews y Ridgeway, 1981; Richart y Cabrero, 1990, citado por Moix, J., 2004). Evidencia de lo anteriormente expuesto se encuentra en los trabajos de investigación que Moix realiza junto a su equipo de trabajo: estudios sobre la satisfacción que el paciente siente en cuanto a la cantidad de información recibida sobre la intervención, como factor que puede incidir en la recuperación postquirúrgica. En la muestra tomada de un grupo de personas que se realizó intervenciones de diversas patologías anales o bien intervenidos a través de una colecistectomía, se

observó que los pacientes que no padecían complicaciones posteriores a la práctica, comparados con los que sí las padecían, eran los que referían estar más satisfechos con la información recibida cuando eran entrevistados antes de la cirugía (Moix, J. 1994). Tiempo después, basados en esta idea –que la información es beneficiosa para la recuperación de los pacientes- se realiza un estudio piloto con el objetivo de comprobar si un simple folleto informativo respecto a la enfermedad, cirugía y recuperación es útil para tranquilizar a los pacientes; los resultados obtenidos demuestran que los que habían recibido dicho material estaban menos ansiosos y preocupados, y más satisfechos con la información, que aquellos que no la habían recibido (Gil, Moix, Otero, Saal, Quintana, Ribera y López, 1993).

Otro aspecto de relevancia para emprender el abordaje de la intervención en ésta área, es el valor que tiene el trabajo interdisciplinario para alcanzar los objetivos de salud integral de los individuos, propuestos por el Nuevo Paradigma en Salud Mental. Siguiendo a Mucci y Benaim (2006), durante mucho tiempo la salud se abordó desde un modelo patogénico, centrado en el individuo y su estado físico, sin considerar los aspectos psicosociales que lo atraviesan. Esta perspectiva negativa se modifica a lo largo del siglo XX cuando comienza a visualizarse la concepción de salud como estado positivo, en 1948, con la definición de la OMS. En palabras de estos autores, en la actualidad se acuerda que el nivel de salud supone cierto equilibrio entre el organismo biológico, el conjunto de factores psicológicos en interacción con factores medio ambientales; estilos, calidad y condiciones de vida; sistemas de salud atravesados por factores socio-económicos, políticos y culturales, sistemas de creencias y costumbres. Por ello, es necesaria una aproximación integral a las condiciones que contribuyen al bienestar individual y colectivo. En este

sentido, la tendencia sanitaria actual se centraría más en la prevención de patología, y la promoción de hábitos y estilos de vida saludables. (Mucci, M., Benaim, D., 2006, p. 124). El aporte que la psicología puede realizar a éste ámbito, está directamente relacionado con la mirada más amplia y dinámica del individuo, con el compromiso de no encasillarlo en ningún reduccionismo teórico; es una perspectiva donde las situaciones médicas presentan una etiología multideterminada, por lo tanto, exigen y necesitan de la práctica interdisciplinar.

Como relata el Prof. Dr. Claudio Barredo, en referencia al proyecto de Psicoprofilaxis Quirúrgica impulsado por la licenciada y pionera en el área, María Mucci, en el Hospital General de Agudos José María Penna: “Por nuestra parte, los cirujanos aprendimos que la psicoprofilaxis quirúrgica, indicada por el psicólogo, debe ponerse en práctica antes de la operación. Por ello es fundamental su presencia en las recorridas y no que sea solicitada como interconsulta médica”, y sigue, “Pero lo más importante son los resultados. Hemos comprobado que un estado de ansiedad elevado complica la recuperación de una operación, probablemente por acción de mecanismos somatopsíquicos que alteran la homeostasis endocrina, lo cual retrasa la reparación de los tejidos agredidos, dificultando la cicatrización y aumentando el dolor. A partir de nuestra experiencia promovemos la implementación de propuestas como las que ofrece la licenciada Mucci en su obra” (Barredo, C., en Mucci, M., 2004, p.19-20).

Por último, pero no menos destacado, resulta de importancia resaltar la exigua formación que existe en ésta área durante el cursado de la carrera de grado de la Licenciatura de Psicología, siendo uno de los espacios más desafiantes de la práctica

interdisciplinar, donde convergen la práctica médica y la psicológica, disciplinas en tensión durante años. Con lo cual, retomar la temática, y promover nuevas prácticas, siempre resultará un aporte a su apertura, alcance y desarrollo.

Marco Teórico

“Es un sentimiento maravilloso el descubrir las características unificadoras de un complejo de fenómenos diversos que parecen totalmente desconectados en la experiencia directa de los sentidos”

—Albert Einstein

Capítulo 1

Contextualización

1.1. Historia y antecedentes

La historia de la Psicoprofilaxis Quirúrgica y su práctica, según Mucci (2004), tiene dos abordajes: uno social y cultural, y el de la psicología científica. El primero, tomando los aportes de Mardarás Plata (1980), se asienta en la descripción de cinco etapas históricas donde la práctica profiláctica se estaba gestando según las concepciones de la época:

1. Período “brujeril”; etapa pre científica que se da en sociedades y culturas primitivas. Brujos y hechiceros brindaban atención a los enfermos por medio de conjuros, exorcismos, ritos, brebajes, amuletos, etc. En el imaginario social se establecía una relación entre magia, rituales, curación, hechicero-médico, portador de poderes divinos y agente de actos curativos. La medicina estaba representada por actos curativos. Señala Mardarás que, en la actualidad, la “magia” ocupa su lugar en las supersticiones.
2. Período religioso; etapa que se origina en las creencias del poder divino, y perduran hasta hoy. El enfermo afronta con fé sus dolencias, y esto lo hace más soportable. Estos sistemas de creencias se refuerzan o atenúan según el contexto familiar y factores socioculturales implicados. Es pertinente respetar la postura religiosa, aunque a veces se interprete como evasión de la realidad; debe utilizarse como factor de ayuda.

3. Período de las relaciones humanas; perspectiva científico natural reinante en el Siglo XIX. Se trataba de aplicar los conocimientos de la química y la física, a la vida humana, diagnosticando y clasificando, buscando prever el curso de la enfermedad e indicar un tratamiento. Se va intensificando el contacto con el paciente; aparece la figura del “médico de familia”, en quien se deposita la confianza y es aquel que puede tener a su cargo la tarea de la psicoprofilaxis.
4. Período de las relaciones humanas deterioradas; etapa que adviene con la aparición de las especialidades y los cambios en el sistema de salud, la medicalización excesiva, los avances de la tecnociencia, y la masificación de la asistencia. En esta etapa se privilegia lo cuantitativo y se profundiza la “cosificación y objetivación” del paciente, se cae en el reduccionismo biosociológico minimizando el sufrimiento psíquico. Se produce un deterioro en la relación médico-paciente. Estos cambios provocan la “atomización” del paciente, la burocratización de la asistencia y la deshumanización de la práctica. Los avances tecnológicos son positivos para garantizar mejores diagnósticos y tratamientos, pero alejan cada vez más al médico de su paciente.
5. Período psicologista; etapa que es denominada así por incurrir en el error de reducir la situación de enfermedad, a lo psíquico. Desde una concepción distorsionada, implica la inclusión del psicólogo en el ámbito médico, en la medida en que las especialidades médicas apelan a los recursos de la psicología y la psiquiatría para que actúen como prótesis, automatizando la

asistencia sin integrar la especialidad al equipo médico. Además, supone una “herramienta accesoria” que continúa sin privilegiar a la persona, la cual continúa siendo un anónimo masificado. Mardarás señala que el fracaso de esta etapa, que perdura hasta la actualidad, se da en dos vías: regresivo cuando se obvian los aportes de la psicología, y progresivo ya que partir de los errores busca otras formas de intervención.

En la actualidad ingresamos en una etapa de “interdisciplinariedad”, en el que la integración del psicólogo a los servicios médicos contribuye al desarrollo de las tareas asistenciales e investigativas (Mucci, M., 2004).

En cuanto al abordaje histórico-investigativo, el auge de las investigaciones empieza en el período post guerra, en los países anglosajones. Según la revisión bibliográfica realizada por Mucci (2004), la psicología investiga los procesos médicos en tanto estresores y las estrategias para abordar situaciones estresantes. Entre las primeras investigaciones encontramos las de Janis y Egbert, quienes demostraron que, si los enfermos recibían información sobre los procedimientos médicos, el estado de ansiedad disminuía. Irving Janis (1958) investigó la relación entre ansiedad, temores anticipatorios e información diagnóstica en una población de enfermos quirúrgicos y estudiantes universitarios. Un aspecto abordado fue el “estrés psicológico”, referido al temor a la cirugía y el comportamiento ante la situación. En referencia a esto, formuló la hipótesis de que, si los pacientes expresan temores moderados, utilizan esos miedos para iniciar un proceso que los reduce –“el trabajo de preocuparse”-, sería una forma de auto preparación que posibilita acciones preventivas eficaces ante el estresor, antes de enfrentar el peligro de la

intervención quirúrgica. Janis entendía que la ausencia de dicho proceso, caracterizaba a los pacientes que hacía un manejo inadecuado del proceso quirúrgico; ante situaciones amenazantes, el miedo provoca conductas y su nivel determina entonces, la adaptación. Esto la lleva a inferir que la recuperación postoperatoria adecuada, se asociaría con la presencia de miedos moderados, y por el contrario aquellas recuperaciones complejas, con procesos de miedo exacerbado y un estado de ansiedad alto. El “proceso de preocuparse” es la posibilidad de procesar, elaborar y organizar estrategias y recursos defensivos ante la situación que le representa un riesgo (Mucci, M., 2004).

Johnston (1988), estima que aún las intervenciones quirúrgicas menores (estudios invasivos, intervenciones odontológicas, etc.), pueden provocar reacciones emocionales significativas en algunas personas. Por otro lado, un significativo número de investigaciones sugiere que un estado de ansiedad alto complica la recuperación del procedimiento quirúrgico por acción de mecanismos somatopsíquicos (Wallace, 1992, citado en Mucci, M., 2004). A su vez, y como se mencionó en un apartado anterior, las investigaciones en psiconeuroinmunología, muestran que el estrés altera la homeostasis neuroendocrina, retrasa la reparación de tejidos y dificulta el proceso de cicatrización. Pacientes que padezcan mayor estrés, pueden manifestar trastornos de sueño, que se relacionan directamente con la hormona del crecimiento, involucrada en la cicatrización de las heridas (Kiecott-Glaser, 1998).

Algunos beneficios asociados a la práctica en Psicoprofiláxis Quirúrgica, devenido de las investigaciones anteriormente nombradas son: menor tiempo de internación, disminución en el consumo de analgésicos, nivelación del estado de ansiedad, satisfacción

con la calidad asistencial (Devine, 1992; Kulik y cols., 1996; Cánovas Puertas y cols., 1998, citado en Mucci, M, 2004).

1.2 Psicología de la Salud: el proceso Salud-Enfermedad

La Psicología de la Salud emerge como rama especializada, para ubicar las cuestiones de salud en los contextos en que las personas crecen, se desarrollan, maduran, viven y mueren. A su vez, remite a diversos ejes: discursos, teorías, prácticas, intercambios, niveles asistenciales, referencias intra e interdisciplinarias. Cabe señalar que la denominación “de la salud” no alude solo a los aspectos positivos del proceso. Se trata de psicología aplicada a la salud, la enfermedad y sus derivados, la promoción y la prevención. (Morales Calatayud, 1999, citado en Mucci, M., Benaim, D., 2006).

Es un modelo en progresiva construcción, un campo de conocimientos y prácticas relacionado con los factores biopsicosociales implicados en salud-enfermedad. Son sus objetivos conocer la interacción entre dichos factores y, desde allí diseñar, programar y evaluar estrategias de intervención para proteger, promover y acrecentar la salud. Trasciende el conjunto de las enfermedades mentales y centra su enfoque en los ámbitos individual, familiar y social-comunitario. Constituye un campo integrado que reúne los aportes y perspectivas de diversos corpus teóricos, investigaciones y experiencias, para estudiar cómo los factores biológicos, psicológicos y sociales se ensamblan y afectan el estado de salud y el de enfermedad. Propone un modelo en el que las situaciones médicas presentan una etiología multifactorial y multidimensional, exigiendo por consecuencia, nexos interdisciplinarios (Mucci, M., Benaim, D., 2006).

Como afirman las autoras, la psicología como disciplina encuentra sus contribuciones teóricas, campos de investigación e intervención y formas de incorporar al “hecho psicológico”, lo biológico y lo sociocultural. Con ello procura abandonar los enfoques centrados en un individuo, característicos de la psicología clínica. Desde allí se integra al conjunto de las ciencias de la salud al aplicar un “saber hacer y un saber estar” ya que, paulatinamente, los conocimientos derivados de las investigaciones y experiencias, la necesidad de contextualizar las prácticas y el incremento de psicólogos involucrados en el área, determinan las condiciones para la institucionalización de la Psicología de la Salud. Desde la década de los setenta los desarrollos de la Psicología de la Salud son notables. Tiene sus precedentes históricos en la confluencia multidimensional de diversos modelos, uno de ellos es el modelo biopsicosocial propuesto por Engel (1977), que considera factores biológicos, psicológicos y sociales en la génesis y mantenimiento de las enfermedades en general. Entre sus aportes se destaca el pasaje de una medicina tradicional, centrada en el organismo y la enfermedad, a una medicina centrada en la persona. Desde ahí contribuye a la comprensión de las complejas interacciones entre persona y ambiente y el estado dinámico que dicha interacción provoca en el continuo salud-enfermedad.

En el texto “Psicología y Salud. Calidoscopio de Prácticas Diversas”, Mucci y Benaim (2006), realizan una comparación de la psicología con un calidoscopio por el carácter dinámico y amplio en relación a las distintas perspectivas que podemos visualizar y utilizar como herramientas de intervención. De eso se trata, entonces, cuando la psicología va al encuentro del proceso salud-enfermedad: de prácticas diversas, producto de corrientes que integran dimensiones bio-psico-socio-culturales y desde allí trasciende los supuestos básicos del modelo médico –la dualidad mente-cuerpo y el reduccionismo. La

ciencia psicológica provee aplicaciones prácticas en el ámbito de la salud y, su inclusión en este campo, se relacionan con las transformaciones resultantes de sus desarrollos científico-investigativos y de la inserción del psicólogo en “terreno médico”. Es decir, conlleva la convergencia interdisciplinaria. En esta convergencia se integran distintas ideologías, instituciones y organizaciones, diferentes profesiones, modelos de intervención, perspectivas diversas para observar una realidad. La interacción da cuenta de una multiplicidad de procesos que superan la simplificación y constituyen un ensamble complejo, cambiante, dinámico y abierto (Mucci, M., Benaim, D., 2006).

1.3 El Campo Interdisciplinar

Siguiendo a Mucci (2004), el término *interdisciplinarietà* proviene de la sociología y fue acuñado en 1937 por Louis Wirtz. Morín, si bien considera que la denominación es “polisémica, borrosa, poco nítida”, alude al intercambio, cooperación y competencia entre campos de especialización de las distintas disciplinas. Tal intercambio surge del supuesto de que es factible conocer, conjugar e integrar disciplinas afines para devenir así en algo orgánico (Morín, 1983, citado en Mucci, M., 2004).

“La interdisciplina nace, para ser exactos, de la incontrolable indisciplina de los problemas que se nos presentan actualmente. De la dificultad de encasillarlos. Los problemas no se presentan como objetos, sino como demandas complejas y difusas que dan lugar a prácticas sociales inervadas de contradicciones e imbricadas con cuerpos conceptuales diversos” (Stolkiner, A. 1987, Pág. 313)

La necesidad de trabajar la interdisciplinariedad se asienta en largos períodos de cambios y re-conceptualización del pensamiento científico, la práctica de investigación, los métodos, el proceso de salud-enfermedad y la concepción de ser humano, que hoy entendemos como complejo y multideterminado. Las nuevas prácticas, con este enfoque, solo tienen sentido en un contexto de transformaciones y re-organización de la práctica en salud mental.

En la década del 80 ya había devenido evidente que la comprensión y la respuesta a los problemas de padecimiento subjetivo no eran abordables desde un campo disciplinario específico, y que tanto los diseños de investigación como los programas de acción debían ser permeables a la caída del paradigma hegemónico positivista y a la crisis de las explicaciones mono y multicausales. También estaba en cuestión la revisión y debate sobre el concepto de “objetividad” del conocimiento científico. Mientras el abordaje interdisciplinario requería de un contexto donde la tendencia sea a la integración, la década del 90 se caracterizó básicamente por la disgregación y fragmentación institucional. La reforma del Sistema de Salud, consecuente con la del Estado, profundizó la fragmentación histórica del sector salud en la Argentina y fragilizó la inclusión de sus actores (Stolkiner, A., 2005)

La crisis del 2001 fue el corolario de ese proceso y conjugó el deterioro de las condiciones de vida de más de la mitad de la población, con una fuerte aparición de nuevos actores y formas de participación social ante la emergencia. Todavía no son totalmente evaluables sus efectos en las representaciones sociales, pero muchos de los postulados que habían legitimado las reformas de los 90 se derrumbaron. Entre ellos aquel que sostenía la

necesidad de un estado mínimo y prescindente frente a la operatoria del mercado. La modificación del escenario se acompaña de nuevas representaciones y nuevos actores. En ese punto estamos ahora. Las políticas en salud vigentes no implican necesariamente un viraje radical con respecto a las anteriores en cuanto a sus postulados básicos (Comes Y., 2005), pero incluyen una mayor direccionalidad del estado y el retorno del discurso de la Atención Primaria de la Salud. En relación a la salud mental se remoja el propósito de buscar formas de asistencia y promoción en comunidad, se vuelve sobre los postulados de la atención en equipos (Stolkiner, A., 2005)

Como explica la autora, en el contexto macro de la mundialización existe, en relación a salud mental, un tensionamiento de antagonismos. En un extremo se renueva un biologismo duro que tiende a encontrar en lo genético y lo orgánico la raíz de todo padecimiento subjetivo como causa fundamental, se trata de un reduccionismo extremo al servicio de invisibilizar las determinantes subjetivas y sociales. Por esta vía la atención se centra en la terapéutica individual y la prescripción psicofarmacológica. Por otro lado, desde lo teórico y desde las prácticas cotidianas se torna insostenible pensar en una comprensión y un abordaje unidimensional de los problemas. El primer polo del antagonismo representa claramente actores poderosos que van desde la industria farmacológica hasta corporaciones profesionales. El segundo probablemente se liga a la inorgánica resistencia de lo social y se manifiesta también en algunas propuestas de reforma de los sistemas enunciadas por organismos internacionales, tal el caso de la OMS (Stolkiner, A., 2005)

Para Alicia Stolkiner (2005), hablar de interdisciplina significa situarse necesariamente en un paradigma pos positivista. Reconocer una contraseña que agrupa a

quienes adhieren, de diversas maneras, a una epistemología que no homologa el objeto del conocimiento al objeto real, que reconoce la historicidad y por lo tanto la relatividad de la construcción de los saberes disciplinarios, que no supone relaciones lineales de causalidad y que antepone la comprensión de la complejidad a la búsqueda de las partículas aisladas. En uno de sus textos sobre abordaje de sistemas complejos, Rolando García plantea: ...” se trata, en primera instancia de una metodología de trabajo... pero al mismo tiempo, un marco conceptual que intenta fundamentar el trabajo interdisciplinario sobre bases epistemológicas” (1986). Esto diferencia la interdisciplina del “collage posmoderno”. La interdisciplinariedad, entonces, sería un posicionamiento, no una teoría unívoca. Ese posicionamiento obliga básicamente a reconocer la incompletud de las herramientas de cada disciplina. Legítima algo que existía previamente: las importaciones de un campo a otro, la multireferencialidad teórica en el abordaje de los problemas y la existencia de corrientes de pensamiento subterráneas –de época- atravesando distintos saberes disciplinarios.

La interdisciplina requiere de un trabajo sostenido y constante. Como afirma Nora Elichiry (1987, pág. 337, citado en Stolkiner, A., 2005): ...” una cooperación ocasional no es interdisciplina”, se requiere de una actitud de “cooperación recurrente”. Si la lógica hegemónica es de competencia individual o de competencia de mercado entre profesiones y corporaciones, las condiciones de desarrollo del accionar interdisciplinario encuentran obstáculos importantes. También lo encuentran si el trabajo sostenido en equipo se enfrenta a condiciones de empleo inestables de sus miembros o a exigencias de rendimiento individualmente evaluadas. Aunque resulte obvio, es necesario recordar que el trabajo interdisciplinario es un trabajo grupal. (Stolkiner, A., 2005)

En cuanto a las disciplinas que nos ocupan en el presente trabajo, la psicología y la medicina provienen de contextos que definen sus prácticas desde sus perspectivas epistemológicas e históricas. Según Mucci (2004), ambas demarcan campos científicos genéricos, inmersos y, a su vez, transversalizados por un dispositivo: la organización asistencial. Sus discursos sostienen distintas perspectivas del sujeto humano. Las diferencias concepciones con lógicas y leyes de funcionamiento distintas, el lenguaje, los criterios de salud y enfermedad, los modelos de trabajo, los procedimientos terapéuticos, el estatuto del cuerpo, la actitud clínica. Además, sostienen tiempos distintos. El de la cirugía está marcado por el apremio: es perentorio objetivar, clasificar, diagnosticar, intervenir. La psicología a partir de sus desarrollos teóricos y su concepción de sujeto humano, interpela, promueve interrogantes, intenta develar respuestas. Tiene la responsabilidad de establecer un espacio desde donde escuchar a quien padece, sufre, pide ayuda, para que pueda hablar, decir, preguntar, ser preguntado y escuchado. La medicina, desde la perspectiva positivista, observa el organismo enfermo: observar es el ámbito fundante de su formación porque permite la clasificación nosológica; esta clasificación que atomiza y parcela le permite al médico establecer una causa y etiología. En esta instancia, la “enfermedad” soslaya a la persona que parece la enfermedad; se enfatiza que la finalidad médica es curar, incluso cuando deba dejar de lado la dimensión subjetiva.

En la actualidad, la medicina trabaja desde una configuración altamente tecnificada, los avances tecnológicos producen efectos en este campo: progresiva y aceleradamente, ofrecen instrumentos cada vez más complejos y exactos que operan sobre el cuerpo biológico, el cuerpo como máquina. Para el médico constituye el pasaje hacia una función

de técnico. La tecnología se transforma así en un recurso de certeza que coagula la capacidad discursiva en la relación médico-paciente. Tanto los conocimientos establecidos sobre la enfermedad, como los saberes generados por la tecnociencia, excluyen la condición subjetiva de la persona. Por otra parte, la medicina, al considerar la enfermedad aislada del total de la realidad de la persona deja de lado, entre otras cuestiones, el impacto que lo psicosocial provoca en los individuos y sus familias (Mucci, M., 2004)

A. Stolkiner (1999) explica que la Interdisciplina funciona a modo de orquesta; cada instrumento tiene su especificidad, su técnica interpretativa, su partitura y sus ensayos. Creando una obra única”; y que sea única para ese caso y ese paciente. Por eso el desafío para Mucci (2004) en el territorio quirúrgico –aunque también en cualquier otro ámbito– para funcionar con una modalidad interdisciplinaria, requiere incorporar a las actividades médicas, los dispositivos pertinentes. En cuanto al contexto, un servicio quirúrgico, es un espacio estructurado donde se desarrollan una gran cantidad de cirugías y actos médicos que funcionan “aceitadamente”. Las acciones tienen algo de rito y mucho de técnica, con normas establecidas previamente. Pero en este servicio, como se destacó anteriormente, la medicina actúa sobre lo enfermo y no sobre la persona del enfermo.

En la experiencia de Mucci (2004), si algo denotan los equipos interdisciplinarios, es la capacidad para promover cambios y responder demandas. La interdisciplinariedad según esta autora, establece vínculos múltiples, complejos y variables entre conocimientos y habilidades generados por diferentes discursos y prácticas. Esto exige flexibilidad por parte de los autores, de los servicios y las instituciones, para generar recorridos que establezcan esos vínculos. Implica rechazar la “superespecialización”, es decir,

“disciplinarse a un discurso único y un saber singular”. Ante cada caso, la interdisciplina abre la posibilidad de interactuar con otros campos de conocimiento; entonces, los conceptos, metodologías y “jergas” (que en principio podrían funcionar como modo de obstáculo), cuando hay disposición de todos y deseos con un propósito común, se superan (Mucci, M., 2004).

Capítulo 2

Población

La población a la cual está dirigido el proyecto de intervención de este trabajo es a pacientes adultos que se encuentren en situación de atravesar una práctica de tipo quirúrgica en el Nuevo Hospital Río Cuarto “San Antonio de Padua”.

La revisión bibliográfica de Mucci (2004), destaca que la palabra *enfermo* se utiliza desde el siglo XI. Descendiente semiculto del latín *infirmus*: “débil, endeble”, “impotente”, “enfermo”, deriva de *firmus*: “firme”. En el *Diccionario de la Real Academia Española* se registra como adjetivo: “que padece enfermedad”. El verbo *padecer* proviene del latín *pati*: “sufrir, soportar”. *Paciente* es un cultismo, propiamente: “el que soporta (males)”. Para la medicina, este adjetivo califica a la persona enferma o en tratamiento. Para el DRAE, en su cuarta acepción, comúnmente, “persona que padece física y corporalmente; el doliente, el enfermo; en propiedad, aquel que se halla bajo atención médica. Por extensión, quien es o va a ser reconocido medicamente”.

Ninguna de estas definiciones sitúa a la persona como totalidad. Ignoran el psiquismo. Paciente, enfermo, enfermedad, accidente, traumatismo, son términos que connotan el rol pasivo de la persona que padece. Indefenso ante aquello que o quebranta, ningún enfermo provoca al menos conscientemente, la enfermedad que padece y sufre. La pasividad está referida a la posición y el comportamiento que asume acorde con el rol asignado por el modelo médico. Se utilizan los términos “paciente” o “enfermo” en forma

indistinta para referirnos a la persona que padece una enfermedad y debe someterse a una operación. Se trata de sujetos que atraviesan una situación en el aquí y ahora de su historia y cuya competencia para afrontar el proceso quirúrgico, está en consecuencia limitada por el estrés situacional (Mucci, M., 2004).

Por su finalidad preventiva, Mucci (2004) parte del siguiente supuesto: la mayoría de las personas que se someten a una cirugía podrían categorizarse como “normales”; una parte del cuerpo ha enfermado y necesita ser curada por medio de la cirugía. Al decir “normales” se hace referencia a la competencia de la persona para afrontar situaciones estresantes. Aun cuando los enfermos muestran indicadores de estrés somatopsíquico, entendemos que no deberían ser considerados, desde el vector psíquico, como traumatizados por el evento quirúrgico. Algunos individuos simplemente sufren y temen más que otros. En ese sentido, cabe considerar que quienes tuvieran patologías previas demostrarían mayor vulnerabilidad, incrementando el riesgo según el diagnóstico y el tipo de cirugía.

Cuando la persona es puesta en conocimiento sobre la necesidad de ser intervenida quirúrgicamente, puede desplegar acciones de distinta índole e intensidad, relacionadas a su personalidad, situación vital actual, y su historia. Poder evaluar la intensidad de esas reacciones y respuestas determinará, en parte, la capacidad potencial del paciente para afrontar la situación y su cooperación en el post operatorio, lo que coadyuvará en la eficacia del tratamiento quirúrgico. Estas reacciones pueden ser:

- a) Síntomas físicos frente a una crisis de ansiedad o angustia

- b) Síntomas psicológicos: angustia, ansiedad situacional, temor, confusión, vivencias de pánico, indiferencia, incertidumbre, hostilidad, rabia, negación, defensas hipomaniacas, desadaptación, sobreadaptación, pasividad (Mucci, M., 2004)

Estos síntomas como respuesta, no necesariamente vinculadas con la complejidad y riesgo “objetivo” de la intervención, pondrán sobre aviso al médico y al psicólogo, para tomar recaudos y evitar que el acto quirúrgico devenga en una organización patológica (Glocer, 1971, citado en Mucci, M., 2004).

Capítulo 3

Psicoprofiláxis Quirúrgica

Según Mucci (2004), la Psicoprofiláxis Quirúrgica es una práctica de límites precisos. Se ubica en el cruce interdisciplinario de dos ciencias: la psicología y la medicina. Tradicionalmente en la Argentina se inicia y desarrolla en el ámbito de la psicología clínica y su expansión en otros contextos la enmarcan también en el campo de la Psicología de la Salud. Es decir, se encuadra teórica y técnicamente como una práctica clínica en, desde y para la salud, con objetivos según el modelo preventivo de Gerald Caplan (Caplan, G., 1966, citado en Mucci, M., 2004).

Para comprender los orígenes y alcances de nuestro constructo de interés, abordaremos algunas definiciones preliminares:

3.1 Intervención Quirúrgica:

Etimológicamente la palabra *cirugía* deriva del vocablo griego *Kheirourgi*, el cual es producto de la combinación de los términos *kheir* (mano) y *ergon* (obra), que tiene como significado aquella parte de la medicina que se encarga de curar las enfermedades a través del uso de la mano (Duce, 2005). La palabra *quirúrgico* significa “relativo o perteneciente a la cirugía”, que es el arte de trabajar con las manos. En el siglo XIV comienza a utilizarse como “arte de curar mediante intervenciones quirúrgicas” (Mucci, M., 2004).

Chocarro (2001) define a la cirugía como:

“la suma de la ciencia y el arte, referidas a aquellas enfermedades que necesitan para su tratamiento de una acción manual o instrumental, acción que no es solo técnica sino también ciencia al necesitar del conocimiento de sus justificaciones y consecuencias” (pp. 269)

Según Méndez (1998):

“la cirugía va a constituir una acción lesiva ejercida sobre el paciente con la finalidad de recuperar su estado de salud. El cirujano actuando con sus manos y el instrumental realizará una técnica sobre la persona enferma, como expresión material de su saber hacer” (pp.01)

Tomando en cuenta lo expuesto por Méndez (1998), quien define a la cirugía como una acción lesiva, se entiende entonces a la intervención quirúrgica como el desencadenante de una serie de factores agresivos de carácter psicofísico que influyen en el paciente por un determinado tiempo y tienen la capacidad de estimular reacciones biológicas caporales que varían en intensidad; ante lo cual el paciente pondrá en marcha una serie de respuestas de defensa (Méndez, 1998).

Según su extensión, la cirugía se puede dividir en dos categorías: cirugía mayor y cirugía menor. La cirugía de tipo mayor implica el uso de anestesia general y supone además más riesgos para el paciente, generalmente requiere de algunos días de internación, según la naturaleza de la intervención. Por otro lado, la cirugía menor es aquella que puede llevarse a cabo solo con el uso de anestesia local; en ciertos casos, se requiere el uso de

anestesia general y no supone en todos los casos que sea necesaria la internación (Chocarro, 2001).

Desde el punto de vista del objetivo de la intervención, Chocarro (2001) hace la siguiente clasificación:

- *Cirugía diagnóstica o exploratoria.* Tiene como finalidad determinar el origen de los síntomas o la extensión de una lesión o enfermedad. Se encuentran aquí intervenciones como la biopsia y la laparoscopia diagnóstica.
- *Cirugía curativa.* Es llevada a cabo para reparar, sustituir o eliminar tejidos enfermos. Son intervenciones de tipo extirpación del apéndice o de una vesícula biliar, por ejemplo.
- *Cirugía reparadora.* Tiene como objetivo devolver la función perdida o corregir deformidades. Se encuentran intervenciones como la estabilización de una fractura, colocación de una prótesis, etc.
- *Cirugía paliativa.* Tiene como finalidad aliviar los síntomas, más no cura la enfermedad. Se encuentra aquí la extirpación parcial de un tumor, por ejemplo.
- *Cirugía plástica.* Busca la mejora del aspecto físico del paciente.

De acuerdo al factor tiempo y grado de urgencia, se clasifican en:

- *Cirugía programada.* No existe una necesidad de intervenir rápidamente, esta puede esperar ya que su retraso no es peligroso para el paciente.
- *Cirugía de urgencia.* Es el tipo de cirugía que debe llevarse a cabo lo antes posible en un plazo de 12 a 24 horas, ya que su retraso podría traer consecuencias negativas para el paciente.
- *Cirugía de emergencia.* Es la que debe llevarse a cabo de inmediato con el fin de salvar la vida del paciente.
- *Cirugía electiva.* Es el tipo de cirugía que, a pesar de ser necesaria, el que no se realice no implica consecuencias negativas para el paciente.
- *Cirugía opcional.* Se da generalmente en los casos en los que el paciente busca mejorar su aspecto estético.

3.2. Profilaxis

Profilaxis proviene del griego *prophylaxis*. Definido por la RAE como “preservación de la enfermedad”.

Para el mantenimiento de la salud y prevención de las enfermedades es crucial tener adecuadas prácticas de higiene, que se logra a través del mantenimiento de una adecuada limpieza. Entre estas prácticas de higiene destaca la profilaxis, técnica cuyo objetivo es evitar la diseminación de las infecciones. En este sentido se define a la

profilaxis como el conjunto de normas higiénicas específicas que tienen como finalidad prevenir el surgimiento y la propagación de enfermedades infecciosas (Sánchez, García y Rodríguez, 2003).

Según Ortega y Martínez (1987) al atribuir a la profilaxis la acepción de evitar la enfermedad hay que tener en cuenta que si hablamos en términos de prevención se considera que toda profilaxis es prevención, sin embargo, no toda prevención se limita a la profilaxis, puesto que esta última puede ser de varios tipos. Desde esta perspectiva, consideramos los siguientes:

- *Profilaxis de exposición:* aquella que actúa sobre el agente infeccioso a través de métodos como la desinfección, desinsectación y desratización
- *Profilaxis de disposición:* aquella que se enfoca en las enfermedades transmisibles haciendo que esta no se desarrolle en la comunidad. Se puede dar de forma inespecífica, es decir que promueve indicadores sociales como de calidad de vida, higiene individual y colectiva y de adecuados hábitos alimenticios; se puede dar también de forma específica que tiende a combatir el agente infeccioso a través de la quimioprofilaxis, seroprevención y el uso de vacunas.

3.3 Psicoprofilaxis

De acuerdo a Groci y Gonzales (2007), el termino psicoprofilaxis se define como “el estudio relacionado con el desarrollo de los comportamientos, actitudes y hábitos emocionales sanos y con la prevención de la enfermedad mental”. (pp.19)

La psicoprofilaxis es un ámbito de intervención donde el psicólogo despliega su práctica con estrategias de prevención y promoción de salud. Se espera que esta práctica se dé, en lo posible, dentro del marco del trabajo interdisciplinario.

Si hablamos en términos de higiene o salud mental, según Juliano (1996, citado en Sinigoj, 2012) la psicoprofilaxis tendría como finalidad el conocer, evitar y reducir aquellos factores que ponen en desequilibrio la salud de las personas. Es así, que dentro de un contexto de intervención puede darse la psicoprofilaxis en diversas situaciones clínicas, resultando así diversos tipos: psicoprofilaxis obstétrica, psicoprofilaxis en situaciones clínicas complejas y psicoprofilaxis quirúrgica.

3.4 Psicoprofilaxis Quirúrgica

Mucci (2004), define a la psicoprofilaxis quirúrgica de la siguiente manera:

“La psicoprofilaxis quirúrgica es el proceso psicoterapéutico de objetivos preventivos, focalizado en la situación quirúrgica y planificado para promover, en el funcionamiento afectivo, cognitivo y comportamental del enfermo, recursos que lo orienten a: afrontar la operación, reducir efectos eventualmente adversos para el psiquismo y facilitar la recuperación biopsicosocial” (pp.50)

Al hablar de psicoprofilaxis quirúrgica se hace referencia a una práctica que se intercepta entre la psicología y la medicina, posicionándose en una práctica de tipo interdisciplinaria y definiéndose, así como una labor psicoterapéutica de tipo breve que tiene como finalidad la prevención dentro del contexto quirúrgico. Su principal objetivo es evitar las secuelas emocionales negativas tras la experiencia de la operación. Se realiza

brindando información médica útil y promoviendo recursos en el paciente que le permitan afrontar positivamente la situación quirúrgica y facilite también la recuperación biopsicosocial. (Grocí y Gonzales, 2007).

Glasserman (1969, citado en Mucci, M., 2004), en “La psicoprofilaxis quirúrgica: una técnica de prevención”, define esta práctica como: “una técnica psicológica aplicable individual o grupalmente tanto a niños como a adultos con el fin de: a) administrar un información veraz, dosificada y adaptada (en el caso de los niños) a la mentalidad infantil de la intervención quirúrgica, sus características y objetivos, incluyendo (también en niños) un contacto directo con el material quirúrgico y el quirófano; b) verbalizar y esclarecer las fantasías y ansiedades relacionadas con la enfermedad y situación quirúrgica que se deducen del material verbal y no verbal de los pacientes adultos, y que en los niños incluye actividades gráficas y lúdicas. Estas últimas se ven favorecidas por la aplicación eventual de técnicas psicodramáticas” (pp.48). En otra publicación de coautoría con Carlos Sluzki (1969), definen esta práctica como un procedimiento cuyo objetivo es la reducción de los concomitantes psicológicos traumáticos de las intervenciones quirúrgicas. Allí evalúan la eficacia de la técnica por medio de una investigación con niños que serían operados de estrabismo. Los resultados confirman su efectividad para el aumento de las conductas adaptativas durante la situación quirúrgica (Mucci, M., 2004).

Desde el abordaje de pacientes adultos, para Florinda Glocer (1971), la psicoprofilaxis quirúrgica es el tratamiento psicológico que se efectúa al paciente involucrado en un proceso quirúrgico desde el momento que el cirujano le dice que debe operarse hasta el día en que abandona el hospital. Glocer también define operacionalmente

la neurosis quirúrgica como las perturbaciones psicopatológicas, psicosomáticas y psicosociales que se observan durante el proceso quirúrgico como consecuencia de la movilización de miedos básicos, esencialmente miedo a la muerte desencadenado por la situación traumático-quirúrgica.

En palabras de Mucci (2004), la psicoprofilaxis quirúrgica no constituye una suerte de “prótesis” o “suplemento” para la cirugía, lo que apuntaría a una concepción tradicional explicativa de los conceptos de salud, enfermedad, curación y rol del psicólogo. En tal idea está implícita la singularidad de quien tiene en un momento de su vida, en una parte de su cuerpo, una enfermedad orgánica que debe ser curada según el principio quirúrgico de la medicina. En la actualidad, el marco conceptual de la psicoprofilaxis se abre, amplía y flexibiliza con estrategias y técnicas en reformulación para trabajar con todos los niveles que participan directa e indirectamente en el acto quirúrgico. Desde la práctica con su equipo de trabajo elaboran la siguiente definición: “la psicoprofilaxis quirúrgica es el proceso psicoterapéutico de objetivos preventivos focalizado en la situación quirúrgica y planificado para promover en el funcionamiento afectivo, cognitivo, interaccional y comportamental del enfermo recursos que lo orientan a: a) afrontar la operación; b) reducir efectos eventualmente adversos para el psiquismo; c) facilitar la recuperación biopsicosocial”. Esta definición circunscribe la práctica del psicoprofilaxis como proceso clínico-preventivo para actuar sobre problemas de salud orgánica que implican intervenciones quirúrgicas. En tanto proceso, supone trabajar con el enfermo desde la enfermedad orgánica y su estrategia terapéutica, en cuyo origen o causa, desarrollo y resolución está implicado.

Capítulo 4

Taller Psicoeducativo de Tiempo Limitado basado en FACT

4.1. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

Mientras que las habilidades tradicionales de afrontamiento cognitivo y bioconductual están destinadas a controlar los pensamientos desadaptativos o las desregulaciones fisiológicas, los más recientes enfoques que exploran habilidades como la aceptación, la defusión y la dirección basada en valores, han ido ganando interés. Estas habilidades de afrontamiento basadas en el control generalmente apuntan a cambiar evaluaciones catastróficas o cambios en los síntomas somáticos. Una modalidad cognitivo conductual específica que está recibiendo mayor atención es La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). ACT es parte de la tradición cognitivo conductual, pero se enfoca específicamente en los procesos de aceptación y atención plena como formas de responder a las experiencias internas (es decir, pensamientos, sentimientos, sensaciones corporales), a diferencia de los protocolos de Terapia Cognitivo Conductual (TCC) tradicionales (Meuret, Twohig, Rosenfield, Hayes, Craske, 2012). ACT se basa en el contextualismo funcional, donde las construcciones psicológicas no son correctas o incorrectas, mejores o peores, son solo eso, construcciones derivadas. Esta terapia es, a decir de Westrup y Wright (2017), intensamente pragmática, basándose en qué es viable en un contexto dado.

ACT implica la creación de una actitud abierta que permita y curiosidad sin prejuicios hacia los pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones corporales que surjan en un momento dado, incluidos los relacionados con el pánico, y la capacidad de experimentarlos por lo que son, y dirigir conscientemente la atención hacia acciones basadas en valores (Meuret, et al., 2012). Su objetivo es ayudar a los consultantes a notar las experiencias internas relacionadas con el pánico, que las vean como simples eventos que ocurren en nuestro cuerpo, les permitan ocurrir o no, y continuar así en la valiosa dirección de percibir las como aspectos simples de la vida. Si bien estos procedimientos no son antitéticos a los que propone la TCC, ACT no intenta eliminar el contenido de las experiencias internas. En la TCC tradicional, a los consultantes se los anima a aprender habilidades cognitivas para controlar pensamientos negativos o habilidades somáticas, desregulaciones fisiológicas, que luego se aplican durante la exposición a situaciones temidas. En ACT los pacientes aprenden a funcionar con o sin presencia de experiencias internas relacionadas al pánico, en lugar de intentar regularlas o controlarlas antes de cambiar el comportamiento; esta terapia ha reducido la brecha entre lo que la experiencia simple nos dice y nuestra comprensión de los procesos reales involucrados. ACT ofrece la posibilidad de mejorar la aceptabilidad y el cambio en el comportamiento, mediante la creación de flexibilidad de respuesta y el nuevo aprendizaje que se sucede cuando nos exponemos a los estímulos aversivos (Meuret, et al., 2012). La Flexibilidad Psicológica se transforma en el criterio de salud mental y la relación terapéutica en el espacio privilegiado de trabajo (CIPCO, 2020)

Desde el enfoque de la Teoría del Marco Relacional (RFT), ACT puntualiza en sus procesos clave, resaltando la importancia de la relación entre el componente básico del lenguaje humano y la cognición superior, donde el lenguaje humano natural, típicamente especifica no solo la fuerza de un vínculo entre estímulos, sino también el tipo de relación. He aquí la importancia del lenguaje en el proceso terapéutico: cómo aprendemos el lenguaje a través de su interacción con el entorno.

Contextualismo y conductismo son las raíces y el corazón de ACT. El enfoque del comportamiento humano visto en ACT se basa en el contextualismo funcional, una filosofía de la ciencia que sostiene que todo existe y ocurre dentro de un contexto. Como no podemos separar nada del contexto en el que ocurre, realmente no podemos llegar a la "verdad", ya que eso siempre estará influenciado por el contexto actual. Este enfoque, por lo tanto, es muy pragmático: "Lo que es verdad es lo que funciona" (Hayes et al., 2011, citado en Westrup, Wright, 2017). Esta idea también está en el corazón de los conductistas radicales, un enfoque psicológico que asume que todo comportamiento tiene una función. Para comprender la función de un comportamiento, debemos examinar el contexto en el que ocurre (Westrup, Wright, 2017).

En cuanto a sus objetivos, como mencionamos anteriormente, ACT busca la flexibilidad psicológica (Hayes, Strosahl, Wilson, 2011 citado en Westrup, Wright, 2017). La misma se define como: "contactar el momento presente como un ser humano consciente, completamente y sin defensa innecesaria, como es y no como dice que es, percibir y cambiar el comportamiento a servicio de los valores elegidos (Westrup, Wright, 2017).

Los procesos centrales en ACT son: desesperanza creativa; voluntad/aceptación; defusión; yo-contexto; valores; acción comprometida.

4.2. Terapia Focalizada de Aceptación y Compromiso (FACT)

La terapia de aceptación y compromiso focalizada (FACT), es un nuevo modelo de terapia breve muy condensado de la versión del tratamiento a largo plazo de ACT (Hayes, Strosahl, Wilson 1999, citado en Strosahl, Robinson, Gustavson, 2012). FACT utiliza la aceptación y las herramientas de atención plena para ayudar a los consultantes a transformar sus experiencias desagradables y angustiantes, como pensamientos perturbadores, emociones desagradables, recuerdos dolorosos, o síntomas físicos incómodos. FACT no intenta cambiar el contenido de esas experiencias privadas; son esfuerzos por cambiar, suprimir, o controlar estos eventos que se vuelven problemáticos. Cuando los consultantes se preocupan por el manejo de sus emociones, evitando recuerdos dolorosos, o tratando de reemplazar pensamientos negativos con positivos, no pueden atender a las necesidades inmediatas de su situación de vida. FACT enseña a los consultantes a simplemente observar y aceptar la presencia de estas experiencias. Esta nueva perspectiva les permite ver emociones solo como emociones, recuerdos solo como recuerdos, pensamientos como solo pensamientos, y sensaciones como solo sensaciones (Strosahl et al., 2012).

Otra característica de FACT, es el énfasis en ayudar a los consultantes a conectarse con valores personales y participar en acciones comprometidas, que sean consistentes con estos valores. En lugar de centrarse en el hecho emocional, FACT los ayuda a concentrarse en recuperar la calidad de vida deseada. Como no tenemos la capacidad de controlar las

emociones, pensamientos y recuerdos traumáticos que se presentan, nos enfocamos en aquello que sí podemos controlar: nuestro comportamiento inmediato. El término compromiso, utilizado en FACT, se refiere a tomar decisiones basadas en valores, flexibles y siempre en expansión (Strosahl et al., 2012).

Seguendo a Strosahl, Robinson y Gustavsson (2012), una característica única de FACT, es que se basa en investigaciones que demuestran que un número limitado de procesos mentales explican tanto el sufrimiento, como la vitalidad humana. Hay tres dimensiones básicas que determinan tanto el nivel de sufrimiento como el nivel de vitalidad: conciencia del momento, apertura a la experiencia privada y participación en actividades valoradas. FACT sostiene explícitamente que todo sufrimiento humano, independientemente de su forma, es causado por el déficit en uno o más de los procesos nombrados. Esto significa que FACT es un acercamiento al transdiagnóstico, no es un tratamiento específico para ciertas enfermedades, trastornos o condiciones. Este modelo terapéutico puede aplicarse a prácticamente cualquier problema humano que encuentre.

En cuanto a sus antecedentes, Strosahl, Robinson y Gustavsson (2012) afirman:

“La terapia de aceptación y compromiso ha sido recientemente designada como basada en evidencia para el tratamiento por abuso de sustancias y salud mental por la Administración de Servicios (SAMHSA). En una revisión reciente (Levin, Hildebrandt, Lillis y Hayes, citado en Strosahl et al., 2012) se encontraron cuarenta estudios sobre componentes ACT, solos o en combinación, con un tamaño de efecto ponderado promedio de $d = 0,70$ (IC del 95%: 0,47 a 0,93) en los resultados específicos. Otra reseña (Ruiz, 2010) encontró veinticinco estudios de resultados en

psicología clínica (N = 605; dieciocho ensayos aleatorios), veintisiete en psicología de la salud (N = 1.224; dieciséis estudios aleatorizados) y catorce en otras áreas, como psicología del deporte, estigma, desarrollo organizacional, y aprendizaje (N = 555; catorce estudios aleatorios). En todos los estudios, entre los grupos, el potencial del efecto parece estar alrededor de 0.65 (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006; Öst, 2008; Poderes, Vörding y Emmelkamp, 2009; Pull, 2009). ACT también se ha aplicado a muchos problemas "no tradicionales", como epilepsia, dolor crónico, dolor pediátrico, síndromes, obesidad, tabaquismo y diabetes, por nombrar algunos. Muchos estudios en ACT involucran intervenciones breves, de tiempo limitado, quizás consistentes con dos o cuatro sesiones de terapia, o una clase de psicoeducación de medio día o día completo. El hecho de que incluso las intervenciones ACT breves demuestran producir resultados a largo plazo, fueron un factor importante que impulsó el desarrollo de FACT". (p.13)

La versión corta de FACT, entonces, propone el siguiente enfoque: el sufrimiento humano no es anormal; más bien es ubicuo y es un subproducto no deseado del lenguaje humano y del pensamiento. Los humanos usan el lenguaje y el pensamiento para organizar y regular su comportamiento, pero la siempre presente naturaleza del lenguaje hace que esta relación voluntaria se vuelva involuntaria. A medida que maduramos, incluso olvidamos que esa función reguladora está allí; se desvanece en el trasfondo de la realidad cotidiana (Strosahl et al., 2012).

4.3 ACT y FACT en grupos

Westrup y Wright (2017), consideran que los procesos terapéuticos grupales en ACT son de carácter transformador y poderoso, siendo vehículo de cambio. Siguiendo a estos autores, ACT ofrece un enfoque que no solo se basa en evidencia, sino que es aplicado a una amplia gama de dificultades que puedan presentarse.

Los humanos desarrollan y están en constante búsqueda de técnicas para aliviar el sufrimiento como, por ejemplo, buscar y recibir apoyo de otro: elemento importante en las terapias individuales y grupales, considerado como las primeras búsquedas de ayuda necesarias para la supervivencia, sigue siendo uno de los factores más importante hoy en día en materia de bienestar; se cree que es un factor mitigante en la salud física y psicológica (Westrup, Wright, 2017).

El grupo terapéutico en ACT tiene, además, un objetivo clínico unificador; se busca promover la flexibilidad psicológica de todos los miembros a través del desarrollo de habilidades con los procesos centrales. Esto les permitirá, independientemente de sus diferencias, responder a lo que la vida les presente, de una manera más funcional y vital (Westrup, Wright, 2017).

La flexibilidad psicológica, en este caso, actuaría como hilo conductor. A pesar de sus diferencias, cada persona demuestra una capacidad variable con los procesos centrales de contactar y estar dispuesto a experimentar el presente, desactivando pensamientos, experimentando uno mismo como contexto y participando en la vida de acuerdo con valores identificados, independientemente de sus historias o síntomas. La promoción de estas habilidades básicas les permitirá mantener experiencias más funcionales para sus vidas. Independientemente de la historia o la situación de cada uno, ser capaz de responder

a lo que la vida está dando de una manera abierta (dispuesto y desactivado), centrado (presente y consciente de sí mismo como contexto), y comprometido (valores y acción comprometida) tiene una buena oportunidad de hacer una diferencia significativa para cada miembro del grupo (Westrup, Wright, 2017).

Siguiendo a Westrup y Wright (2017), ACT magnifica los mecanismos de cambio terapéutico inherentes al trabajo grupal. Desarrollando como respuesta clínica, un aumento en la comprensión de los orígenes del sufrimiento humano, el modelo que articula los procesos que pueden mantener a los humanos estancados, y cómo esos mismos procesos pueden ser usados para aliviar el sufrimiento. Esto se traduce directamente en la sala de terapia. ACT, además, optimiza la relación terapéutica en estos casos, ya que al encontrarse compasivamente presentes, centrados y totalmente comprometidos, los terapeutas brindan un contexto que invita a los consultantes a hacer lo mismo. Siguiendo a estos autores, uno de los aspectos fundamentales de la relación terapéutica, es que los terapeutas son tan humanos como los consultantes; ellos también luchan con el lenguaje y todo lo que conlleva, también experimentan estar atrapados de distintas maneras. En cualquier momento, los terapeutas están en algún lugar a lo largo del continuo de la flexibilidad psicológica, y tienen la oportunidad de tomar decisiones que lo acercan o alejan de sus valores. En resumen, el terapeuta trabaja de manera activa e intencional en: a) ser psicológicamente flexible, b) construyendo una alianza terapéutica flexible, y c) desarrollando flexibilidad psicológica en su paciente.

Westrup y Wright (2017) expresan que, en contextos grupales, ACT mejora el aprendizaje individual. Cuando varias personas se unen para aprender algo, se crean

oportunidades de aprendizajes para todos. Los miembros aprenden de unos a otros en términos de retroalimentación mutua, como también al estar al tanto del proceso de aprendizaje de pares. En ACT este es particularmente el caso ya que los procesos centrales dirigidos en las sesiones, son comunes a todos. Los procesos en juego se aplicarán a cada miembro y sus dificultades en particular, y a lo que cada uno este experimentando en los distintos momentos de la instancia grupal. Los miembros aprenden a ser mejor presente para sus compañeros, creando apertura para la empatía.

Un objetivo importante para la terapia es que se trabaja en lo que significa ser humanos, en lugar de tratar de resolver problemas o rectificar ciertos diagnósticos, síntomas y similares. Los procesos centrales de ACT son comunes para todos, y los participantes se conectan fácilmente a través de la lucha de ser humano. Cuando se combina la grupalidad de la lucha, estar dispuesto permite a los participantes experimentar incomodidad y, por lo tanto, dolor mutuo. Las habilidades apuntadas en ACT fomentan la participación grupal (Westrup, Wright, 2017).

En cuanto a FACT, Strosahl, Robinson y Gustavsson (2012) afirman que, en un grupo o aula, es una alternativa con formato rentable y tiene ventajas clínicas en comparación con procesos más largos individuales, parejas y tratamientos familiares. Personas con problemas en el funcionamiento interpersonal a menudo se benefician mucho de participar en la terapia grupal. En un grupo, los miembros pueden ver a otros miembros con problemas de vida similares y hacer cambios notables en un corto período de tiempo. Los miembros no se benefician solo de presenciar estos modelos a seguir, sino también de ver el contraste entre procesos que contribuyen a la flexibilidad psicológica y aquellos que

no. De hecho, ver a otros compañeros luchar con sus dificultades, puede ayudar a los miembros del grupo a tomar una perspectiva diferente de sí mismo y sus luchas. Además, según estos autores, las personas a menudo son más receptivas a los comentarios de un compañero de grupo, que de un terapeuta o líder de grupo.

Dado que FACT se basa en un modelo uniforme de sufrimiento humano, un solo grupo FACT puede incluir personas con una mezcla de problemas clínicos, como depresión, ansiedad, problemas alimenticios o problemas de abuso de sustancias. Además, las clases FACT pueden diseñarse para condiciones que no son normalmente tratadas en entornos de tratamiento de salud mental o abuso de sustancias, como dolor crónico, ansiedad de salud o vivir con enfermedades crónicas. Los formatos grupales también son una forma muy flexible de ayudar a los consultantes a desarrollar habilidades necesarias para hacer frente a los muchos desafíos de la vida. En un grupo o aula, la intervención puede enfocarse en desarrollar habilidades generales de la vida, como la atención plena o resolución de problemas personales, o estar enfocado en promover el afrontamiento de estrategias para un problema de vida específico, como lidiar con el divorcio (Strosahl et al., 2012).

Strosahl, Robinson y Gustavsson (2012) recomiendan, una vez que el consultante acepta participar de la instancia grupal, una entrevista previa –de duración no mayor a 60 minutos-, donde se brindará información sobre la naturaleza de la experiencia de trabajo grupal en ACT, enfatizando la importancia de practicar nuevos comportamientos en las sesiones grupales; esta instancia incluirá, además, la revisión del consentimiento informado y acuerdo de confidencialidad grupal. Otro aspecto importante a destacar en esta entrevista

pre-grupo, será la dinámica de ingreso y egreso de los pacientes al grupo de trabajo. Finalmente, el clínico evaluará al consultante, por factores de riesgo, como problemas o deficiencias sensoriales y cognitivas con estilo de aprendizaje, ya que eso podría limitar la capacidad del consultante para participar o beneficiarse de la instancia grupal.

4.4 Taller

“Taller”, proviene del francés antiguo *astelier* (actual *atelier*), cuyo significado evolucionó desde ‘montón de leños’ a ‘taller de carpintero’ y posteriormente ‘taller’ en general. Según la RAE, “lugar en que se trabaja una obra de manos”, “escuela o seminario de ciencias o artes”, “conjunto de colaboradores de un maestro”.

Siguiendo a Ander-Egg (1999), se ha observado un uso indiscriminado del término taller, denominando de esta manera a la mayoría de actividades que tienen un perfil participativo. Sin embargo, no todo lo que se realiza bajo el nombre de taller implica transformaciones pedagógicas significativas. El mismo da lugar a modificar relaciones, funciones y/o roles de los agentes involucrados. De esta manera, la tarea apunta a la participación, creatividad, e investigación, ardua de conseguir en relaciones autoritarias y verticales. Lo que permite afirmar que un clima de participación activa desplegaría potencialidades de los miembros.

Este autor considera que no es tarea fácil definir al taller como una técnica de enseñanza y aprendizaje. Por ese motivo, su significado está elaborado desde una perspectiva pedagógica, donde abarca un lugar en el que se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado; una forma de enseñar y aprender en grupo es un hacer

productivo, estableciendo la importancia de la experiencia en el aprendizaje. En este proceso entendido como de enseñanza y aprendizaje, los protagonistas son todos los involucrados en el conjunto, superando relaciones jerarquizadas (Ander-Egg, 1999).

La modalidad de taller, apunta a un trabajo interdisciplinario y a un enfoque sistémico, articulando e integrando las diferentes perspectivas profesionales en una labor interdisciplinar, aceptando el carácter complejo de toda la realidad. Atañe a la globalización y a un pensamiento integrador. Sin embargo, no se dejan de lado las tareas individuales como proceso personal, por lo que surge la necesidad de complementariedad entre lo grupal y lo individual (Ander-Egg, 1999).

Ander-Egg (1999) considera al taller como un grupo social organizado y superador de jerarquías, que través del uso adecuado de técnicas alcanza su mayor productividad. Por lo tanto, la utilización de técnicas grupales, permitiría desarrollar las potencialidades del trabajo grupal. Por otro lado, es necesario que el tallerista esté capacitado en los instrumentos y métodos de trabajo, y que el proyecto a realizar sea factible. La estrategia pedagógica en este caso, no apuntará a la utilización de un programa en particular, sino que será entendido como el planteamiento de objetivos centrados en la solución de problemas. El educador ayuda al educando a que aprenda a aprender con ayuda de otros de forma cooperativa. De la misma manera que se contempla que el educador aprenda del educando y de la práctica del taller en sí.

También, según Maya Betancourt (1996), el taller promueve y propone actividades que facilitan el vínculo grupal y la tarea. Protege, además, la libertad de expresión, mantiene un nivel de intercambio en el que todos entiendan, participen y puedan ser parte.

Facilita la exploración, el descubrimiento y la búsqueda de nuevas respuestas, y favorece la evaluación y retroalimentación constante.

Finalmente, es importante desatacar que el taller debe ser un espacio de confianza y animado, ligado a ser un proceso vivo y dinámico en el cual las personas que son parte interactúan compartiendo sobre lo que aspiran, hacen, buscan y desean. El plan del taller debe ser abierto, con un punto de partida pre establecido, pero debe poder surgir y desarrollarse durante el proceso, identificando y definiendo problemas que marcaran el rumbo a redirigir (Maya Betancourt, 1996)

Plan de Intervención

“Supongo que es tentador tratar todo como si fuera un clavo,
si la única herramienta que tienes es un martillo”

—Abraham Maslow

Plan de Intervención

Taller Psicoeducativo de Tiempo Limitado

Se elige este dispositivo, basado en la línea terapéutica de FACT, para llevar a cabo los objetivos propuestos en el presente trabajo.

- Tipo: Taller psicoeducativo.
- Duración: 1 encuentro de 120 minutos.
- Modalidad: Presencial.
- Dinámica: Grupal – Grupo Cerrado - 3 a 10 personas por taller.
- Objetivos: Mejorar la calidad de vida del paciente que atraviesa el proceso quirúrgico; favorecer la adhesión al tratamiento post-quirúrgico; concientizar sobre la importancia de la interdisciplina.
- Lugar: Nuevo Hospital Rio Cuarto San Antonio de Padua.
- Difusión: Será recomendada como actividad participativa de relevancia para el proceso quirúrgico, por parte del médico o equipo médico interviniente.
- Profesionales: Lic. en Psicología, Médico o Equipo médico interviniente.
- Evaluación: Se administrarán dos instrumentos de medición en modalidad pre-test y post-test.

Entrevista Pre-Grupo

Se realizará una entrevista individual previa a la instancia grupal. La finalidad de la misma será informar la modalidad y dinámica del espacio de taller, sus objetivos y alcance de duración. Se realizarán los test previstos para esta instancia, y se firmará, además, el acuerdo de confidencialidad grupal. La misma no debe durar más de 60 minutos. Puede realizarse el mismo día que el paciente tiene consulta con su médico, ya que el equipo de Salud Mental se encontrará disponible a tal fin.

Esta entrevista deberá ser semi-dirigida, con la flexibilidad suficiente para que el consultante pueda expresar sentimientos, expectativas, emociones, fantasías, miedos, inquietudes y teorías en torno al proceso quirúrgico. Será de importancia para el psicólogo poder visualizar el estilo cognitivo del paciente, su flexibilidad o rigidez psicológica y su repertorio comportamental.

Esta instancia será de utilidad, además, para evaluar al paciente y sus factores de riesgo, como así también problemas o deficiencias sensoriales y cognitivas, que puedan limitar su posibilidad de participar o beneficiarse de la instancia grupal. A tal fin se administrará el test “Mini-Mental State Examination” –MMSE- de Folstein, el cual es empleado habitualmente como un instrumento práctico para un rastreo inicial de alteraciones cognitivas; es un instrumento estandarizado de uso generalizado. Este instrumento consiste en una serie de test que evalúan orientación -autopsíquica, en tiempo y lugar-, memoria de corto y largo plazo -fijación y recuerdo diferido-, atención, lenguaje -comprensión verbal y escrita, expresión verbal–repetición y articulación, y expresión

escrita-, praxias -por comando escrito y verbal- y habilidad visuoestructiva (Allegri, R. F., et al, 1998).

Otros aspectos de importancia a evaluar en el paciente, serán los relacionados al nivel de ansiedad experimentado por el sujeto, así como la evitación experiencial y la aceptación psicológica, dos aspectos claves en la línea terapéutica de ACT (Barraca Mairal, 2004) y FACT. A los efectos de medir el nivel de ansiedad que presenta el paciente al momento de la entrevista, se administrará el “Inventario de Ansiedad de Beck”-BAI-, instrumento diseñado específicamente para medir “la ansiedad clínica” y el estado de “ansiedad prolongada”, diferenciándolo de la depresión (Consejo General de la Psicología de España, 2013). En cuanto a los procesos de evitación experiencial y aceptación psicológica, se utilizará el “Cuestionario de Aceptación y Acción” –AAQ-, elaborado por Hayes, et al. (2000) para evaluar estos aspectos.

Encuentro - Taller

Objetivos:

- Evaluar expectativas sobre qué es “resultado exitoso”.
- Identificar los miedos y trabajar la aceptación de los mismos como inherentes a todos los seres humanos. Evaluar las estrategias que se utilizan para enfrentarlos.

- Evidenciar procesos de evitación o confrontación de lo displacentero.
Análisis funcional del comportamiento. Flexibilizar la reacción al malestar.
- Informarnos, utilizar los recursos disponibles, trabajar en equipo.

Duración:

120 minutos.

Materiales:

Hojas de papel, lapiceras, post-it.

Características del coordinador:

El profesional coordinador debe mantener una actitud abierta, dispuesta y espontánea. Debe estar centrado en el aquí y ahora. No juzga los deseos, los miedos, ni las estrategias que los pacientes comparten al grupo. Demuestra interés y apertura para construir.

Actividades:

- Breve introducción:

¿Cómo nos sentimos hoy? ¿Qué expectativas tenemos con este taller?
- Actividad 1: Identificar los miedos.

Se pide al grupo que, durante unos minutos, en silencio, intente revivir una situación en la que haya sentido miedo (puede estar relacionada o no al proceso quirúrgico). Una vez que se tenga en mente la situación, se solicita intentar identificar a qué se le tiene miedo. Se escribe en un post-it y se guarda hasta que todos los miembros finalicen. Cuando todos hayan concluido la tarea, se realiza una ronda para socializar brevemente las experiencias de cada uno.

- Actividad 2: Identificar el cuerpo

Otro paso para identificar el miedo, es reconocer las señales físicas que nos provoca. Pensando en aquello que nos provoca miedo; intentaremos revivir esa emoción, observando nuestro cuerpo y percibiendo nuestras sensaciones físicas. Luego, invitamos a los miembros del grupo a localizar la parte del cuerpo donde siente este miedo. Una vez identificado el lugar, se pide que se lo señale con el post-it de la actividad anterior, en la hoja con la figura del cuerpo humano. Una vez que todos hayan finalizado la tarea, se pide que se verbalice y comparta con los demás cómo sentimos ese miedo en el cuerpo.

- Actividad 3: Estrategias

Una vez identificado el miedo y las sensaciones corporales, ¿Cómo nos comportamos frente a ellos?

Se propone a los miembros del grupo visualizar la situación de miedo y compartir con los demás cómo reaccionan ante ésta experiencia. Escribimos una lluvia de ideas para socializar las respuestas.

En una segunda instancia de la actividad, nos preguntamos: ¿Cómo funcionaron estas estrategias utilizadas ante la experiencia displacentera? ¿Se obtuvo el resultado deseado? Hacer un registro corporal y emocional de la situación. Socializamos verbalmente.

- Actividad 4: ¿Y si buscamos otras estrategias?

Se brinda una hoja a cada participante con un cuadro de cuatro columnas, con los siguientes títulos: Siento, Pienso, Hago, Consecuencias.

Se pide que volvamos a pensar en la situación displacentera y que completemos cada campo, según lo que “sentimos”, “pensamos”, “hacemos” y las “consecuencias” que eso nos trae, en cada caso. Una vez finalizado, se les solicita retener esas respuestas.

El coordinador comparte verbalmente para todo el grupo, la metáfora del “hombre en el hoyo” (ver anexo). Se solicita que se vuelva a retomar el cuadro con las respuestas, y se consulta si alguna de las respuestas que fueron dadas, suenan similares a la acción de cavar en la metáfora compartida. ¿Qué podríamos proponer distinto? Se socializa verbalmente.

- Actividad 5: Informarnos, trabajar en equipo

Se invita a un profesional del equipo médico interviniente a participar del taller. Se motiva a los miembros del grupo a compartir sus inquietudes con los profesionales, con objeto de brindar de conjunto la información necesaria para garantizar la mejor experiencia en su paso por la instancia quirúrgica. Se pretende generar cercanía con la figura del

médico, y fomentar la importancia del trabajo en equipo e interdisciplinar, para el bienestar general del paciente.

Con intención de promover una postura activa en los participantes, “informar” implica brindar autonomía a las personas y libertad de elección ante cualquier acto médico; sin información no se puede practicar la autonomía. Informar, además, implica un derecho, que trasciende a la ética médica y se inscribe en registro de lo humano. Se propone “informar” con función de esclarecimiento basado en las necesidades del paciente, no del médico. Esta experiencia -de autonomía y esclarecimiento- brinda al sujeto confianza, permite comprender y anticipar. El psicólogo en esta instancia será un puente entre el médico y el paciente.

- Cierre:

Se agradece la experiencia compartida y se los felicita por la predisposición y el compromiso de asistir al taller. Se manifiesta la apertura y disponibilidad del equipo de trabajo de profesionales intervinientes, para consultas que puedan surgir en el proceso.

Intervención Quirúrgica

La instancia de intervención quirúrgica propiamente dicha, si bien compete exclusivamente al equipo médico, se verá atravesada por distintas emociones que experimentarán los pacientes en referencia al evento en sí. A los fines de acompañar a los mismos a lo largo de todo el proceso, el psicólogo participará también de esta etapa.

Se visitará a los pacientes en su habitación el día de la cirugía, con objeto de brindar continuidad al proceso iniciado y compartido en el taller, apuntalando los aspectos trabajados durante la intervención, si fuese necesario. Será una visita breve, y dependerá en mayor medida de la necesidad de cada paciente. La función de esta intervención será principalmente la de soporte-apoyo, buscando afianzar la seguridad en la persona, y revalidar la figura del equipo médico y psicológico como figuras de confianza con las que el paciente puede y debe contar en todo momento.

Cuestionario on-line

En la semana posterior a la intervención quirúrgica, se enviará a los participantes del taller, un correo electrónico que contendrá una copia en blanco de dos de los instrumentos utilizados en la entrevista “pre-grupo”: BAI y AAQ.

Se vuelve a administrar los instrumentos, al finalizar el proceso, con objeto de medir los constructos de interés, a los efectos de evaluar la intervención realizada y la experiencia del paciente ante el evento quirúrgico. Se incluirá, además, un apartado de libre opción de respuesta para que el paciente pueda compartir alguna apreciación personal, recomendación u observación en referencia a la experiencia brindada por el equipo de salud mental.

Se prevé para aquellos casos donde el paciente no disponga de un correo electrónico o medios para recibir la información, la disposición del psicólogo a brindar el espacio para la realización los tests de manera presencial.

Plan de Intervención

Diagrama de GANTT

DIAGRAMA DE GANTT				
Actividades	1° Mes			
	1	2	3	4
Entrevista Pre-Grupo				
Encuentro – Taller				
Intervención Quirúrgica				
Cuestionario Online				

Plan de Intervención

Recursos

Recursos Humanos:

- Licenciado en Psicología
- Médico o profesional del equipo médico interviniente

Recursos materiales:

- Hojas de papel
- Lapiceras
- Post-it

Plan de Intervención

Presupuesto

Presupuesto de materiales		
Material	Cantidad	Precio
Resma de papel	1	\$ 300
Caja de lapiceras	1	\$ 350
Post-it	1 x4 unidades	\$ 310

- Presupuesto total: \$960
- Honorarios profesionales: Según lo informado por el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba, los honorarios correspondientes a este tipo de actividades, bajo la denominación de “Conducción o Coordinación de Espacios de Formación”, contempla el pago de \$1570 por hora de trabajo. Correspondiendo, de esta manera, el pago de la suma total de \$3120 por encuentro realizado. La cantidad de encuentros mensuales dependerá de la demanda de pacientes en situación pre-quirúrgica que registre el Hospital y que deseen participar del taller.

Plan de Intervención

Evaluación

A los fines de evaluar el impacto de la actividad propuesta, en contraste con los objetivos planteados previamente, se procede a administrar a los participantes del taller dos instrumentos que miden constructos de interés objeto de nuestra intervención: ansiedad, evitación experiencial y aceptación psicológica. La modalidad utilizada será pre-test y post-test; los instrumentos utilizados serán BAI y AAQ.

La primera administración será realizada en la entrevista pre-grupo –instancia individual-, donde será de interés para el psicólogo conocer el estado anímico del paciente, sus emociones, el repertorio comportamental y las estrategias utilizadas por el mismo para enfrentar lo displacentero, en referencia al evento quirúrgico. Posterior a la intervención del taller –instancia grupal- y a la cirugía, se procederá a evaluar el impacto del proceso administrando nuevamente los dos instrumentos. Los test se envían por correo electrónico, y son auto administrados. Se contemplan aquellos casos donde el paciente no tenga acceso o posibilidad de recibir la información por correo, y se pacta una entrevista presencial para la realización de los mismos. Cualquiera sea la opción elegida por el consultante, se brindará también, un espacio libre para opiniones, sugerencias u observaciones que deseen ser compartidas en referencia a la experiencia del proceso.

La finalidad de la administración de los instrumentos será recabar información acerca de la experiencia del paciente en referencia a la vivencia y aporte que le proporcionó la instancia grupal de taller, en relación al evento quirúrgico que debió atravesar. La evaluación de un impacto positivo se verá relacionada a bajos niveles de ansiedad posteriores y buena adaptación a la experimentación de eventos displacenteros, en contraste con la disposición evitativa de los mismos.

Plan de Intervención

Resultados Esperados

El plan de intervención planteado supone desafíos técnicos y prácticos. En referencia a los técnicos, la formación clínica de los profesionales del equipo de salud mental es un factor de relevancia. Las actividades propuestas se sustentan en la línea terapéutica de FACT, siendo necesario en este caso los conocimientos específicos y habilidades técnicas para poder intervenir con estas herramientas; de otro modo la experiencia distará mucho de ser la presentada inicialmente. Por otro lado, el desafío del trabajo interdisciplinar puede ser una herramienta de apertura y crecimiento para la evolución del dispositivo, si la dinámica lograda es la esperada; si no lográramos establecer esta dinámica de trabajo con los profesionales intervinientes, y el trabajo conjunto de las áreas, los objetivos del dispositivo se verían severamente afectados, ya que en su mayoría se sustentan en el trabajo conjunto del equipo médico y los profesionales de salud mental. El equipo médico debe aceptar, validar y acompañar esta práctica para que resulte efectiva y cumpla con los objetivos propuestos. Si bien el espacio de trabajo y las estrategias clínicas de abordaje serán co-construido con los profesionales de conjunto, si el equipo médico que participa no comparte los objetivos de profilaxis, la tarea se verá truncada. El primer contacto será esencial: en primera instancia, la propuesta del médico hacia el paciente recomendando su participación en el taller (el médico debe creer en la efectividad

del espacio de taller para poder recomendarlo), y en un segundo momento, la entrevista con el psicólogo, el cual debe motivar al paciente a continuar el proceso.

En referencia a los desafíos prácticos, la organización y coordinación será central para poder llevar a cabo el taller. Respetar el esquema planteado y la cantidad de participantes por encuentro será primordial para que la experiencia de taller pueda ser provechosa para los participantes contando con todas las instancias propuestas. En caso de que haya una intervención quirúrgica de urgencia o planificada con una proximidad menor a 7 días, se recomendará o posibilitará una intervención individual en caso que fuera requerida, ya que la participación en la instancia de taller exige necesariamente la participación previa en la instancia pre-grupo (entrevista individual). Otro aspecto a considerar será la disponibilidad física y presupuestaria de la institución para sostener la incorporación de profesionales que lleven a cabo este proyecto. A tal fin, y en términos ideales, el profesional de salud mental debería ser parte del staff estable y permanente del hospital, con objeto de mantener disponibilidad y flexibilidad horaria para estar presente cuando sea requerido a lo largo del proceso de cada grupo e instancias individuales. Por otro lado, se debe poder asegurar la disponibilidad de un espacio físico que brinde comodidad y privacidad durante el tiempo que dure el taller garantizando que no se vea afectado el proceso del mismo.

Si los desafíos propuestos han podido ser resueltos de manera favorable, los resultados esperados están vinculados a los objetivos que plantea esta intervención: mejorar la calidad de vida del paciente que atraviesa el proceso quirúrgico; favorecer la adhesión al tratamiento post-quirúrgico; y concientizar sobre la importancia de la interdisciplina.

Una vez realizada la entrevista pre-grupo, se espera la participación del paciente en la instancia siguiente, que es el encuentro grupal. La participación en la segunda instancia dependerá, en un gran porcentaje, del resultado e impacto de la entrevista inicial, lo cual denota la importancia que tiene para el profesional de salud el primer encuentro. Es en esa entrevista donde se establecerán componentes básicos de confianza y donde se generará el compromiso de asistencia al taller.

De la instancia grupal, se espera que el paciente pueda adquirir herramientas de esclarecimiento sobre sus vivencias y emociones, así como de la modalidad con la que experimenta el entorno. Se busca el reconocimiento de la corporalidad y de estrategias utilizadas para enfrentar las experiencias. Experimentar una aproximación a la flexibilidad psicológica y la aceptación de nuestras emociones, son aptitudes que se ejercitarán en el taller.

Un componente importante de esta instancia es la autonomía del paciente, la cual se busca que pueda practicar y experimentar a través del reconocimiento de sus valores y del manejo y solicitud de la información ubicándose en un rol activo en la experiencia del autocuidado y la libre elección de estrategias para percibir el entorno del modo menos amenazante posible.

La evaluación final deberá arrojar resultados consistentes con los resultados esperados: una disminución en la ansiedad experimentada por el paciente, mayor autonomía y apertura en el manejo de estrategias flexibles para enfrentar las sensaciones displacenteras, y adhesión al tratamiento postquirúrgico.

Conclusiones

“Si quieres entender algo de verdad, intenta cambiarlo”

—Kurt Lewin

Se propone intervenir en el ámbito hospitalario con prácticas basadas en objetivos de prevención, en relación a las exigencias que nos propone la nueva Ley de Salud Mental –Ley 26.657-. Reconociendo a la salud mental como un proceso multideterminado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoría implican una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona, pensar en acciones preventivas implica poner en agenda las necesidades específicas e individuales de cada una, y concebirlas como sujetos activos en el proceso personal de cuidado y mejoría. Desarrollar y promover acciones preventivas implica acompañar, brindar herramientas y construir nuevas en conjunto, y transitar junto al paciente un proceso de aprendizaje sobre sí mismo que implica aceptación, responsabilidad y autocuidado.

Con respecto al ámbito que nos ocupa, el hospital, supone principalmente un espacio vinculado con distintos actores: profesionales médicos, enfermeros, psicólogos, asistentes sociales y trabajadores de distintas áreas del hospital; el estado nacional, provincial, y municipal; instituciones de salud, ONG's y otras organizaciones; la comunidad en general. Estos actores impactan de distintas maneras en cada profesional y paciente que transita el hospital. Es un ámbito de intervención complejo y multideterminado por los actores que participan en él. Es, también, el espacio de convergencia entre dos prácticas: la médica y la psicológica.

Por la historia que le compete, la medicina ha sido una disciplina de prácticas distanciadas de los aspectos psicológicos de sus pacientes. Formados bajo el paradigma médico hegemónico, los profesionales de salud de esta disciplina mantienen prácticas –en

su mayoría- orientadas a “curar el cuerpo enfermo”, olvidando y dejando de lado en muchas oportunidades otros componentes que atraviesan e impactan en la vida de las personas que transitan por sus consultorios. Por las vicisitudes que atravesó nuestra profesión, el psicólogo ha sido por muchos años considerado un auxiliar de la medicina. Con la Ley de Ejercicio Profesional, la situación cambió promoviendo un lugar que ya no era auxiliar o secundario, sino que ubicaba al profesional psicólogo en un vínculo de paridad con otros profesionales de salud. Ahora el desafío se encuentra en la práctica, el campo de acción e intervención: el reto a la flexibilidad de pensamiento, a la capacidad de organización, y a las habilidades sociales y profesionales para interactuar con el paciente.

La Psicoprofilaxis Quirúrgica como área asistencial clínico-preventiva, es un campo de acción en creciente desarrollo que exige de la intervención de un gran grupo de profesionales de la salud, de diversas profesiones. Requiere de una mirada multidimensional, abierta y flexible, que aborde la complejidad del proceso quirúrgico en contexto. En esta instancia, cobra especial relevancia la interdisciplina como puente para lograr los resultados esperados para esta práctica. Por este motivo, el conocimiento y la formación clínica es de gran importancia, así como las estrategias de intervención co-construidas en equipo. Es una práctica que requiere una asistencia y perspectiva integral. El desafío está en trascender al concepto de la “interdisciplina” como concepto, y lograr una práctica integrada, para brindar al paciente una experiencia en los mismos términos.

En referencia al dispositivo elegido para la intervención propuesta en este trabajo, considero necesario realizar las siguientes referencias:

- 1) El dispositivo de taller es elegido como tal, para que la experiencia de los pacientes sea la de un espacio psicoeducativo, un espacio de aprendizaje compartido y co-construido por los participantes y los profesionales intervinientes. El espacio de taller, posibilita una dinámica abierta, flexible y donde se promueve el fortalecimiento y la autonomía de la persona, incitándolo a ser un sujeto activo en el proceso de mejoría. El aprendizaje es dinámico y cruzado, es entre pacientes y profesionales, entre pacientes, y desde el paciente hacia el profesional también. Al ser un dispositivo flexible, permite ser un espacio de ensayo abierto y creativo, para nuevas aptitudes relacionadas a los objetivos perseguidos con la intervención.
- 2) La línea terapéutica elegida, se fundamenta principalmente en la necesidad de establecer prácticas en contexto, dando vital importancia a los procesos que realizan las personas y a como experimentan el ambiente que los rodea. La manera en que el ambiente es percibido y cómo nos percibamos a nosotros mismos, va a ser lo que oriente la búsqueda de herramientas y estrategias para enfrentarlas. En ese sentido, promover una práctica de aceptación y flexibilización psicológica donde no necesitamos “desligarnos” del miedo, el dolor y la ansiedad para encontrar una armonía, sino por el contrario, aprender a reconocerlas y buscar nuevas estrategias para enfrentarlas, posibilitaría la

revalorización del sujeto y la apertura a nuevas formas de intervenir y modificar su propia vida.

- 3) Se propone una intervención “focalizada” debido a los tiempos institucionales del hospital y personales del paciente. La mayoría de los procesos terapéuticos de Psicoprofilaxis Quirúrgica incluyen protocolo de ocho sesiones. En el ámbito del hospital, donde muchas cirugías o intervenciones de este tipo pueden ser programadas con poca distancia de tiempo, o hasta incluso de urgencia, se dificulta contar con la posibilidad de establecer una propuesta tan extensa en el tiempo. Por otro lado, la disponibilidad de recursos, principalmente económico, probablemente limite aún más las intervenciones prolongadas con estos pacientes. Considerando que la instancia es grupal, además, debemos considerar las diferentes fechas de intervenciones disponibles para cada paciente en un tiempo real, cuya primera dificultad sería hacerlos coincidir en un mismo periodo de tiempo disponible previo a la cirugía. Por los motivos expuestos, se diseñó un dispositivo pensado en orientar la práctica a los objetivos buscados, de una manera focalizada y adaptada a posibilidades reales de intervención, y para el mejor aprovechamiento de la experiencia por parte de los participantes.
- 4) En cuanto al trabajo interdisciplinar, si bien atañe a la tarea de los profesionales, se busca principalmente concientizar a los pacientes sobre la importancia de la misma. Que el paciente revalorice este tipo de prácticas, hará que pueda exigirla, brindándole un rol activo en la integralidad de la atención que merece y posee como derecho. Recibir esta exigencia por parte de los pacientes, hará que los profesionales puedan cuestionarse su práctica y fundarla en la integralidad. Un

proceso basado en la integralidad garantizará un trabajo de crecimiento y evolución en este tipo de prácticas. Los cambios serán motivados por la misma dificultad que los inicia: el trabajo de conjunto. La aplicación de los conocimientos de cada profesión y las estrategias co-construidas, serán entonces basadas y reflejarán los problemas y necesidades de los pacientes.

Finalmente, es de importancia considerar, la prácticamente exigua formación con la que contamos durante la carrera de grado de nuestra disciplina en lo que refiere a Psicoprofilaxis Quirúrgica. Como se indicó en reiteradas ocasiones a lo largo del desarrollo de este trabajo, intervenir en prevención de salud es uno de los ejes que orientan la práctica actual en Salud, para las nuevas líneas de pensamiento que delinear nuestro quehacer. La psicoprofilaxis en las instituciones, además, nos posiciona ante la tensión de romper con viejos fundamentos y prácticas orientadas al individualismo profesional, que solo parcela el conocimiento y nos aleja de la asistencia y mirada integral de las personas. Intervenir interdisciplinariamente nos permite buscar el nivel de intervención adecuado para cada situación. La interdisciplina será siempre la posibilidad de interactuar con otros campos de pensamiento y refundar viejos esquemas y roles. Este trabajo y las conclusiones que del mismo se extraen, propone cuestionarnos la posibilidad de incluir en las futuras curriculas de la carrera, formaciones en este tipo de prácticas, que promueven la apertura y el crecimiento en el límite con otras ciencia y conocimientos.

Referencias

Allegri RF, et al. (1998) El “Mini-Mental State Examination” en la Argentina: Instrucciones para su administración. Grupo de Trabajo de Neuropsicología Clínica de la Sociedad Neurológica Argentina. Revista Neurología Argentina. Volumen 24, número 1.

Ander-Egg, E. (1999). El taller: una alternativa de renovación pedagógica. Buenos Aires, Magisterio del Río de la Plata.

Angelini, S. (2011) “El nuevo paradigma en salud mental en Argentina: tensiones con la formación profesional de los psicólogos”. Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones-Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Centro Integral de Psicoterapias Contextuales-CIPCO, (2020). Curso de especialización en ACT-FAP. Recuperado de: http://www.cipco.com.ar/files/cursos/1587849783_curso-act-fap-2020.pdf

Chocarro, L. (2001). Atención de enfermería en el preoperatorio. En Arias, J; Aller, M; Arias, J.I y Lorente, L (ed.). Generalidades médico-quirúrgicas (pp. 269). Editorial Tébar

Duce, A (2005). Patología Quirúrgica. Madrid: Elsevier

Faraone, S., Bianchi, B., (2018) “Medicalización, salud mental e infancias”. Normativa, paradigmas y conceptos. Teseo, Buenos Aires. Recuperado de: <https://www.teseopress.com/medicalizacion/>

Groci, L, Gonzales, S. (2007). “Psicoprofilaxis de la revisión: Abriendo las puertas para un abordaje integral”. Buenos Aires: Hospital Dalmacio Vélez Sarsfield.

Maya Betancourt, A. (1996) El taller psicoeducativo. ¿Qué es? Fundamentos, como organizarlo y dirigirlo, cómo evaluarlo. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio.

Meuret, A., Twohig, M., Rosenfield, D., Hayes, S., Craske, M., (2012) Brief Acceptance and Commitment Therapy and Exposure for Panic Disorder: A Pilot Study. *Research Gate*. 19 (4): 606–618

Moix, J. (1994). Modulación Psicológica de la Recuperación Postquirúrgica. Dialnet Plus, Anuario de psicología, ISSN 0066-5126, N°. 61, 1994, págs. 79-84

Mucci, M. (2005) “Psicoprofilaxis Quirúrgica. Una práctica en convergencia interdisciplinaria” Paidós, Argentina.

Mucci, M., & Benaim, D. (2006). Psicología y Salud. Calidoscopio de Prácticas Diversas. *Psicodebate*, 6, 123-138. <https://doi.org/10.18682/pd.v6i0.445>

Nahmod, D., La Bruna de Andra, L., Oliveira, P. (2019) Conceptos básicos en psicoprofilaxis clínica y quirúrgica. Asociación Argentina de Salud Mental, Argentina. Recuperado de: https://aasm.org.ar/es/st/es.Cursos.Cursos-a-distancia-2019.19-05-06_conceptos-basicos-en-psicoprofilaxis-clinica-y-quirurgica

Stolkiner, A. (1999) La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas. Revista: El Campo Psi. Edic. Abril. Buenos Aires.

Stolkiner, A. (2005) Interdisciplina y Salud Mental. IX Jornadas Nacionales De Salud Mental, Argentina.

Strosahl, K., Robinson, P., Gustavsson, T., (2012) Brief Interventions for Radical Change. Principles & Practice of Focused Acceptance & Commitment Therapy. Raincoast Books, Canadá.

Universidad Siglo 21 (2019) Material de CANVAS. Córdoba, Argentina. Recuperado de:
<https://siglo21.instructure.com/courses/7659/pages/plan-de-intervencion-modulo>

Westrup, D., Wright, J., (2017) Learning ACT for Group Treatment. An Acceptance and Commitment Therapy Skills Training Manual for Therapists. New Harbinger Publications, Inc, Oakland.

Anexos

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Anexo 1.

MMSE

Fecha:

Apellido y nombres:

Encuestador:

HC N°

Puntaje

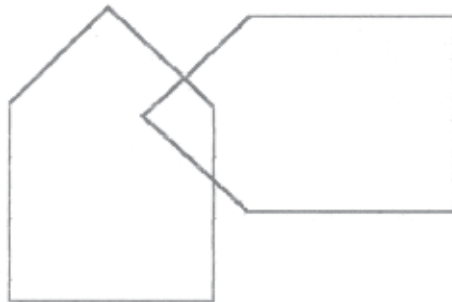
Esperado

Puntaje

Obtenido

5	Orientación	Día	Fecha	Mes	Año	Estación	.....
5		Lugar	Calle	Piso	Ciudad	País		.....
3	Fijación	PELOTA	BANDERA	ARBOL	(N° de intentos: .....)		.....
5	Atención	100 – 93 – 86 – 79 – 72 – 65					.....
		Mundo O – D – N – U – M					.....
3	Recuerdo	( )		( )		( )	.....
	Lenguaje							
1	Repetición:	El flan tiene frutillas y frambuesas					.....
1	Comprensión	a) tome el papel con la mano izquierda					.....
1		b) dóblelo por la mitad					.....
1		c) póngalo en el suelo					.....
1	Lectura	Cierre los ojos					.....
1	Escritura	Frase con sujeto, verbo y predicado					.....
<hr/>								
2	Denominación	lápiz, reloj					.....
1	Copia de dibujo						.....
							Puntaje total	.....

CIERRE LOS OJOS



(Recuperado de:

<http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/psicometricas/mikulic/primer%20cuatri%202020/Allegri%20%20mini%20mental%20%20%20Grupo%20de%20trabajo%20Neuropsicologia.pdf>)

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:				
Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(Recuperado de: <https://es.slideshare.net/eduardoreyes33/ansiedad-de-beck>)

Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ)

Nombre y apellido:	Edad:
--------------------	-------

A continuación encontrará una serie de frases. Valore en qué grado son aplicables a usted. No hay contestaciones buenas o malas, ni preguntas con truco; unas serán más verdad en su caso y otras menos. Tome el tiempo que necesite y trate de responder a todas las preguntas. Utilice la escala siguiente y coloque la puntuación en la casilla a la derecha de cada pregunta

Nunca verdad	Muy raramente verdad	Raramente verdad	A veces verdad	Con frecuencia verdad	Casi siempre verdad	Siempre verdad
1	2	3	4	5	6	7

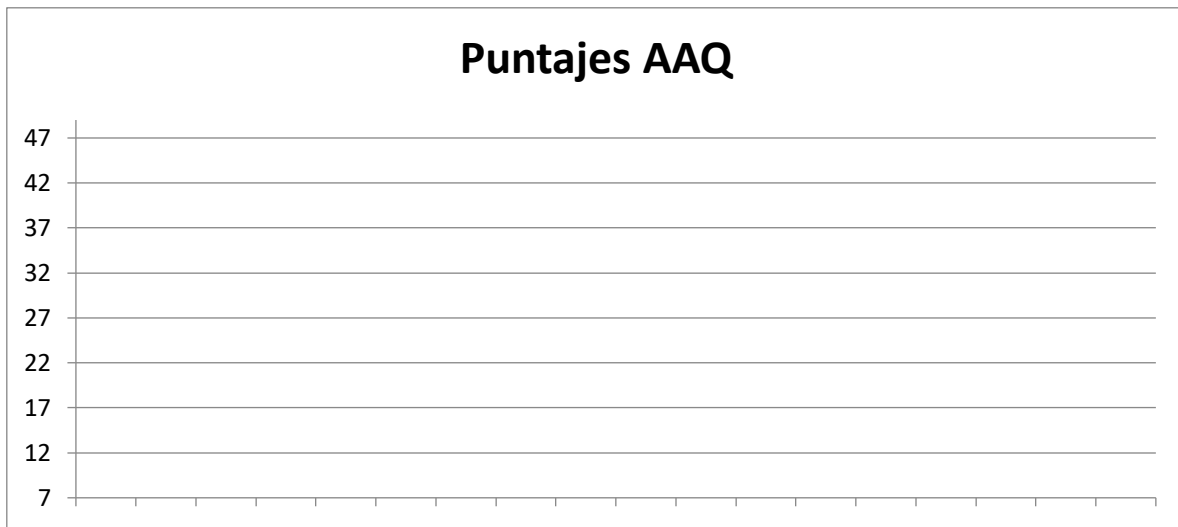
Puntaje total 0

Seguimiento

Insertar la fecha (DD/MM/AAAA), y el puntaje correspondiente (hasta 12 mediciones)

Fecha										
Puntaje										

	Item	Respuesta
1	Tenga o no tenga claro cuál es el mejor modo de resolver un problema, me pongo en marcha	
2	Muchas veces me descubro fantaseando sobre cosas que he hecho y que haría de forma distinta si tuviese otra oportunidad	
3	La verdad es que cuando estoy deprimido o ansioso no soy capaz de hacer frente a mis responsabilidades	
4	Casi nunca me preocupa tener bajo control mi ansiedad, mis preocupaciones o mis sentimientos	
5	Mis sentimientos no me dan miedo	
6	Cuando valoro algún suceso negativamente, lo habitual es darme cuenta de que es sólo una apreciación y no un hecho objetivo	
7	Cuando me comparo con otras personas tengo la impresión de que la mayoría lleva su vida mejor que yo	
8	La ansiedad es mala	
9	Ojalá pudiese borrar por arte de magia todas las experiencias dolorosas que he tenido en la vida	



Metáfora del “Hombre en el Hoyo”

“Un hombre iba por el campo, llevando una venda en los ojos y una pequeña bolsa de herramientas. Se le había dicho que su tarea consistía en correr por ese campo con los ojos vendados. El hombre no sabía que en la granja había hoyos grandes y muy profundos, lo ignoraba completamente. Así que empezó a correr por el campo y cayó en uno de esos grandes agujeros. Empezó a palpar las paredes del hoyo y se dio cuenta de que no podía saltar fuera y de que tampoco había otras vías de escape. Miro en la bolsa de herramientas que le habían dado, para ver si había algo que pudiera usar para escapar del hoyo, y encontró una pala. Eso es todo lo que tenía. Así que empezó con diligencia, pero muy pronto advirtió que no salía del hoyo. Intento cavar más y más y más y más rápido, pero seguía en el hoyo. Lo intento con grandes paladas y con pequeñas, arrojando lejos la tierra o arrojándola cerca... pero seguía en el agujero. Todo ese esfuerzo y todo ese trabajo, y lo

único que conseguía es que el hoyo se hiciese cada vez más y más profundo. Entonces se dio cuenta, que cavar no era la solución, no era la forma de salir del hoyo, al contrario, cavando es como se hacen los hoyos más grandes. Entonces empezó a pensar que quizás todo el plan que tenía estaba equivocado y que no tenía solución, ya que cavando no pueda conseguir una escapatoria, lo único que hacía era hundirse más”.

(Recuperado de: <https://solucionespsicologica.wordpress.com/2015/05/18/metafora-del-hombre-en-el-hoyo/>)