ALGUNOS ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES ASOCIADOS AL DOLOR, EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA ENTIDAD PÚBLICA DE LA CIUDAD SANTIAGO DE CALI

VALENTINA RECAMÁN GALINDO

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI
2010

ALGUNOS ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES ASOCIADOS AL DOLOR, EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA ENTIDAD PÚBLICA DE LA CIUDAD SANTIAGO DE CALI

VALENTINA RECAMÁN GALINDO

Trabajo de grado presentado
Para optar al título de psicóloga

Psicóloga
Patricia Lasso
Asesora de práctica profesional

UNIVERSIDAD DE SAN BUENAVENTURA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SANTIAGO DE CALI
2010

NOTA DE APROBACIÓN

_____

_____

_____

_____

_____

DIRECTOR

_____

FIRMA DEL JURADO

Santiago de Cali, Junio de 2010

TABLA DE CONTENIDO

1. RESUMEN……...PAG. 6
2. INTRODUCCIÓN……..……..……...…...PAG. 7
3. CONTEXTUALIZACIÓN…….…….…….....PAG. 10
3.1. Organigrama
3.2.Descripción del área de trabajo
4. DIAGNÓSTICO……...……....PAG. 18
4.1.Causas de ingreso
5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA……...…….…….PAG. 24
6. OBJETIVOS…….....…….PAG. 28
6.1.Objetivo General
6.2.Objetivos Específicos
7. MARCO DE REFERENCIAS CONCEPTUALES……...….…….PAG. 29
7.1.Antecedentes
7.2.Marco teórico
8. MÉTODO……...…….….PAG. 66
8.1.Tipo de estudio
8.2.Población
8.3.Diseño
8.4.Instrumento
9. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS INVESTIGATIVOS……..PAG. 73
10. PROPUESTA DE APLICACIÓN……..…..…....PAG. 83
10.1. Objetivos
10.2. Cronograma
10.3. Plan de acción
10.4. Resultados de aplicación
11. LA EXPLICITACIÓN DEL PLUS- DISCUSIÓN DE LA PRÁCTICA……..…...PAG. 90
12. OFERTA DE TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL…….....PAG. 97
13. ANEXOS……...……...….…….PAG. 100
14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……...….……...……PAG. 119

14.1Referencias virtuales

1. RESUMEN

PALABRAS CLAVE: Dolor, factores biopsicosociales, salud pública, hospitalización, psicología humanista.

La problemática que se escogió para la realización del presente trabajo de grado fue el reconocimiento de algunos factores biopsicosociales asociados al dolor en pacientes hospitalizados en la sala de ortopedia y traumatología de una entidad pública de salud, situada en la ciudad Santiago de Cali.

El tipo de estudio fue descriptivo teniendo en cuenta siempre el método fenomenológico que apunta a describir las experiencias tal y como las interpretan las personas. El diseño metodológico fue transversal y los instrumentos que permitieron un acercamiento con el paciente desde su sensación de dolor, con el fin de hacerlo consciente fueron la entrevista semiestructurada, la escala de visión analógica (EVA), el cuestionario Mc Gill, Melzack para la localización del dolor.

El estudio se realizó bajo el enfoque humanista y permitió reconocer que la manifestación del dolor posibilita la expresión de problemáticas profundas, que tienen que ver algunas veces con la hospitalización como situación limite.

ABSTRACT

KEY WORDS: Pain, Biopsychosocial factors, public health, hospitalization, humanist psychology.

The problem that was chosen for the realization of the current grade work was the recognizing of some biopsychosocial factors associated to the pain of the hospitalized patients in the orthopedic and traumatology wing of a public health entity located in Santiago de Cali city.

The type of study was descriptive keeping in mind always the phenomenological method that aims to describe the experience as they are lived by the patient.

The elected design was transversal and the instruments used for make conscious to the patient with feeling pain was the semi structured interview, the analogical visual scale, the Mc Gill questionnaire, Melzack for the pain localization.

The study was based on the humanistic approach and allowed us to recognize that the expression of pain enables the expression of serious problems that arise with hospitalization.

2. INTRODUCCCIÓN

En la sociedad actual la forma de concebir la enfermedad ha estado, en mayor parte, en manos de la medicina alopática[1]. Esta se basa en el principio de oposición, generaliza los tratamientos en planes estándar y busca con sus medios terapéuticos la curación de la enfermedad. En otras palabras, esta medicina convencional *disgrega* al hombre, dejando de lado que el ser humano es un ente biopsicosocial, integral, espiritual y que su sufrimiento se puede dar en cada uno de los diferentes planos.

Debido a la situación de la salud en Colombia, al ineficiente servicio de salud, a la demora en la programación de citas, a la tramitología y a la creencia de las personas en que es mejor auto-medicarse posiblemente por factores como la cuota moderadora[2], algunas personas prefieren callar sus molestias; igualmente sucede con quienes se encuentran hospitalizados para evitar el disgusto de enfermeros, médicos y demás personal de la salud y olvidan que el dolor puede considerarse también, un llamado de alerta del cuerpo.

En la ciudad de Santiago de Cali se encuentra una entidad pública que es frecuentada por diversas personas, en la mayoría de casos de escasos recursos económicos procedentes del sur-occidente colombiano, corregimientos y veredas quienes recurren por extrema urgencia o se encuentran inscritos en el sisben[3]. Algunas personas esperan que al llegar allá sus demandas se vean cubiertas y en ocasiones las condiciones intrahospitalarias generan el agravamiento del estado de salud del individuo.

---

[1] Según Meza Salinas, 1997 la palabra "alopatía" quiere decir que cura con drogas realizadas a base de productos químicos en dosis ponderales y que producen en el hombre sano, efectos contrarios a los que se manifiestan con la dolencia.

[2] Según Saludcoop, 2005 La cuota moderadora es un aporte en dinero, definido por la ley, que debe ser cancelado por todos los afiliados cuando se asiste al médico general, al especialista, al odontólogo, a consulta con profesional paramédico, cuando se reciben medicamentos, al tomarse exámenes de laboratorio o radiografías de tratamientos ambulatorios y también cuando se utiliza el servicio de urgencias habiendo podido acceder al servicio por su IPS de nivel I. El valor de la cuota moderadora depende del ingreso base de cotización, de acuerdo con los rangos establecidos por la ley.

[3] Según el glosario de protección social de la página web de coomeva, el Sisben es una encuesta que se hace para determinar la situación socioeconómica de las personas. Con base en sus resultados se asignan subsidios a los más pobres en salud, vivienda, educación y empleo.

En el cuarto piso de la entidad se encuentra ubicada la sala de ortopedia y traumatología que por lo general maneja un promedio de treinta personas que requieren ser hospitalizados y que han sufrido eventualidades como por ejemplo un accidente de tránsito y éste les ha causado algún tipo de fractura o lesión. Durante el proceso de hospitalización una persona debe acostumbrarse a los horarios de visita, de la hora del baño y por supuesto de desayuno, almuerzo y cena; los días se convierten en rutina y el constante aplazamiento para la programación de cirugías produce en ocasiones estrés severo que posteriormente lleva a la depresión y ansiedad en algunas personas. Finalmente, cuando se programa la cirugía, pueden surgir complicaciones como la necesidad de amputar o la elevación de la presión arterial de una persona por lo que hay que seguir aplazando la intervención quirúrgica.

Por parte de las personas hospitalizadas y el personal de la salud siempre hay una queja que va ligada a la sensación de dolor. Con respecto a esto, el tratamiento que se da en la sala de ortopedia para calmarlo es la aplicación de analgésicos que va desde el acetaminofen hasta la morfina pero las personas hospitalizadas refieren que éste no es suficiente.

El trabajo de investigación: *Algunos aspectos biopsicosociales asociados al dolor, en pacientes hospitalizados en una entidad pública de la ciudad Santiago de Cali* surge como respuesta ante la necesidad de aportar a los pacientes durante el espacio de intervención psicológica, la posibilidad de expresar sus dolencias que van asociadas a la causa de hospitalización, teniendo siempre en cuenta una mirada integral del individuo porque existen factores biopsicosociales que están incorporados en la forma como cada persona experimenta la sensación de dolor y el modo en que a su vez estos factores apoyan o no la prevalencia y/o retiro del dolor, aumento y/o disminución.

Durante la primera parte del trabajo de investigación (que se llevó a cabo a partir de Julio del 2008 hasta Diciembre del mismo año) se reconoció el dolor como síntoma que acompaña aquel proceso de hospitalización de una persona sin olvidar el trabajo desde una

perspectiva holísta[4]. Para ello se procede a realizar la entrevista clínica, indagando sobre problemáticas que pueden hacer que el padecimiento de la persona se acrecente o disminuya.

Lo que se pretendió en la segunda fase del trabajo de investigación (que se llevó a cabo a partir de Enero del 2009 hasta Julio del 2010) fue proponer y enseñar a los pacientes hospitalizados en la sala de ortopedia y traumatología; técnicas que posibilitaran la forma de relacionarse ante el dolor y que obligarán al paciente a pensarse como sujetos activos y conscientes de su padecimiento ya que se tiene la idea de que el personal de salud es quien va a solucionar sus demandas y a calmar sus molestias como si el dolor fuera ajeno a su cuerpo y no pudiesen las personas participar de algún modo en su recuperación.

[4] Según Farré Martí, 2001 (Pagina 98) plantea que el holismo es la consideración del objeto como una totalidad que no sólo considera importante el dolor como resultado de procesos fisiológicos sino como llamado de quien padece situaciones adversas

3. CONTEXTUALIZACIÓN

Entidad pública ubicada en Santiago de Cali- Breve recuento histórico

La entidad pública es una empresa social del estado (E.S.E[5].) que data del año 1.956, como único centro de atención de emergencias del sur-occidente colombiano que incluye los Municipios del Valle del Cauca, Cauca, Chocó, Caquetá y la Costa Pacifica colombiana.

Según huv, (2009) el edificio se empezó a construir en 1.936 y se terminó en 1.940. En 1.973 empieza a ampliar su capacidad física a la par con el desarrollo de su ciudad y sólo hasta los años 90 entra a la modernización física y tecnológica con el apoyo del ministerio de salud, el departamento del Valle del Cauca y la secretaria de salud.

[5] Según Art. 6 de la ley 489 del año 1998, la E.S.E es una institución de carácter social que presta servicios esenciales y fundamentales en el área de la salud, ENTE descentralizado del orden Nacional, con personería jurídica y patrimonio propio sujetas al control político y a la dirección del ente territorial.

La entidad, maneja un doble carácter: docente/ asistencial y durante mucho tiempo ha sido el orgullo del Valle del Cauca en materia tecnológica, científica y humanitaria hasta llegar a ser lo que actualmente es como ejemplo para el desarrollo del sector salud en toda su área de influencia, siendo así un orgullo para los estudiantes de medicina y afines realizar sus practicas en dicha institución.

Según la secretaria de salud pública, (2003) en cuanto a desarrollo científico, tecnológico, administrativo y de potencial humano altamente calificado, la entidad es el principal centro de atención en salud en el municipio y el departamento manejando el nivel I-Máximo nivel dentro de la red de urgencias ejerciendo como centro regulador de urgencias que se encuentra ubicado en el segundo piso. La red de urgencias funciona 7x24x365, es decir todos los días del año, las 24 horas durante los 7 días de la semana.

Según huv, (2009) la entidad pública tiene como eje fundamental la atención de urgencias pero no se puede dejar atrás que presta un servicio integral de salud; administrativa, científica y tecnológicamente está conformado por:

- UES de Medicina Física y Rehabilitación
- UES de Servicios Ambulatorios
- UES de Urgencias
- UES de Laboratorio Clínico y Patología
- UES de Pediatría
- Clínica Evaristo García
- UES de Sala de Operaciones
- UES de Neurocirugía
- UES de Endoscopia
- UES de Cirugía
- UES Unidad de Salud Mental
- UES de Ginecología y Obstetricia
- UES de Ayudas Diagnósticas
- UES de Unidades de Terapias Intensivas

- UES de Medicina Interna
- UES de Ortopedia y Traumatología[6]

Ubicación

Dicha entidad se encuentra ubicada en sur América- Colombia, en el Departamento del Valle del Cauca, al suroccidente de la ciudad de Santiago de Cali; sitio estratégico que colinda con la Calle Quinta, una de las vías arterias mas importantes de la ciudad puesto que la atraviesa de norte a sur comunicándola con el municipio de Yumbo por el norte y el municipio de Jamundí por el sur, dando continuidad a la vía panamericana que a su vez lleva a todo el suroccidente colombiano. Por el occidente, la misma calle Quinta en el sector de la calle primera o Avenida del río comunica con la vía Buenaventura al igual que por la circunvalación siendo Buenaventura el eje de comunicación o epicentro de la zona pacifica colombiana que puede abarcar hasta el Chocó. Por el Norte y en intersección con la calle Quinta y la Avenida del río se puede llegar a la recta Cali-Palmira que abre las puertas al Norte del Valle.

	ENTIDAD PÚBLICA
PROPÓSITO	La entidad pública de salud como fuente de desarrollo de salud y calidad logra un modelo de empresa social que garantiza la prestación de servicios de salud y formación del recurso humano basado en la excelencia y desde la región, es movilizador de las políticas de salud pública para el territorio nacional.
MISIÓN	Brindar como ESE, servicios de salud de mediana y alta complejidad a la comunidad nacional e internacional con énfasis en el Departamento del Valle del Cauca, asegurando el equilibrio financiero y la rentabilidad social; ofreciendo servicios de alta tecnología y garantizando la calidad de la atención con personas competentes, motivadas y altamente comprometidas. Participar en la formación, desarrollo y actualización del talento humano en la modalidad formal y no formal en el marco de los convenios docencia-servicio, con instituciones educativas nacionales e internacionales.
VISIÓN	En el año 2015, como ESE será líder en la prestación de servicios de salud de mediana y alta complejidad en Latinoamérica, el mejor escenario para la formación y entrenamiento del talento humano del sector salud y protagonista en el desarrollo de políticas de la salud nacional.
OBJETIVOS	• Contribuir al desarrollo y mejoramiento del sistema regional de seguridad social. • Consolidar una organización basada en los principios de mejoramiento continuo. • Propiciar que el talento humano identifique a la entidad como un proyecto de vida. • Asegurar el equilibrio financiero y técnico enfocado a su carácter de ESE • Elaborar, gestionar e implementar proyectos estratégicos como factor clave del éxito para la

[6] La palabra UES hace referencia a la UNIDAD ESTRATÉGICA DE SERVICIOS.

	ESE
PRINCIPIOS	• Respeto a la vida. equidad • Humanización. integridad • Dignidad. lealtad • Honestidad.
VALORES	• Compromiso. motivación • Responsabilidad. solidaridad • Ética. Trabajo en equipo

3.1 Organigrama

El siguiente organigrama muestra de forma ordenada los servicios que presta la entidad pública resaltando el sitio en el que se llevó a cabo el trabajo de investigación y las dos áreas con las que interactúa en la mayoría de ocasiones.

3.2 Descripción del área de trabajo

La unidad estratégica de servicios de ortopedia y traumatología esta conformada por dos salas de hospitalización ubicadas en el cuarto piso de la institución. La sala de ortopedia y la sala de infecto adultos que cuenta con capacidad para 30 camas, donde se reciben pacientes adultos con algún tipo de infección, que requieran atención y manejo quirúrgico y por infectología.

La sala de ortopedia data en el año 1.959. Ésta se encuentra ubicada en el ala suroccidente del edificio arriba del banco de sangre y cuenta con una capacidad aproximada de 30 pacientes mayores de 14 años post y pre quirúrgicos los cuales llegan por remisión de consulta externa ortopedia, urgencias (trauma o yesos), quirófano o demás salas de hospitalización.

Para la higiene de las personas hospitalizadas, existe una ducha general con baño para hombres y otro para mujeres. El personal de enfermería realiza sus funciones básicamente en el cuarto de medicamentos y el de enfermería, conformado por una habitación donde se ubican los *lockers* de los auxiliares y otro con sus escritorios y sillas donde se realizan las diferentes anotaciones en las historias clínicas.

Según huv, (2009) ortopedia y traumatología siempre ha sido un programa de residencia comprometida de tiempo completo y de dedicación exclusiva que ha crecido a partir de la década de los 60 y hasta los 70, triplicándose. A partir de los 80 surgen grandes transformaciones por la proliferación de facultades de medicina y por los cambios administrativos, prestando en la actualidad servicios de hospitalización de adultos y niños, traumatología con infección al igual que rescate de órganos para trasplante, cirugía por especialidades y subespecialidades en ortopedia y traumatología: Infecciones osteoarticulares[7] columna, miembro superior, tobillo y pie, rodilla, oncología ortopédica, cadera y reemplazo articulares, ortopedia infantil, cirugía reconstructiva en trauma ortopédico. También cuenta con los siguientes sub-servicios: Consulta de ortopedia general y consulta de ortopedia sub-especializada[8]:

- Consulta de trauma
- Consulta de rodilla
- Consulta de cadera y reemplazos articulares
- Consulta de columna
- Consulta de tumores óseos
- Consulta de tobillo y pie
- Consulta de miembro superior
- Consulta de ortopedia infantil
- Consulta de infecciones en ortopedia
- Consulta pre-quirúrgica de ortopedia

[7] Osteoarticular: afección en los huesos y a las articulaciones

[8] En el marco teórico serán ampliados algunos diagnósticos.

- Consulta post quirúrgica de ortopedia

	UNIDAD ESTRATÉGICA DE SERVICIOS DE ORTOPEDIA
MISIÓN	Brindar a pacientes con trauma y enfermedades del sistema músculo-esquelético una atención de máxima tecnología garantizando un servicio humanizado, oportuno, confiable y de calidad con énfasis en una cultura de mejoramiento continuo del personal y los servicios.
VISIÓN	Ser la mejor unidad para atención de pacientes con trauma y enfermedades del sistema músculo-esquelético que le permita ser el centro de referencia del suroccidente colombiano apoyado constantemente en la relación docente asistencial, manteniendo, desarrollando e innovando su oferta.
PRINCIPIOS	• Honestidad: Se manifiesta en buscar, aceptar y decir la verdad, respetando los derechos y bienes de las personas. • Dignidad: Autoconciencia y control de la propia personalidad que permite al ser humano comprender la responsabilidad con respecto a sí mismo y la sociedad. • Disciplina: Crear y cumplir normas que permitan un mejor funcionamiento de la persona y su entorno. • Respeto a la vida: Todo individuo tiene derecho a la vida, libertad y la seguridad de su persona. • Lealtad: Es un compromiso a defender en lo que creemos y en quien creemos. • Equidad: Inclinación por dejarse guiar por el sentimiento del deber. • Integridad: Es potenciar nuestra personalidad poniéndola al servicio de los demás.
VALORES	• Investigación: actualización permanente de todos los integrantes del equipo de trabajo en programas académicos y docentes, fomentando proyectos de investigación que conduzcan al mejoramiento de procesos y actividades clínicas y administrativas. • Administración eficiente y rentable: ofreciendo los mejores niveles de operación y rentabilidad del mercado con conciencia económica que permita racionalizar los gastos y maximizar los recursos, buscando nuevos mecanismos para reducir los costos. • Sentido social: extendiendo sus servicios a los grupos socioeconómicos menos favorecidos y colaborando con el Estado a efecto de mejorar su cobertura y ser más eficientes en sus recursos. • Calidad de servicio: Buscar la excelencia mediante el control de calidad de cada uno de los procesos realizados. • Trabajo en equipo: Participación de todos los miembros del grupo de Ortopedia y traumatología como personas en equipo responsables, hacia el usuario. • Humanización en el trato: brindando afecto constante, compasión, decencia y respeto por la persona humana. • Ética y moral: Exigiendo y formando los principios éticos y morales en todos y cada uno de los miembros del equipo de trabajo.

A lo largo de dos años se hizo un intento por hacer el trabajo multidisciplinario ya que diariamente se encuentran médicos y residentes especialistas en ortopedia, médicos asistenciales, enfermeras, auxiliares de enfermería y asisten estudiantes de fisioterapia, terapia

respiratoria, terapia ocupacional, trabajo social y psicología en días de semana. Cada uno de estos bajo la autorización del subdirector de la UES, el Doctor. Luis Alberto Delgado. Por ello se destaca la importancia de la labor multidisciplinar debido a que cuando se habla de dolor, según Penzo, (2000) no entienden ni se refieren a lo mismo un bioquímico que un internista, un fisiólogo que un psiquiatra, un reumatólogo que un anestesiólogo o un cirujano ya que cada uno de ellos atiende aspectos que entran dentro de su ámbito de competencia y que cubre una faceta diferente del fenómeno complejo, al que se denomina "dolor" sin que ninguna disciplina pueda atribuirse la capacidad exclusiva de definirlo en términos absolutos.

Rol del psicólogo practicante

NOTA: En los apartados diagnóstico y plus- discusión de la práctica se encontrarán algunas especificaciones con respecto a esto.

Para realizar la práctica de psicología en la sala de Ortopedia y traumatología se contó con la aceptación de la psicóloga Lucely Obando- asesora institucional y María Cristina López Acevedo, Jefe coordinadora de ortopedia y traumatología. Inicialmente al practicante de psicología se les asignaron funciones como el manejo de la ansiedad en pacientes pre-quirúrgicos, intervención en crisis a los familiares de pacientes hospitalizados ante noticias de muerte o amputaciones, manejo del duelo en pacientes amputados, etc.

Uno de los papeles del psicólogo es encontrar síntomas o indicios como por ejemplo, alucinaciones (producidas según Vélez, A (2008) por lesiones cerebrales, intoxicación, anoxia, privación del sueño, estrés, miedo exagerado, fiebre muy alta, durante un episodio de migraña, después de un paro cardiopulmonar o al comienzo del sueño o en el llamado duermevela) en pacientes hospitalizados que requieran intervención psiquiátrica para remitirlos a la USM[9], por esta razón todas las UES de la entidad pública deben disponer de los servicios que brinda la psiquiatría en cualquier momento.

[9] La palabra USM hace referencia a la UNIDAD DE SALUD MENTAL

4. DIAGNÓSTICO

La Unidad estratégica de servicios (UES) de Ortopedia y traumatología durante el horario de 7:00 de la mañana a 1:00 de la tarde está conformada por auxiliares de enfermería, practicantes de enfermería, una jefe enfermera, dos estudiantes de fisioterapia de la Escuela Nacional del deporte o de la Universidad del Valle, un medico asistencial, dos residentes de ortopedia, una secretaria, una aseadora y la practicante de psicología.

Durante el transcurso del día llegan la trabajadora social o la auxiliar, dos estudiantes de la facultad de medicina, un residente de ortopedia, un medico psiquiatra según lo requiera el médico general o la practicante de psicología, entre otros. Cada uno de los miembros que conforman la sala de ortopedia.

A continuación se describen aspectos generales de la sala de hospitalización.

41. Causas de ingreso

La siguiente tabla fue realizada a partir de datos estadísticos obtenidos durante el año 2008 y arroja que el tipo de población masculina que asistió a la sala de ortopedia de la

entidad de salud tiene un promedio de edad entre quince y treinta años. La causa de esto podría ser que esta es la edad en la que las personas tienen mayor posibilidad de accionar y por tanto están propensos a cualquier accidente laboral, de transito o locomoción.

En caso de accidente laboral algunas empresas informales no cumplen con las prestaciones sociales que según el ministerio de protección social, (2007) son *el conjunto de beneficios y garantías para los trabajadores, adicionales al salario, los cuales están a cargo del empleador y/o a cargo de las Entidades que integran el Sistema Integral de Seguridad Social (EPS, ARP o ISS y Cajas de Compensación*. Estos son entonces los encargados de la salud, la pensión y Los riesgos profesionales.

Tabla número 1

-*Grupo de edades*

GRUPO DE EDADES	**NOMBRES**		**MUJERES**	
	FRECUENCIA	**%**	**FRECUENCIA**	**%**
MENORES DE 14	18	2	3	11
15 A 35	452	48	49	15
36 A 55	256	27	70	32
56 A 75	132	1-4	145	1
MAYOR DE 76	80	9	189	41

En la tabla anterior se muestra que en el caso de las mujeres existe un aumento de riesgo cuando se está en la tercera edad ya que después de la menopausia se presentan casos de osteoporosis generando según osteoporosis online, (2007) que la resistencia a los golpes producidos por caídas o accidentes disminuya en forma notable, es común que se produzcan fracturas en los huesos de la columna vertebral, la cadera y la articulación de la muñeca. Habitualmente estas fracturas son dolorosas, deformantes y pueden llegar a incapacitar a las personas. En la sala de ortopedia y traumatología, muchos de los pacientes diagnosticados con osteoporosis se sienten incómodos estando en una sola posición y se quejan del dolor producido en las noches por el frío.

En la tabla número 2 se observa también que la fractura de cadera fue la principal causa de cirugía y hospitalización. Según Uva childrens hospital, (2008) La fractura de cadera

puede cambiar la calidad de vida de la persona en forma significativa y menos del 50% de las personas que sufren este problema retornan a su nivel de actividad previo. Además, mientras se da la recuperación de una fractura de cadera, algunas complicaciones posibles pueden ser potencialmente mortales. El dolor de una fractura se produce en la rodilla, en la parte baja de la espalda y por supuesto en la cadera generando también imposibilidad de ponerse de pie o caminar, hematomas o hinchazón y pie torcido en ángulo inusual que hace que la pierna parezca más corta.

Como se planteó anteriormente, las fracturas de cadera se vuelven más comunes a medida que la gente tiene más edad. Las caídas por las escaleras o desde su propia altura son más frecuentes porque los huesos se vuelven menos densos. A las personas con este tipo de fractura se les dificulta usar ropa mientras está hospitalizado y hacer sus necesidades en un sanitario debido a la inmovilidad del cuerpo esto hace que se dificulte la adaptación al ámbito hospitalario.

Otra de las causas de ingreso fue la fractura de tibia, según dmedicina, (2002) esta tiene lugar como consecuencia de un impacto directo sobre la pierna. No obstante, no es necesario un golpe violento para que se produzca la fractura ósea, puede bastar un pequeño choque o un movimiento incorrecto.

Tabla numero 2

-Morbilidad[10]

MORBILIDAD	**FRECUENCIA**	**%**
FX CADERA	374	30,8%
FX DE TIBIA ABIERTA	90	13,04%
FX DE TIBIA CERRADA	68	
FX DE FÉMUR ABIERTA	138	12,88%
FX DE FÉMUR CERRADA	18	

[10] Cuando se habla de morbilidad se hace referencia a la proporción de personas que enferman en un lugar durante un periodo de tiempo determinado en relación con la población total de ese lugar.

FX DE HUMERO ABIERTA FX DE HUMERO CERRADA	49 8	4,7%
FX DE MANO ABIERTA FX DE MANO CERRADA	12 42	4,45%
FX DE ANTEBRAZO ABIERTA	39	8,34%
FX DE ANTEBRAZO CERRADA	62	
FX DE PELV/S *ABIERTA*	59	4,87%
POP INFECTADO	52	4,29%
TRAUMA RAQUIMEDULAR	58	4,78%
PIE DIABÉTICO	40	3,30%

La tabla numero 3, confirma que la entidad pública funciona como único centro de atención de emergencias del sur occidente colombiano que incluye los Municipios del Valle del Cauca, Cauca, Chocó, Caquetá y la Costa Pacifica colombiana.

Tabla número 3

-Lugar de procedencia

PROCEDENCIAS	**FRECUENCIA**	**%**
CALI	729	57.4%
VALLE (SIN CONTAR CALI)	462	36,4%
OTROS DEPARTAMENTOS	*78*	6,1%

Breve descripción del paciente hospitalizado

Las personas hospitalizadas en la sala de ortopedia y traumatología tienen necesidades económicas que no les permiten acceder al uso de implementos de aseo personal (jabones, papel higiénico, pañales, sabanas, toallas y ropa) ni medicamentos (aspirina, acetaminofen, dolex, insulina, antirretrovirales) a causa de esto, están propensas a sufrir convulsiones, agravamiento de la enfermedad incluso la muerte.

Los habitantes de la calle que se encuentran hospitalizados manifiestan el deseo de permanecer durante mucho más tiempo en la sala de ortopedia y traumatología ya que niegan haber tenido una vida digna antes del ingreso a la sala de Ortopedia. Estas personas indigentes después de la dada de alta vuelven a dormir a las calles estando expuestos a una infección.

Algunos hombres de edades entre 15 a 35 años tienen problemas de adicción y de tipo judicial causado por porte ilegal de armas, hurto y asesinato. Esto les obliga a permanecer bajo el mando de un oficial de la policía agravando aun más la situación de dolor durante la hospitalización ya que cuando se les da de alta lo más probable es que sean trasladados a un lugar que ellos mismos consideran "*no muy diferente al hospital*"; llamado cárcel.

La mayoría de las personas que asiste a la entidad pública son de estratos socioeconómicos bajos, algunas personas habitantes de la calle se comunican agresivamente mediante lenguaje soez con los médicos y enfermeras. Muchos de ellos se encuentran ansiosos por la cirugía y estando hospitalizados se enfrentan al miedo a la muerte que en algunos casos los lleva a amenazar al personal de la salud debido a estas razones se hace muy difícil entablar cualquier clase de diálogo con ellos.

Rol del psicólogo practicante

A la hora de entrada, las enfermeras o el médico le informan al practicante de psicología sobre aquellos pacientes que han tenido una mala noche, que se encuentran "enojados" o "apáticos" y aquellos que no quieren recibir comida. Lo que se espera es que las personas después de la intervención del psicólogo sean capaces de modificar su comportamiento después de una intervención que puede durar 15 minutos como máximo por causas como la no privacidad, demandas de intervenciones distintas (las enfermeras deben ocuparse de que cada paciente reciba los analgésicos a horas determinadas, deben tomar muestras de sangre, realizar curaciones y los auxiliares de enfermería deben ayudarles a bañarse y en algunos casos, a comer. Adicionalmente, las personas hospitalizadas reciben constantemente llamadas por celular).

Otra labor que se le asigna al practicante de psicología es el acompañamiento psicológico con la red de apoyo del paciente que se encuentra hospitalizado en casos de muerte, trauma raquimedular, acompañamiento antes y después de una amputación, psicoeducación de algún tema en especial.

Problemáticas en la sala de Ortopedia y traumatología

Considerando las características de la población que se atiende en la sala de Ortopedia, las dificultades psicosociales que preceden y que a su vez emergen durante la estancia en sala están asociadas al problema de autoimagen que padece una persona al verse en situación de deterioro cuando es atacada por la enfermedad crónica, amputación, herida por arma corto-punzante y/o corto- contundente, accidente de transito.

Inicialmente se había pensado también realizar un trabajo sobre la muerte debido a que la muerte de alguien dentro de la sala de ortopedia agobia a los demás pacientes que se encuentran ahí llevándoles a pensar que la entidad de salud es el lugar en donde va la gente a morir o que van a ser los próximos. En accidentes de transito generalmente mueren los compañeros o familiares de las personas hospitalizadas llevándoles a sentirse inseguros e intranquilos por no poder ir al funeral o sintiéndose culpable por la muerte del otro.

Sin embargo el tema del trabajo de investigación apuntó al reconocimiento de algunos aspectos biopsicosociales del dolor en pacientes hospitalizados en la sala de ortopedia porque como se planteó anteriormente, el dolor es el común denominador en las fracturas y el procedimiento de curación que les lleva a sufrir a causa de la no anestesia. Durante el proceso de hospitalización no se tienen en cuenta las condiciones propiamente humanas que hacen que la persona se angustie o no se adapte al ámbito hospitalario, las cirugías son constantemente aplazadas cuando se les ha dicho a los pacientes que se preparen con una semana de anticipación, las condiciones intrahospitalarias también son agravantes debido a que en ocasiones los pacientes deben dormir en camillas, en los corredores y con las luces prendidas. Los asuntos clínicos tienden a ser de mayor relevancia aunque esto signifique la aglomeración de personas con patologías similares. En una ocasión se iba a dejar de lado que se hospitalizaran en una misma habitación a una persona que había sido victima de actos de sicariato y un sicario escoltado por la policía, esto le generó angustia y por supuesto aumento en la sensación de dolor.

Otros factores de padecimiento son el dolor crónico causado por la enfermedad y el dolor agudo que aparece posterior a la cirugía. A lo que apunta el trabajo de investigación es a

describir, desde el método fenomenológico, la sensación de dolor que atraviesa un paciente mientras se encuentra hospitalizado, que trasciende el tipo de fractura y se manifiesta por razones diversas que se explican desde un modelo biopsicosocial de la enfermedad.

La propuesta de aplicación apuntó a reconocer que detrás de toda la problemática del dolor, es posible realizar un manejo de este mediante técnicas complementarias a las tradicionales, teniendo en cuenta que la persona debe jugar un papel activo tanto en el proceso de recuperación como en el de hospitalización, debe hacerse consciente de su propio cuerpo. Una de las razones por las cuales se considera válido emplear técnicas como la arte terapia que son poco utilizadas en el ámbito hospitalario para el manejo del dolor, se debe al riesgo de muerte en las personas y a demás reacciones adversas generadas por el uso y abuso de sustancias médicas como en casos que van desde un acetaminofen hasta el uso de morfina.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Retomando el apartado anterior, la problemática que ameritó la realización del trabajo de investigación fue el reconocimiento de algunos factores biopsicosociales del dolor en pacientes hospitalizados en la sala de ortopedia y traumatología de una entidad pública situada en la ciudad Santiago de Cali.

Inicialmente una de las problemáticas que hubiese permitido también la realización del trabajo de investigación apuntaba hacia el manejo del dolor en pacientes hospitalizados mediante algunas técnicas poco convencionales; posterior a esto surgen algunas inquietudes debido a que posiblemente, de forma indirecta se llegaran a imponer actividades para las cuales el paciente hospitalizado no estaba preparado. Por esa razón, antes de proponer diversas técnicas, fue necesario el reconocimiento de los saberes populares y las formas particulares de cada persona de tratar su dolor, además de no perder de vista que el dolor es el resultado de una serie de aprendizajes que el paciente ha ido construyendo a lo largo de su vida, en síntesis, los factores biopsicosociales que están incorporados en la forma como cada persona experimenta la sensación de dolor y el modo en que a su vez estos factores apoyan o no la prevalencia y/o retiro del dolor, aumento y/o disminución.

El tema del dolor surge como una demanda que está ligada al encargo tanto del psicólogo como a cualquier otro trabajador de la salud que se desempeña en la sala de Ortopedia y traumatología debido a que los pacientes que allí se encuentran manifiestan que los analgésicos que se les aplica no son suficientes para calmar su dolor. Posterior a esta situación, las personas son tildadas como "pacientes a los que nada les gusta", "pacientes difíciles", "pacientes apáticos"; esta situación genera tensión y angustia por ambas partes, el cliente y el personal.

Abordar el dolor del otro, como trabajador de la salud resulta algo complejo, por ejemplo en el momento de ingreso del paciente en la sala de Ortopedia, el personal de enfermería se encarga de marcar en el dibujo del cuerpo humano (primera parte del cuestionario MC Gill); el área afectada con el fin de localizar el área afectada que produce dolor en cierta parte del cuerpo. De esta forma se deja de lado que existen posibilidades ligadas a las condiciones intrahospitalarias que llevan a la persona a sentir dolor si no existe alguna lesión orgánica, un ejemplo de esto es el dormir en camilla que con el tiempo genera dolor en el cuello o alguna mala posición estando en cama puede generar que el dolor se acrecente. En muchas ocasiones el personal medico o de enfermería no cuenta con herramientas necesarias para calmar la sensación de dolor de una persona aunque en manos de ellos está el de darle la medicación a la persona que padece.

Ante todo, se debe tener en cuenta que en ocasiones detrás del profundo dolor físico que siente la persona hospitalizada, se esconden problemas asociados con la autoimagen generados por la amputación de algún miembro, el miedo a la muerte que va ligado a la situación de hospitalización. También se encuentran madres cabeza de hogar que deben dejar sólos a sus hijos y esto les genera altos niveles de estrés.

Existen otras problemáticas que son agravantes del dolor como el no saber cómo pagar la cuenta, cómo devolverse al área rural a la cual pertenece, (en el caso de la persona analfabeta a la que se le dificulta desplazarse y comunicarse con otros de forma asertiva).

Teniendo en cuenta la teoría del proceso figura-fondo que se trabaja en la psicología Gestalt todas estas manifestaciones dan cuenta que el dolor puede mostrarse como la figura que incomoda al individuo.

De igual forma, el dolor es una sensación que no debe quedar en manos únicamente del personal de salud. Se intentó con la propuesta de aplicación elaborada en el presente trabajo, que la persona se hiciera cargo de su malestar, dejando de asumir una postura "paciente"[11] y cumpliera con un papel activo en el proceso de hospitalización mediante diversas técnicas.

A continuación, se encontrarán las definiciones acerca del tipo de dolor en pacientes ortopédicos y el trabajo de investigación partirá desde la siguiente problemática descrita por Koval, (2000) quien afirma que el dolor se convierte en enfermedad cuando interfiere el sueño, altera el estado de animo y dificulta las relaciones interpersonales, se habla de enfermedad cuando es incapacitante. Esto quiere decir que se trabajará con pacientes que manifiestan dolor tan fuerte que se les dificulta realizar procesos relacionados con los hábitos. Igualmente se ahondará en la perspectiva propuesta por García Higuera, (2004) quien manifiesta que la comprensión científica del dolor va evolucionando rápidamente, pues antes se pensaba que su presencia implicaba únicamente la existencia de un daño físico, sin embargo, actualmente la ciencia nos ha llevado a descubrir la importancia que tienen las consecuencias de la vivencia del dolor porque éste genera importantes reacciones emocionales que pueden potenciar el sufrimiento que lleva asociado. Pero, además, si el dolor se hace crónico puede tener un impacto devastador en todos los aspectos vitales de la persona que lo sufre:

- Socialmente, porque se tienen que disminuir las relaciones sociales con amigos y allegados.
- Laboralmente, puede llegar a afectar a la capacidad de trabajar, produciendo un sentimiento de inutilidad y problemas económicos.

[11] Según Reisin, 2005 la palabra es proveniente del *latin patiens, patientis*, que significa que padece, el que soporta males.

- En las relaciones de familia y de pareja, porque no se pueden cumplir las expectativas de los seres queridos.

Según Higuera, (2004) el dolor crónico llega a hacer que las personas se planteen el para qué y el por qué de la vida debido a que normalmente tenemos la experiencia de que el dolor es pasajero y controlable; pero cuando aparece un dolor resistente, que no se pasa, nuestra concepción del mundo se tambalea, surge entonces la necesidad de construir una nueva vida en la que tenga sentido la existencia de un dolor que no se puede evitar y en la que podamos dar cabida a:

- Sensaciones corporales incontrolables.
- Limitaciones en la capacidad corporal.
- Pérdida de contacto social.
- Problemas laborales que pueden incluir incertidumbre económica, etc.

Según Higuera, (2004) la labor del psicólogo se centra en trabajar terapéuticamente todos estos aspectos del dolor para mejorarlo y hacerlo más soportable ya que inicialmente el Dolor puede ser la única evidencia o la descripción que da el paciente para un mal que lo aqueja y dicha descripción enfoca el tratamiento en la disciplina que corresponde como es el caso de los dolores de cabeza y presuntamente su relación con los órganos de la digestión o los dolores musculares relacionados con la especialización neurológica o reumatológica.

¿CUÁLES SON ALGUNOS ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES ASOCIADOS AL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA ENTIDAD PUBLICA DE LA CIUDAD SANTIAGO DE CALI?

6. OBJETIVOS

6.1 Objetivo general

✓ Reconocer algunos de los aspectos biopsicosociales asociados al dolor en personas hospitalizadas en una entidad pública de la ciudad Santiago de Cali.

6.2 Objetivos específicos

✓ Identificar las problemáticas asociadas al dolor manifestadas por los pacientes hospitalizados a través del empleo de la entrevista semiestructurada, el cuestionario MC Gill y la observación participante.

✓ Ampliar las formas de comprender la sensación de dolor en el ámbito hospitalario.

✓ Plantear una propuesta que permita reconocer y acompañar el manejo del dolor en los pacientes de la sala de ortopedia a través del empleo de herramientas psicológicas.

7. MARCO DE REFERENCIAS CONCEPTUALES

En primera instancia, se realizó una revisión de textos en la mayoría, trabajos investigativos que permitieron elaborar los antecedentes basados en la segunda parte del trabajo de investigación cuya propuesta iba encaminada a proponer técnicas complementarias para el manejo de dolor. Esta revisión permitió tomar prestados elementos para el análisis de resultados, reconocer términos asociados a la problemática como por ejemplo, el umbral del dolor, proponer formas de que el paciente se haga cargo de su dolencia mediante la arte terapia y conocer toda una fundamentación teórica respecto a esta técnica.

7.1 Antecedentes

A continuación se hace un breve recuento de investigaciones al respecto:

1.

Autor: Bárbara Zas Ros, Marta Martin Carbonell, Nancy Rial Blanco y Jorge Grau Abalo

Titulo: El tratamiento psicológico del dolor. Un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario

Año: 1995

Tipo de texto: Revista latinoamericana de psicología. Vol. 27 No. 1

Disciplina: Psicología

Área: Psicología de la salud

Palabras claves: Modificación de actitudes, multidisciplinario, dolor orgánico, dolor psicógeno, programa, habilidades, tratamiento del dolor.

Problemática central: En este capitulo de revista al igual que en el Capitulo 1 del libro *"Dolor crónico: procedimientos de evaluación e intervención psicológica"* se llega a que como decían Wall y Melzack (escritores de *"El tratado del dolor")* el dolor crónico constituye uno de los grandes problemas de la salud pública contemporánea. Por esta razón cuando se realice un estudio y tratamiento del dolor se tienen que crear modelos de intervención dirigidos a la rehabilitación del paciente por lo que la anestesiología, psicología, la medicina interna, la cirugía, la ortopedia, la psiquiatría, la neurofisiología y la fisiatría deben crear un lenguaje común para lograr un trabajo en equipo que facilite la rehabilitación del paciente.

Este capitulo de la revista propone un programa para el trabajo multidisciplinario llamado "Grupo en grupo" cuyo objetivo es entrenar a profesionales en el campo de la salud para dar relevancia a los factores psicológicos que generan dolor en un paciente.

Conclusiones: Desde el ámbito de la salud se le ha dado privilegio merecido al concepto de "dolor" obviando la información y exactitud que puede dar el paciente sobre el tema. La revista nos muestra que es casi imposible localizacionar el dolor en algún lugar corporal específico tanto para quien padece el dolor cuando este es crónico como quien lo escucha. La propuesta de trabajo planteada es trascendental ya que permite la comunicación entre el personal interdisciplinario de la salud que generalmente se muestra distante.

2.

Autor: Pedro García Barrero, Francesc Abel, José Ramón Busto, Jordi Font.

Titulo: Estudios interdisciplinares: Actas de las reuniones de la ASOCIACIÓN INTERDISCIPLINAR "JOSE ACOSTA" Vol. XVIII

Año: 1992

Tipo de texto: Libro

Disciplina: Medicina, Psicología, Fisioterapia

Áreas: Psicología de la salud

Palabras claves: Dolor crónico, procesos fisiológicos, técnica, doliente, nervios

Problemática central: En la pagina 91 se propone que la sociología de las enfermedades en general se ha despreocupado del dolor crónico como elemento del comportamiento y lo ha enfocado solamente como síntoma que avisa al doliente que algo anda mal en su organismo y lo impulsa a buscar ayuda medica. En las discusiones planteadas en las reuniones de la ASOCIACIÓN INTERDISCIPLINAR *no quedó suficientemente claro que no bastaba entender el dolor como resultado de unos procesos fisiológicos que reducían el cuerpo a una maquina dotada de complejísimos circuitos. Hizo falta insistir en lo emotivo y patético del dolor, es decir, en lo que se refleja en el sistema límbico, lo cordial, lo subconsciente…"*

Conclusiones: Cuando los psicólogos trabajan en el ámbito hospitalario caen en el error de querer encontrarle la condición o explicación médica a algunos síntomas cuyo origen podría ser mental. En esta investigación se reunieron diversos especialistas de la salud para darle un significado al dolor como tal y el objetivo no se vio cumplido ya que no se tuvo en cuenta que es importante que cada profesional de su punto de vista a partir de lo que ha estudiado para confrontar teorías y no sólo validar el conocimiento del medico que ha prevalecido durante años.

3.

Autor: Instituto Nacional del Cáncer

Titulo: Control del dolor: GUÍA PARA LAS PERSONAS CON CÁNCER Y SUS FAMILIAS

Año: 2000

Tipo de texto: Página web *www.nci.nih.gov/espanol/cancer/control-dolor.pdf*

Disciplina: Medicina, psicología, fisioterapia

Área: Salud

Palabras claves: Cáncer, relajación, diario del dolor, tratamientos, registro, clasificación, medicamento, tranquilizantes, quimioterapia, analgésicos, alivio, opioides, anestesiólogo, clínicas del dolor, especialistas del dolor.

Problemática central: "*El Instituto Nacional del Cáncer es la agencia principal del gobierno de los Estados Unidos para la investigación sobre el cáncer. Desde que el Congreso aprobó la Ley Nacional de Cáncer en 1971, el Instituto Nacional del Cáncer ha colaborado con los principales investigadores e instituciones médicas en todo el país para llevar a cabo investigaciones innovadoras que lideren el progreso en la prevención, la detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer. Estos esfuerzos han dado como resultado una reducción en la tasa total de muertes por cáncer y han ayudado a mejorar y prolongar la vida de millones de norteamericanos".*

En esta página Web se plantea que los tratamientos sin medicamentos son muy comunes en la actualidad para ayudar a controlar el dolor relacionado con el cáncer y que algunas personas encuentran que pueden tomar dosis más bajas de medicamento cuando utilizan estas técnicas.

La primera propuesta para desarrollar un plan que les permita a personas con cáncer un manejo del dolor es hablar con el médico, la enfermera y el farmacéutico sobre este. Se necesita poder describir el dolor tanto al equipo médico como a los familiares o amigos. Estos últimos le pueden ayudar al paciente a hablar con el equipo médico sobre el control del dolor, sobre todo si el paciente se siente demasiado cansado o dolorido para hacerlo sólo.

La escala para medir el dolor le puede ayudar a describir cuánto dolor siente. El siguiente es un ejemplo de la escala para medir el dolor. *"Trate de asignarle un número de 0 a 10 al grado de dolor. Si no siente dolor, utilice el 0. A medida que el número aumenta significa que el dolor empeora. El 10 significa el peor dolor posible".* Se le recomienda al paciente que lo comente con el médico, enfermera, farmacéutico y con sus familiares o amigos:

Escala para medir la intensidad del dolor

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Dónde siente el dolor.
- Cómo lo siente: agudo, monótono, palpitante, constante.
- Cuán intenso siente el dolor.
- Cuánto tiempo dura.
- Qué alivia el dolor y qué lo empeora.
- Qué medicamentos está tomando para el dolor y cuánto lo mejoran.
- Cuánto le duele en el peor de los casos.
- Cuánto le duele la mayor parte del tiempo.
- Cuánto le duele en el mejor de los casos.
- Cómo varía su dolor con tratamiento.

El paciente puede usar un cuadro como éste para clasificar su dolor y llevar un registro de qué tan bien están funcionando los medicamentos. *"Escriba la información en el cuadro. Use la escala de intensidad del dolor para clasificar"*

Fecha	Hora	Clasificación del dolor en la escala de intensidad	Medicamentos y dosis tomada	Otros métodos para el alivio del dolor usados	Efectos secundarios del medicamento

Conclusiones: La investigación propone que el paciente lleve una forma totalmente diferente de manejar su enfermedad, -en este caso el CA- de esta manera se le permite convivir y empezar a comprender y tener cierto control de ella llenando diarios de dolor que también le permitirán desahogarse y sentir que él tiene control de sus molestias, con el paso del tiempo el paciente rechazará aquellos estilos de vida o medicinas que generen en él algún tipo de molestia funcionando los diarios como una especie de autoconocimiento. Es táctico.

4.

Autor: (Recopilación de) Rodolfo D Alvia

Titulo: El dolor: UN ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO

Año: 2001

Tipo de texto: Libro

Disciplina: Psicología, psiquiatría y psicoterapia

Área: Psicología de la salud

Palabras claves: psicología clínica, psicoanálisis, medicina, odontología, pacientes terminales, cefaleas, psiquiatría, umbral del dolor

Problemática central: En Agosto del año 1995, Rodolfo D Alvia sugirió la realización de un curso sobre el dolor, que contó con buena participación (Licenciadas de psicología, miembros del instituto psicosomático, odontólogos, médicos clínicos, psiquiatras, psicólogos clínicos, abogados además de una médica pediatra). Todo esto para tener diversas perspectivas respecto al dolor ya que este *"expresa un malestar que puede tener diversos orígenes: físicos, psíquicos, sociales o culturales, los cuales interactúan y se complementan"*.

Al final de este libro, es elaborada una entrevista con 12 características principales y cuya base estructural de esta, es relacionada con cinco ejes trascendentales, estos son: el equilibrio homeostático y organicidad, sentimientos, sensaciones, imágenes e ideas y las observaciones del entrevistador. La entrevista consta de 96 preguntas que no pretenden la clasificación pero si llevan a la obtención de un diagnóstico posiblemente preciso.

Conclusiones: El formato de entrevista podría ser utilizado por cualquier especialista que se interese ahorrando esfuerzos independientes ya que es parecida a una historia clínica psicológica que no describe únicamente el dolor del paciente sino enfermedades y orígenes de esta como tal y ahonda en las relaciones familiares que en diversas ocasiones afecta la salud mental del individuo, los hábitos, sentimientos, deseos y formas de reaccionar ante situaciones de desagrado.

5.

Autor: William Penzo

Titulo: El dolor crónico: Aspectos psicológicos

Año: 2000

Tipo de texto: Libro

Disciplina: Psicología, psiquiatría y salud

Área: Salud

Palabras claves: Enfermería, narcótico, psicofármaco, trastornos del sueño, quejas

Problemática central: Plantea que *el estudio científico del dolor es un fenómeno reciente (Beecher, 1969) cuyo inicio hay acuerdo en situar en la década de los 50. Quienes lo iniciaron no fueron psicólogos sino representantes de otras disciplinas como la anestesiología, la bioquímica, la neurofisiología y la farmacología en especial*. En el capitulo 2 se plantea que actualmente existe una pluralidad de definiciones y significados debido a la diversidad de disciplinas científicas.

En las páginas 68- 69 son expuestos los resultados de un estudio realizado por Margolis (Margolis y Cols; 1984) en un grupo de internistas que resultaron de utilidad para el análisis de los factores que definen la dificultad de comunicación entre el paciente con dolor crónico y los profesionales que le atienden. En dicho estudio se inquiría en primer lugar, cuáles eran los principales problemas planteados por el tratamiento de estos cuadros y en segundo lugar, cuáles habían sido las fuentes de información profesional sobre los mismos. Las respuestas más frecuentes en la primera pregunta eran las quejas incesantes, la exigencia de resultados más rápidos, el negarse a aceptar el diagnóstico de dolor crónico.

En resumen, el dolor crónico constituye un cuadro complejo, definido por la presencia de un conjunto de problemas específicos (Sternbach, 1974; Melzack y Wall, 1988), los más importantes de los cuales serian los siguientes:

- Percepción del fracaso de los recursos terapéuticos tanto profesionales como controlados por la paciente y escasa confianza de que se pueda encontrar un remedio eficaz.
- Dificultad para discriminar y describir los elementos del cuadro clínico. La información de que dispone y que proporciona el paciente es confusa y ambigua.
- Exceso de reposo y reducción del nivel de actividad física, agravados a menudo por la coincidencia con la edad avanzada y la jubilación.
- Abuso y posible dependencia de los narcóticos y psicofármacos.
- Trastornos del sueño y deficiente calidad reparadora del mismo.
- Alteraciones del humor y estados de ánimo.
- Reducción en el nivel de actividad funcional. Deficientes repertorios de habilidades en diversas esferas adaptativas, por falta de aplicación.

- Deterioro de las habilidades de comunicación e inadecuadas pautas de relación interpersonal o habilidades sociales. En la interacción social, predominio de los repertorios comunicativos relacionados con el dolor. Problemas de comunicación con los profesionales.
- Abandono del trabajo y los consiguientes problemas de contacto y de relación social, además de económicos.
- Ausencia de alternativas conductuales competitivas con las conductas de dolor.
- Reducción en el acceso a las consecuencias naturales propias de las actividades normales: ambiente natural empobrecido. Restricción de las fuentes de estimulación alternativa o distracciones.
- Modificaciones en el ambiente familiar. Relaciones familiares basadas en la asistencia y los cuidados del paciente.
- Falta de autonomía personal.

Conclusiones: En diversas ocasiones el cuestionar la mala relación entre paciente-enfermero permite dar cuenta que quien padece la enfermedad pone toda la responsabilidad y preocupación en los enfermeros cuando se encuentran internos en el hospital, en algunos casos descargan su ira y rabia sobre estas personas. Por otra parte los enfermeros se encuentran cargados de trabajo y preocupaciones que en algunos casos no les permiten el adecuado trato en tiempo y reconocimiento que espera tener el paciente.

Durante mucho tiempo se ha intentado educar a los enfermeros poniéndolos en el lugar del paciente; sin embargo las quejas continúan. El trabajo de investigación realizado en el hospital permite diariamente ser testigo de frases como *"Aquí me tratan como al ganado"* o el tan común *"Como no es a ella la que le duele la pierna"*.

Este estudio permite cuestionarse sobre cómo mejorar la adaptación del paciente en el ámbito hospitalario y establecer técnicas para involucrar al paciente en su padecimiento, puede ser llenando cuadros de dolor para así darle importancia a fenómenos más psicológicos y menos médicos. De esta forma el paciente se sentirá aliviado dejando de ser una carga para los enfermeros.

6.

Autor: Gabriela Gallardo Saavedra

Titulo: Proponen Arte terapia para tratar trastornos de déficit atencional

Año: 2008

Tipo de texto: Pagina Web http://espanol.news.yahoo.com/s/01112008/93/proponen-arteterapia-tratar-trastornos-deficit-atencional.html

Disciplina: Psicología

Área: Terapia artística

Palabras claves: Arte terapia, tratamiento terapéutico, sustento científico, estudios, arte

Problemática central: Recientes estudios realizados en México han comprobado que el arte (Literatura, pintura o danza) *contribuye a controlar los síntomas del déficit de atención con hiperactividad.* Este año se realizó en México el primer estudio sobre la técnica denominada Arte terapia con una evaluación integral, en el que participaron especialistas e investigadores de los Institutos Nacionales de Salud y hospitales de alta especialidad y se demostró que *esta ofrece la posibilidad de encontrar las habilidades de los menores, que en muchos de los casos son superiores incluso al resto del promedio de los demás.*

Al presenciar los resultados de este trabajo de investigación "Terapias artísticas en niños con TDAH", coordinado por la maestra Gabriela Gallardo Saavedra, el Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, afirmó que *los hallazgos permiten a los padres de los menores afectados con este trastorno tener la esperanza de que sus niños dejen de sufrir discriminación, porque no son inferiores a nadie, tienen grandes capacidades y pueden progresar.*

La Arte terapia tiene sustento científico para demostrar que mejora el comportamiento y es una alternativa de tratamiento terapéutico. Se dio a conocer que la Arte terapia es una disciplina utilizada para aumentar la autoestima, la coordinación motriz, la salud física y mental, así como la conciencia del entorno, favoreciendo las relaciones interpersonales.

El tratamiento con Arte terapia en México tuvo una duración de 360 horas, repartidas en 30 semanas o siete meses, basado en talleres de artes visuales, bellas artes, música, danza y

literatura. Participaron 20 escolares de ambos sexos, 18 niños y dos niñas, con edad promedio de nueve años, de escuelas primarias que no tenían tratamiento. Se les hizo historia clínica, diagnósticos de agudeza visual auditiva, evaluación psicológica, neuropediátrica y de resonancia magnética. Esos estudios mostraron que los pequeños tenían cambios representativos de conducta, coeficiente intelectual normal, agudeza visual y auditiva normal y trastornos oposicionistas de conducta.

El trabajo se desarrolló con la colaboración del Hospital Civil de Guadalajara, los Institutos Nacionales de Neurología y Neurocirugía, de Cardiología y de Rehabilitación, así como con el Hospital de Alta Especialidad del Bajío.

Conclusiones: La Arte terapia consiste en el uso de las artes visuales con fines terapéuticos. Se basa en la idea de que las representaciones visuales, objetivadas a través del material plástico, contribuyen a la construcción de un significado de los conflictos psíquicos, favoreciendo su resolución. La representación plástica sería, desde este punto de vista, un proceso de construcción del pensamiento. La terapia artística tiene un rango amplio de aplicación, en áreas como la rehabilitación, la educación y la salud mental.

El estudio en México muestra que son posibles resultados científicos debido a la incidencia y recuperación en las personas. Es valido que la Arte terapia sea utilizada en un país como Colombia que ha dejado de lado otro tipo de conocimientos que carezcan de cientificidad. Si trasladamos la Arte terapia al ámbito hospitalario tendríamos que buscar la forma de comprobar mediante los resultados su eficacia. Vale la pena probar.

7.

Autor: Alejandro Calabia

Titulo: Investigaciones sobre técnicas de sanación

Año: 2008

Tipo de texto: Pagina Web:

http://senderodeluz.blogspot.com/2008/01/investigaciones-sobre-tcnicas-de.html

Disciplina: Medicina occidental, Medicina alternativa

Área: Salud

Palabras claves: Acupuntura, Tai Chi, homeopatía, masajes, aromaterapia, musicoterapia, terapias florales, visualización, relajación.

Problemática central: *"En el laboratorio han descubierto que cuando un cuerpo eléctricamente cargado (Como es el caso de un ser humano) se mueve a través del espacio, se crea una fuerza electromagnética que puede ser medida en el cuerpo de otra persona que se encuentre a unos pasos de distancia. También descubrieron que al menos para dos personas que sientan afecto mutuo, los impulsos eléctricos que se producen en el corazón de una persona, son registrados en el cerebro de la otra. Esto sugiere que la transferencia de energía entre dos personas es algo muy real"* (Relación paciente-medico).

El Dr. Mehmet Oz, director del programa de dispositivos de asistencia cardiaca de la Universidad de Columbia y director medico del centro de salud complementaria del Hospital presbiteriano les brinda a sus pacientes pre quirúrgicos la opción de tener acceso a terapias como hipnosis, yoga, meditación, masajes, musicoterapia e incluso aromaterapia.

Conclusiones: Las prácticas utilizadas para este estudio demuestran que la visualización, el tratamiento espiritual, las terapias florales y las anteriormente técnicas nombradas son estudios que se han ido extendiendo gracias a su efectividad. El tratamiento para el dolor en la sala de ortopedia puede poner en duda la eficacia de estas ya que el dolor que se presenta es causado por traumas severos pero su efectividad podría estar en aquellos pacientes pre quirúrgicos que manifiestan cefaleas, ansiedad y labilidad emocional. Estas técnicas pueden hacer más soportable, más consciente y más estable el dolor.

8.

Autor: Francisco Barrios Marco

Titulo: Técnicas de visualización

Año: 2005

Tipo de texto: Pagina Web:

http://www.efisioterapia.net/relajacion/leer.php?id_relajacion=19

Disciplina: Fisioterapia

Área: Salud

Palabras claves: visualización, pensamientos, imaginación.

Problemática central: Las técnicas de visualización son tan potentes que se han venido usando en terapia como un modo de aliviar dolores de todo tipo: cefaleas, contracturas musculares agudas, dolores residuales de espalda tras intervenciones quirúrgicas.

Podríamos utilizar la imaginación al contrario de lo que estamos acostumbrados y experimentar el poder de la visualización positiva. Existe una ley que hace que si mis pensamientos y mi imaginación son de carácter negativo mi vida se envolverá en un atmósfera de negatividad y a la postre todo será negatividad. Las técnicas de visualización aportan imágenes positivas y agradables que nos permitan vivir en relajación experiencias orgánicas de dicha, son quizás de los ejercicios más sencillos y atractivos de realizar. Siempre tras los ejercicios de relajación podemos comprobar como parecemos estar envueltos en una nube de positividad, calma y alegría.

La práctica cotidiana de la visualización hará que cada vez podamos ver mejor las imágenes, no importa si al principio apenas podemos ver detalles o todo aparece en blanco y negro, con la practica la relajación es más intensa y la calidad de las visualizaciones mejor.

Conclusiones: En el ámbito hospitalario los pacientes se encuentran preocupados y algunas veces dejan de lado los dolores corporales, económicos y sólo piden volver rápido a casa. Mediante la visualización podríamos crear espacios para que las personas olviden que llevan meses rodeados de cuatro paredes y se alejen por un momento de las medicinas, las enfermeras y todo aquello que le cause molestia.

9.

Autor: María Eugenia Gómez González, Marcela Mosquera Molano

Titulo: Diseño, aplicación y evaluación de un programa de intervención psicológica en el manejo del dolor

Año: 2002

Tipo de texto: Trabajo de grado. Universidad Pontificia Universidad Javeriana, Cali

Disciplina: Psicología

Área: Psicología de la salud

Palabras claves: Fisioterapia, masajes, técnicas de respiración, desviación de la atención

Problemática central: Esta investigación consistió en buscar la efectividad de un programa de intervención psicológica en manejo del dolor para pacientes que asisten al Centro Especializado de Columna y Rehabilitación. Se conformó un grupo de diez sujetos con un promedio de cuarenta años diagnosticados con Hernia de Disco, Síndrome Miofascial, Lumbalgia Mecánica y Cervicalgia Mecánica.

A los pacientes se les realizó una entrevista estructurada antes y después del estudio, que permitió caracterizar la población y conocer como manejaban el dolor, luego se aplicó el programa y los resultados de éste se zaron por ítems, frecuencias y concordancias de los datos presentadas en tablas cruzadas; encontrando diferencias a nivel cognitivo como el decremento de pensamientos negativos y el aumento de pensamientos positivos, a nivel conductual mejoró el balance ocupacional e incrementó la utilización de herramientas para manejar el dolor y a nivel emocional, disminuyeron sentimientos que incrementaban la tensión.

Las estrategias comportamentales contempladas en el programa fueron:

- Entrenamiento en relajación: se llevó a cabo con el fin de producir un cambio fisiológico, introduciendo sensaciones opuestas al dolor que logren disminuir la tensión muscular.
- Técnicas de respiración: tienen como objetivo mejorar la oxigenación del organismo, favorecer la relajación y disminuir la tensión mediante el entrenamiento en una respiración adecuada poco frecuente en situaciones normales y aún menos en situaciones estresantes, en las que tiende hacerse de manera rápida y superficial
- Programación de actividades: se realizó la planificación y distribución del tiempo por tareas dirigidas con un propósito concreto y realista de acuerdo a las capacidades del paciente.
- Asignación de tareas graduales: tienen el objetivo de motivar al paciente para aumentar el nivel de exigencia en las actividades que realiza en su rutina diaria introduciendo actividades agradables.

- Desviación de la Atención: tiene como objetivo restar recursos atencionales a los estímulos dolorosos aversivos practicando distintas estrategias de distracción externas e internas.
- Interpretación adecuada de los eventos: Se llevó a cabo mediante el rechazo de ideas irracionales, para que los pacientes logren identificar adecuadamente sentimientos como la ira, la irritabilidad o el mal humor, que son producidos por el dolor.

Conclusiones: Con la intervención se logró incrementar los pensamientos positivos del paciente frente a su problemática en general. A nivel emocional, podemos concluir que el programa logró disminuir los sentimientos de depresión y preocupación de los pacientes frente a los efectos negativos del dolor en sus actividades diarias, en su estado de ánimo y frente a su diagnóstico.

Es importante reconocer que el programa es efectivo para reemplazar emociones negativas como la ansiedad y la depresión, por emociones más saludables como son la tranquilidad y la calma. Lo anterior se sustenta en que en un porcentaje bastante significativo se observaron cambios frente a estos sentimientos, es decir, que la mayoría de las personas luego de la intervención mostraron sentimientos positivos frente a factores que anteriormente les generaban emociones negativas, incremento de la tensión en los músculos y aumento del dolor.

El programa incrementó en los pacientes la utilización de herramientas para manejar el dolor como son las modalidades, los estiramientos, la desviación de la atención, los pensamientos positivos y la relajación.

10.

Autor: John Curtin

Titulo: Estudios científicos sobre la meditación

Año: 2008

Tipo de texto: Página Web: *http://www.medita.es/meditacion_estudios.htm*

Disciplina: Meditación trascendental

Área: Salud

Palabras claves: Meditación, estudios científicos, cerebro, técnica, estrés

Problemática central: La meditación se practica desde hace más de 3000 años principalmente en el mundo Oriental. Sin embargo en los últimos años la lista de adeptos ha ido creciendo hasta calar en países occidentales como un método eficaz para reducir el estrés o aliviar el dolor producido por diversas enfermedades. Hoy en día en EEUU se puede acceder a cursos o sesiones de meditación en los colegios, los hospitales, en instituciones oficiales y prisiones y la cifra de practicantes ronda los 10 millones.

Los científicos comenzaron a interesarse por esta técnica y en los años 60 demostraron que el uso de estas proporcionaba concentración. El profesor de medicina de la Universidad de Harvard, Herbert Benson, a través de sus investigaciones llegó a la conclusión de que la práctica milenaria contrarrestaba los mecanismos cerebrales asociados al estrés.

Un equipo de investigadores de la Universidad de Wisconsin-Madison en Estados Unidos, descubrió que la meditación tiene efectos biológicos sobre el cuerpo. Del estudio se desprende que la meditación produce cambios en el cerebro asociados a emociones más positivas y mejoras en la función inmune.

John Teasdale de la Unidad de Ciencias Cognitivas y del Cerebro en Cambridge (Reino Unido) ya dispone de resultados. Este investigador ha encontrado que la combinación de meditación introspectiva con terapia cognitiva reduce a la mitad las recaídas de los pacientes depresivos crónicos.

En el Centro Clínico Essen-Mitte, en Alemania, los médicos han empleado durante cinco años un programa de meditación introspectiva anti estrés diseñado por Jon Kabat-Zinn, un investigador de la Universidad de Massachusetts y autor de numerosos libros sobre este tema, en casi 3.000 pacientes con todo tipo de patologías entre las que se incluye el CA. La experiencia no se planteó como un ensayo clínico, de modo que no existen datos objetivos de los resultados, pero los facultativos observaron que la mayoría de los individuos experimentaba mejorías significativas en su enfermedad.

Conclusiones: Una vez más, este estudio relata la significancia que tuvo en determinado contexto. Posiblemente la meditación impida el consumo de analgésicos que en ocasiones resulta contraproducente para la salud del paciente.

11.

Autor: Barry Hughes

Titulo: La Meditación Y El Dolor - ¿Se puede cambiar tu cerebro?

Año: 2008

Tipo de texto: Revista de salud- Página Web: *http://revistasdesalud.es/20053/la-meditacion-y-el-dolor-%C2%BFse-puede-cambiar-tu-cerebro*

Disciplina: Psicología

Área: Salud

Palabras claves: Meditación, dolor crónico, alternativas, enfermedad física, reacción al dolor.

Problemática central: Esta revista virtual trae un interesante documento acerca de las alternativas del dolor crónico propuesta por Barry Hughes, Ph.D.

Hace aproximadamente un año, algunos investigadores hicieron un estudio para ver cómo cinco meses de meditación reducían zonas afectadas del cerebro en cuanto a la reacción del dolor. Utilizando un test rápido del dolor, los investigadores encontraron que los cerebros de las personas que habían estado meditando en los últimos cinco meses mostraron sólo la mitad de reacción al dolor como el cerebro de los no meditadores.

Conclusiones: La reducción del dolor mediante la meditación indica que esta práctica produce un estado fisiológico capaz de modificar varios tipos de dolor. En el momento adecuado reduce la ansiedad, mejora la reacción ante el estrés y disminuye el malestar producido por el dolor agudo.

El autocontrol permite que el paciente se involucre en su curación y pueda llegar a manejar su sistema nervioso central, permitiéndose el control del dolor.

Después de realizar la revisión de antecedentes se llega a que algunas recomendaciones de trabajos anteriores se enfocan en diseñar un cuestionario que permita que el paciente se relacione con la sensación de dolor.

El modelo teórico propuesto para elaborar el presente trabajo de grado atribuye reconocimiento al método fenomenológico que, apunta a describir las experiencias tal y como las interpreta el paciente. El diario del dolor, es una forma de autoconocimiento y plantea la posibilidad de que el paciente aprenda a conocerse a si mismo, conocer las reacciones de su cuerpo ante algún medicamento y establecer estrategias para afrontar su molestia debido a que las personas se habitúan a sentir dolor sin ser consciente de su proceso corporal.

La revisión da cuenta de que mediante técnicas como el diario del dolor, y la arte terapia, el paciente va a sentir que está jugando un papel activo en el proceso de recuperación y es eso lo que se busca en el presente trabajo y desde la perspectiva fenomenológica.

Como se expone en cada una de las revisiones, existe mundialmente la preocupación por reducir el dolor o modificar ciertas conductas que se asocian a el y aunque algunas han resultado satisfactorias vale la pena proponer técnicas para el manejo del dolor en la entidad de salud pública ya que se diferencia de otros contextos y otros estratos socioeconómicos.

En consecuencia la propuesta tiene asidero científico como se deja ver en el texto precedente por lo que es viable dar inicio a formas complementarias de darle manejo al dolor.

A continuación se mostrarán las generalidades acerca del dolor y el encuadre conceptual de la investigación.

7.2 Marco teórico

Para realizar un trabajo de investigación es necesario retomar conceptos que permitan elaborar un piso conceptual. El concepto principal sobre el cual se elabora la primera fase de investigación son los aspectos biopsicosociales del dolor por lo que habrá una articulación entre estas tres categorías para posteriormente ampliar formas complementarias de manejar la

sensación de dolor (algunas explicitas en antecedentes) con pacientes que han sufrido eventos traumáticos y que se tuvieron en cuenta para elaborar la segunda fase de investigación.

En este marco teórico, inicialmente se encontrará fundamentación teórica básica como por ejemplo el enfoque y el campo de la psicología. Teniendo en cuenta el sitio de práctica que es una entidad pública, se retoman conceptos de psicología de la salud[12]. La pregunta de investigación retoma aspectos biopsicosociales pero como no se deja de estar inmerso en el hábito hospitalario, por esta razón fue de gran importancia reconocer algunos términos médicos como tipos de fracturas, enfermedades y medicamentos.

Cuando se pregunta por la palabra "dolor" se encuentran multiplicidad de visiones. A continuación, se tendrá en cuenta la perspectiva que nos brinda la psicología de la salud ante este concepto.

ALGUNAS CONCEPCIONES SOBRE EL DOLOR

Según Miró, (2003) el dolor es una experiencia perceptiva compleja resultado de la interacción de procesos fisiológicos, cognitivos, afectivos y conductuales, en el mismo sentido Brannon y Feist, (2000) citando a Turk, Meichenbaum y Genest plantean que el dolor es "tal vez la forma más universal de estrés". En cualquier caso, el dolor difiere del estrés por el hecho de que suele experimentarse como un estimulo físico no deseado localizado en una región anatómica especifica. Al igual que el estrés, suele tener un fuerte componente

[12] Antes todo, se debe tener en cuenta que la psicología de la salud no existe como una profesión separada de la psicología. Según Liebert y Spiegler, 2000 es el término aplicado a cualquier esfuerzo por dilucidar los factores psicológicos que se relacionan con el estado de salud (o enfermedad) que lo mantienen. La psicología de la salud es la rama de la psicología cuya preocupación se centra en el análisis de los comportamientos y los estilos de vida individuales que afectan a la salud física de las personas e incluye una serie de contribuciones a la mejora de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de factores de riesgo, la mejora del sistema sanitario. Más específicamente, implica la aplicación de principios psicológicos relacionados con la salud física, como puede ser la disminución del estrés o el alivio del dolor.

Según Liebert y Spiegler, 2000 entre las contribuciones de la psicología se destacan las habilidades para aliviar el dolor, reducir el estrés, aumentar el grado de cumplimiento de las prescripciones médicas y ayudar a los pacientes y a los miembros de su familia a convivir con las enfermedades crónicas. Además de esto, el dolor es actualmente un área de investigación de la psicología de la salud.

psicológico. Por esta razón la psicología no debe estar excluida ante la sensación de dolor de un paciente ya que en ocasiones el dolor funciona como síntoma de aquello que no está funcionando bien psíquicamente.

Respecto a lo anterior Miró, (2003) dice que se produce el estrés cuando el dolor se convierte en el centro sus vidas. Las personas se apartan de la sociedad, pierden sus trabajos, se alejan de la familia y amigos, cada vez están más y más aislados. En si, el proceso de hospitalización conlleva a la perdida del trabajo, distanciamiento de amigos y familiares causando malestar en la persona.

Según Farré, (2001) citando a W. H Brann "el dolor es el compañero universal del hombre; empieza con el nacimiento y le sigue en todas las fases de su vida hasta la muerte". El dolor acompaña al hombre desde el principio de los tiempos; es una parte inseparable del mismo ya que sólo algunos estados excepcionales permiten al individuo librarse por completo de la experiencia del dolor, pero tales condiciones suponen una total desconexión de la realidad, patológica la mas de las veces, un precio demasiado elevado para un objetivo tan poco realista. Respecto a esto, en la sala de Ortopedia es común que los familiares al ver la desesperación de su ser querido ante la manifestación de dolor, opte por conseguirle sustancias alucinógenas sin pensar en las consecuencias de estas.

Volviendo a lo anterior y según Farré, (2001) la historia de la humanidad está repleta de acontecimientos relacionados con el sufrimiento y de innumerables intentos para redimir el dolor, desde las más ancestrales pócimas mágicas y las oraciones de carácter religioso hasta los preparados homeopáticos, las formulas magistrales y los fármacos sintéticos más actuales. Pero no siempre se los ha concebido de igual modo en el devenir de los tiempos, su visión ha ido cambiando a través de las distintas culturas y con ésta, probablemente la propia vivencia del dolor. Esta situación aun se ve en la sala de Ortopedia en donde la oración juega un papel importante a la hora del padecimiento, algunos pacientes afirman calmar sus molestas mediante esta. (Ver presentación de resultados)

Según D Alvia, (2001) el dolor es un fenómeno multidimensional, complejo, sensorial, afectivo, subjetivo y muchas veces ineludible cuyo umbral y tolerancia van a depender de varios factores: la historia del individuo, su constitución psicosomática, el contexto social, familiar y medico en donde se desarrolla. Por esta razón, no experimentan la misma sensación de dolor una persona que ha vivenciado una experiencia traumática a otra que haya sufrido de alguna enfermedad crónica. Esto quiere decir que dependiendo de la personalidad del paciente se hace mas posible afrontar la situación de dolor porque según (D Alvia, 2001) citando a la asociación internacional para el estudio del dolor del instituto de medicina de los E.U; la experiencia de dolor es algo más que un simple proceso sensorial: es una percepción compleja que involucra niveles altos del SNC[13], estados emocionales y procesos mentales.

Según D Alvia, (2001) el dolor constituye una experiencia intrapsíquica incompartible y su valor como dato depende únicamente de las manifestaciones expresivas, de manera que no es intranscendente saber quejarse bien. Por lo general las quejas de dolor no son bien toleradas por el paciente ni por los médicos y lo habitual es que tanto unos como otros tiendan a desvalorizar el dolor y a desconfiar de su veracidad que se expresa aparatosamente. En consecuencia, lo ideal, lo adaptativo es quejarse emitiendo un mensaje que coincida con el sistema de valores y con las expectativas del medico que nos debe asistir. Esto que parece una tontería, culturalmente es bastante recomendable.

Según Liebert y Spiegler, (2000) citando a Evans, (1974) el dolor es la queja más común de los pacientes y la causa más citada de incapacidad. En realidad, el dolor puede ser incapacitante y duradero. Sin embargo nuestra idea de dolor y de su tratamiento influye en cómo lo experimentamos. Por ejemplo, los pacientes que toman un placebo del que creen que es un analgésico, afirman sentir menos dolor que quienes no toman nada. De hecho, a veces los sujetos con placebo parecen sentirse tan aliviados como los que toman analgésicos.

Desde una perspectiva un poco más holísta entre la psicología y la fisiologia, Según Brannon y Feist, (2000) plantean que hasta hace cien años el dolor era considerado con mayor frecuencia una consecuencia directa de una lesión física y su intensidad era, tal y como se

[13] La palabra SNC hace referencia al SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

creía, proporcional al grado del daño tisular. A finales del siglo XIX, C. A. Strong, (1845) y otros investigadores empezaron a considerar el dolor utilizando un enfoque distinto. Strong supuso que el dolor respondía a dos factores: la sensación y la reacción de la persona a dicha sensación. En otras palabras, se otorgaba la misma importancia a los factores psicológicos que a causas orgánicas.

Brannon y Feist, (2000) plantean que toda la información sensorial empieza en los receptores sensoriales o cerca de la superficie del cuerpo. Estos receptores cambian la energía física -como la luz, el calor, el sonido y la presión- a impulsos nerviosos. Podemos sentir el dolor a través de cualquiera de nuestro sentidos, pero lo mayor parte de las sensaciones que conocemos como dolor se originan por la estimulación de la piel y los músculos. Los impulsos nerviosos que se originan en la piel y en los músculos forman parte de del SNP[14]. Por otro lado, todas las neuronas situadas fuera del cerebro y la medula espinal forman parte del SNP[15] viajan hacia la espina dorsal y el cerebro. Por esta razón, resulta posible seguir el trayecto de los impulsos nerviosos desde los receptores al cerebro. El seguimiento de este trayecto nos permite comprender la fisiología del dolor.

Hasta ahora se han visto una cantidad de concepciones sobre lo que denominamos dolor, cada vez encontrando diferencias y similitudes. Es importante que tengamos en cuenta la definición internacional que se tiene sobre el dolor y que permite plantear estrategias multidisciplinares para la disminución de este. Según la definición de la asociación internacional para el estudio del dolor (IASP, 1979) es: una experiencia sensorial y emocional desagradable a una lesión hística[16] presente o potencial o descrita en términos de la misma.

Según Enrique Bazako citando a Chapman, (1986) existen implicaciones que constituyen importantes avances en la conceptualización del dolor, entre los cuales Penzo, (1989) destaca como especialmente significativos desde el punto de vista psicológico, los siguientes: considera el dolor como algo subjetivo; invalida el concepto de dolor como

[14] La palabra SNP hace referencia al SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO

[15] La palabra SNP hace referencia a SISTEMA NERVIOSO PERIFERICO

[16] Hística significa “de los tejidos de los organismos”

modalidad sensorial, presentándolo como una experiencia compleja; otorga importancia al informe verbal del sujeto en la definición del cuadro; considera que la experiencia de dolor implica asociaciones entre los elementos de la experiencia sensorial y un estado afectivo aversivo; considera parte intrínseca de la experiencia de dolor la atribución de significado a los hechos sensoriales desagradables. Dado que el dolor se considera una experiencia, esta será psicológica por definición o no será y estará determinada por los mismos procesos que cualquier otra experiencia emocional, en este caso desagradable.

Según Slaikeu, (2004), las lesiones corporales son acontecimientos que desafían la capacidad del individuo y de su familia para enfrentarlos y adaptarse. El diagnóstico de una enfermedad grave, una cirugía, la perdida de algún miembro del cuerpo o incapacidad física, poseen el potencial para considerarse como una perdida, amenaza o desafío, puesto que la enfermedad o las heridas físicas pueden provocar que las metas en la vida se vuelvan inalcanzables o aun amenazar a la vida en si misma. Por esta razón, cuando las personas están hospitalizadas experimentan la sensación de "tocar fondo" y cuestionan la forma en la que han estado viviendo la vida proponiéndose un cambio de actitud.

Desde un punto de vista más fenomenológico, Fernández, (1963) plantea que el dolor es el camino de la conciencia y es por el como los seres vivos llegan a tener conciencia de si. Porque tener conciencia de si mismo, tener personalidad, es saber y sentirse distinto de los demás seres y a sentir esta distinción sólo se llega por el choque, por el dolor mas o menos grande, por la sensación del limite. Esto lleva a que el paciente se haga responsable de su padecimiento.

Según Otegui, (2000) sentir dolor es una patología medicamente definida que enfrenta al individuo que la padece con una gran multiplicidad de peligro (rotura de un hueso) que muestran lo vulnerable de nuestra existencia sin las señales de dolor. El dolor no tiene entidad ontológica más que en la medida en que es percibido y comprendido por el sujeto que lo padece es decir, el dolor no existe sino es a través de la persona que sufre. Puede ser esta la razón por la cual para los médicos que viven en contacto con los enfermos y que se quejan de dolor, este no es mas que un síntoma contingente, enervante, ruidoso, difícil a menudo de

suprimir pero que habitualmente no tiene gran valor ni para el diagnóstico ni para el pronostico.

EL LUGAR DE LA PSICOLOGÍA SOCIAL EN EL DOLOR

Volviendo al tema de la psicología del dolor, Otegui, (2000) citando a Wittgenstein (1988), se plantea la cuestión: ¿Cómo aprende una persona el significado de la palabra dolor?; aquí hay una posibilidad: las palabras se conectan con la expresión primitiva, natural de la sensación y se pone en su lugar. Un niño se ha lastimado y grita, luego los adultos le hablan y le enseñan exclamaciones y más tarde oraciones. Ellos le enseñan al niño una nueva conducta de dolor.

Según Otegui, (2000) el dolor constituye uno de los elementos que conforman nuestra identidad como sujetos humanos y toda sociedad articula sistemas de cognición, comprensión y acción ante este fenómeno: imprescindible para la existencia humana; el dolor requiere y demanda unas coordenadas culturales que lo doten de sentido permitan su reubicación en un sistema de explicación que oriente el tratamiento. En el mismo sentido, la vivencia de un dolor ya sea un dolor de muelas o por la ausencia de una persona (cualquier cantidad de situaciones dolorosas) aunque aparentemente tengan poco que ver entre sí, se dan porque el sujeto es alguien, un sujeto social que conceptualiza las vivencias de dolor, las percibe y las siente. Por esta razón, también se plante que el dolor debe ser estudiado como algo mas y diferente de una mera respuesta neurofisiológica a un estimulo que se constituye como amenazante para así captar las complejas interrelaciones entre lo biológico, lo psicológico, lo social y lo cultural que pone en marcha una experiencia de padecimiento.

Es importante también tener en cuenta el papel que juega la psicología social considerando lo anterior de que las personas son ante todo, seres sociales, según Nieto, *et al*, (2005) la psicología social ha aportado conocimientos y modelos teóricos para el estudio de las influencias socioculturales en la situación de enfermedad. Se han centrado estos en el estudio de las actitudes, creencias, valores y apoyo social (Cuando hablamos de apoyo social no hacemos referencia a una construcción simple. Los apoyos sociales permiten la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de una persona por medio de la interacción

personal con los miembros significativos de una familia, la escuela, la iglesia, el trabajo) que los individuos y los grupos sociales desarrollan entorno a la salud y a la enfermedad y que condicionaran las conductas hacia ellas.

Lo anterior es importante debido a que una persona cuando se encuentra hospitalizada no se afronta sola ante la enfermedad sino que es ayudada por sus familiares que actúan por medio de valores para darle apoyo. En algunas ocasiones cuando se encuentran pacientes hospitalizados a los que no visitan el proceso de recuperación se torna lento debido a que el paciente no siente las ganas, la motivación para salir del hospital, es como si no tuviera ganas de seguir viviendo.

La presente investigación intenta tener en cuenta que el dolor es un fenómeno amplio, por esta razón la perspectiva con la cual se va a llevar a cabo la presentación de análisis y resultados enfatiza en los aportes de Brannon y Fesit, Farré y Liebert y Spiegler.

LAS FASES DEL DOLOR

Según Torres y Compañ, (2007); citando a J. Keefe, existen tres fases del dolor

El dolor agudo: suele ser de carácter adaptativo. Suele durar menos de seis meses e incluye dolores producidos por cortes, quemaduras, cirugía, partos, etc. Es decir, pacientes hospitalizados en la sala de Ortopedia y traumatología, exceptuando a los pacientes oncológicos.

Según el instituto nacional del cáncer, el dolor agudo es una señal de la naturaleza que hace que la persona cambie un comportamiento nocivo o buscar atención médica. El dolor agudo no dura demasiado y cesa cuando una lesión se cura.

El dolor pre-crónico: se experimenta en una fase intermedia entre el estado agudo y crónico. Este periodo es crítico, porque la persona supera el dolor en esta fase, o bien desarrolla la sensación de impotencia que conduce al dolor crónico.

El dolor crónico: es más o menos constante y suele generar un comportamiento destinado a obtener recompensa y alivio, dando lugar a un comportamiento mas acentuado del dolor. Por lo general cuando se cronifica la sensación de dolor, la persona busca formas de aliviarlo que no trascienden “el momento” por esto se dice que es adaptativo, algunas formas son acomodarse en diferentes posiciones, tomar diversos medicamentos que suelen no dar resultados y aguantarlo.

Farré, (2001) plantea que el dolor crónico es una sensación que se mantiene durante mas de seis meses y que no responde a los tratamientos convencionales por lo que conlleva a alteraciones conductuales, afectivas y cognitivas, por lo que la intervención psicológica juega un papel relevante en su tratamiento. No hay un propósito útil para el dolor crónico; cambia el sistema nervioso, y por lo tanto, se considera una enfermedad. Si no recibe tratamiento, puede deprimir el sistema inmunitario y retrasar la curación. El dolor crónico impone una carga física y emocional a los pacientes y cuidadores.

Otro autor, Ribera Domene, (200 planteó las siguientes características:

DOLOR AGUDO	**DOLOR CRONICO**
• Corta duración. • Cambios en la actividad autonómica más o menos proporcionales a la intensidad del estímulo nociceptivo. • Curso temporal previsible. • Patrón general de respuesta es similar al de una reacción de emergencia. • Dolor biológicamente "útil" pues "avisa" la existencia de una lesión o enfermedad. • Suele desaparecer cuando se cura la lesión a la que va asociado. • La respuesta al tratamiento es buena. • El estado emocional asociado suele ser la ansiedad.	• Dolor continuo o recurrente. • Asociado o no a un proceso de enfermedad. • Se mantiene al menos durante seis meses o una vez curada la enfermedad o lesión. • Se repite durante intervalos de meses o años. • Las medidas terapéuticas habituales no son eficaces. • Si el dolor es persistente suele darse una habituación de la respuesta autonómica. • Aparece un patrón de signos vegetativos (alteraciones de sueño, cambios de apetito, fatiga ...) • No cumple ninguna función útil para el organismo. • El estado emocional asociado suele ser la depresión. • El dolor crónico, continuo o recurrente, supone

	una experiencia aversiva constante que varía en intensidad e importancia a través del tiempo, pero que siempre está presente.

Para concluir un poco, en la sala de Ortopedia, los pacientes con cáncer y diabetes padecen profundo dolor crónico que en ocasiones les impiden comunicarse de forma adecuada con el terapeuta, mientras que los pacientes con fractura deben soportar dolores agudos que pueden ser igual de fuertes pero con menos duración, el dolor se incrementa un día después de la realización de la cirugía y es un poco mas soportable que el crónico. Los dolores agudos, si se prolongan, llevan a que el paciente busque en qué posiciones debe acostarse a dormir, comer o simplemente estar. Algunos se sienten bien estando arrodillados sobre la cama mientras que otros duermen sobre la pierna sana; de cualquier forma agrava la situación de adaptación al ámbito hospitalario ya que depende cien por ciento de otro que no siempre esta dispuesto a satisfacer sus necesidades.

ALGUNAS FORMAS DE MANEJAR EL DOLOR

Según el instituto nacional del cáncer, existen muchas opciones disponibles para manejar eficazmente el dolor. Los objetivos del manejo del dolor son aliviar el dolor, mejorar la función y restaurar la calidad de vida (por ejemplo, permitir que los pacientes regresen a trabajar, duerman bien y tengan intimidad con sus parejas).

El enfoque usado para manejar su dolor dependerá de la causa y el tipo de su dolor. Es posible que los tratamientos incluyan:

- Medicamentos: fármacos antiinflamatorios no esteroides (NSAID por sus siglas en inglés), acetaminofen, analgésicos opioide, medicamentos antidepresivos y anticonvulsivos; bloqueadores nerviosos, corticosteroides, anestésicos; inyecciones especializadas, infusiones, dispositivos médicos o procedimientos quirúrgicos; cremas de uso tópico y parches cutáneos
- Intervenciones psicosociales: manejo del estrés, orientación, mecanismos para lidiar con el dolor

- Técnicas de rehabilitación: terapia de ejercicio, aplicación de frío o calor, terapia miofascial
- Medicina complementaria y alternativa (CAM por sus siglas en inglés): meditación, acupuntura, hipnosis, yoga, aromaterapia, masaje terapéutico.

A continuación se plantean las categorías de análisis que se tuvieron en cuenta al elaborar el instrumento para recolección de la información:

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Desde el marco de análisis conceptual se trabajaran las categorías biopsicosociales que se tuvieron en cuenta durante la entrevista clínica. Para la comprensión de estas es necesario realizar una separación sin dejar de lado la visión holísta que permite reconocer al individuo en todas sus esferas.

ALGUNOS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA SALUD- COMPONENTE BIO	**ALGUNOS ASPECTOS PSICOSOCIALES EN RELACIÓN CON EL DOLOR**
• ¿Cuál es el motivo de la hospitalización? • ¿Ha sentido dolor? • ¿Hace cuánto apareció el dolor?: • ¿Cómo apareció el dolor? • ¿Qué tratamiento ha recibido? • ¿Cada cuánto aparece el dolor? • Dosificación • Fecha de administración (*en relación con esta prueba*)	• ¿Cómo manifiesta el dolor?: • ¿Que mensajes recibía en su familia acerca del dolor? • ¿Quién te lo decía?: • ¿Cómo manejaban el dolor en su casa? • ¿Si era una mujer como trataban el dolor?

Por otro lado, los aspectos relacionados con el componente biológico inicialmente permiten obtener información acerca de la experiencia que llevó al individuo a estar en la situación de hospitalización, permite también desarrollar una condición empática permitiéndole al otro la posibilidad de ser escuchado. Posteriormente se procede a indagar sobre las formas en las que el dolor se manifiesta, al momento de responder las preguntas, se hace consciente de que no sabe nada en relación a su padecimiento ya que en ocasiones, las personas niegan haber recibido un tratamiento farmacológico y en el peor de los casos no sabe que es lo que le el personal de salud le está administrando.

La categoría psicosocial del dolor durante la entrevista clínica permite que la persona haga un reconocimiento a las formas tradicionales en que su familia le daba un manejo al dolor.

1. CATEGORÍAS DEL COMPONENTE BIOLOGICO

En esta categoría es necesario reconocer las problemáticas de las personas hospitalizadas en la sala de Ortopedia:

- ✓ La amputación:

Arranz, (2001) refiere que actualmente las posibilidades de integración del amputado en la sociedad son cada vez mejores al igual que Buttler, Turkal y Seild, (1992) que plantean que la mayoría de pacientes amputados consiguen por lo general una adaptación y rehabilitación física satisfactoria.

Según Kashani, Wonderlich, Umlauf y Ashkanazi, (1984) aproximadamente el 50% de pacientes amputados necesita asistencia psicológica en alguna fase del proceso de rehabilitación. Contrario a este planteamiento considero necesario afirmar que el 100% de las personas amputadas necesita asistencia psicológica ya que por adecuadas que sean las estrategias de afrontamiento que una persona ha construido a lo largo de la vida, nunca se esta preparado para perder un miembro.

La amputación suele provocar sentimientos de aflicción porque conlleva una perdida irreversible y obliga a acomodarse a una vida con limitaciones. El paciente durante su proceso de adaptación suele experimentar sentimientos de minusvalía que le llevan a tener deseos de muerte e incluso ideación suicida. Respecto a esto, Kincey, Saltmore, (1990) plantean que la respuesta emocional de la persona ante la amputación será distinta según la etiología. Parece evidente que cuanto mayor riesgo tenga la intervención quirúrgica y cuanto mas importante sea para el sujeto la parte del miembro amputado, más probabilidades hay que aparezca desasosiego y estrés.

Según Martorell, (2001) En la intervención quirúrgica de urgencia en la que el paciente no ha dispuesto de tiempo psíquico suficiente para procesar emocionalmente que será amputado, pueden aparecer reacciones de estupor, desconcierto y franca depresión. En el caso de la amputación traumática, cuanto mas imprevisto sea el accidente y cuanto mas graves sean las lesiones corporales producidas, mayor será inicialmente el impacto emocional. En las amputaciones patológicas de origen vascular o endocrino, si bien en muchos casos se dispone de mayor tiempo para la necesaria mentalización del paciente y sus familiares, el distrés puede prolongarse por la incertidumbre y el temor a posibles amputaciones posteriores. En pacientes oncológicos, la amputación de un miembro doloroso puede inicialmente ser vivida como una liberación, sin que por ello el paciente deje de estar emocionalmente afectado.

- ✓ Trauma raquimedular:

Según Matta Ibarra, J; Rios Morales, D; Gonzales, J, el trauma de la columna vertebral, puede ocasionar dos tipos de compromiso: compromiso de la estructura raquídea misma, que comprende las vértebras y sus medios de unión, como son los discos intervertebrales, cápsulas articulares y ligamentos y compromiso del sistema nervioso central que comprende la médula espinal, cono medular y cola de caballo (cauda equina). Es indispensable que el paciente reciba atención psicológica debido a que el TRM produce grandes cambios en la vida de quien lo padece. Hay dificultad para bañarse sólo, para comer, para permanecer sentado, caminar.

- ✓ Pie diabético:

Según Albarracín Marín Blázquez, A, el pie diabético se define como una alteración clínica de base etiopatogénica neuropática e inducida por la hiperglicemía mantenida, en la que con o sin coexistencia de isquemia, y previo desencadenante traumático, produce lesión y/o ulceración del pie.

- ✓ Fractura de cadera:

Según Carrasco Meza, V (2000)**,** la fractura de cadera, es una patología de creciente importancia en las personas de edad avanzada, tanto por las consecuencias que ella implica, como por los importantes costes sociales y económicos provocados. La fractura de cadera es la fractura de la porción más cercana al tronco del hueso fémur. Se puede romper tanto dentro,

como fuera de la articulación con los huesos iliacos. Cabe señalar, que estas articulaciones soportan todo el peso del resto del organismo, por lo tanto son el apoyo imprescindible para poder caminar.

- ✓ Los analgésicos:

Según Miller, (1940) *"…Por los tiempos en que Davy y Faraday iban estableciendo los fundamentos sobre los que habría de basarse la anestesia por inhalación, la "segunda naturaleza artificial", creada por la química, dotaba a la humanidad de un nuevo y poderoso instrumento para calmar el dolor, en el año 1803 Friedrich Wilhelm Serturner, descubrió la morfina".*

Los efectos secundarios de la morfina son mareos, náuseas, somnolencia, malestar estomacal, vómitos, estreñimiento, dolor de estómago, sarpullido, dificultad para orinar, dificultad para respirar y desmayos

Respecto a los efectos negativos de**l** tratamiento de las enfermedades psíquicas, según Farré, (2001) en la pagina 240 se debe mencionar que, en general, el tratamiento con agentes anticolinérgicos (fármacos que disminuyen el efecto del neurotransmisor acetilcolina) empeoran la memoria declarativa. Por el contrario, los fármacos que bloquean la acción de otro neurotransmisor (la dopamina) empeoran la memoria procedimental y la memoria de trabajo.

Según Otegui, (2000) la terapéutica y la atención se orientan hacia la recomendación de tratamientos universalizantes (analgésicos) que no toman en consideración las construcciones socioculturales de dolor y sus diferencias. Se descartan otras formas de tratamiento que implican la reconducción de la sensación dolorosa hacia un universo de construcción de sentido relacional y social y que sin duda en determinadas ocasiones tiene una eficacia terapéutica mayor que la del medicamento.

2. CATEGORIAS DEL COMPONENTE PSICOLOGICO

A continuación se presenta el enfoque humanista que facilitó la realización del trabajo de investigación, así como también el entendimiento del rol del psicólogo en el ámbito hospitalario. De igual forma se propone la arte terapia como técnica desde la psicología para realizar el intento de minimizar el dolor y hacer consiente al paciente de este.

- ✓ arte terapia:

Según Farré, (2001) en la pagina 22 plantea que la terapia por el arte es un conjunto de intentos terapéuticos para mejorar el equilibrio psicológico y la integración social en ciertos trastornos mentales.

Matassa, (2008) planteó *"El avance científico ha colaborado en los procesos de diagnóstico y tratamiento de las patologías seculares, pero e el inicio de este milenio, daría la impresión que todavía hay una cuenta que saldar para con las personas con discapacidad ye s aquí donde radica la importancia de inclusión de actividades relacionadas con la cultura para favorecer el proceso de una integración social plena a una sociedad que no los admite, hoy por hoy debidamente"*

Este es el fundamento y objetivo principal de incluir en los ámbitos de salud, expresiones ya que a través de todas las actividades que involucra, en especial las artísticas, se obtiene primordialmente la satisfacción a todas las necesidades de los seres humanos. La cultura satisface las necesidades primarias "zoonecesidades" y las secundarias "humanizantes" y con ellas se genera un orden social, el reconocimiento de los logros alcanzados por los individuos y la valoración de ser reconocidos, aprobados y avalados por el grupo al cual pertenecen.

Según Matassa, (2008) en (1982) La UNESCO en México declaró "A través de la cultura el hombre se expresa, toma conciencia de sí mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca insaciablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden.

Según Valladares, (2008) el arte terapia es un proceso terapéutico predominante no verbal, a través de las artes plásticas que acoge al ser humano con toda su diversidad, complejidad, dinamismo y lo ayuda a encontrar nuevos "sentidos" para su vida. Según Moller, (2008) el proceso arte terapéutico es una herramienta coadyuvante beneficiosa en todo tratamiento de rehabilitación. La producción artística en cualquier modalidad y técnica logra hacer un puente de una borde a otro de lo fracturado emocionalmente.

Según Collazos, (2008) el arte terapia brinda un medio de comunicación no verbal y alternativo a aquellas personas cuya utilización del lenguaje o comprensión de las palabras es parcial o inexistente. Por esta razón se decide hacer uso de la técnica de arte terapia ya que da la posibilidad de expresarse a las personas aunque estas no quieran expresar verbalmente sus emociones ya que lo mas importante es la persona y el proceso de autoexpresión ya que la imagen representa mas que las palabras.

Según Oaklander, (1998) La pintura tiene un especial valor terapéutico. Según fluye la pintura, así fluye con frecuencia la emoción. Dibujar es una expresión del yo que ayuda a establecer la identidad. Provee una vía de expresión para los sentimientos.

- ✓ <u>El enfoque humanista:</u>

Dentro de la psicología se encuentran diversos modelos teóricos que aportan una perspectiva para comprender cualquier tipo de situación o problemática. El presente trabajo de investigación se desarrolla prioritariamente desde el ámbito psicológico, desde el modelo humanista, incorporando

Según González, E (2009) el enfoque humanista parte de que hay otras significaciones fuera del orden natural que afectan al hombre en toda su dimensión ubicándolo en un contexto histórico y cultural. Considera que el conocimiento del sí mismo es la senda mas importante hacia el mejoramiento propio y de igual manera permite entrar en aquellos aspectos del ser humano que por lo cotidianos y obvios pareciera que no son importantes porque no expresan "falla o dificultad"; sin embargo podrían ser pautas de conocimiento e intervención, allí, en una realidad especifica, no con la intención de cambiarla a gusto del terapeuta, sino para

reconocerlas y reflejar en el mismo registro en el que se produce la acción, alternativas de mejoramiento o construcción propuestas por ese mismo ser usando estrategias propias de su singularidad. Esta valoración de la singularidad permite pensarnos la rica diversidad de los modos de lo urbano como: la pintura u otras manifestaciones estéticas que se viven en la cotidianidad en la ciudad y que demuestran una forma de representación de sus espacios vitales con símbolos y significados propios que generan opciones o alternativas para relacionarse de una manera diferente. Una mirada clínica de estos fenómenos facilitaría el abordaje y análisis de los problemas sociales y los fenómenos colectivos. Dentro de este planteamiento entra también la arte-terapia.

Dentro del modelo humanista se encuentra un movimiento filosófico que describe las experiencias tal y como se perciben en la conciencia. En el mismo sentido, decía Van Dusen, W et al, en el año (1978): *"en el enfoque fenomenológico, uno sencillamente intenta descubrir el mundo del paciente tal como es para el, sin reducirlo a ninguna categoría pseudocientífica"*

Desde el modelo humanista se privilegia la relación empática que se establece entre el consultante y el terapeuta. Farré, (2001) plantea que la empatía es un acercamiento emocional o conocimiento instintivo de otra persona suscitado por su conducta o estado, que da lugar a una actitud de comprensión y aceptación, hasta el punto de compartir o incluso experimentar sus sentimientos. Respecto a esto y según Andrade, (1998) Carl Rogers propone la Empatía que le apuesta al esforzarse en vivenciar la situación y los sentimientos de la otra personar, procurar introducirse dentro de ella hasta el punto de poder intuir aquello que ella misma no ve pero esta comprensión empática exige no olvidar que se trata de los sentimientos del paciente y no de los del terapeuta ya que si lo que escucha el terapeuta tiene alguna relación con problemas o sentimientos de si mismo, es muy fácil identificarse con los pacientes y sufrir el dolor del otro. La identificación nubla el raciocinio del terapeuta y le impide ver con suficiente lucidez cómo podría ayudar al otro a clarificar sus propios problemas. Se trata de no sentirse deprimido por su depresión, angustiado por su angustia ni absorbido por su necesidad de dependencia porque lo ideal es poder entrar en el mundo privado del otro y ver sus sentimientos y motivaciones, sin juzgar ni evaluar, tal como él los ve.

Durante la intervención psicológica es posible que el paciente experimente una catarsis. Según Resnick et al, (1978) la catarsis es el antiguo termino usado para indicar expresión. Esta expresión de sentimientos es esencial en la terapia psicológica ya que cuando la persona se libera de aquellas actitudes reprimidas, según Gonzales, E, (2009) alcanza una especie de relajación física.

Volviendo al tema de los pacientes que han experimentado situaciones traumaticas, Schnake, (1995) plantea que para ella fue Fritz Perls la primera persona que se preocupó por combatir la enajenación del propio cuerpo. *"El denunció ese hablar en tercera persona que usamos al referirnos a nuestro cuerpo o sus partes: la cabeza, el estomago, el hígado…, en vez de decir mi cabeza, mi estomago o mi hígado. Desde el lenguaje, nos obligó a reposeernos, a no ponernos en manos de otro como un paquete que no sabemos lo que contiene".* Esto quiere decir que la enfermedad como factor desencadenante de estrés, ansiedad, dolor y demás debe estar en manos de las personas que lo padece y no en manos de los médicos, por esa razón es pertinente resaltar las habilidades de una persona para que esta pueda hacerse cargo de si misma.

En el mismo sentido, Schnake, (1995) plantea que las personas hablan de su enfermedad como si no fuera algo propio. Sienten el dolor o la dificultad pero sólo quieren verse libre de aquello.

En las respuestas que se dan durante la entrevista clínica, se encuentran lo que desde el modelo humanista se denominan "Introyectos", según Perls, *et al* (1978) los Introyectos son la construcción imaginaria de cómo "debería ser" una persona y no cómo realmente es. Estos Introyectos son exigidos por la sociedad y conllevan a que la persona pase por alto sus sentimientos, deseos y emociones, en el mismo sentido, Ginger y Ginger, (1987) plantean que la introyección constituye la base misma de la educación del niño y del crecimiento.

El principio básico del enfoque humanista con el que se lleva a cabo el presente trabajo de investigación y según Zinker, J, (1999) consiste en que la gente pueda enfrentar

adecuadamente los problemas de su propia existencia (situación de hospitalización, de enfermedad), que llegue a descubrirlos, y que haga uso de todas sus capacidades para resolverlos.

Con el presente trabajo se pretende que el denominado "*paciente*" hospitalizado se dé cuenta de que puede ser una persona activa en el proceso de su propia recuperación debido a que en ocasiones la persona no sabe mas allá de la enfermedad que padece y se niega a asumir el control sobre su cuerpo y dolor. Para ello se retoma lo que planteó Kepner, (2000): consideramos al "cuerpo" como algo distinto del "si mismo" y, por lo tanto, irrelevante para el "yo" que está luchando con los problemas de vivir una vida plena y significativa. Nuestro lenguaje estimula la distinción entre cuerpo y "yo". No tenemos una palabra sencilla que nos permita decir. "yo cuerpo". Cuando mucho podríamos decir "mi cuerpo", de manera muy similar a "mi coche", implicando que el cuerpo de uno es una propiedad, pero no ciertamente uno mismo. Nuestro lenguaje apoya la noción de que nuestro cuerpo es un objeto: algo que me sucede, más que "algo por lo que estoy sucediendo."

3. CATEGORIA DEL COMPONENTE PSICOSOCIAL

Dentro de esta categoría es importante destacar ciertos aspectos que van a ayudar a realizar la presentación de resultados.

- ✓ <u>El cuerpo:</u>

Según Bernard, (1994) vivir el propio cuerpo no es sólo asegurarse de su dominio o afirmar su potencia sino también su debilidad. Cuando sobrevienen los dolores, las enfermedades, nos sentimos divididos, desgarrados frente a una masa pesada que nos ofrece resistencia, que nos parece una organización extraña a nosotros y aparentemente hostil, de la cual hemos perdido de alguna manera la clave y a la cual llamamos por modo curioso "nuestro cuerpo". "Nuestro" cuerpo se manifiesta así a nuestra conciencia como el perpetuo y molestuo "importuno".

- ✓ <u>El paciente hospitalizado:</u>

Según Nieto, *et al*, (2005) la importancia de estudiar el fenómeno de la hospitalización se centra al menos en 3 razones: en primer lugar, porque el ingreso en un hospital es un hecho común que se da en algún momento de la vida de una persona. En segundo lugar, porque un numero considerable de profesionales de la salud ejerce su labor en el medio hospitalario. Por ultimo, porque el diagnóstico y tratamiento concita otra derivada de la realidad psicosocial del paciente que es mucho mas que un organismo biológico alterado y porque el hospital como institución no esta preparado hoy en día para satisfacer las necesidades psicológicas de los pacientes. El hospital actual es una institución en la que se conjugan en una sola organización, los cinco sistemas de acción en que se desglosa toda actividad social relacionada con la enfermedad, el diagnóstico (a través del cual identificamos la enfermedad), el aislamiento (procurando la protección del enfermo), la asistencia (que se encarga del cuidado del paciente y de la satisfacción de sus necesidades), el tratamiento (que procura el alivio o la curación de la enfermedad) y la rehabilitación (que se centra en la recuperación de las capacidades afectadas).

A estos fines, relacionados con la enfermedad hay que añadir dos mas: la enseñanza y la investigación por tanto el hospital además de una institución técnica para el diagnóstico y el tratamiento es un laboratorio, una escuela, un asilo y aveces un centro de custodia.

Según Lopez y Neipp, (2003) la configuración física y social del hospital implica la posibilidad de producir efectos psicosociales en las personas a las que atiende. Esto se da debido al estrés que padecen las personas estando hospitalizadas. En ocasiones la larga espera a la que están sometidos para la programación de la cirugía les hace cuestionar sobre los riesgos a los que se atienen en el momento de la realización de esta.

Schnake, (1995) plantea que nunca está mas carenciada una persona que cuando esta enferma en un hospital y dependiendo del trato y afecto del otro.

Cuando las personas son hospitalizadas, lo único visible en ellas es su enfermedad, en ocasiones se les recuerda por el numero de cama, de historia clínica y con esto van perdiendo el estatus de seres humanos. Según Brannon y Feist citando a Ervin Goffman, (1961) describió

este tratamiento “impersonal” como un proceso mediante el cual el paciente es tratado como si no fuese una persona social.

Schnake, (1995) dice que como dice Ivan Illich, la medicina ha “expropiado la salud”, habrá que admitir que la responsabilidad viene de ambas partes: de la medicina y de sus usuarios. Las personas llegan a la consulta en un estado tal de indigencia e ignorancia acerca de sus posibilidades, que al medico no le es muy fácil pensar que esa persona puede hacerse responsable de su cuerpo: el paciente sólo quiere ese “algo” que es su cuerpo deje de quejarse. Es una persona consciente sólo de lo que no es. Mientras tanto el procedimiento hospitalario se centra en los aspectos técnicos de las practicas medicas pero suelen ignorar las necesidades emocionales de los pacientes, de modo que estos son tratados según Brannon y Feist, (2000) de forma impersonal, ignorándolos y privándolos de información.

El grado en que el personal hospitalario ignora a las personas se extiende también a la experiencia de dolor. Los pacientes según Brannon y Feist, (2000) citando a Krokosky y Reardon, (1989) suelen considerar que su dolor es mas intenso que el que las enfermeras creen que estos padecen y mucho mas que el que los médicos suponen. Respecto a esto D Alvia, (2001) el personal de salud debe realizar comentarios y señalamientos que tiendan a aclarar o discriminar hechos que al paciente le puedan ser útiles para lograr una primera aproximación explicita a sucesos trascendentales. Esto se desarrolla desde una actitud empática que permite que el paciente se sienta aceptado en la relación terapéutica bajo la condición de contención y amparo.

Según Brannon y Feist, (2000) citando A Shelley y Taylor, (1979) la pérdida de control es la queja más habitual de los pacientes, la cual puede aplicarse a tres aspectos de la enfermedad y la hospitalización:

- La pérdida del control normal del propio cuerpo
- Perdida de las actividades típicas como el trabajo y el esparcimiento
- Perdida de la capacidad de predecir, lo que va a ocurrir.

En primer lugar, la enfermedad y la hospitalización pueden alterar el control sobre las funciones corporales normales que la persona desarrolla con un escaso esfuerzo consciente. En segundo lugar, la perdida de control se extiende a las actividades normales y cotidianas, como la ropa que se usa diariamente, cuándo comer, cuándo dormir y en qué momento se puede recibir la visita de los familiares y amigos. En tercer lugar, la incapacidad de tomar decisiones acerca de los aspectos más simples de sus vidas es una perdida psicológica que reduce la capacidad de las personas de tomar medidas eficaces sobre su salud. Esta perdida de control reduce la capacidad de las personas de prever el curso de su enfermedad o de prever qué les ocurrirá.

8. MÉTODO

La modalidad en cuanto a forma de grado propuesta por la Universidad San Buenaventura se divide en dos ciclos. En VII y VIII semestres la practica que se desarrolla es investigativa, en IX y X semestres el estudiante se vincula a la institución como practicante profesional; por esa razón la metodología del trabajo de grado tiene dos fases también.

8.1 Tipo de estudio

La primera fase es un tipo de investigación no experimental. En el año (2000), Grajales G. planteó *que durante esta, el investigador se limita a observar los acontecimientos sin intervenir en los mismos.*

La naturaleza básica del trabajo de investigación es descriptiva. En (1978), Sabino planteó *que la preocupación primordial del diseño descriptivo radica en describir algunas características fundamentales de conjuntos homogéneos de fenómenos, utilizando criterios sistemáticos para destacar los elementos sociales de su naturaleza. De esta forma se pueden obtener las notas que caracterizan la realidad estudiada.* (Pág. 62).

Durante esta primera fase se describirán a partir de pruebas como el cuestionario EVA, el umbral del dolor que atraviesa el paciente estando hospitalizado en la sala de Ortopedia y traumatología. Según el Instituto nacional del cáncer, el umbral del dolor es Punto en el que una persona se vuelve consciente del dolor.

En la segunda fase del tipo de investigación se realizará una propuesta de aplicación que contará con herramientas desde la psicología que apoyen los procesos de minimizar el dolor en la sala de Ortopedia. El diseño de esta segunda fase será cuasi experimental.

Sierra, A (2008) plantea que *el término cuasi significa casi por lo que un diseño cuasi experimental casi alcanza el nivel de experimental, el criterio que le falta para llegar a este nivel es que no existe ningún tipo de aleatorización, es decir, no hay manera de asegurar la equivalencia inicial de los grupos experimental y control. Se toman grupos que ya están integrados por lo que las unidades de análisis no se asignan al azar ni por pareamiento aleatorio. La carencia de aleatorización implica la presencia de posibles problemas de validez tanto interna como externa. La validez interna se ve afectada por el fenómeno de selección, la regresión estadística y el proceso de maduración. La validez externa se ve afectada por la variable población, es decir, resulta difícil determinar a que población pertenecen los grupos.*

La población de la sala de Ortopedia es inconstante ya que la estadía del paciente depende del tiempo que tarde en programarse la cirugía y el tiempo que permanezca hospitalizado después de esta. Por esa razón es posible que la permanencia en la UES de Ortopedia de un paciente varíe entre ocho días a dos meses por ejemplo.

8.2 población

La población en la cual se realizará el estudio serán todas las personas que asistan a la UES de Ortopedia y traumatología del Hospital Universitario del Valle ubicado en Santiago de Cali, Colombia durante el año 2009-2010.

El carácter de la muestra es intencional Ávila Baray plantea que *El muestreo intencional es un procedimiento que permite seleccionar los casos característicos de la población limitando la muestra a estos casos. Se utiliza en situaciones en las que la población es muy variable y consecuentemente la muestra es muy pequeña*. Para escoger quien hace parte de la muestra del trabajo investigativo es necesario que la persona experimente el deseo

de participar y su permanencia en el Hospital Universitario sea de al menos un mes teniendo en cuenta que no hay una muestra fija. En esta segunda fase de aplicación lo ideal es que las condiciones de la muestra se conserven pero la muestra en si misma puede cambiar por circunstancias ajenas tales como dar de alta al paciente, cambio de sala, no querer participar mas en el proceso.

Para escoger la muestra se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

- Padecer de dolor agudo.
- Tipo de lesión y características del trauma que experimenten las personas.
- Demanda por parte de algún paciente
- El rango de edad se ciñe al promedio de pacientes hospitalizados.
- Voluntad para el proceso de recuperación y motivación e interés por su enfermedad.
- Hospitalización de 1 a 2 meses.

8.3 Diseño

El diseño de esta investigación será transversal. Iglesias, (2003) plantea que *los estudios transversales son diseños observacionales de base individual que suelen tener un doble componente descriptivo y analítico.*

Según Iglesias, (2003) *El diseño transversal además de estimar la prevalencia de un evento en salud, se utiliza para investigar la asociación entre una determinada exposición y una enfermedad.*

Según Iglesias, (2003) *El diseño transversal es útil para estudiar enfermedades de larga duración, como es el caso de enfermedades crónicas. Este diseño no es adecuado para el estudio de enfermedades (o exposiciones) que se presentan con poca frecuencia en una población (enfermedades raras o con baja prevalencia) o que son de corta duración, debido a que sólo captarían información sobre un número reducido de individuos que las padezcan.*

A pesar de sus limitaciones, el diseño transversal proporciona información importante y en forma rápida para la planificación y administración de los servicios de salud.

8.4 Instrumentos

Los instrumentos utilizados en el programa son:

1. ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA:

Es una modalidad de entrevista que se utiliza dentro de la empresa, también se llama abierta o en profundidad. Está compuesta de dos modalidades; entrevista cerrada, que es un cuestionario, en donde el entrevistado responde con un sí, o un no y una entrevista abierta que es una conversación abierta o clínica. En la entrevista Semiestructurada el entrevistador es quien marca la pauta y el entrevistado tiene la palabra.

- Finalidad: Obtener datos, información.
- Tiene predeterminado un tema
- Adquiere importancia el lenguaje corporal

La entrevista permite conocer lo que le ocurre al paciente con su dolor, que consecuencias ha traído este en el ámbito familiar, social y sobretodo emocional. Esta situación particular de la persona que arroja la entrevista conlleva a la forma en que se elige la estrategia terapéutica.

Formato de la entrevista semiestructurada:

1. *Datos demográficos básicos*- Con estos se pretende obtener algún tipo de caracterización psicosocial del paciente, junto con la historia clínica a la cual se tiene acceso, en donde se encuentran datos familiares que no se incluyen en la entrevista) • Seudónimo: • Edad: • Ocupación: • Sexo: • Estado Civil: • Lugar de nacimiento: • Lugar de procedencia:
2. *Algunos aspectos relacionados con la salud- componente biopsicosocial.* • ¿Cuál es el motivo de la hospitalización? • ¿Ha sentido dolor? • ¿Hace cuánto apareció el dolor?: • ¿Cómo apareció el dolor? • ¿Qué tratamiento ha recibido? • ¿Cada cuánto aparece el dolor? • Dosificación: fecha de administración
3. *Algunos aspectos psicosociales en relación con el dolor:* • ¿Cómo manifiesta el dolor?: • ¿Que mensajes recibía en su familia acerca del dolor? • ¿Quién te lo decía?: • ¿Cómo manejaban el dolor en su casa? • ¿Si era una mujer como trataban el dolor?

2. LA ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA)

La Escala Visual Analógica según, Arencón, *et al*, (2009) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproductibilidad entre los observadores. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor intensidad y en el derecho la mayor intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

Sin dolor _____ Máximo dolor

3. CUESTIONARIO DE McGill, Melzack: Localización del dolor

Nombre:

Edad:

Historia numero:

Diagnóstico:

Analgésicos (si ya se han administrado):

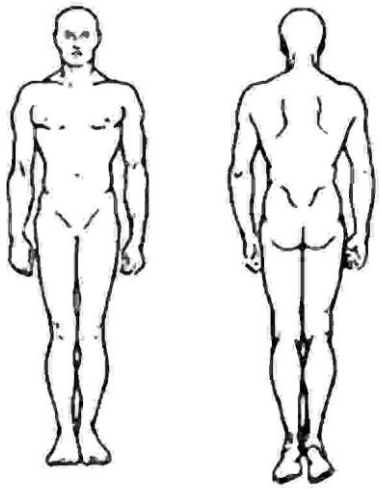
1. Clase:

2. Dosificación:

3. Fecha de administración (en relación con esta prueba):

PARTE I. Localización del dolor

Señalar en el gráfico adjunto la zona donde se localiza el dolor. Si el dolor es externo: E, Si es interno: I, Si es ambos: EI.



PARTE II. Descripción del dolor

Escoger una sola palabra de cada apartado que mejor defina el tipo de dolor que se padece en este momento

1	2	3	4

Aletea	Brinco	Pincha	Agudo
Tiembla	Destello	Perfora	Cortante
Late	Disparo	Taladra	Lacerante
Palpita		Apuñala	
Golpea		Lancinante	
Martillea			

PARTE III. Cuestionario de McGill- Melzack. Cambios que experimenta el dolor.

1. Escoger la palabra o las palabras que describan el modelo o patrón que sigue el dolor

1	2	3
Continuo	Rítmico	Breve
Invariable	Periódico	Momentáneo
Constante	Intermitente	Transitorio

- ¿Factores que alivian el dolor?
- ¿Factores que agravan el dolor?

2. Elegir la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en este momento

1	2	3	4	5
Ligero	Molesto	Angustioso	Horrible	Atroz

Por ultimo, se utilizó el siguiente formato de cuadro y permitió el ordenamiento de los hallazgos investigativos

SUJETO	**BIO**	**PSICO**	**SOCIAL**

9. PRESENTACION Y ANÁLISIS DE RESULTADOS INVESTIGATIVOS

Al inicio y mediante la realización del diagnóstico se realizó un reconocimiento de algunas de las problemáticas asociadas al quehacer del psicólogo en el ámbito hospitalario que van desde la adherencia del paciente al tratamiento, el manejo del dolor, el control de la ansiedad, el estrés y la posibilidad de psicoeducar al paciente mediante temáticas que van desde la sexualidad hasta miedo a la muerte. Una vez y teniendo en cuenta el discurso del paciente, se eligió el dolor como forma de acercamiento con la persona que se encuentra en una entidad hospitalaria y que padece casi en silencio debido a que no se encuentra en algunos casos, eficiencia por medio de los analgésicos. El trabajo de investigación surgió entonces como necesidad de reconocer los aspectos biopsicosociales del dolor en pacientes pre y post quirúrgicos de la sala de Ortopedia quienes constantemente se quejan de la mala atención –

"me dan un acetaminofen para el dolor del brazo, ni siquiera me dan un ibuprofeno" [17] e ineficacia farmacológica. (Los pacientes refieren dolor aun cuando se les ha dado morfina).

A lo largo del trabajo investigativo se emplearon varias formas de que la persona fuese consciente de su dolor partiendo del punto de vista fenomenológico de Fernández, (1963) quien plantea que "el dolor es el camino de la conciencia y es por el como los seres vivos llegan a tener conciencia de si". Es decir, el dolor es sensación pero también síntoma de aquello que la persona quiere pasar por alto, dejando en algunos casos como se planteó a lo largo del trabajo, el dolor en manos del personal de salud. Para finalizar, se realizó la propuesta en pacientes que carecían de herramientas para el manejo del dolor, teniendo en cuenta el nivel socio cultural, las estrategias de afrontamiento de la enfermedad y las aptitudes.

En algunos casos, se planteó la arte-terapia (mediante el dibujo con crayolas, lápices, colores y pinturas) y permitió reconocer desde la psicología humanista que el dolor como tal posibilita que se establezca una relación empática entre terapeuta y paciente para entonces dar cuenta de problemáticas mas profundas, que tienen que ver situaciones limite que atraviesan la vida de una persona y se ven afectadas por la situación de hospitalización.

El dolor es reconocido como síntoma que tiene lugar en el cuerpo y mediante él, se tiene en cuenta la carga sociocultural de la persona, algunas pautas de crianza y la forma de ésta de relacionarse con el dolor a lo largo de la vida, esto se tuvo en cuenta a través de la mirada fenomenológica (que insiste en que se debe entender el mundo tal y como es experimentado internamente por las personas). Por esa razón, se encuentran enunciaciones que se recogieron a lo largo de dos años.

Desde una perspectiva psicológica y asumiendo una postura directiva, mediantes las intervenciones se hizo un intento de ubicar al paciente como responsable de la enfermedad siguiendo un poco lo planteado por Schnake, (1995) quien plantea que para ella fue Fritz Perls la primera persona que se preocupó por combatir la enajenación del propio cuerpo y que las

[17] Discurso de paciente interno-Octubre 17 del 2008

personas hablan de su enfermedad como si no fuera algo propio. Sienten el dolor o la dificultad pero sólo quieren verse libre de aquello.

También se plantearon una serie de categorías de análisis que permitieron por decirlo así, llevar un orden de conceptos en el marco teórico. No se trató de separar lo biológico de lo psíquico ni lo psíquico de lo social.

Respecto a los hallazgos en la realización de la entrevista, en la mayoría de ocasiones el personal de Ortopedia responde al llamado cuando va acompañado de llanto. En alguna otra ocasión una persona hospitalizada manifestaba que el se expresaba mediante el llanto porque no era tomado en cuenta como persona, que el se sentía casi como algo que hay que reparar, como una bicicleta que al igual que el, necesita tornillos y laminas para "arreglarse".

ACERCA DEL DOLOR Y EL CUERPO

Cuando las personas padecen de enfermedades que le generan dolor crónico (CA), buscan la forma de acostumbrarse al dolor por la inefectividad o dificultad en la adquisición de los medicamentos, además de esto, existe una percepción del fracaso de los recursos terapéuticos profesionales.

En la historia clínica el personal de salud acostumbra a llenar un apartado en el que aparece la figura humana (cuestionario Mc Gill) para localizacionar el lugar de la lesión. Esto deja de lado que se tengan en cuenta otras situaciones que tienen que ver con las condiciones intrahospitalarias que incrementan la sensación de dolor. El intento de localizacionar el lugar de la lesión para darle el tratamiento medico necesario resulta siendo en vano, respecto a esto y según: Bárbara Zas Ros, Marta Martin Carbonell, Nancy Rial Blanco y Jorge Grau Abalo, (1995) "es casi imposible localizacionar el dolor en algún lugar corporal específico. Además no se le brinda atención oportuna al llamado ante la sensación debido a que las formas mas comunes de manifestar el dolor (llanto, gritos) son mal interpretados por el personal de salud. Esto se evidencia cuando se escucha entre ellos: "*es que ese señor si se queja, dejemos que aguante*".

Respecto a los ejercicios de fisioterapia, se evidencia la disminución/ aumento del dolor dependiendo de la relación empática que se establezca con el estudiante. Las actitudes del personal de salud y la apariencia física también impactan de forma negativa o positiva sobre la sensación de dolor.

EL PACIENTE ANTE UNA SITUACIÓN DE CRISIS

La concepción en torno al sujeto hospitalizado se construyó mediante la realización del trabajo investigativo y desde el marco teórico la definición que mas se asemeja al individuo es propuesta según Slaikeu, (2004), cuando refiere "una cirugía, la perdida de algún miembro del cuerpo o incapacidad física, poseen el potencial para considerarse como una perdida, amenaza o desafío, puesto que la enfermedad o las heridas físicas pueden provocar que las metas en la vida se vuelvan inalcanzables o aun amenazar a la vida en si misma. Por esta razón, cuando las personas están hospitalizadas experimentan la sensación de "tocar fondo" y cuestionan la forma en la que han estado viviendo la vida proponiéndose un cambio de actitud".

EL DOLOR COMO CAMINO A LA CONCIENCIA DE SI

Desde un punto de vista mas fenomenológico, Fernández, (1963) plantea que el dolor es el camino de la conciencia y es por el como los seres vivos llegan a tener conciencia de si. Porque tener conciencia de si mismo, tener personalidad, es saber y sentirse distinto de los demás seres y a sentir esta distinción sólo se llega por el choque, por el dolor mas o menos grande, por la sensación del limite. Esto lleva a que el paciente se haga responsable de su padecimiento. En una ocasión un paciente planteó que al llegar casi moribundo al hospital, le pusieron tubo a tórax (experiencia dolorosa) sin analgésico para que la sensación de dolor lo despertara, le hiciera saber al cuerpo que estaba vivo.

EL MANEJO DEL DOLOR

La edad juega un importante papel sobre la sensación de dolor. los adolescentes manipulan la sensación para obtener bienes materiales o la adquisición de las sustancias psicoactivas que según ellos "quita el dolor" (quien les fomenta esta situación son por lo general las madres de familia). Por otro lado, los adultos mayores buscan en las creencias religiosas un alivio para la sensación de dolor, existe entre ellos la creencia de tener que

“soportar”. La sensación de dolor en cualquier tipo de persona hace que esta se cuestione acerca de la vida, se escucha “aveces me doy por vencida como que siento que no doy mas, es mucho dolor el que he tenido que soportar”, “ojalá pudieran cortarme la pierna y listo, ya no quiero mas dolor” respecto a esto Según Higuera, (2004) plantea que “el dolor crónico llega a hacer que las personas se planteen el para qué y el por qué de la vida debido a que normalmente tenemos la experiencia de que el dolor es pasajero y controlable; pero cuando aparece un dolor resistente, que no se pasa, nuestra concepción del mundo se tambalea”. En la sala de ortopedia la oración juega un papel importante a la hora del padecimiento, algunos pacientes afirman calmar sus molestas mediante esta. Respecto a esto y citando a Nieto et al, (2005) “se deben tener en cuenta las actitudes, creencias, valores y apoyo social del individuo”.

LA RELACIÓN DE LAS PERSONAS CON LA SENSACIÓN DE DOLOR

Teniendo en cuenta que el dolor es el resultado de una serie de aprendizajes que el paciente ha ido construyendo a lo largo de su vida, se debe tener en cuenta que existen factores biopsicosociales que están incorporados en la forma como cada persona experimenta la sensación de dolor. Algunas personas de bajo estrato socioeconómico toleran más la sensación y se valen de ella para obtener beneficios económicos como por ejemplo los habitantes de la calle que piden las formulas médicas o lloran en las calles para que les den limosna. En una ocasión, un paciente manifestó “ya con estos clavos tengo trabajito por buen tiempo”.

En una ocasión de hospitalización prolongada se hizo la propuesta a una paciente de llevar el diario del dolor, ella asumió que allí podría escribir todo su proceso de hospitalización. Manifestaba “yo me desahogo, eso es muy importante porque aquí a veces no tengo con quien hablar, yo soy feliz escribiendo todo”. Respecto a esto y según Hughes, (2008) “los diarios de dolor le permitirán desahogarse y sentir que él tiene control de sus molestias, con el paso del tiempo el paciente rechazará aquellos estilos de vida o medicinas que generen en él algún tipo de molestia funcionando los diarios como una especie de autoconocimiento”.

En el trabajo de grado la arte- terapia más que forma de hacer consciente el dolor, o disminuir la sensación, permitió establecer la relación empática ya que según Gallardo Saavedra (2008), la arte- terapia favorece las relaciones interpersonales. Según Matassa, (2008) en 1982 La UNESCO en México declaró "A través de la cultura el hombre se expresa, toma conciencia de si mismo, se reconoce como un proyecto inacabado, pone en cuestión sus propias realizaciones, busca insaciablemente nuevas significaciones, y crea obras que lo trascienden.

En ocasiones la arte-terapia sirvió de puente entre el paciente y el terapeuta, con los habitantes de la calle se encontró que re significaron su cuerpo, su experiencia como tal de enfermedad, hospitalización y se abrió paso para fortalecer la relación empática

En cuanto a proponer el diario del dolor como forma de hacer consciencia del proceso de hospitalización como tal, se encontró que algunas personas se rehúsan a escribir aquello que es doloroso y refieren "es que me da hasta pena si leen toda la rabia que siento".

La arte-terapia también fue propuesta en trabajo de duelo con una adolescente cuya madre estaba muerta. La joven tenia dificultad para expresar sentimientos asociados y se evidenciaban manifestaciones de malestar emocional, respecto a eso Según Collazos, (2008) el arte terapia brinda un medio de comunicación no verbal y alternativo a aquellas personas cuya utilización del lenguaje o comprensión de las palabras es parcial o inexistente.

El personal de salud carga con la creencia de que suministrando el analgésico, el dolor tiende a desaparecer y si la persona es persistente en su manifestación es tildado de "apático"

EL PSICOLOGO EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Una de las demandas que se le hace al psicólogo en la institución es la persistencia de las quejas ligadas al dolor. Respecto a esto, existen herramientas que se han propuesto desde la psicología para la disminución de este como lo son la desviación de la atención, la imaginación dirigida y entre ellas la arte terapia. Algunas características que frenan la utilización de estas tienen que ver también con las condiciones intra- hospitalarias debido a que la intervención tiene corta duración, no hay privacidad, persisten demandas de

intervenciones distintas (las enfermeras deben ocuparse de que cada paciente reciba los analgésicos a horas determinadas, deben tomar muestras de sangre, realizar curaciones y los auxiliares de enfermería deben ayudarles a bañarse y en algunos casos, a comer. Adicionalmente, las personas hospitalizadas reciben constantemente llamadas por celular). Según Higuera, ((004) la labor del psicólogo se centra en trabajar terapéuticamente todos los aspectos del dolor para mejorarlo y hacerlo más soportable ya que inicialmente este puede ser la única evidencia o la descripción que da el paciente para un mal que lo aqueja, reconociendo que hay algo mas allá de fondo que el dolor por la lesión.

En las respuestas que se dan durante la entrevista clínica, se encuentran lo que desde el modelo humanista se denominan "Introyectos", según Perls, *et al* (1978) los Introyectos son la construcción imaginaria de cómo "debería ser" una persona y no cómo realmente es. Estos Introyectos son exigidos por la sociedad y conllevan a que la persona pase por alto sus sentimientos, deseos y emociones, en el mismo sentido, Ginger y Ginger, (1987) plantean que la introyección constituye la base misma de la educación del niño y del crecimiento. En ocasiones la manifestación de dolor estaba relacionada con la creencia de "qué tan fuerte soy". Los Introyectos no sólo juegan un papel negativo en cuanto a que no permiten la libre expresión al individuo de aquello que le molesta, l duele sino que debe ser visto como una fortaleza, una estrategia de afrontar la situación de hospitalización y todas las dolencias que conlleva el proceso.

El ámbito hospitalario y sus condiciones obligan al paciente a hacer parte de una seria de actividades rutinarias en donde se olvidan las estrategias de afrontamiento del individuo, no se tienen en cuenta las herramientas ni las formas de manejar el dolor de cada persona. De eso se trata el espacio de intervención del psicólogo, de buscar potencias las actitudes de cada persona. En una ocasión un estudiante planteó "¿Para qué sirve el trabajo del psicólogo en ese paciente con VIH y que está en una fase casi terminal?" dejando de lado que se trabaja con los seres humanos y enfocándose en un conjunto de síntomas, un mal pronóstico.

En algunas ocasiones el papel de las creencias socioculturales se hace tan fuerte que las personas firman el alta voluntaria. El psicólogo de la salud tiende a minimizar estas creencias

y hasta les llama “irracionales”, se escucha entre los colegas “es que el paciente no tiene adherencia al tratamiento porque no se toma el medicamento” y se juzga de “ignorante” a quien insiste en ir a buscar al chamán para que le cure el problema de IRC por ejemplo. La acción de algunas personas de auto-medicarse no se debe a factores que anteriormente pensaba se atribuían a la cuota moderadora por ejemplo sino que existe la fuerte creencia de que el pastor de iglesia, el chamán va a calmar rápida y eficazmente sus molestias. Respecto a esto, según Farré, (2001) la historia de la humanidad está repleta de acontecimientos relacionados con el sufrimiento y de innumerables intentos para redimir el dolor, desde las más ancestrales pócimas mágicas y las oraciones de carácter religioso hasta los preparados homeopáticos, las formulas magistrales y los fármacos sintéticos más actuales. Por otro lado, los factores sociales también afectan el desplazamiento a una entidad de salud. Es el caso de una mujer procedente de Suarez Cauca quien padecía de VIH, pié diabético y neumonía quien en una mañana del viernes amaneció con una llaga entre dos dedos del pie. Esta persona tuvo que mandar una carta al jefe de uno de los grupos al margen de la ley para poder transportarse y la respuesta de aprobación la obtuvo casi cinco días después, al llegar al Hospital fue tildada de “descuidada” y por supuesto hubo que amputarle los dedos, adquirió una infección y su hospitalización sobrepasó seis meses. Su sensación de dolor estaba inicialmente ligada a lo físico, después ella misma reconoció que habían condiciones que hacia que aumentara la situación de dolor.

La preocupación por los familiares también influye en el incremento de la sensación de dolor. Algunas personas expresan “me duele la pierna con solo pensar como está mi niña en estos momentos”

Cuando una persona padece de dolor, no es tenida en cuenta por el personal de salud en ocasiones. Mientras se queja, ninguna enfermera pasa y pregunta por su dolor ni busca las herramientas para calmarlo, simplemente juegan a “esperar a que al paciente se le pase”. Según Brannon y Feist citando a Ervin Goffman, (1961) el paciente es tratado como si no fuera una persona social aun cuando es evidente que las redes de apoyo estabilizan o desequilibran el estado emocional de la persona. En el mismo sentido, se disminuyen las relaciones sociales a causa de la situación de hospitalización como tal, una red de apoyo mal

interpretada es sinónimo también de incremento de la sensación de dolor a causa de la ansiedad y angustia. En ocasiones las mujeres manifiestan sentirse impotentes al no saber en dónde y que hace su pareja sentimental, esto les lleva al incremento de la sensación de dolor y angustia.

En la sala de ortopedia se ven reflejadas las problemáticas de la actual sociedad. Penzo, (2000) "el dolor acompaña al hombre desde el principio de los tiempos; es una parte inseparable del mismo ya que sólo algunos estados excepcionales permiten al individuo librarse por completo de la experiencia del dolor, pero tales condiciones suponen una total desconexión de la realidad, patológica la mas de las veces, un precio demasiado elevado para un objetivo tan poco realista. Respecto a esto, en la sala de Ortopedia es común que los familiares al ver la desesperación de su ser querido ante la manifestación de dolor, opte por conseguirle sustancias alucinógenas (marihuana o bazuco) sin pensar en las consecuencias de estas.

FACTORES ASOCIADOS A LAS CONDICIONES INTRA-HOSPITALARIAS

Por regla general debe haber en el paciente una queja ante la sensación de dolor para recibir tratamiento analgésico. En ocasiones los pacientes plantean "si uno aquí no grita, no pasa nada", "es que uno se queja y les dice pero no creen", "Aquí me tratan como al ganado" o el tan común "como no es a ella la que le duele la pierna".

La importancia que le da el personal de salud a la sensación es mínima porque son pocas las alternativas que tienen para calmarlo.

Los horarios en los que se incrementa la sensación de dolor es en las noches, las quejas siempre van ligadas al maltrato, las personas manifiestan "por la noche hay enfermeras malgeniadas que vienen a prenderle la luz a uno o a azotar las puertas". En el paciente numero 1 el dolor empezó en la pierna fracturada pero las condiciones hospitalarias posteriormente le llevan a padecer dolor en el cuello, rodilla, tobillo, abdomen y pie, al igual que el paciente 3 quien refiere "en las noches me da tanto dolor y no se me quita, como dejan las ventanas abiertas entra mucho frío y si las cierran es peor porque me levanto todo sudado y esto aquí

huele muy feo". El paciente 4 expresa "cuando venia en la ambulancia venia muy incomodo, me dio mareo y ese viaje es largo"

El dolor post operatorio es con frecuencia el más fuerte. Las enfermeras realizan bromas unas a otras expresando con frecuencia "te va a tocar manejarle el post operatorio a ese paciente que es tan cansón"

Por parte del personal de la salud y ante el llamado de un paciente que padece dolor se encuentran respuestas como "pues sígase quejando y que se la lleven para su casa que aquí es complicado que le hagan lo que le tienen que hacer", "bastantes problemas tengo yo y no me quejo ahora usted llora por algo tan bobo", "ya le puse el medicamento si no le hace efecto pues se aguanta porque mas de ahí no puedo hacer". Durante mucho tiempo se ha intentado educar a los enfermeros poniéndolos en el lugar del paciente. Pero en ocasiones los problemas a nivel el personal les impiden el buen trato con el paciente impidiendo llevar a cabo la misión de la UES "Brindar a pacientes con trauma y enfermedades del sistema músculo-esquelético una atención de máxima tecnología garantizando un servicio humanizado, oportuno, confiable y de calidad con énfasis en una cultura de mejoramiento continuo del personal y los servicios". Respecto a esto, vale la pena considerar que ha mejorado el trato del personal con el paciente, han reducido las quejas y aumentado las cartas de felicitaciones. Respecto a esto y según Penzo, (2000) "quien padece la enfermedad pone toda la responsabilidad y preocupación en los enfermeros cuando se encuentran internos en el hospital".

Las condiciones de la sala lo que no permiten que haya una adecuada adaptación a la situación de hospitalización y esto genera incremento del dolor. El hospital se convierte en un lugar que no proporciona privacidad ni respeto con el paciente ya que no hay cortinas, las puertas deben permanecer abiertas y las personas deben estar expuestas en todo momento. En diagnósticos como fractura de cadera a los pacientes se les dificulta usar ropa mientras durante la hospitalización y hacer sus necesidades en un sanitario debido a la inmovilidad del cuerpo, en algunos casos también se les prohíbe a los pacientes llevar puesta ropa interior. El frio como condición ambiental hace que haya un incremento en la sensación de dolor. Schnake,

(1995) plantea que nunca está mas carenciada una persona que cuando esta enferma en un hospital y dependiendo del trato y afecto del otro.

Lo psicológico depende en gran parte de los factores sociales, dependen de la condición cultural de cada persona, su nivel educativo y sobretodo de su crianza. En una ocasión el personal de enfermería planteó que las personas de raza negra no aguantan el dolor y lloran con facilidad mientras que las mujeres son personas fuertes que en ocasiones "les dan lecciones a los mismos hombres" según Otegui, (2000) "la conformación de diferentes formas de dolor y sufrimiento se instauran como ideologías de los grupos sociales, formas de representación social que están estrechamente vinculadas con la historicidad de la constitución de las relaciones sociales". "hay una ideología que se dota de un contenido biológico y naturalizado para su explicación: "los hombres por naturaleza son mas fuertes".

10. PROPUESTA DE APLICACIÓN

[18]

La propuesta de aplicación que es el complemento del trabajo de investigación el cual se titula: *ALGUNOS ASPECTOS BIOPSICOSOCIALES ASOCIADOS AL DOLOR EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA ENTIDAD PUBLICA DE LA CIUDAD SANTIAGO DE CALI* ; apunta hacia la aplicación de diversas técnicas que van de la mano con el arte cuyo fin se dirige a reducir el dolor que padece una persona hospitalizada en la sala de ortopedia y traumatología del HUV.

El presente trabajo de grado surge como un deseo personal originado en la realización de un diagnóstico pensado en ampliar la labor del psicólogo en el área clínica cuya labor se ve limitada a realizar psicoterapia breve e intervención en crisis debido al poco tiempo de permanencia de los pacientes en el hospital, habitaciones compartidas en las cuales se dificulta realizar psicoterapia debido a la poca privacidad.

[18] Cristian es un paciente de 17 años diagnosticado con síndrome cerebral orgánico y de hospitalización prolongada que fue herido por arma de fuego y al que se le dificultaba la comunicación mediante el lenguaje debido a sus manifestaciones ansiosas y de angustia. La hospitalización le llevó a adquirir una bacteria, la desnutrición severa y escaras que se sobre- infectaron. El trabajo con él se convirtió en un reto porque sus recuerdos eran vagos. Por medio del dibujo se logró en primera instancia la orientación y el reconocimiento de su cuerpo, se construyó también una fuerte relación empática.

En ese sentido, otras razones para la creación de esta propuesta fueron las quejas por parte del personal que tienen su origen en la no adaptación del paciente en el ámbito hospitalario. Con esta forma de manejo del dolor también se busca que el paciente tenga un espacio en el que se le brinde una forma de expresión que está por fuera de la rutina.

Al realizar el diagnóstico del trabajo de investigación, surgen diversas demandas en el orden del manejo del dolor debido a que las quejas angustiosas por una parte perturban al personal de enfermería quienes hacen el pedido al psicólogo de "disminuir" los gritos de las personas que padecen. La propuesta surge como forma de abordar la problemática que tienen tanto los pacientes como el personal de salud cuando refieren que a los pacientes nada les hace efecto.

Algo trascendental es que no se realizó seguimiento a los pacientes que participen en la propuesta de investigación debido a que los pacientes hospitalizados son procedentes de diversas ciudades, municipios, veredas. El trabajo de investigación junto con la propuesta, en ninguna forma serán un proceso terapéutico como tal ya que serán intervenciones puntuales y que no se pretende (como ya se planteó anteriormente) obligar al paciente a realizar actividades con las que el puede no estar de acuerdo sino de brindarles el espacio, ofrecerle alternativas para que el construya sentido y encuentre formas de expresar su situación de hospitalización para disminuir la actitud pasiva que caracteriza a los pacientes, fortaleciendo su capacidad de afrontamiento de la enfermedad y adquiera estrategias de afrontamiento ante la situación de dolor.

Por ultimo, se realizó también un trabajo de psicología organizacional que es pertinente llevar a cabo con el personal de salud que trabaja en la sala de ortopedia como forma de continuar con la propuesta elaborada por el psicólogo Jaime Humberto Arboleda durante el año 2007-2008 titulado: *ABORDAJE DE LOS PROCESOS DE INTERACCIÓN HUMANA QUE AFECTAN AL PERSONAL ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A PACIENTES DE LA SALA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA"* que apuntaba a implementar un proceso psicoeducativo dirigido al personal asistencial de la sala de Ortopedia y traumatología.

10.1 Objetivos

Objetivo general:

- Proponer técnicas complementarias para el manejo del dolor en pacientes hospitalizados en la sala de ortopedia durante el año 2009-2010.

Objetivos específicos:

- Propiciar aprendizaje de técnicas complementarias a los pacientes hospitalizados encaminadas a reducir el dolor y reconocer el impacto biopsicosocial del dolor.
- Ayudar a reducir el dolor que padece una persona hospitalizada por trauma a través de herramientas de la arte terapia.
- Aprender a realizar acompañamientos psicológicos en ámbito hospitalario mediante la intervención terapéutica, desde la perspectiva humanista específicamente desde la teoría de figura- fondo.
- Crear un espacio en el cual el personal de salud exprese sus sentimientos y emociones.

10.2 Cronograma de actividades:

Año 2008	Observación y reconocimiento del área	Intervenciones individuales	Acompañamiento a la red de apoyo	Participación de la revista medica	Atención individual al personal de la salud	Actividades para el manejo del dolor
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						

Año 2009	Intervenciones individuales	Acompañamiento a la red de apoyo	Participación de la revista medica	Atención individual al personal de la salud	Actividades para el manejo del dolor	Grupo focal
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						

Mayo						
Junio						
Julio						
Agosto						
Septiembre						
Octubre						
Noviembre						
Diciembre						

Año 2010	**Intervenciones individuales**	**Acompañamiento a la red de apoyo**	**Participación de la revista medica**	**Atención individual al personal de la salud**	**Actividades para el manejo del dolor**	**Grupo focal**
Enero						
Febrero						
Marzo						
Abril						
Mayo						
Junio						

La propuesta de aplicación propuesta para el año 2009-2010 que se lleva a cabo en el Hospital Departamental Universitario del Valle estará organizada de la siguiente manera:

10.3 Plan de acción

- Atención semanal al paciente: Si el paciente refiere dolor durante la intervención será invitado a participar en la propuesta de formas poco convencionales en el manejo del dolor.
- Intervención individual a los pacientes hospitalizados: Durante esta actividad se le dará a escoger al paciente qué materiales desea utilizar.
- Acompañamiento a la red de apoyo familiar: con el fin de minimizar las redes de apoyo mal interpretadas por el paciente, psicoeducación acerca de todo lo relacionado con la enfermedad.
- Realización de talleres al personal de salud: De acuerdo a la encuesta que será aplicada se realizará en un espacio abierto donde pueda haber buena comunicación, el desarrollo de temas de interés como por ejemplo el duelo, el manejo de la ansiedad, trabajo en equipo.
- Realización de talleres de humanización al personal de salud: Los talleres de humanización al personal son una demanda institucional que da la posibilidad de que el

personal se ponga en los zapatos del otro (el paciente). Esto surge con el fin de alcanzar los objetivos de la institución que apuntan a la calidad y el servicio del hospital.

- Participación de la revista médica: Se realiza con el fin de obtener información acerca del estado de salud de los pacientes hospitalizados para dirigir el acompañamiento psicológico posterior.

En algunos casos de pacientes con dolor oncológico se pretende implementar el diario del dolor y el registro (Presentado en antecedentes por el Instituto nacional del Cáncer), técnicas como el manejo de la respiración (que según Gómez Gonzales y Mosquera Molano tienen como objetivo mejorar la oxigenación del organismo, favorecer la relajación y disminuir la tensión), arte-terapia (que según Farré, (2001) es un conjunto de intentos terapéuticos para mejorar el equilibrio psicológico y la integración social en ciertos trastornos mentales) como formas poco convencionales de asumir la enfermedad aun después de ser dados de alta como también otras técnicas para el manejo del dolor en casa mediante la creación de imágenes mentales o imaginación dirigida y ejercicios de relajación (que según Barrios, (2005) Siempre tras estos podemos comprobar como parecemos estar envueltos en una nube de positividad, calma y alegría) debido a que la relajación alivia el dolor o impide que se empeore porque reduce la tensión de los músculos, puede ayudarle a conciliar el sueño al paciente, darle más energía, hacer que se sienta menos cansado, reducir la ansiedad y lograr que otros métodos para aliviar el dolor sean más eficaces.

La propuesta se llevará a cabo mediante algunas técnicas para el manejo de la respiración que posibilitan disminuir los niveles de ansiedad de las personas, dibujo libre y dirigido con crayolas, pintura, y colores con el fin de que el paciente deje fluir las emociones y pueda entablar una conversación adecuada y agradable con el terapeuta. También se empleara la arcilla y la plastilina. Todas las anteriores harán parte del grupo de formas artísticas poco convencionales para el manejo del dolor.

10.4 Resultado de aplicación

FORTALEZAS	**DEBILIDADES**
• La capacidad de establecer una relación empática. • La forma de relación con el personal de salud permite que la labor del psicólogo sea valiosa y tenida en cuenta • El sentido de pertenencia y el compromiso con la institución • El trabajo multidisciplinar, se comentaba el estado emocional del paciente con el personal de la salud y se dirigían objetivos específicos en especial en torno a la educación. • La adaptación a las condiciones intrahospitalarias. • la capacidad de adaptación de la practicante. • El interés por parte de la practicante para aprender y participar activamente. • El proponer de manera proactiva iniciativas distintas al modo convencional de relacionarse con pacientes en sala • Se evidencia disminución en la sensación de dolor después de la intervención psicológica.	• Para la practicante fue difícil incorporarse a la dinámica de las revistas médicas debido a la terminología científica. • Hubo un caso en el que se dificultó el establecimiento de la relación empática con un paciente desmovilizado que estaba reclutando a los demás hombres hospitalizados en sala.
AMENAZAS	**OPORTUNIDADES**
• El personal de la salud hace uso de pocos recursos para que el paciente se adapte al ámbito hospitalario. • No se pudo realizar un proceso de humanización con el personal de salud, debido a las opiniones y criticas de los talleres previos, realizados en otras salas. • Fueron pocos los materiales (arcilla, plastilina) que se pudieron brindar a las personas en la intervención por medio del arte debido a las condiciones hospitalarias • Algunos pacientes se rehúsan a seguir los ejercicios de manejo de la respiración. • Las malas relaciones interpersonales que surgen en el ultimo mes de trabajo y que son causantes de Burn Out[19]	• La disponibilidad y motivación de los pacientes. • Se evidencia cambio en las actitudes pasivas, los pacientes cuestionan los procedimientos médicos y toman decisiones de forma más consciente y responsable. • Fue satisfactoria la forma en que fue aceptada la propuesta de herramientas para el manejo del dolor. • Se abrió el espacio para la intervención individual al personal de salud. • Aunque fue un poco difícil al inicio de la práctica se logró continuar con el buen posicionamiento del psicólogo practicante en la sala de ortopedia, espacio que también había ganado el practicante anterior.

[19] Burn Out hace referencia a el acoso psicosocial en el trabajo

• La intervención con la familia aveces resulta poco satisfactoria porque el horario en el que se proponen es el mismo de las visitas.	

Durante los primero meses la practicante de psicología tuvo dificultades para adaptarse al ámbito de la salud, no por las condiciones propias de un hospital sino en cuanto al establecimiento de vínculos afectivos con los compañeros de trabajo. Esto produjo que en un inicio se llevaran a cabo actividades y procesos de acompañamiento únicamente con el cliente externo (personas hospitalizadas en la sala de ortopedia) dejando de lado las relaciones interpersonales con el personal de la salud en general. Durante este proceso se intentó que el paciente dejara de lado la postura pasiva haciéndole consciente de su enfermedad, hospitalización y recuperación, esto se llevó a cabo gracias al establecimiento de la relación empática. Tiempo después, se evidenció la necesidad de abrir un espacio de acompañamiento para el personal de la salud con el fin de reducir síntomas ansiosos, de estrés y carga laboral. De cualquier forma, la capacidad y "libertad" de trabajo del psicólogo depende del compromiso que se tenga con la institución y quien la frecuenta.

11. LA EXPLICITACIÓN DEL PLUS- DISCUSIÓN DE LA PRÁCTICA

Inicialmente será esbozada una breve descripción del sitio en el que se desarrolló el trabajo de investigación y la práctica formativa a lo largo de dos años y en el que se hizo un gran intento de proporcionar un lugar significativo a la psicología.

LA UES[20] DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE: Está conformada por dos salas de hospitalización:

1. La sala de Ortopedia
2. La sala de Infecto- Adultos

La sala de hospitalización de Ortopedia

Está ubicada en el cuarto piso de la entidad pública y no ha contado aún con la remodelación; por esta razón la ventilación del área es escaza, el olor se hace fuerte a medida en que transcurre la mañana y las ventanas deben estar cerradas por múltiples razones. En ocasiones las personas hospitalizadas expresan molestias que interfieren en la adaptación al medio y que están asociadas a estas condiciones intra- hospitalarias

La sala de Infecto adultos

Una puerta batiente de color café oscuro te da la bienvenida, sólo que esta vez en un titulo grande, se lee: "INFECTO ADULTOS" y da la pauta para que nadie quiera estar hospitalizado allí. Es una sala en donde los pacientes se sienten excluidos en relación con los demás y se tiene la creencia de que se llega allá a sufrir por lo que cuentan de las dolorosas curaciones. Allí las muertes son mas frecuentes a causa de las enfermedades infecto-contagiosas.

La intervención del psicólogo en esta sala se da con mas privacidad, pues cada paciente cuenta con su propia habitación, lo que no hay son asientos y no se dejan entrar según el comité de infecciones. Esto perturba la labor del psicólogo un poco, significa estar parado durante el espacio de intervención que puede durar hasta 20 minutos debido a las diversas demandas a las que está sometido el paciente. Para entrar a la sala hay que seguir el riguroso lavado de manos, portar una bata azul que va desde el cuello hasta los tobillos y es manga

[20] El término UES hace referencia a UNIDAD ESTRATÉGICA DE SERVICIOS.

larga, también hay que usar guantes y mascarilla en algunos casos de alta eficiencia, por todos lados se evita el contacto directo con el paciente.

En ninguna de las dos salas de hospitalización hay un consultorio para el psicólogo del área, además es casi imposible llegar a imaginarlo debido a los diagnósticos de fracturas de lo pacientes que les impiden desplazarse.

¿Y qué hace un psicólogo en el ámbito hospitalario? La mentalidad al entrar a la institución, siempre debe ser un intento de ampliar la labor del psicólogo en el área de la salud teniendo en cuenta el poco tiempo de permanencia de los pacientes en el hospital, o a las condiciones intrahospitalarias como las habitaciones compartidas en las cuales se dificulta la expresión de sentimientos debido a la poca privacidad. que en ocasiones se ve limitada a realizar psicoterapia breve, intervención en crisis, psicoterapia de apoyo, psicoterapia de expresión, encontrar síntomas o indicios como por ejemplo, alucinaciones (producidas según Vélez, A (2008) por lesiones cerebrales, intoxicación, anoxia, privación del sueño, estrés, miedo exagerado, fiebre muy alta, durante un episodio de migraña, después de un paro cardiopulmonar o al comienzo del sueño o en el llamado duermevela) en pacientes hospitalizados que requieran intervención psiquiátrica para remitirlos a la USM[21].

El psicólogo en la institución

En primera instancia, al llegar por primera vez a la sala de hospitalización de Ortopedia se pretendió continuar con el proyecto propuesto por el psicólogo practicante anterior quien realizó durante el año 2007-2008, el trabajo de investigación titulado: *ABORDAJE DE LOS PROCESOS DE INTERACCIÓN HUMANA QUE AFECTA AL PERSONAL ASISTENCIAL EN LA ATENCIÓN A PACIENTES DE LA SALA DE ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE "EVARISTO GARCIA"* que apuntó a implementar un proceso psicoeducativo dirigido al personal asistencial de la sala de Ortopedia y traumatología. Posterior a esto y con mi llegada como psicóloga practicante a la institución, no se detectan problemáticas en cuanto a las relaciones interpersonales (se evidencia buen

[21] La palabra USM hace referencia a la UNIDAD DE SALUD MENTAL

clima organizacional usualmente al recibir cartas de felicitaciones por parte de los pacientes) surge un sentimiento de dirigir la psicología "al servicio del paciente".

La llegada a la sala de Infecto Adultos fue totalmente lo contrario. La psicóloga practicante anterior había enfocado la psicología únicamente hacia las intervenciones individuales. La Jefe de la sala manifestó cierta inconformidad en cuanto a que no se tenía en cuenta al personal de la salud de la sala de Infecto en las actividades (talleres, celebraciones, etc.) que se llevaban a cabo por el psicólogo practicante en la entidad de salud como tal.

Por esta razón, al entrar a la UES ya había un rol establecido del ideal para el psicólogo como mediador entre lo que podría alcanzar con el personal de salud (llamado cliente interno) y por otro lado, el paciente hospitalizado (llamado cliente externo). A lo largo de la permanencia en la institución, se hace un pedido por parte de los estudiantes de diversas disciplinas (medicina, fisioterapia, etc.) que se desempeñan en las salas de hospitalización, quienes solicitaban un espacio para ser escuchados y le atribuían la obligación al psicólogo. Esta situación condujo a que el psicólogo fuera tenido en cuenta como aquella persona que escucha al otro de forma incondicional, empática y con la cual se puede llevar a cabo el trabajo en equipo mediante las buenas relaciones interpersonales.

El rol asignado

Desde el inicio en la entidad los pedidos que hace el personal de salud giran en torno a la adaptación de la persona al ámbito hospitalario, por ejemplo, si el paciente se expresa mediante el llanto, la angustia, la ansiedad, la ira, el intenso dolor o demás sensaciones que imposibiliten la adherencia al tratamiento es trabajo del psicólogo modificar este tipo de conducta.

A la hora de entrada, las enfermeras o el medico le informan al practicante de psicología sobre aquellos pacientes que han tenido una mala noche, que se encuentran "enojados" o "apáticos" y aquellos que no quieren recibir comida. Lo que se espera es que las personas después de la intervención del psicólogo sean capaces de modificar su comportamiento que en general molesta a los trabajadores de la salud mediante las constantes

quejas y llamados después de una intervención relativamente corta por causas como la no privacidad debido a que los pacientes comparten la habitación con seis personas mas, la puerta permanece abierta y a esta situación se le suman las demandas de intervenciones distintas (las enfermeras deben ocuparse de que cada paciente reciba los analgésicos a horas determinadas, deben tomar muestras de sangre, realizar curaciones y los auxiliares de enfermería deben ayudarles a bañarse y en algunos casos, a comer. Adicionalmente, las personas hospitalizadas reciben constantemente llamadas por celular).

Según el diagnóstico también se elabora la interconsulta. El personal de salud reconoce que el paciente amputado requiere de intervención psicológica para la elaboración del duelo. El paciente con diagnóstico de trauma raquimedular también debe ser valorado por psicología con el fin de modificar ideas de minusvalía o desesperanza, incluso ideación suicida.

Por otro lado, el psicólogo debe hacer parte del comité de humanización creado hace un año por la enfermera jefe de la UES porque el titulo psicólogo va ligado a la perfección. Dicho comité se encarga de realizar talleres con el personal de salud y programar celebraciones para las ocasiones especiales que también permiten un conveniente clima laboral.

Otra labor que se le asigna al practicante de psicología es el trabajo terapéutico con los familiares del paciente hospitalizado en casos de muerte, trauma raquimedular, acompañamiento antes y después de una amputación, psicoeducación de algún tema en especial y red de apoyo mal interpretada que se da en casos en los que el familiar del paciente durante los horarios de vista o mediante llamadas telefónicas se comporta de forma no esperada mediante el llanto o en algunos casos quejándose de la situación económica en el hogar, que son también agravantes de la enfermedad de una persona en situación de hospitalización.

Rol asumido

Una importante actividad que se hizo desde la psicología fue el de la psicoeducación (no sólo con el familiar sino con el paciente como tal) haciendo el papel de “mediador” entre

lo que expresa el medico mediante terminología científica y lo que el paciente no se atreve a preguntar por su nivel de ignorancia que le lleva a sentirse en cierta forma algo inferior. La necesidad surgió de forma inmediata al descubrir que existen personas con diagnósticos que les causa hasta dificultad de pronunciar. En una ocasión un paciente con un diagnóstico de VIH expresó en tan sólo una sesión: “yo no puedo comer dulce porque con el VIH se me sube el azúcar, eso como que es una enfermedad de la sangre”, “yo no se como me dio VIH si yo sólo le hago sexo oral a otros hombres”.

Otra forma de realizar el trabajo como psicóloga fue mediante el trabajo de grado que consistió en reconocer los aspectos biológicos, sociales y psicológicos del dolor y que permitió que el personal de salud tuviera en cuenta que hay formas de desviar la atención sin recurrir a los diversos tipos de analgésicos.

El rol que se asumió fue el establecimiento de la relación empática con el personal de salud abriendo un espacio de interconsultas para manifestar problemáticas mediante la psicoterapia. En la mañana se trató de brindar la atención oportuna al paciente hospitalizado mediante diversas herramientas (arte- terapia, diarios de dolor, grupos focales, intervenciones individuales, etc.) posterior a los horarios de visita se abrió un espacio de atención para los familiares.

El rol ideal

El rol del psicólogo ideal de la sala de Ortopedia e Infecto sería el que además de desempeñar las actividades anteriormente nombradas, pudiera trabajar en torno a la promoción de la enfermedad en otros escenarios mediante campañas de psicoeducación que adviertan a las personas respecto al alto índice de muertes y amputaciones por accidente de transito por ejemplo.

En el mismo sentido, seria adecuado proporcionar un espacio para psico-educar a los familiares acerca de las complicaciones que se presentan en pacientes con diagnósticos como trauma raquimedular (mejor conocido como parálisis), que requieren de cuidados específicos como el estar moviendo a la persona cada dos horas para prevenir posibles escaras que llegan

en ocasiones a sobre- infectarse. Si se invierte en la promoción de la enfermedad se ahorra en cuanto al tratamiento de estas.

En cuanto al ideal de psicólogo como persona en las dos salas de hospitalización mencionadas, debe tener como características el respeto por el paciente, la atención oportuna, mantener buenas relaciones interpersonales para poder realizar un adecuado trabajo en equipo y no dejar de lado que cada vez se abren mas posibilidades en ese campo de acción tan extenso en el que confluyen todo tipo de problemáticas que son manifiestas en la realidad.

¿Ser psicóloga?

Personalmente, el primer acercamiento como psicóloga no lo llevé a cabo en tercer semestre en una institución educativa cuando atendí a niños victima de abuso sexual, ni en segundo semestre en una fundación que brindaba ayuda a los individuos en situación de desplazamiento cuando enfrenté el temor de realizar talleres ante personas victimas del conflicto armado, minas quiebra patas, etc. El primer acercamiento ni siquiera se dio al momento de ingresar al Hospital Universitario ni cuando escuchaba a los pacientes e interactuaba con ellos durante el mes de reconocimiento del sitio. Mi primer acercamiento se dio a partir del momento en que en la sala de Ortopedia el sub-director de la UES me dice: "vaya y dígale a el de la cama 6 que esta tarde le amputamos el brazo". En ese momento recordé que era un señor de aproximadamente 36 años con el que días antes ya había establecido una relación empática. Cuando llegué, lo vi con el rosario entrelazado en los dedos, estaba rezando y automáticamente me preguntó si era verdad que le iban a amputar el brazo; él ya sabía.

Esa tarde después de escucharlo y de estar allí con él, dudé de si quería pasar el resto de mi vida dando malas noticias siendo una especie de ave de mal agüero. Llegué haciendo juicios de valor, preguntándome por qué a ese señor le iban a tener que amputar su brazo por una simple caída por las escaleras, por qué a él y no a otros. Eso no se enseña en la academia, tampoco es algo que se aprende cuando se estudia o se lee; es una condición que debe asumir el psicólogo como persona y se debe empezar a trabajar mediante la psicoterapia.

La universidad brinda herramientas en cuanto a enfoques y corrientes de la psicología pero cuando se está frente a la realidad social hay una sensación de no saber qué hacer ante situaciones que causan en ocasiones ira y en otras, dolor; emociones que podría nunca haber experimentado desde tan cerca. Además, por más que la academia insiste es sólo cuando experimentas el choque emocional que te dan ganas de salir corriendo a pedir ayuda profesional. Eso explica tal vez porqué sólo en los últimos semestres se ve la necesidad de involucrar al estudiante no sólo como quien paga y adquiere conocimientos teóricos sino como persona al exponer estudios de caso y ser participe de experiencias que empiezan a compartir los profesores.

Sentirme plena compartiendo y brindando apoyo mediante la psicología a gente que evitaba durante el transcurso de mi vida cotidiana (como pandilleros, sicarios, habitantes de la calle), fue algo para lo que no estaba preparada, pero con el pasar de los días aprendí a respetar y a entender puntos de vista que no son ajenos al resultado de todo lo que sucede en la actual sociedad. Desempeñarme como psicóloga en el ámbito hospitalario fue y sigue siendo ante todo una experiencia de crecimiento, un reto.

12. OFERTA DE TRANSFORMACIÓN INSTITUCIONAL

El presente apartado da lugar a una critica constructiva que permita el mejoramiento de la institución en la cual se realizó el trabajo investigativo y la práctica formativa a los largo de dos años.

La institución en la que se llevó a cabo la realización del trabajo de grado intenta construir tal y como ellos lo plantean, "el Hospital del siglo XXI". A través del paso por dicha institución, se puede ser testigo del continuo mejoramiento. Por ende esta propuesta de transformación apunta a la crítica del psicólogo en el ámbito hospitalario, con el fin de dar a conocer amplios campos en los que no se ha visto inmerso, además el Hospital es un sitio de oportunidades.

La entidad de salud como escenario y conglomerado en el que confluyen problemáticas cotidianas de tipo social y político permite que la formación de psicólogos sea íntegra por la razón de que dicha institución es el reflejo del malestar que se vive en la ciudad, sin importar el estrato socioeconómico debido a que allí se manejan relaciones interpersonales que van desde el habitante de la calle hasta el médico especialista.

En cuanto a la labor con las personas hospitalizadas que acuden por malestar físico u orgánico, inicialmente es un poco confuso para el estudiante saber qué podría hacer él en el escenario medico rodeados de enfermeras y que trabajan de forma conjunta ante un síntoma que tiene su lugar en el cuerpo, dejándose en varias oportunidades de lado que existen problemáticas que van ligadas al temáticas como por ejemplo el conflicto armado, al desplazamiento forzado, a las riñas callejeras y problemas de pandillas, entre otras, por esa razón se debe considerar e insistir en que el trabajo del psicólogo no debe verse limitado al tratamiento puramente clínico e individual, debe trascender y preguntarse ¿cómo hacer para abordar las problemáticas contemporáneas de la ciudad?

Un aspecto a no olvidar es que la necesidad del psicólogo está creada en el ámbito hospitalario, pero con el paso del tiempo parece que los mismos psicólogos dejan de creer en

la importancia de esta labor, esto se evidencia en la disminución de estudiantes que realizan la práctica en dicho lugar.

Volviendo al tema anterior, la UES de ortopedia tal como se planteó a lo largo de presente trabajo, está conformada por dos salas de hospitalización (sala de ortopedia y sala de infecto adultos). La labor del psicólogo es clara para el personal de salud, cada vez tiende a desaparecer la imagen del psicólogo que elimina o reduce "conductas desadaptativas". Por su lado el psicólogo debe percibir y partir de que la hospitalización es una crisis y por ende es desde allí que se conecta la persona con la actitud de cambio, así que allí está el psicólogo en el área de la salud, envuelto en constante malestar físico que perturba a la persona hospitalizada y bajo la mirada constante de quien juzga y en ocasiones niega el valor psicoterapéutico pero no todo es negativo, debido a que darse un lugar dentro de la institución depende de cuan perseverante es la persona ya que es una constante lucha de logros, de reconocimiento sin olvidar que el objetivo principal es propiciar y acompañar a la persona en su proceso de mejoramiento trascendiendo un poco la mirada y concepción del sujeto-maquina al que hay que "reparar", en palabras de los mismos pacientes "como si yo fuera una bicicleta, un carro".

Por otro lado existen dificultades en cuanto a que el hospital no está preparado para el adecuado trato del paciente debido a que las condiciones físicas dificultan la adaptación al ámbito. Por ejemplo, la sala de urgencias es una especie de campo de batalla, hay gente sin brazos, gente sin piernas, enfermos vomitando y otros muriendo. Así que aunque el HUV intente por todos los medios y recursos económicos lograr que el paciente se adapte, siempre será percibida la institución como una amenaza, es enfrentarse ante la posibilidad de una muerte repentina.

Cabe entonces resaltar que la entidad pública como ámbito donde se vivencia dinámicas complejas del ser humano y dan cuenta de las relaciones sociales que se viven día tras día y reflejan los modos de tolerancia/intolerancia, crisis podría ser el lugar desde el cual se podrían plantear estudios investigativos de las problemáticas contemporáneas y desarrollar programas de promoción y prevención que den la posibilidad de educar a las personas.

Otro aspecto fundamental es que se debe insistir en el sostenimiento de los programas de humanización en la salud que el hospital ha venido desarrollando pero que aveces se detiene y genera malestar no sólo en el encargado de la salud que padece sino en los pacientes que se encuentran en manos de este.

Se recomienda sostener y reafirmar el lugar del psicólogo en dicha institución a partir de una mirada integral del hombre y que no sólo intervenga desde “lo urgente” sino que pueda realizar un acompañamiento desde la comprensión del ser humano como ente biopsicosocial.

13. ANEXOS

♥ ENTREVISTAS

Entrevista 1

Marzo del 2009- 11:00am

Atendiendo al tipo de muestreo intencional, este primer paciente entrevistado refiere tener problemas económicos -deuda de 20 millones de pesos debido a que chocó en estado de embriaguez, a un carro seguido de una tracto mula- y emocionales -miedo debido a la realización de la cirugía- además del dolor en su cuello.

- Seudónimo: Omar
- Edad: 35
- Ocupación: Estudiante de arquitectura
- Sexo: Masculino
- Estado Civil: Casado
- Lugar de nacimiento: Bogotá
- Lugar de procedencia: Bogotá
- ¿Cuál es el motivo de la hospitalización?- Dx: Fractura MII- "*Tuve un accidente entre La Candelaria y Palmira iba para Buga con una "pelada" y un amigo ayer hace 8 días a las 8:00 de la mañana"*
- ¿Ha sentido dolor? *Si, desde el día del accidente* (refiere que le han practicado dos cirugías y mañana es la tercera).
- ¿Hace cuánto apareció el dolor?: "*Apareció el día del accidente y me inyectaron dipirona pero después se dieron cuenta que era alérgico a la dipirona, me la dejaron de aplicar porque me hacia devolver la comida y no me dejaba comer"*
- ¿Cómo apareció el dolor? "*En la pierna y luego me empezó a doler el cuello y ya todo el cuerpo. La rodilla, tobillo, abdomen y el pie"*
- ¿Qué tratamiento ha recibido? "*Dipirona, acetaminofen y no quise hacer lo de fisioterapia porque me dolía mucho la pierna"*
- ¿Cada cuánto aparece el dolor?: "*Todo el tiempo pero esta mañana me dolió más porque no me han aplicado nada"*
- ¿Cómo manifiesta el dolor?: *Llorando.*

- Que mensajes recibía en su familia acerca del dolor: "*No pues me decían, sea fuerte que usted es un hombre"*
- ¿Quién te lo decía?: "*Mi mamá, mi papá y un tío".*
- ¿Cómo manejaban el dolor en su casa?: "*Las infecciones con agua de caléndula, una vez que tuve una fractura en el brazo se me infectó y me bañaba con eso y también me lo tomaba"*
- ¿Quién te hacia esos remedios?: "*Mi abuelita"*
- ¿Si era una mujer como trataban el dolor?: "*No pues, les ponen más cuidado"*
- Dosificación: *"Ayer a las 10:00 de la mañana tuve un dolor fuertísimo y me mandaron unas gotas una vez al día"*

Tres días después de la cirugía el paciente refiere haber sentido dolor pero no tan fuerte como antes y se muestra alegre porque le dan salida y la esposa llega a recogerlo.

Fecha de administración (*en relación con esta prueba*): "*Las gotas esta mañana"*

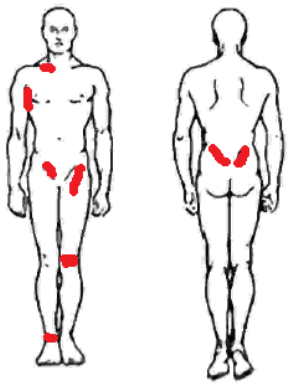
Escala visual analógica (EVA)

Sin dolor _____ Máximo dolor

Siete (7)

PARTE I. Localización del dolor

Señalar en el gráfico adjunto la zona donde se localiza el dolor. Si el dolor es externo: E, Si es interno: I, Si es ambos: EI.



PARTE IV. Intensidad del dolor (PPI)

Elegir la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en este momento

1	2	3	4	5
Ligero	Molesto	Angustioso	Horrible	Atroz

Entrevista 2

Viernes, Abril 17 del 2009

Se escoge la paciente debido al largo tiempo que permanecerá hospitalizada.

- Seudónimo: Magnolia
- Edad: 51 años
- Ocupación: Ama de casa
- Sexo: Femenino
- Estado Civil: Soltera
- Lugar de nacimiento: Pereira
- Fecha de nacimiento: "*Nací un 31 de Octubre"*
- Lugar de procedencia: Palmira
- ¿Cuál es el motivo de la hospitalización?: Trauma por aplastamiento en mano derecha.
- La paciente refiere que iba en una moto y se cayó. Inmediatamente se da cuenta que tiene la mano "en carne viva", se amarra una cobija y viaja desde Palmira hasta el hospital universitario.
- ¿Ha sentido dolor?: "*Ayer, todo el Día. Toda la noche y esta mañana"*
- ¿Hace cuánto apareció el dolor?: "*Desde el momento en que me accidenté*"
- ¿Cómo apareció el dolor?: "*No tenia dolor cuando tuve el accidente en si. Tuve la fuerza para salir corriendo y traer una sabana y amarrármela yo sola. Me vino a doler cuando me vi los músculos y en carne viva"*
- ¿Qué tratamiento ha recibido?: Ninguna. Refiere que no hace fisioterapia porque *"esta muy crudo". "¿Una terapéutica puede ser la oración?, porque yo oro todo el día. La oración es lo mejor que hay porque si uno no le pide a dios que lo ayude, ¿quien lo hace? Yo creo primero en dios y después en la medicina pero primero en dios"*

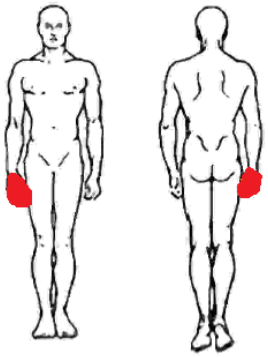
- ¿Cómo manejaban el dolor en su casa?: "*Una vez para una infección que me dio porque me corté en el mismo brazo me aplicaron penicilina en una droguería porque no íbamos a hospitales y esas cosas. Todas mis enfermedades las trataban en droguerías del barrio. Sólo una vez me dio así algo como grave, me dio sarampión y también fui a la droguería. En la casa teníamos botiquín, remedios caseros como alcohol, isodine, gasa espadrapo y pastas para el dolor de cabeza. Cuando me daban dolores de barriga me tomaba un agua de hierbabuena o apio y cuando me daba fiebre tomaba limoncillo o flores de rosa. La ultima vez una amiga me recomendó un medico que me dijo que tenia artrosis y cada consulta es cara, me cuesta $50.000 y sólo pude ir una vez, el me daba medicina natural y química".."Yo me siento mal de estar hospitalizada y mas con la cirugía que viene* (Colgajo inguinal) *porque yo nunca estuve en una clínica ni un hospital, yo siempre fui la mayor en la casa y siempre aprendí a cuidar a mis hermanos, una vez cuando yo tenia como 6 años iba caminando con mi mamá por la calle y vimos a un loquito y mi mamá me pidió que lo bañara, desde ese día empecé a bañar a la gente de la calle y fui como una enfermera desde chiquita. Como mi mamá siempre ha sido tan enferma* (diabetes) *me ha tocado cuidarla a ella también. Ahora me toca afrontar la cirugía y no me van a aplicar anestesia porque yo soy una mujer fuerte dice el medico y no hay necesidad. Además no se puede"*
- ¿Entonces siempre fue una persona fuerte?: "*Siempre me tocó ser una persona fuerte porque he trabajado cuidando gente hasta que se mueren de viejas y me ha tocado soportar el dolor de dos hermanos que han matado"*

<u>Analgésicos</u>

- Clase: *"Antitetánicos, droga para la infección. Pero nada para el dolor"*
- Dosificación: *"Cada seis horas"*
- Factores que alivian el dolor: *"La oración"*
- Factores que agravan el dolor: *"Las curaciones"*

<u>PARTE I. Localización del dolor</u>

Señalar en el gráfico adjunto la zona donde se localiza el dolor. Si el dolor es externo: E, Si es interno: I, Si es ambos: EI.



PARTE II. Descripción del dolor

1	2	3	4
Aletea	Brinco	Pincha	Agudo
Tiembla	Destello	Perfora	Cortante
Late	Disparo	Taladra	Lacerante
Palpita		Apuñala	
Golpea		Lancinante	
Martillea			

5	6	7	8
Pellizca	Tira	Calienta	Hormigueo
Aprieta	Tracciona	Quema	Picor
Roe	Arranca	Escalda	Escozor
Acalambra		Abrasa	Aguijoneo
Aplasta			

9	10	11	12
Sordo	Sensible	Cansa	Marea
Penoso	Tirante	Agota	Sofoca
Hiriente	Áspero		
Irritante	Raja		
Pesado			

13	14	15	16
Miedo	Castigador	Desdichado	Molesto
Espanto	Abrumador	Cegador	Preocupante
Pavor	Cruel		Apabullante
	Rabioso		Intenso

	Mortificante		Insoportable

"Intenso e insoportable en las curaciones".

17	18	19	20
Difuso	Apretado	Fresco	Desagradable
Irradia	Entumecido	Frío	Nauseabundo
Penetrante	Exprimido	Helado	Agonístico
Punzante	Estrujado		Terrible
	Desgarrado		Torturante

PARTE III. Cambios que experimenta el dolor

Escoger la palabra o las palabras que describan el modelo o patrón que sigue el dolor

1	2	3
Continuo	Rítmico	Breve
Invariable	Periódico	Momentáneo
Constante	Intermitente	Transitorio

Elegir la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en este momento

1	2	3	4	5
Ligero	Molesto	Angustioso	Horrible	Atroz

Escala visual analógica (EVA)

Sin dolor _____ Máximo dolor

Nueve (9)

"Yo no creo, como dije ahora que esto sea un castigo de dios, sólo creo que es una prueba que el nos pone a las personas para ver cuanto soportamos"

Ocho días después no le han realizado la cirugía a la paciente. Se encuentra mas calmada y no tiene ya miedo de la realización de esta, la cambiaron de cuarto y tiene dos nuevas amigas se le ve animada debido a que su compañera de cuarto anterior era una adolescente que lloraba, gritaba durante el día y la noche.

Entrevista 3

Viernes, Abril 17 del 2009

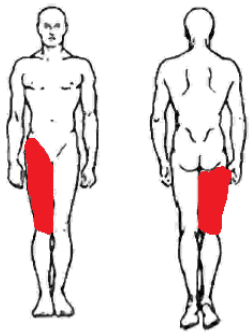
- Seudónimo: Jhon
- Edad: 24 años
- Ocupación: Ayudante de transportador
- Sexo: Masculino
- Estado Civil: "*Soltero pero tengo un hijo".*
- Lugar de nacimiento: Zarzal
- Fecha de nacimiento: En Marzo de 1985
- Lugar de procedencia: Cali
- ¿Cuál es el motivo de la hospitalización?: Accidente de transito en vía pública automóvil vs. Motocicleta sufriendo trauma en MII. Fractura expuesta grado III- "Una vecina me vio ahí sentado con mis amigos hablando, yo estaba en mi moto y ella me tiró el carro como no sabe manejar me dañó las piernas y la moto. Por ahora me arreglan las piernas pero, ¿y por mi moto quien responde? Ella tendrá que ver que hace porque esto no se queda así.
- ¿Ha sentido dolor?: en las noches me da tanto dolor y no se me quita, sólo durante las noches porque como dejan las ventanas abiertas entra mucho frío y si las cierran es peor porque me levanto todo sudado y esto aquí huele muy feo.
- ¿Hace cuánto apareció el dolor?: *"Desde la primera cirugía"* (27 de Marzo en la noche)
- ¿Cómo apareció el dolor?: *"Desde la rodilla y fue bajando. Pero nunca me ha dolido más arriba de la rodilla"*
- ¿Qué tratamiento ha recibido?: *"Fisioterapia y es lo único que me quita el dolor porque ese muchacho tiene mucha paciencia conmigo, me trata bien no como estas enfermeras. También trato en las noches de aplicar la relajación y escuchar música".* -Respecto a esto, las enfermeras se quejan de la relación que tiene el paciente y su novia por lo que el paciente se siente amenazado y poco apoyado por ellas debido a que el es quien se siente mal por estar hospitalizado. Las enfermeras cuentan delante del paciente que es una persona grosera y ha intentado pegarle a su novia en los horarios de visita.

- ¿Cada cuánto aparece el dolor?: *"Todas las noches".* También tiene relación con el maltrato del que el paciente se queja debido a que los pacientes por lo general plantean que durante las noches las enfermeras se vuelven groseras y ponen poco cuidado y atención a las necesidades de estos.
- ¿Cómo manejaban el dolor en su casa?: *"Me tocaba aguantar porque no me daban nada, mi mamá nunca fue mamá conmigo, como ella vive en aguablanca yo salí de ese barrio como a los 16 años y empecé a trabajar con un paisa"*

Analgésicos

- Clase: "Diporina" –Dipirona 2.5mg
- Dosificación: Por ahí cada 6 horas.
- Factores que alivian el dolor: "*La dipirona, yo me pongo feliz cuando me aplican eso. Pero en las noches no funciona, no hace efecto. Tratar de no moverla tanto, acobijo la pierna pero sólo duermo como 3 horas, desde que estoy aquí paso mala noche"*

PARTE I. Localización del dolor



PARTE II. Descripción del dolor (PRI)

Escoger una sola palabra de cada apartado que mejor defina el tipo de dolor que padece en este momento.

1	2	3	4
Aletea	Brinco	Pincha	Agudo
Tiembla	Destello	Perfora	Cortante
Late	Disparo	Taladra	Lacerante

Palpita		Apuñala	
Golpea		Lancinante	
Martillea			

"*Siento son como mordiscos".*

5	6	7	8
Pellizca	Tira	Calienta	Hormigueo
Aprieta	Tracciona	Quema	Picor
Roe	Arranca	Escalda	Escozor
Acalambra		Abrasa	Aguijoneo
Aplasta			

9	10	11	12
Sordo	Sensible	Cansa	Marea
Penoso	Tirante	Agota	Sofoca
Hiriente	Áspero		
Irritante	Raja		
Pesado			

13	14	15	16
Miedo	Castigador	Desdichado	Molesto
Espanto	Abrumador	Cegador	Preocupante
Pavor	Cruel		Apabullante
	Rabioso		Intenso
	Mortificante		Insoportable

17	18	19	20
Difuso	Apretado	Fresco	Desagradable
Irradia	Entumecido	Frío	Nauseabundo
Penetrante	Exprimido	Helado	Agonístico
Punzante	Estrujado		Terrible
	Desgarrado		Torturante

PARTE III. Cambios que experimenta el dolor

Escoger la palabra o las palabras que describan el modelo o patrón que sigue el dolor

1	2	3
Continuo	Rítmico	Breve
Invariable	Periódico	Momentáneo
Constante	Intermitente	Transitorio

PARTE IV. Intensidad del dolor (PPI)

1	2	3	4	5
Ligero	Molesto	Angustioso	Horrible	Atroz

Escala visual analógica (EVA)

Sin dolor _____ Máximo dolor

Seis (6)

Al final de la entrevista el paciente se da cuenta que su dolor no era tan insoportable como lo creía. Necesitaba hablar de la mala relación con el personal de la sala y en ocasiones preguntaba si las respuestas las iban a leer las enfermeras con tono de miedo. El paciente se mostró como una persona colaboradora totalmente diferente a lo que las enfermeras contaban.

Entrevista numero 4

Viernes 15 de Mayo del 2009- 9:40 am

Se realiza entrevista al paciente quien sufre accidente de transito el domingo 10 de Mayo, sólo hasta el martes 12 de Mayo es trasladado al Hospital Universitario. La realización de la cirugía se la realizan el jueves 14 de Mayo.

- Seudónimo: Alex
- Edad: 36
- Ocupación: Cesante. *"Soy mantenido por mi esposa, intenté buscar trabajo pero no me dan y cuando vivía sólo hace cuatro meses me mandaban plata mis novias y un tío".* ¿Tienes hijos?: Tampoco tengo, menos mal porque no los puedo mantener.
- Sexo: Masculino
- Estado Civil: Casado. *"Tengo mujer"*
- Lugar de nacimiento: El Charco, Nariño

- Lugar de procedencia: Buenaventura
- ¿Cuál es el motivo de la hospitalización?: Fractura expuesta de fémur- *"Me atropelló un carro, estaba saliendo de mi casa y en una calle normal venia el carro y me tiró de la moto, eran dos tipos y se volaron"* ¿Estabas sólo en la moto?: *"Si"*
- ¿Ha sentido dolor?: "*Le digo que ha sido un sólo dolor desde que me accidenté"* ¿Cómo así un sólo dolor?: *"si, es decir, no ha parado todos los días duele un dolor constante".* ¿En que parte del cuerpo?: *"En la cadera"*
- ¿Hace cuánto apareció el dolor? : *"Desde que venia en la ambulancia el martes pasado porque yo vivo aquí en Cali pero desde que estoy con mi mujer me tocó irme a Buenaventura porque a ella no le gusta Cali"* ¿Hace cuanto estas viviendo en Buenaventura?: *"Hace tres meses".* ¿Y con quien venias en la ambulancia?: *"Con mi mujer y otros dos enfermos"* ¿Qué día tuviste el accidente?*: "El domingo 10 de Mayo por la mañana"*
- ¿Cómo apareció el dolor?: "*Desde que estaba en la ambulancia venia muy incomodo, me dio mareo y ese viaje es largo, después abajo en urgencias y así desde que me accidenté"* ¿Algunos otros síntomas?: *"Si, fiebre, escalofríos y malestar general"*
- ¿Qué tratamiento ha recibido?: *"Nada".* ¿Ni medicamentos?: *"No se".* ¿No has preguntado?: *"No"*. ¿Fisioterapia?: *"Tampoco".* (Después de la realización de la entrevista pregunto al personal de enfermería las razones por las que no habían realizado fisioterapia en dos días que el paciente había estado en la sala de ortopedia y era porque creían que el paciente estaba aislado. No era así)¿Cada cuánto aparece el dolor?: *"Todo el tiempo"* ¿De noche también?: *"No"*
- Que mensajes recibía en su familia acerca del dolor: "*Mira que yo no he sido de los que no me enfermo mucho"* ¿Y la cicatriz de tu cara? *"Me la hice con un palo cuando tenia como nueve años, ese día lloré mucho para que no me llevaran al medico, me daba mucho miedo y al final no me llevaron, mi mamá me hizo sus curaciones con yerbas y un trapo, no mas, de la gritadera tan horrible no me llevaron al medico"*
- ¿Cómo manejaban el dolor en su casa?: *"Con curaciones"* ¿Y es la primera vez que estas hospitalizado?*: "Si, sólo una vez me accidenté en la carretera pero no me hospitalizaron y se me enterraron un poco de vidrios en la espalda"*

Analgésicos (*si se han administrado*)

Por historia clínica me doy cuenta que al paciente se le han administrado dos tipo de medicamentos Ranitidina para la gastritis y dipirona para el dolor.

- Factores que alivian el dolor: *"Doblo la pierna, la descanso"*

PARTE II. Descripción del dolor (PRI)

Escoger una sola palabra de cada apartado que mejor defina el tipo de dolor que padece en este momento.

1	2	3	4
Aletea	Brinco	Pincha	Agudo
Tiembla	Destello	Perfora	Cortante
Late	Disparo	Taladra	Lacerante
Palpita		Apuñala	
Golpea		Lancinante	
Martillea			

5	6	7	8
Pellizca	Tira	Calienta	Hormigueo
Aprieta	Tracciona	Quema	Picor
Roe	Arranca	Escalda	Escozor
Acalambra		Abrasa	Aguijoneo
Aplasta			

"Acalambra pero cuando estoy quieto en la misma posición".

9	10	11	12
Sordo	Sensible	Cansa	Marea
Penoso	Tirante	Agota	Sofoca
Hiriente	Áspero		
Irritante	Raja		
Pesado			

13	14	15	16
Miedo	Castigador	Desdichado	Molesto

Espanto	Abrumador	Cegador	Preocupante
Pavor	Cruel		Apabullante
	Rabioso		Intenso
	Mortificante		Insoportable

17	18	19	20
Difuso	Apretado	Fresco	Desagradable
Irradia	Entumecido	Frío	Nauseabundo
Penetrante	Exprimido	Helado	Agonístico
Punzante	Estrujado		Terrible
	Desgarrado		Torturante

PARTE III. Cambios que experimenta el dolor

Escoger la palabra o las palabras que describan el modelo o patrón que sigue el dolor

1	2	3
Continuo	Rítmico	Breve
Invariable	Periódico	Momentáneo
Constante	Intermitente	Transitorio

PARTE IV. Intensidad del dolor (PPI)

Elegir la palabra que mejor refleje la magnitud del dolor en este momento

1	2	3	4	5
Ligero	Molesto	Angustioso	Horrible	Atroz

Escala visual analógica (EVA)

Sin dolor _____ Máximo dolor

Nueve (9)

"Ya no me duele tanto. Antes de la cirugía si, pero ahora no". (Al empezar la realización de la entrevista el paciente se quejaba de dolor).

♥ PRESENTACIÓN DE RESULTADOS EN FORMATO DE ENTREVISTA

	BIO	**PSICO**	**SOCIAL**

	ES UNA PERSONA CON FRACTURA DE MII[22]. ES ALÉRGICO A LA DIPIRONA, DICE QUE LE PRODUCE VOMITO.- Se evidencias las manifestaciones secundarias que el medicamento produce sobre el organismo, el paciente refiere "*me daban ganas de devolver la comida*" LE RECETAN PARAEL DOLOR: ACETAMINOFEN Y MORFINA. NO REALIZA FISIOTERAPIA	EXPRESA: "*TENGO PROBLEMAS EMOCIONALES*" Y "*CUANDO ME DUELE ALGO, LLORO"*. Cuando se indaga como manifiesta el dolor, el paciente responde que mediante el llanto, esto es debido a que el personal de salud responde con mayor rapidez cuando la persona grita o llora. Respecto a esto y según Según D Alvia, (2001) el dolor constituye una experiencia intrapsíquica incompartible y su valor como dato depende únicamente de las manifestaciones expresivas, de manera que no es intranscendente saber quejarse bien.	MANIFIESTA*:"TENGO PROBLEMAS ECONÓMICOS"*- la persona expresa además del dolor causado por la fractura; preocupaciones por la situación económica del hogar y demás alteraciones emocionales que perturban su recuperación. Esto da cuenta que según lo que plantea D Alvia "la experiencia de dolor es algo más que un simple proceso sensorial: es una percepción compleja que involucra niveles altos del S.N.C, estados emocionales y procesos mentales". La situación económica y desde la teoría de la motivación humana propuesta por Abraham Maslow no le permite a la persona ver el mundo de una forma adecuada sino como algo hostil, amenazante y abrumador. Desde la teoría de la motivación humana se plantearía que este paciente no esta no es una persona plenamente funcional debido a que no tiene cubiertas las necesidades de seguridad.Según Liebert y Spiegler, (2000) "la persona puede conducirse como si una gran catástrofe estuviera casi siempre a punto de ocurrir" y esto es lo que generalmente sucede cuando la persona cabeza de hogar se encuentra en situación de hospitalización puesto que su esposa debe salir a trabajar incluso si nunca lo ha hecho. Los hijos deben dejar la escuela porque no hay como pagarla, se aguanta hambre en el hogar y en los horarios de visita que se supone son un espacio de serenidad se convierten en escenario de grandes conflictos en los que al final el paciente siempre queda mas angustiado a causa de las quejas y conflictos de los miembros de la familia.

[22] MII hace referencia a Miembro inferior izquierdo.

			"CUANDO ERA PEQUEÑO ME DECÍAN: SEA FUERTE QUE USTED ES UN HOMBRE"- Según la persona, en su casa siempre se le dio prioridad a los sentimientos de las mujeres por lo que a el cuando era pequeño no le dejaban expresar como se sentía. El manifestó haber sentido esa desigualdad de trato. *"EN LA CASA LAS INFECCIONES ME LAS TRATABAN CON AGUA DE CALÉNDULA"*- Esto da cuenta de formas que van poco ligadas a la medicina tradicional alopática de calmar el dolor y la enfermedad.
	PACIENTE CON TRAUMA POR APLASTAMIENTO EN MANO DERECHA. NO REALIZA FISIOTERAPIA HA RECIBIDO ANTITETÁNICOS PERO SEGÚN ELLA, NADA PARA EL DOLOR	DICE MANEJAR EL DOLOR MEDIANTE LAS ORACIONES REFIERE: "*SIEMPRE HE SIDO UNA MUJER FUERTE*"- En varias ocasiones dice ser la persona mas fuerte de su casa y ha afrontado situaciones como muertes y pobreza que según ella le han hecho ser cada vez mas fuerte. Respecto a esto y teniendo en cuenta los Introyectos desde lo que se planteó anteriormente (que son la construcción imaginaria de cómo "debería ser" una persona y no como realmente es) podemos resaltar que en esta ocasión, le permite a la paciente afrontar la situación de enfermedad.	"*EN LA CASA LOS DOLORES LOS MANEJABA CON AGUA YERBABUENA O APIO Y CUANDO ME DABA FIEBRE TOMABA LIMONCILLO O FLORES DE ROSA*"- Formas alternas de darle un manejo al dolor por fuera del ámbito hospitalario.
	PACIENTE CON TRAUMA EN MII FRACTURA EXPUESTA GRADO	"*TRATO EN LAS NOCHES DE APLICAR LA RELAJACIÓN Y ESCUCHAR MÚSICA, PARA EL*	"*EN LA CASA ME TOCABA AGUANTAR PORQUE NO ME DABAN NADA, MI MAMÁ NUNCA FUE MAMÁ CONMIGO,*

	III LE HAN RECETADO DIPIRONA	*DOLOR, YO DOBLO LA PIERNA, LA DESCANSO*" EXPRESA: "*LA FISIOTERAPIA ES LO ÚNICO QUE ME QUITA EL DOLOR PORQUE ESE MUCHACHO TIENE MUCHA PACIENCIA CONMIGO, ME TRATA BIEN NO COMO ESTAS ENFERMERAS*"- Desde el enfoque humanista se privilegia la posición empática que establece el fisioterapeuta más que su terapia como tal. Farré, (2001) plantea que la empatía es un acercamiento emocional o conocimiento instintivo de otra persona suscitado por su conducta o estado, que da lugar a una actitud de comprensión y aceptación, hasta el punto de compartir o incluso experimentar sus sentimientos.	*COMO ELLA VIVE EN AGUABLANCA YO SALÍ DE ESE BARRIO COMO A LOS 16 AÑOS Y EMPECÉ A TRABAJAR*".- La pregunta por la sensación de dolor conduce al establecimiento de la relación empática.
	PACIENTE CON FX[23] EXPUESTA DE FÉMUR- La fractura lleva a que el paciente busque en qué posiciones debe acostarse a dormir, comer o simplemente estar. Algunos se sienten bien estando arrodillados sobre la cama mientras que otros duermen sobre la pierna sana". El dolor impide que los pacientes hospitalizados concilien el sueño y esto hace que se acrecenté el dolor puesto que durante la noche la atención esta focalizada en el miembro fracturado. Por otra parte existen condiciones hospitalarias que son características propias de la	AL EMPEZAR LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA EL PACIENTE SE QUEJABA DE FUERTE DOLOR- Al final de la entrevista numero, el paciente, toma conciencia de su sufrimiento. Se da cuenta que el dolor que sentía no era tan grave ni tan incapacitante como inicialmente llegó a creerlo. Esto le lleva a tener mayor tolerancia ante su situación de hospitalización y padecimiento. Durante la sesión se trabajó con el cuestionario MC Gill y la Escala EVA que le	"*EN LA CASA MI MAMÁ ME HACIA UNAS SUS CURACIONES CON YERBAS Y UN TRAPO*"

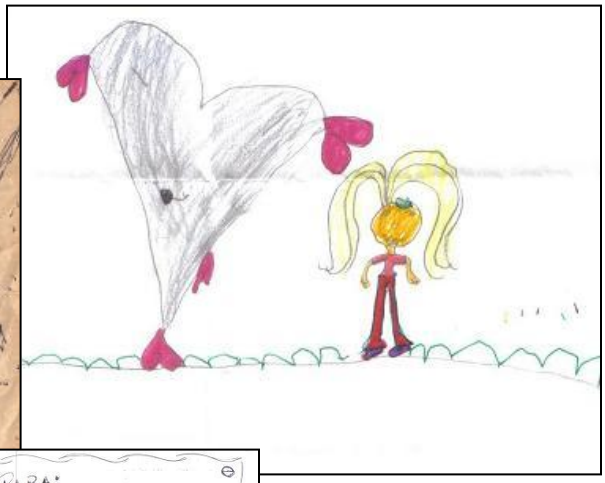
[23] Fx hace referencia a la palabra fractura.

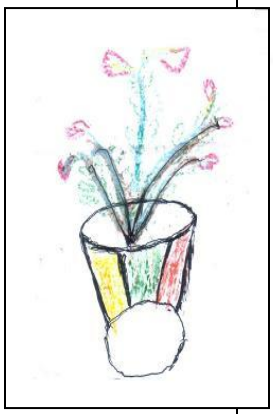
	infraestructura que incrementan la sensación de malestar como por ejemplo: cuando se dejan las ventanas abiertas entra el frio que causa dolor sobretodo a quienes tienen "clavos" dentro de sus miembros fracturados. Además de esto, hay un panal de abejas justo en el árbol de la tercera habitación en la que se encuentran pacientes de género masculino. Cuando se dejan las ventanas cerradas lo mas probable es que al otro día todos los pacientes se quejen de sudoración excesiva que no les permite conciliar el sueño y la concentración de olores también se vuelve queja frecuente debido a que la mayoría de pacientes debe realizar sus necesidades fisiológicas en pañales, patos, incluso en la ropa si la atención por parte del personal de enfermería no es rápida. Según Nieto, et al, (2005) "el hospital como institución no esta preparado hoy en día para satisfacer las necesidades psicológicas de los pacientes" Retomando la entrevista… Ps: Practicante de psicología P: Paciente Ps: *¿Qué tratamiento ha recibido?* P: *"Nada"* Ps*:¿Ni medicamentos?* P*: "No se"* Ps*: ¿Y no has preguntado?* P*: "No"* Ps*: ¿Fisioterapia?* *"Tampoco".* Después de la realización de la	permitieron al paciente a tomar conciencia de su dolor y de su cuerpo como tal, según Penzo, (1989) se debe otorgar importancia al informe verbal del sujeto. Respecto a esto y Según Fernández, (1963) el dolor es el camino de la conciencia y es por el como los seres vivos llegan a tener conciencia de si. A esto sólo se llega por el choque, por el dolor más o menos grande, por la sensación del límite. Esto supone que el dolor es una forma de hacer responsable al paciente y el informe verbal es el conducto por el cual el paciente "se da cuenta" de su dolor. Además, dándole un significado al dolor y haciendo conciencia de este, el paciente según el enfoque humanista experimentó un estado de catarsis en el cual pudo liberar sus emociones y sentimientos. Según Gonzales, (2009) la catarsis es esencial debido a que "el objetivo central del terapeuta es promover la libre expresión de sentimientos, actitudes e impulsos que constituyen el núcleo de los conflictos del paciente. Además, cuando la persona consigue desahogarse emocionalmente y librarse de aquellos sentimientos y actitudes reprimidas, alcanza una especie de relajación física.	

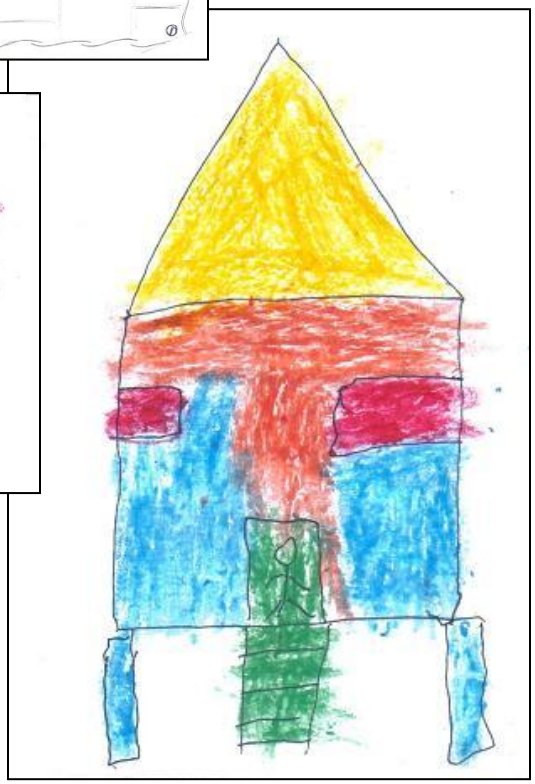
	entrevista pregunto al personal de enfermería las razones por las que no habían realizado fisioterapia en dos días que el paciente había estado en la sala de ortopedia y era porque creían que el paciente estaba aislado. (No era así). Según el paciente no ha recibido medicamentos desde que está en el hospital, al indagar sobre esto él manifiesta no haber preguntado. Schnake, (1995) plantea que las personas llegan a la consulta en un estado tal de indigencia e ignorancia acerca de sus posibilidades, que al medico no le es muy fácil pensar que esa persona puede hacerse responsable de su cuerpo: el paciente sólo quiere ese "algo" que es su cuerpo deje de quejarse, mas de una vez el paciente se encuentra en tal estado de ansiedad que no le permite pensar bien debido a que en las revistas que hacen los médicos y el personal de enfermería, escuchan "algo" pero no se atreven a preguntar mas sobre ese "algo", tal vez por temor pero que los llevan a sentirse tan ignorantes y vulnerables.Según Brannon y Feist, (2000) la pérdida de control es la queja más habitual de los pacientes debido a que esta pierde la capacidad de predecir lo que va a ocurrir. Simplemente se deja en manos del personal de salud. En el mismo sentido, Shcnake, (1995) plantea que el dolor debe estar en manos de las personas que lo padece y no en manos de los médicos, por esa razón es pertinente resaltar las		

	habilidades de una persona para que esta pueda hacerse cargo de si misma. Esto se da debido a que "las personas hablan de su enfermedad como si no fuera algo propio. Sienten el dolor o la dificultad pero sólo quieren verse libre de aquello"		

♥ ARTE- TERAPIA







14. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altomare, R 2008 cuarto congreso latinoamericano de arte y rehabilitación.
- Arranz, P 2003 "El psicólogo en el ámbito hospitalario" Bilbao: Desclee de Brouwer
- Art 6. Ley 489 del año 1998.
- Asociación internacional para el estudio del dolor (IASP, 1979)
- Bernard, M 1994 "El cuerpo: un fenómeno ambivalente" Barcelona: Editorial Paidós
- Brannon y Feist (2000) "psicología de la salud" España: editorial paraninfo- thomson learning
- Collazo, M 2008 cuarto congreso latinoamericano de arte y rehabilitación.
- D Alvia, R (2001) "El dolor: UN ENFOQUE INTERDISCIPLINARIO" Buenos Aires, Barcelona, México: Editorial Paidós
- Farré Martí, J (2001) "Enciclopedia de la psicología volumen II" Barcelona, España: Grupo editorial Océano.
- Farré Martí, J (2001) "Enciclopedia de la psicología volumen III" Barcelona, España: Grupo editorial Océano.
- Farré Martí, J (2001) "Enciclopedia de la psicología volumen IV" Barcelona, España: Grupo editorial Océano.
- Fernández, J (1968) "Radiografía del dolor: origen y proyecciones espirituales del sufrimiento" San salvador: Segunda edición.
- García, P; Abel, F; Busto, J; Font, J (1992) "Estudios interdisciplinares: Actas de las reuniones de la ASOCIACIÓN INTERDISCIPLINAR "JOSE ACOSTA" Vol. XVIII" Madrid
- Ginger, S; Ginger, A 1987 "La Gestalt: Una terapia de contacto" Santafé de Bogotá: Editorial Manual Moderno
- Gómez, M; Mosquera, M (2002) "Diseño, aplicación y evaluación de un programa de intervención psicológica en el manejo del dolor"
- Kepner, J (2000) "Un enfoque Gestalt para el trabajo corporal en psicoterapia" México: Editorial el manual moderno

- Liebert y Spiegler (2000) “Personalidad: Estrategias y temas” Madrid: International Thomson editores

- Matassa, E 2008 cuarto congreso latinoamericano de arte y rehabilitación.

- Miller (1940) “El triunfo sobre el dolor” Buenos Aires: Editorial Losada S.A

- Miró, J (2003) “Dolor crónico. Procedimientos de evaluación e intervención psicológica” España: Editorial Desclee de brower

- Moller, C 2008 cuarto congreso latinoamericano de arte y rehabilitación.

- Morales, 1999 “introducción a la psicología de la salud” el pensamiento sobre salud y enfermedad y su evolución”. Buenos aires, Barcelona y México: editorial: Paidós
- Nieto, J; Tejerina; Esteban; Abad (2005) “Psicología para la ciencia de la salud, estudio del comportamiento humano ante la enfermedad” España: Editorial MC Graw Hill

- Oaklander, V (1998) “ventanas a nuestros niños. Terapia gestáltica para niños y adolescentes- Cuarta edición” Madrid: Cuatro vientos editorial.

- Otegui, R Capitulo 10 “factores socioculturales del dolor y de sufrimiento”. Libro: “Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina”. Autor: Perdiguero, E; Comelles, J (2000) Barcelona: Editorial Bellaterra.

- Penzo, W (2000) “El dolor crónico: Aspectos psicológicos” Barcelona: Editorial Martínez Roca

- Ros, B; Carbonell, M; Rial, N; Blanco y Grau, J (1995) “El tratamiento psicológico del dolor. Un programa para el desarrollo de habilidades para el trabajo multidisciplinario”-

- Sabino, C 1978 “El proceso de investigación” Caracas: Editorial el Cid

- Schnake, A (1995) “Los diálogos del cuerpo” Santiago de Chile: Editorial cuatro vientos

- Slaikeu, K, 2004 “intervención en crisis. manual de práctica e investigación” Santafé de Bogotá: Editorial el Manual Moderno

- Torres y Compañ 2007 “la experiencia de dolor” Argentina: UOC editorial

- Valladares, M 2008 cuarto congreso latinoamericano de arte y rehabilitación.

- Van Dusen, W; Tobin, S; Stevens, B; Hall, R; Enright, J; Resnick, S; Clements, C; Joslyn, M; Schnake, A; Huneeus, F; Perls, F (1978) “Esto es Gestalt. Colección de artículos sobre terapia y estilos de vida guestálticos” Chile: editorial Buenos Aires.

- Vélez, A 2008 “Alucinaciones” Revista especial para el ámbito jurídico.

- Zinker, J (1999). “Creative process in Gestalt therapy” Buenos Aires: Editorial Paidós

Referencias virtuales

- Albarracín Marín-Blázquez, *A. Pié diabético.* http://scgd3murcia.iespana.es/scgd3murcia/pie_diabetico.htm

- Andrade, (1998) *Carl Rogers*. http://www.alcione.cl/nuevo/index.php?object_id=370

- Arencón A, Llobet E, Rayo F, Moreno C, Nicolau M, Romeu E. (2004) *Escalas de valoración*. http://www.accurauhd.com/doc_escalas.html

- Ávila Baray, H (2006) *Introducción a la metodología de investigación*. http://www.eumed.net/libros/2006c/203/index.htm

- Barrios, F (2005) *Técnicas de visualización*. http://www.efisioterapia.net/relajacion/leer.php?id_relajacion=19

- Calabia, A (2008) *Investigaciones sobre técnicas de sanación*. http://senderodeluz.blogspot.com/2008/01/investigaciones-sobre-tcnicas-de.html

- Carrasco Meza, V (2000). http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/contenido/jsp/parser.jsp?nombre=doc_fracturas_cadera_anciano

- Curtin, J (2008) *Estudios científicos sobre la meditación.* http://www.medita.es/meditacion_estudios.htm

- Dmmedicina.com (2002) *Fractura de tibia y peroné*. http://www.dmedicina.com/vida-sana/salud-y-deporte/fractura-de-tibia-y-perone

- Gallardo, G (2008) *Proponen Arte terapia para tratar trastornos de déficit atencional*. http://mx.news.yahoo.com/s/01112008/77/proponen-arteterapia-tratar-trastornos-deficit-atencional.html&printer=1

- García Higuera, J (2004). *http://www.cop.es/colegiados/m-00451/dolor.htm*

- Grajales, G (2000) *Tipos de investigación*. *tgrajales.net/investipos.pdf*

- Higuera, J (2004). *Tratamiento psicológico en el dolor crónico*. http://www.cop.es/colegiados/m-00451/dolor.htm

- Hughes, B (2008) *La Meditación Y El Dolor -¿Se puede cambiar tu cerebro?* http://revistasdesalud.es/20053/la-meditacion-y-el-dolor-%C2%BFse-puede-cambiar-tu-cerebro

- Iglesias 2003, V. *Diseño Transversal*. www.cepis.opsoms.org/cursoepi/e/pdf/modulo9.pdf

- Instituto nacional del cáncer (2000). *Control del dolor: GUÍA PARA LAS PERSONAS CON CÁNCER Y SUS FAMILIAS.* www.nci.nih.gov/espanol/cancer/control-dolor.pdf

- Instituto nacional del cáncer. www.leukemia/lymphoma.org/attachments/National/br_1229613079.PDF

- Instituto nacional del cáncer. http://www.nci.nih.gov/Templates/db_alpha.aspx?CdrID=44701&lang=spanish

- Matta Ibarra, J; Ríos Morales, D; Gonzales, J. http://www.encolombia.com/orto12298trauma.htm

- Meza Salinas, R (1997) *Orígenes de la medicina alopática*. http://www.monografias.com/trabajos11/medalop/medalop.shtml

- Ministerio de la protección social (2007) *¿Qué y cuales son las prestaciones sociales a las que tiene derecho un trabajador rural?* http://www.minproteccionsocial.gov.co/VBeContent/NewsDetail.asp?ID=16718&IDCompany=3

- Puente, (2000) *Técnicas de investigación*. http://www.rrppnet.com.ar/tecnicasdeinvestigacion.htm

- Quiceno *et al* (2007) *BURN OUT: Síndrome de quemarse en el trabajo*. http://regweb.ucatolica.edu.co/publicaciones/psicologia/ACTA/v10n2/articulosrevista/art-11%20117-125.pdf

- Ribera Domene. (2008) *El dolor*. http://perso.wanadoo.es/aniorte_nic/apunt_psicolog_salud_9.htm

- Saludcoop (2005) *¿Qué son los copagos y las cuotas moderadoras?* http://www.saludcoop.coop/FAQ%20-%20Pregunta10.asp

- Secretaria de salud pública, Santiago de Cali (2003) *Red de urgencias*. http://calisaludable.cali.gov.co/redUrgencias/inicio.php

- Serrano, Atero, Caballero, Cañas, García, Álvarez y Prieto (2002) *Valoración del dolor*. http://74.125.47.132/search?q=cache:tDlWvoXFv5MJ:revista.sedolor.es/pdf/2002_02_06.pdf+CUESTIONARIO+DE+McGILL-

MELZACK.+PARTE+II:+DESCRIPCI%C3%93N+DEL+DOLOR&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=co

- Sierra, A (2008) *La investigación cualitativa*. http://www.monografias.com/trabajos63/investigacion-cuantitativa/investigacion-cuantitativa2.shtml

- Uva childrens hospital (2008) *La cirugía ortopédica*. http://www.healthsystem.virginia.edu/uvahealth/adult_orthopaedics_sp/hipfract.cfm

- (2008) *Consecuencias de la osteoporosis*. http://osteoporosisonline.blogspot.com/2007/09/consecuencias-de-la-osteoporosis.html

- URL: http://es.wikipedia.org/wiki/Dolor

- URL: http://www.huv.gov.co/vianet/index.php

- González, E. Clase de enfoques I del pregrado de psicología. Universidad San Buenaventura Cali, año 2009