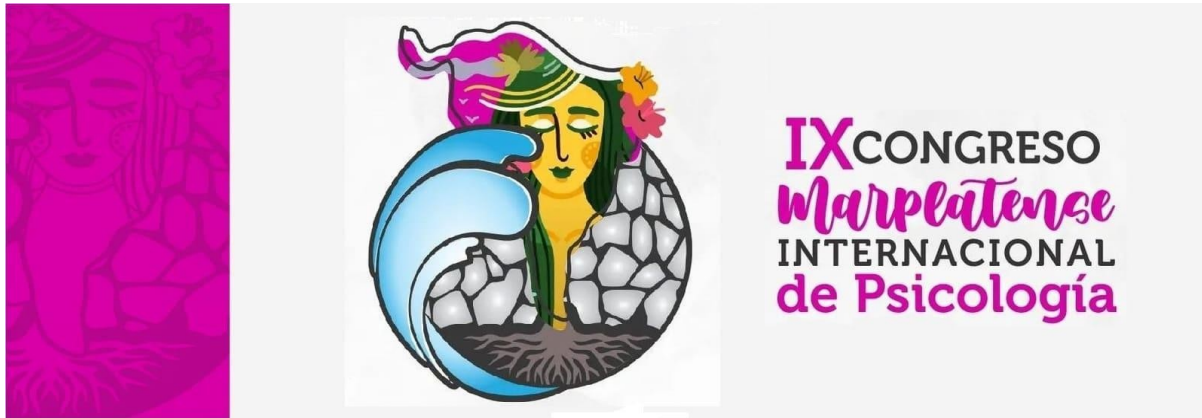




Título

Aportes de la Psicología de la Emergencia en el Ámbito Hospitalario

Autorxs:

Lic. Claudio Cepeda, Lic. Julieta Arbizu, Lic. Mariana Kantt, Lic. Facundo Morea

Mails de contacto:

claudiocepeda@hotmail.com

Institución y/o lugar de referencia:

CAPPS (Centro de Asistencia Psicosocial, Prevención y Seguridad), Mar del Plata

Resumen:

El desarrollo de la actividad psicológica en el ámbito hospitalario resulta altamente singular y estresante, marcado por la presencia casi permanente del sufrimiento, tanto físico como psíquico, así como la exposición frecuente a situaciones de gran incertidumbre (López & Iriondo, 2019).

Como institución, el hospital está atravesado por las dimensiones de lo individual, lo relacional, lo grupal y de la propia organización (Bleger, 1994), articulando la interdisciplina y el trabajo en equipo, con una relación directa y muchas veces muy cercana con los pacientes atendidos.

En el presente trabajo se propone realizar una reflexión acerca de la transversalidad de la Psicología de la Emergencia [PE] en los diferentes ámbitos de la disciplina, y particularmente en la psicología hospitalaria, rescatando los aportes que

su enfoque, conceptualizaciones y herramientas específicas pueden brindar para la actividad diaria de las y los profesionales.

La propuesta de la PE, rama emergente de la Psicología enfocada en el estudio de las reacciones y comportamientos de personas afectadas o damnificadas por situaciones de alto impacto para la Salud Mental, tales como los incidentes críticos, las emergencias o los desastres, propone estrategias y protocolos propios para la intervención, la prevención y la promoción de la salud. (Valero, 2002; Arraigada, Verón & Cepeda, 2016)

Además, tomando como base una experiencia realizada en el servicio de Psicooncología del Hospital Privado de Comunidad de la ciudad de Mar del Plata, se explorarán ejemplos, contextualizados desde la Psicología de la Emergencia, para ilustrar cómo sus métodos y estrategias pueden aportar beneficios en torno al cuidado de la Salud Mental de pacientes, del personal sanitario y del equipo psicológico interviniente.

Eje Temático:

Psicología de la Emergencia

Subtema:

Palabras claves:

Psicología de la Emergencia, Psicología Hospitalaria, Psicooncología, Herramientas, Estrategias

Trabajo (máximo 8 paginas- incluida bibliografía y gráficos)

Introducción:

La actividad psicológica que demanda el ámbito hospitalario difiere sustantivamente de la clínica en consultorios, o la atención ambulatoria, espacios donde es posible trabajar con los pacientes a partir de sus narrativas, sus representaciones y el interjuego de elementos simbólicos. En tanto en el hospital,

especialmente en las áreas de emergencia u oncología, por lo general la intervención psicológica se realiza en tiempo real con el acontecimiento traumático, la situación de urgencia, el fracaso terapéutico o el mal pronóstico vital (López & Iriondo, 2019).

En tal sentido, las residencias psicológicas que se realizan en el Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata [HPC] muestran a los profesionales participantes esta singularidad del ámbito.

Cabe destacar, que una consecuencia no deseada de esta singularidad, es la exposición a factores psicosociales de riesgo laboral que pueden producir impactos adversos sobre la salud mental de los profesionales, tales como el desgaste por empatía, estrés en niveles elevados o incluso burnout, razón por la cual se torna necesario poner a su disposición conceptualizaciones y herramientas que promuevan el autocuidado a la vez que permitan sostener una atención efectiva.

Impactos en la salud mental:

Siguiendo a López & Iriondo (2019), las características del contexto hospitalario pueden influenciar y generar impacto tanto en pacientes como en profesionales, en el marco de este encuentro no buscado entre ambos, dadas las condiciones particulares del contexto, las limitaciones comunicacionales existentes y las propias circunstancias personales de cada uno.

Dentro de las condiciones particulares, podemos señalar como activador de estrés y ansiedad al factor de *incertidumbre* (Rodríguez y Zurriaga, 1997) sobre el pronóstico y evolución de determinadas enfermedades, en especial si consideramos que las propias intervenciones clínicas, con frecuencia, forman parte también de ese pronóstico (Rodríguez y Zurriaga, 1997; citado en López & Iriondo, 2019).

Por su parte, Alecsiuk (2015) considera que las situaciones y presiones que producen en el ámbito laboral generan *estrés psicológico*, entendido como el resultado de la relación entre un sujeto y su entorno, evaluado por éste como amenazante o desbordante (Lazarus & Folkman, 1984) en función de sus recursos, al punto de poner en peligro su bienestar.

En tanto Ader, Cohen & Felten (1991) agregan que, dada la interrelación existente entre los diversos sistemas del organismo, el estrés puede también afectar la respuesta inmunológica, neurológica y endocrina, por lo cual, la administración de estrategias para la *gestión del estrés* actuaría también como un factor promotor de

salud durante el curso de la enfermedad, que puede reforzar la eficacia del tratamiento (Ader, Cohen & Felten, 1991; citado en López & Iriondo, 2019).

Otra manifestación sintomática que suele presentarse en trabajadores que se desempeñan en el medio hospitalario, es el fenómeno del Burnout (síndrome de "estar quemado"), una manifestación del desgaste personal resultado de la exposición prolongada a condiciones de alto estrés laboral, que se presenta inicialmente como agotamiento emocional, cansancio físico y estado de desánimo, desembocando posteriormente en pérdida de interés por el trabajo y deshumanización en el trato con los pacientes (Acinas, 2012).

Por otra parte, la atención del paciente ingresado al hospital, implica que, de alguna manera, se vivan las circunstancias con el paciente, a la vez que se están produciendo, lo cual puede llevar a un *desgaste por empatía*, definido por Figley (1995) como el costo de preocuparse por los otros o por su dolor emocional.

En efecto, si bien la *empatía* se torna una herramienta esencial para la relación de ayuda, ya que promueve conexión y acercamiento al paciente que está sufriendo, Figley sostiene que un mal manejo de la misma puede terminar dañando al profesional, toda vez que surgiese un sentimiento de intensa empatía y pena hacia la persona padeciente, acompañado al mismo tiempo, por un fuerte deseo de calmar su dolor o resolver su problema (Figley, 1995, citado en López & Iriondo, 2019).

En línea con lo expuesto, Acinas (2012) sostiene que el hecho de que muchos trabajadores hayan experimentado algún evento traumatizante en sus vidas les predispone más a sufrir de Desgaste por Empatía. La autora agrega que los traumas no resueltos del profesional pueden ser activados por la situación del paciente y su familia, muy especialmente cuando se trabaja con niñeces, dado que el sufrimiento infantil afecta más intensamente.

La comunicación profesional-paciente

En cuanto a las competencias para la comunicación efectiva y empática (Arbizu, 2018) en profesionales del ámbito hospitalario, Quevedo & Benavente (2019) sostienen que ser poco habilidoso a la hora de comunicar el diagnóstico al enfermo, puede originar un sufrimiento adicional innecesario en el paciente que recibe la información acerca de su estado de salud, y que además desgasta la relación sanitario-paciente. En este sentido, el sanitario se encuentra en una posición complicada, teniendo que balancear entre las obligaciones del rol en tanto profesional

de la salud con las exigencias del enfermo, lo que le fuerza a tener que comunicar de una manera más idónea las malas noticias.

Por su parte, Borrás (2003) agregar que debe tenerse en cuenta que la comunicación no sólo afecta a nivel cognitivo y emocional, sino que también puede tener un impacto en la respuesta inmunitaria y acabar afectando, de forma positiva o negativa, al desarrollo de una enfermedad.

En tal sentido, establecer una buena comunicación entre sanitario y paciente no es solamente beneficioso para la mejora de vida y el bienestar emocional del enfermo, sino que también contribuye a potenciar la eficacia curativa final de las intervenciones biomédicas, así como la efectividad y la eficiencia del sistema sanitario (Borrás, 2003; citado en Quevedo & Benavente, 2019)

Lo disruptivo en los ámbitos profesionales

En todos los ámbitos del quehacer psicológico, no solamente en el hospitalario, nos encontramos frente a situaciones desagradables o inesperadas. Atender un ataque de pánico en el consultorio, un accidente de trabajo en una empresa, un suicidio de un estudiante en una escuela, un episodio violento en una institución, son todas situaciones desestabilizantes que pueden impactar en la salud mental tanto de quienes las padecen como de profesionales que deben intervenir en ellas.

En efecto, numerosos estudios dan cuenta de los impactos adversos en la salud mental que generan este tipo de situaciones, a las que Benyakar (2003) llama *disruptivas*, es decir, situaciones externas al psiquismo que impactan directamente en él, provocando una alteración de su homeostasis, un quiebre en la capacidad y posibilidad de procesamiento mental.

Estas situaciones disruptivas, inesperadas y no deseadas, pueden comprometer o amenazar la salud o la vida de las personas, su propiedad o incluso sus medios de subsistencia, llegando a causar en las personas cercanas de algún modo al evento, daños de tipo físico, psíquico, moral o psicosocial (Ortega, Griffens, Romero & Esparza, 2008) a consecuencia de lo sucedido. A dichas personas, clasificadas por Taylor y Frazer como víctimas en primer grado (afectados directos) o víctimas en segundo grado (familiares y amigos), Benyakar las llama *personas damnificadas*, distinguiéndolas de aquellas que por su relación un poco más distante con el acontecimiento experimentan algún tipo de identificación dolorosa o

desagradable sin que registren daño alguno, a las cuales Benyakar denomina como *personas impactadas*, mientras que son clasificadas como víctimas de tercer grado (respondientes) o cuarto grado (testigos, comunidad) por Taylor & Frazer (1978, citado en Valero, 2002).

Abordaje de las Situaciones Disruptivas

El abordaje recomendado por Rodríguez, Zaccarelli & Pérez para las personas damnificadas o impactadas por situaciones como las citadas, es la Psicología de la Emergencia [PE], ya que propone un marco conceptual y praxiológico específico, con herramientas y protocolos propios para la intervención frente a eventos disruptivos.

En tal sentido, Valero (2002) define a la Psicología de la Emergencia como una rama emergente de la disciplina, enfocada en el estudio de las reacciones y comportamientos de las personas o grupos humanos que pudiesen estar alcanzados por situaciones críticas, emergencias o desastres, con una mirada tanto prospectiva como reactiva, es decir, abarcando las fases de la prevención, la intervención y la postvención (Rodríguez, Zaccarelli & Pérez, 2006, citado en OPS, 2006; Valero, 2002; Arraigada, Verón & Cepeda, 2016).

Herramientas Prospectivas de la Psicología de la Emergencia:

En lo referente a la *gestión prospectiva* (la prevención o intervención “antes” de que ocurran los eventos), la PE se enfoca en la promoción de la salud, entendida como un completo estado de bienestar, tanto físico, como mental y social (OMS, 2015), integrando los aportes del *modelo salutogénico* de la psicología creado por Aaron Antonovsky (1996), que busca potenciar los factores protectores de la resiliencia (Poseck, Carbelo & Vecina, 2006) con el propósito de minimizar los posibles impactos negativos para la salud a consecuencia de los incidentes críticos.

En torno a la *resiliencia*, hay diferentes dimensiones. Por un lado encontramos la resiliencia individual, definida por Groetberg como la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad, y por el otro, la resiliencia familiar, que de acuerdo a Walsh implica desarrollar un enfoque que permita identificar y destacar ciertos procesos interaccionales esenciales que permitan a las familias soportar y salir airoso de los desafíos vitales disociadores (Groetberg y Walsh, citadas en Riorda & Bentolilla,

2020). Ambas, resiliencia individual y familiar, deben ser fomentadas como soporte a los pacientes.

Respecto de las herramientas prospectiva de la PE encontramos:

Estrategias para el fomento de la resiliencia: como la Terapia Cognitivo-Conductual basada en fortalezas de Padesky & Mooney (2012), un modelo de cuatro pasos para desarrollar la resiliencia.

Estrategias para la gestión del estrés: como las técnicas de Meditación Mindfulness publicadas por Jon Kabat-Zinn (2004), que promueven el desarrollo de un estado mental de atención plena, enfocada en el momento presente, libre de juicios, intencional, y centrada en la experiencia inmediata.

Herramientas Reactivas de la Psicología de la Emergencia:

En lo referente a la *gestión reactiva* (la intervención “durante” los eventos y las postvención tiempo “después” que ocurrieran), la PE se enfoca en contención y acompañamiento de damnificados o impactados, así como en la pronta recuperación de la autonomía en las personas afectadas. Dentro de las herramientas propuestas encontramos:

Estrategias para la contención y acompañamiento: el protocolo de Primeros Auxilios Psicológicos [PAP] desarrollado para la asistencia a adultos por la IASC (Inter-Agency Standing Committee) por encargo de la OMS en 2007 y el protocolo de PAP para niñas, niños y adolescentes desarrollado por la NCTSN (National Child Traumatic Stress Network) en 2006; junto a la guía de la OPS para equipos de primera respuesta son algunas de las estrategias disponibles en este punto. (IASC, 2007; NCTSN, 2006; OPS, 2010)

Estrategias para la desactivación emocional: protocolos de Defusing y Debriefing para la desactivación emocional de los intervinientes afectados después de atender un incidente crítico, como los desarrollados por Miller (2003) y Perren Klinger (2009).

Herramientas para la Comunicación de la Psicología de la Emergencia:

La gestión de las comunicaciones en contextos de emergencias e incidentes críticos incluye una serie de conceptos y recomendaciones que deberán tenerse en cuenta para las fases prospectivas y reactivas de la emergencia, incluyendo respuesta para la transmisión de malas noticias, evitar la revictimización de damnificados, contener la propagación de rumores, etc. (OPS, 2009).

Psicología de la Emergencia en la formación profesional:

En la formación académica de nuestro país, el panorama actual no difiere mucho de lo planteado en 2016 por Arraigada, Verón & Cepeda, en cuanto a que a la fecha no existen modificaciones en los planes curriculares que incluyan a la Psicología de la Emergencia, ni el reconocimiento a la misma como un área que atraviesa transversalmente con todos los ámbitos de la disciplina (Arraigada, Verón & Cepeda, 2016).

En los últimos años, la formación disponible sigue siendo extracurricular, con seminarios o cursos de extensión, tanto en las universidades nacionales públicas (UNMDP, UNR, UNT, UBA) como privadas (UAA, UCCuyo); y en el escenario académico internacional el panorama no es muy distinto. Tan sólo encontramos algunos Master con Título Propio en la UAM (Madrid), la UMA (Málaga), la UAB (Barcelona) y la CEU (Cardenal Herrera, Valencia).

Existen varias asociaciones profesionales, como SEPADEM (Sociedad Española de Psicología de la Emergencia), RIPE (Red Iberoamericana de Psicología de Emergencias), RPECA (Red de Psicólogos Especializados en Catástrofes de Argentina) que trabajan promoviendo y gestionando en los ámbitos público por el reconocimiento de esta rama disciplinar, mientras que los colegios profesionales aún debaten si debe ser considerada una especialidad o no.

A modo de cierre

Entendemos que la Psicología de la Emergencia aún tiene un largo camino por recorrer hasta establecerse en los ámbitos académicos formales. No obstante ello, la experiencia transitada en las dos últimas décadas dan cuenta de la magnitud de sus aportes, de su crecimiento, de sus beneficios.

En tal sentido, la actividad psicológica en el ámbito hospitalario puede nutrirse de sus contribuciones, tanto para mejorar la efectividad en las intervenciones con los pacientes, como para favorecer y promover el cuidado de la salud mental en los profesionales intervinientes.

Bibliografía

- Acinas, M.P. (2012). Burn-Out y Desgaste por Empatía en profesionales de cuidados paliativos. En: Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia, 2 (4)
- Alecsiuk, B. (2015). Inteligencia emocional y desgaste por empatía en terapeutas. Revista argentina de clínica psicológica, 24(1), 43-56.
- Antonovsky, A. (1996). The Salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International, 11(1), 11-18.
- Arbizu, J. (diciembre, 2018). Comunicación Efectiva y Empática en Situaciones de Emergencia o Desastres. Trabajo presentado en VIII Congreso Marplatense de Psicología. Mar del Plata.
- Arraigada, M., Verón, M. A., & Cepeda, C. (2016). La Psicología de la Emergencia en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental. In VII Congreso Marplatense de Psicología, Mar del Plata.
- Benyakar, M. (2003). Lo disruptivo. Buenos Aires: Biblos. Extracto.
- Bleger, J. (1994). Psicohigiene y psicología institución. Buenos Aires: Paidós.
- Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Génova: IASC.
- Kabat-Zinn, J. (2004). Responder al estrés en vez de reaccionar a él de forma automática. En Vivir con plenitud las crisis: Cómo Utilizar la Sabiduría del Cuerpo y de la Mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad (pp. 313-322). Barcelona: Kairós.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. Springer publishing company.
- López F., A. M. & Iriando V., O. (2019). Intervención psicológica en el ámbito hospitalario. En: Clínica Contemporánea, 10 (1) 1-19.
- Miller, J.(2003). Critical Incident Debriefing and Social Work. En Journal of Social Service Research 30(2), 7-25.
- National Child Traumatic Stress Network (NCTSN) & National Center for PTSD. (2006). Primeros Auxilios Psicológicos, Guía de Operaciones Prácticas.
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). Gestión de la información y comunicación en emergencias y desastres. Guía para equipos de respuesta. Panamá: Organización Panamericana de la Salud (Ed).
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Apoyo psicosocial en emergencias y desastres: Guía para equipos de respuesta. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud (Ed).
- Padesky, A.C. & Mooney, A.K. (2012). Strengths-Based Cognitive–Behavioural Therapy: A Four-Step Model to Build Resilience. Clinical Psychology and Psychotherapy, 1 (5) 283–290.
- Perren Klingler, G. (2009). Técnicas de prevención secundaria de consecuencias psicológicas postraumáticas. Ponencia presentada en el 3º Congreso Mexicano de Psicotraumatología, en la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Lasalle, Mexico, DF.
- Poseck, B., Carbelo, B. & Vecina, M. L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. Papeles del Psicólogo, 27(1), 40-49.
- Quevedo Aguado, M.P.; Benavente Cuesta, M.H. (2019). Aportaciones de la Psicología a la comunicación en el ámbito sanitario. En: Ciencias Psicológicas, 13(2) 317-332
- Riorda, M. & Bentolila, S. (2020). Cualquiera tiene un plan hasta que te pegan en la cara. Aprender de las crisis. Buenos Aires: Paidós.
- Valero, S. (2002). Psicología en Emergencias y Desastres. Lima: Ed. San Marcos.