Pamplona, 11 de junio del 2021

Eliana María Ibáñez

Coordinadora de trabajo de grado

Programa de Psicología

Carta De Aval

Cordial saludo

La presente tiene como fin dar el aval como directora del trabajo de grado titulado *"Diseño de un programa de acompañamiento psicológico a pacientes Covid 19 después de salir de UCI: Viviendo una nueva oportunidad"* realizado por las estudiantes María Lorena Leal Leal identificada con C.C: 1094269645 y Julieth Paola Umaña Rodríguez identificada con C.C: 1024520888 en fase de informe final, para fines de programación de sustentación.

Agradezco la atención prestada.

Atentamente



Ps. Mg (c). Andrea Tatiana Mogollón Portilla C.C. 1.094.271.572

Directora

Universidad De Pamplona
Facultad De Salud
Departamento De Psicología

Diseño de un programa de acompañamiento psicológico a pacientes Covid 19 después de salir de UCI., “Viviendo una nueva oportunidad”

Ps. En formación

María Lorena Leal Leal
Julieth Paola Umaña Rodríguez

Pamplona
2021-I

Universidad De Pamplona
Facultad De Salud
Departamento De Psicología

Diseño de un programa de acompañamiento psicológico a pacientes Covid 19 después de salir de UCI., “Viviendo una nueva oportunidad”

Ps. En formación

María Lorena Leal Leal
Julieth Paola Umaña Rodríguez

Docente asesor
Ps. Esp. Andrea Tatiana Mogollón Portilla

Pamplona
2021-I

Tabla De Contenido

Resumen 5

Abstrac 5

Introducción 7

Problema De Investigación 11

Formulación del Problema 19

Justificación 20

Fundamentación Teórica De La Formulación Del Programa 25

Capítulo 1: Salud Mental En Pacientes De Cuidados Intensivos 25

Salud Mental 25

Salud Mental en Colombia 26

Salud física y mental 27

Hecho Traumático 29

Acompañamiento Psicológico 29

Trastornos psicológicos de mayor impacto en Colombia 30

Depresión. 30

Ansiedad. 31

Estrés. 33

UCI (Unidad De Cuidados Intensivos) 34

Capítulo 2: Humanización Del Servicio UCI 37

Humanización Del Proceso De Rehabilitación 37

Necesidades Del Paciente. 38

Adherencia Al Tratamiento. 39

Estrategias De Afrontamiento 39

Capítulo 3. Manejo Del Paciente 41
Manejo De Pacientes Después De Salir De UCI. 41
Rehabilitación Integral 41
Capítulo 4 Acompañamiento Psicológico A Paciente Durante y después de salir de UCI Desde La Psicología De La Salud 44
Acompañamiento Psicológico 44
Red de Apoyo 44
Mejoramiento De La Calidad De Vida. 45
Recuperación Del Rol Social. 45
ANTECEDENTES 46
Estudios Internacionales 46
Estudios Nacionales 55
Estudios Regionales 58
Diseño Del Programa 61
Objetivos 63
General 63
Específicos 63
Metodología De Abordaje 64
Tipo Y Diseño De Investigación. 64
Diseño De Investigación 64
Tipo de muestra 64
Fase 1 68
Fase de selección de la muestra 68
Fase 2 99
Fase 3 190

En esta fase se realiza evolución, re-test y se aplica el formato 1 de evolución. 190

Fase de evaluación 190

Formato Re-Test 191

Matriz DOFA 192

Evaluación del Proceso 194

Evaluación de Resultados 196

Discusión 197

Conclusiones 200

Recomendaciones 203

Referencia Bibliográfica 207

Lista De Anexos

Anexo 1 logo "Viviendo Una Nueva Oportunidad" 10
Anexo 2 Variables de estudio 62
Anexo 3 Descripción de temáticas de abordaje 65
Anexo 4 Cronograma de actividades 66
Anexo 5 Formato paciente Pos-UCI 68
Anexo 6 Ficha Técnica: State Trait Anxiety Inventory 69
Anexo 7 Ficha Técnica: Inventario De Depresión Para Adultos De Beck 70
Anexo 8 Ficha Técnica: Escala de Hamilton para ansiedad 71
Anexo 9 Ficha Técnica: Escalas de ansiedad y depresión de Leeds 72
Anexo 10 Ficha Técnica: Inventario de depresión estado-rasgo 72
Anexo 11 Ficha Técnica: Trastorno por estrés post-traumático (TEPT). 73
Anexo 12 Ficha Técnica: Test Resiliencia 75
Anexo 13 Formato de Informe Psicológico 75
Anexo 14 Formato de Historia Clínica Psicológica 77
Anexo 15 Sesiones Para Aplicación 99
Anexo 16 Formato 1 de Evaluación. 190
Anexo 17 Matriz DOFA 192
Anexo 18 Guía didáctica "viviendo una nueva oportunidad" 219

Resumen

La actual contingencia sanitaria COVID 19 ha generado afectaciones físicas a nivel respiratorio, emocionales y mentales debido a los cambios de hábitos; razón por la cual es creado el programa “viviendo una nueva oportunidad” para pacientes COVID 19 que han salido de la unidad de cuidados intensivos (UCI). Diversas Investigaciones mencionan que en la Unidad De Cuidados Intensivos (UCI) la tasa de supervivencia es de 72,3% Hernández et al (2018), el 50% de los enfermos presentan el síndrome post UCI afectado su calidad de vida, el 30% no podrá retomar su trabajo habitual y un 25% va a requerir ayuda para sus actividades básicas Amaranta (2020); autores como Delgado et al (2017) refieren secuelas en los pacientes de tipo físico, cognitivo y psíquico, además, Duran et al (2011) menciona que la atención debe ser abordada de forma biopsicosocial. El programa “Viviendo Una Nueva Oportunidad” tiene como objetivo proponer un modelo de intervención a pacientes después de salir de UCI por medio de unas estrategias psicoeducativas que promuevan el proceso de rehabilitación integral abordando tres ejes temáticos, el paciente, el proceso de humanización del servicio y la red de apoyo; esto se divide en fase de diagnóstico, intervención y evaluación.

***Palabras claves**: Cuidados Intensivos (UCI), COVID 19, Paciente, Red Apoyo y Personal Médico*

Abstrac

The current COVID-19 health contingency has generated physical affectations at the respiratory, emotional and mental levels due to changes in habits; which is why the "living a new opportunity" program is created for COVID-19 patients who have left the intensive care unit (ICU). Various studies mention that in the Intensive Care Unit (ICU) the survival rate is 72.3% Hernández et al (2018), 50% of patients have the post-ICU syndrome affected their quality of life, 30% will not be able to resume their usual work and 25% will require help for their basic activities Amaranta (2020); authors such as Delgado et al (2017) report sequelae in patients of a physical, cognitive and psychic type, in addition, Duran et al (2011) mentions that care should be approached in a biopsychosocial way. The program "Living a New Opportunity" aims to propose a model of

intervention to patients after leaving the ICU through psychoeducational strategies that promote the process of comprehensive rehabilitation addressing three thematic axes, the patient, the process of humanization of the service and the support network; this is divided into diagnosis, intervention and evaluation phase.

Keywords: Intensive Care (ICU), COVID-19, Patient, Support Network and Medical Staff

Introducción

El presente diseño de programa se crea en marco de la pandemia COVID 19, siendo una problemática social que afecta a todas las personas, no obstante, el programa busca enfocarse en los pacientes que ha estado en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) un tiempo mayor de 10 días por causa de esta patología. El objetivo es proponer un modelo de intervención a pacientes después de salir de UCI por medio de un programa con estrategias psicoeducativas que promuevan el proceso de rehabilitación integral.

Diversas Investigaciones mencionan que en la Unidad De Cuidados Intensivos (UCI) la tasa de supervivencia es de 72,3% después de un mes de haber salido de esta área, Hernández et al (2018), como datos estadísticos relevantes se encuentra en un lapso de 20 meses entre los años 2015 y 2016 a 592 pacientes, refieren que la tasa de supervivencia a esta unidad es del 63,9% dentro del primer mes dado de alta, el 55,2% corresponden a hombres y el restante 44,8% a mujeres para Boyacá; estudios como Illera; Rivera; Orozco; et al (2015) en Popayán denominado Perfil epidemiológico y factores de riesgo en pacientes de la unidad de cuidados intensivos, en el hospital San José, donde estudiaron 949 pacientes seleccionados de una base de datos; el 85% de los pacientes que ingresan a la UCI sobreviven donde el 46.5% son mujeres y el 53.5% son hombres. Por otro lado, un estudio realizado en el Meta por Pérez (2016) indica que después de tomar una población de estudio de 134 pacientes de los cuales la tasa que sobrevivieron fue del 68% de los cuales son hombres con un (64,9%) y (35, 1%) son mujeres. En Neiva un estudio hecho por Andrade; Celis, (2010) donde tomaron 100 formularios destacan que 52,6% corresponde al sexo masculino, el 47,4% corresponde al sexo femenino.

De acuerdo a los datos encontrados se dice que el 50% de los enfermos presentan el síndrome post UCI afectado su calidad de vida, este engloba las secuelas físicas (principalmente respiratorias y neuromusculares), cognitivas (alteraciones de la memoria y de la atención), psíquicas (depresión, ansiedad y estrés)” generando una afectación en la vida del paciente y su red de apoyo. “Los familiares de los pacientes críticos sufren con frecuencia ansiedad (70%), depresión (35%) y estrés postraumático (35%), que puede perdurar años; presentando síntomas físicos como fatiga y comportamientos de riesgo para la salud como alteraciones del sueño,

descanso insuficiente, falta de ejercicio físico, alimentación desequilibrada y falta de adherencia al tratamiento médico” haciendo que su adaptación del estilo de vida sea más minucioso; el 30% no podrá retomar su trabajo habitual y un 25% va a requerir ayuda para sus actividades básicas Amaranta (2020).

Por otra parte, en las unidades hospitalarias se conoce el modelo biomédico el cual refiere Laham, 2006 que se basa en un enfoque que patologiza apoyado en la dicotomía mente-cuerpo, de esta manera no evalúa en una totalidad el paciente llevándolo a tratamientos con una mediana efectividad en su recuperación; al hablar del modelo biopsicosocial precisa Pérez, 2016 que en todos los estadios el proceso de salud y enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y sociales, la relación que influye en la evolución del paciente desde el ámbito psicológico es dada a que el cerebro es el encargado de direccionar los pensamientos, la conducta, la psiquis y todas las funciones de los órganos, lo mencionado hace alusión a la evolución, relacionada a la percepción del paciente frente a su realidad.

Al mismo tiempo, cabe añadir los diferentes episodios de alteración de conducta de los enfermos al encontrarse en lapsos extenso de tiempo en hospitalización de acuerdo al estudio realizado por M, Gálvez (2017) evidencia que “una larga estancia hospitalaria se relaciona generalmente con el desprendimiento del individuo de su medio natural, que puede generarle estados de tristeza, ansiedad y desencadenar efectos negativos como la baja expresión emocional”, todo ello va de acorde al tipo de personalidad se debe tener en cuenta; como posibles desencadenantes de las patologías mencionadas suelen ser prevalentes el cambio del ambiente, el despoje de sus objetos personales desde su ropa hasta compartir habitación los autores refieren el proceso de adaptación a “una nueva rutina, a horarios de comidas, sueño y visitas, e incluso a estar aislado, rodeados de un sinfín de caras nuevas, cada una de ellas con una función concreta que desarrollar” Benítez; et, al (2016) Pág. 392

Así mismo, Pattison (2005) en su artículo implicaciones psicológicas del ingreso a cuidados intensivos ratifica al decir que “después de cuidados intensivos, los pacientes pueden experimentar amnesia, alucinaciones continuas o flashbacks, ansiedad, depresión, sueños y pesadillas”, el autor menciona que la orientación de los pacientes en espacio, tiempo, lugar puede

tranquilizarlos en su proceso de recuperación el tener una consciencia de su realidad permitiéndole asumirla de la mejor forma y cito cuando dice “los servicios de seguimiento pueden ayudar a los pacientes a aceptar sus experiencias de enfermedades críticas y brindarles la oportunidad de acceder a una atención psicológica óptima tendrá un efecto positivo en la recuperación psicológica de los pacientes y también puede ayudar a la recuperación física después de los cuidados críticos”. Pattison (2013) pág. 3

De acuerdo a lo anterior, se hace importante resaltar que en la actualidad existen guías para trabajar con pacientes post UCI orientadas a los familiares deslumbrando la realidad del paciente desde ciertos aspectos, pero no una enfocada a trabajar con los pacientes, la red de apoyo y el personal médico, entre ellas se encuentran las siguientes: La primera creada por Mo Peskett; Peter Gibb fundadores de la organización benéfica de apoyo al paciente de cuidados intensivos en agosto de 2007 denominada "Cuidados intensivos: una guía para pacientes y familiares ", un folleto de información para pacientes y sus familiares que cubre todas las etapas de la enfermedad crítica desde el ingreso hasta la rehabilitación, que se ha convertido en el estándar de oro para la información del paciente en cuidados intensivos por muchos profesionales de cuidados intensivos.

En segundo lugar, está la creada por el Prof. Juan Ricardo Bencomo, Mg Sc Psicólogo Clínico y de la Salud Universidad Miguel Hernández de Elche denominada Aspectos Emocionales de los Cuidados. Ambiente, Crisis y Afrontamiento en el 2014, en ella se encuentra información relacionado con los aspectos físicos del lugar, las emociones, las crisis y la red de apoyo. En tercer lugar, se encuentra el protocolo de diagnóstico a pacientes ingresados a UCI con larga estancia creado por Benítez-Agudelo; Barceló-Martínez; & Gelves-Ospina (2016) en ella plantean aspectos como la psicoeducación, la orientación familiar, el conocimiento del personal médico y educación sanitaria con recomendaciones, todo esto planteado en un esquema. La razón del diseñó del programa “Viviendo Una Nueva Oportunidad” tiene como finalidad abordar tres ejes temáticos, el paciente, el proceso de humanización del servicio y la red de apoyo; esto se divide en fase de diagnóstico, intervención y evaluación.

Título: Diseño de un programa de acompañamiento psicológico a pacientes durante y después de salir de UCI., **“Viviendo una nueva oportunidad”**

Anexo 1 logo "Viviendo Una Nueva Oportunidad"



Problema De Investigación

En la actualidad se ha visto limitado los procesos de rehabilitación post-UCI (Unidad De Cuidados Intensivos) a causa de no evaluar de manera interdisciplinar los procesos que permiten al paciente comprender, lo que está sucediendo y cómo debe retomar su estilo de vida, por esta razón se hace necesaria destacar la labor del psicólogo dentro del procesos de adaptación, compresión y adherencia minimizando los costos en una nueva hospitalización siendo un complemento al tratamiento farmacéuticos y a su vez a red de apoyo, con la cual se convierte en su soporte físico, emocional y permanente durante su proceso de ajuste al entorno y las personas.

Los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), presentan una serie de necesidades, según Contreras Moreno, Palacios-Espinosa X (2014) en su artículo Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente citan a Ching-Wen Chang, Yuh-Min Chen, & Ching-Ching Su, (2012) hablan de una atención holística haciendo mención a las necesidades psicológicas y físicas, en donde la estabilidad del paciente es proporcionada por una atención integral y humanizada. Según Arrivillaga, Correa, y Salazar. (2007) “Desde hace algún tiempo el objetivo de la intervención en unidades críticas debe ser promover, mantener y restablecer niveles óptimos de funcionamiento no solamente orgánico, sino psicológico y social”; considerando el ambiente hospitalario como algo opuesto a la vida cotidiana, porque en la UCI influyen factores como: los colores, las luces, las máquinas, la cantidad de tubos, cables que impiden el movimiento, el ruido de día, el ruido de la noche y las alarmas. Además, Durán, Fernández, Sierra, Torres, Ibáñez., (2011) resalta que no obstante de la atención que se debe enfocar en las alteraciones orgánicas si no en factores como el “estrés psicológico que enfrenta el paciente y su familia, dado a que los conflictos afectivos y emocionales que se pueden manifestar, afectan la salud mental sino que además condicionan la recuperación física del paciente” de ahí nace radica la pertinencia de considerar al individuo hospitalizado como un ser bio-psico-social

Por otra parte, en las unidades hospitalarias se conoce el modelo biomédico el cual refiere Laham, 2006 que se basa en un enfoque patologiza apoyado en la dicotomía mente-cuerpo, de esta manera no evalúa en una totalidad el paciente llevándolo a tratamientos con una mediana efectividad en su recuperación; al hablar del modelo biopsicosocial precisa Pérez, 2016 que en todos los estadios el proceso de salud y enfermedad coexisten factores biológicos, psicológicos y

sociales; es así que tenemos la relación que influye en la evolución del paciente desde el ámbito psicológico dado que el cerebro es el encargado de direccionar los pensamientos, la conducta, la psiquis y todas las funciones de los órganos, lo mencionado hace alusión a la evolución, la cual está relacionada a la percepción del paciente frente a su realidad.

Al mismo tiempo, cabe añadir los diferentes episodios de alteración de conducta de los enfermos al encontrarse en lapsos extenso de tiempo en hospitalización de acuerdo al estudio realizado por evidenciado que “una larga estancia hospitalaria se relaciona generalmente con el desprendimiento del individuo de su medio natural, que puede generarle estados de tristeza, ansiedad y desencadenar efectos negativos como la baja expresión emocional”, todo ello va de acorde al tipo de personalidad se debe tener en cuenta; como posibles desencadenantes de las patologías mencionadas suelen ser prevalentes el cambio del ambiente, el despoje de sus objetos personales desde su ropa hasta compartir habitación los autores refieren el proceso de adaptación a “una nueva rutina, a horarios de comidas, sueño y visitas, e incluso a estar aislado, rodeados de un sinfín de caras nuevas, cada una de ellas con una función concreta que desarrollar” Benítez; Barceló & Gelves (2016) p. 392

Melissa GELVES-OSPINA*

En relación con lo anterior es importante mencionar lo descrito por la autora Gil, (2012) quien hace referencia a lo nombrado por Couceiro, (2003) pág. 35. En el libro (Afectación Emocional Asociada Al Ingreso En Una Unidad De Cuidados Intensivos), quien indica que para el ingreso de un paciente a esta unidad debe cumplir con al menos dos de estas características

a) La afectación que padece representa una amenaza grave para su vida y es potencialmente recuperable.

b) Necesita una monitorización continua de sus funciones vitales.

c) Necesita medidas de soporte vital para ganar tiempo en espera de que evolucione hacia la curación, bien por la recuperación espontánea, o por el efecto de alguna de las medidas terapéuticas instauradas. (pág. 35)

Dado que Kiekkas, Theodorakopoulou, Spyratos, Baltopoulos (2010) resaltan que la mayoría de pacientes que sobrevivieron a la UCI, hablan de una reexperimentación de sueños, pesadillas, alucinaciones y delirios paranoides que vivieron durante su estancia en la UCI, encontrando una relación con los síntomas del estrés postraumático (TEPT), él sugiere que para la minimización de los riesgos psicológicos es importante desarrollar un sentido de seguridad en la UCI para proteger a los pacientes del impacto emocional el cual están viviendo y como un adecuado seguimiento podría mejorar su recuperación psicológica a largo plazo. De acuerdo a Hewitt (2002) en su artículo trastorno psicoafectivo en unidades de cuidados intensivos: una revisión menciona claramente que “los pacientes experimentan una variedad de alteraciones psicoafectivas que pueden ser provocadas por las drogas, el medio ambiente, las prácticas deshumanizantes y la falta de sueño. Los síntomas no siempre desaparecen después del alta y se requiere más investigación para determinar los efectos psicológicos a largo plazo de una UCI”.

Así mismo, Pattison (2005) en su artículo implicaciones psicológicas del ingreso a cuidados intensivos ratifica al decir que “después de cuidados intensivos, los pacientes pueden experimentar amnesia, alucinaciones continuas o flashbacks, ansiedad, depresión, sueños y pesadillas”, el autora menciona que la orientación de los pacientes en espacio, tiempo, lugar puede tranquilizarlos en su proceso de recuperación el tener una consciencia de su realidad permitiéndole asumirla de la mejor forma y cito cuando dice “los servicios de seguimiento pueden ayudar a los pacientes a aceptar sus experiencias de enfermedades críticas y brindarles la oportunidad de acceder a una atención psicológica óptima tendrá un efecto positivo en la recuperación psicológica de los pacientes y también puede ayudar a la recuperación física después de los cuidados críticos”. Pattison (2013) pág. 3

Como se ha venido mencionado la depresión es uno de los factores presentes durante este proceso de acuerdo a Agudelo Vélez, Lucumí Acelas, & Santamaría Quiroga (2010) en su artículo evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga con una muestra de 82 pacientes con un rango de edades entre 22 y 76 años, a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) y la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS), arrojo una prevalencia del 41.5% de depresión en la muestra, de acuerdo con el BDI-II. 2).

En cuanto a lo mencionado Hernández, Barragán, Moreno. (2018) en un lapso de 20 meses entre los años 2015 y 2016 a 592 pacientes, refieren que la tasa de supervivencia a esta unidad es del 63,9% dentro del primer mes dado de alta, el 55,2% corresponden a hombres y el restante 44,8% a mujeres para Boyacá; estudios como Illera; Rivera; Orozco; et al (2015) en Popayán denominado Perfil epidemiológico y factores de riesgo en pacientes de la unidad de cuidados intensivos, hospital San José, donde estudiaron 949 pacientes seleccionados de una base de datos; el 85% de los pacientes que ingresan a la UCI sobreviven donde el 46.5% son mujeres y el 53.5% son hombres.

Un estudio realizado en el Meta por Pérez (2016) indica que después de tomar una población de estudio de 134 pacientes de los cuales la tasa que sobrevivieron fue del 68% de los cuales son hombres con un (64,9%) y (35, 1%) son mujeres. En Neiva un estudio hecho por Andrade; Celis, (2010) donde tomaron 100 formularios destacan que 52,6% corresponde al sexo masculino, el 47,4% corresponde al sexo femenino. Cada uno de los aportes estadísticos pone en evidencia la cantidad de personas que han llegado a la UCI y que con la guía adecuada se podrá incorporar de manera óptima no solo a su cotidianidad sino al tratamiento que aporta en su recuperación.

Por consiguiente, los datos estadísticos presentados de los últimos 10 años se evidencian cómo pese a la ampliación de UCI en Colombia es escasa para el índice de mortalidad evidenciada, donde no se alcanza a cumplir a cabalidad lo establecido en cuanto a las unidades con las que debería contar menciona Joédson. 2020 según datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, toda Colombia, a 2017, tenía menos de 2 (1,7) camas hospitalarias por cada mil habitantes, uno de los promedios más bajos entre los miembros de este organismo, superando apenas a México, Costa Rica, Indonesia e India. Se puede inferir que en la actualidad los costos que se calculan para la UCI son elevados debido a que los pacientes tienen una duración no sólo larga, sino que en algunos casos donde los pacientes tienen recaídas con las que se presenta la necesidad de nuevamente ser internados.

De la misma manera las investigaciones permiten un acercamientos donde destacan las dificultades que puedan presentarse en esta unidad de salud, se ha revisado el comportamiento de la red de apoyo del paciente, del personal hospitalario y cómo estos están siendo afectados por este

evento, hay estudios que indican como el de Moreno; Espinosa, (2013) como el rol del psicólogo es fundamental en esta área hospitalaria, en la cual el temor, el miedo, la soledad y la pérdida de autonomía son factores que modifican la vida de los pacientes dada la cantidad de sensaciones físicas, afectivas y emocionales que experimenta en el proceso y posteriormente al ser dado de alta. Las familias y los cuidadores de los pacientes que sobreviven al alta de las UCI constituyen el soporte fundamental de estos pacientes, además de absorber un importante coste económico del sistema sanitario.

De acuerdo a Delgado; García de Lorenzo y Mateos (2017) Cada vez son más los pacientes que sobreviven a su estancia en la (UCI) y de estos un porcentaje significativo se convertirán en pacientes crónicos. “El síndrome post-cuidados intensivos (PICS-P) descrito recientemente afecta a un número importante de pacientes (30-50%). Engloba las secuelas físicas (principalmente respiratorias y neuromusculares), cognitivas (alteraciones de la memoria y de la atención) y psíquicas (depresión, ansiedad, estrés y/o síndrome de estrés postraumático)” generando un impacto no favorable en la calidad de vida del paciente y su red de apoyo. “Los familiares de los pacientes críticos sufren con frecuencia ansiedad (70%), depresión (35%) y estrés postraumático (35%), que puede perdurar años; presentando síntomas físicos como fatiga y comportamientos de riesgo para la salud como alteraciones del sueño, descanso insuficiente, falta de ejercicio físico, alimentación desequilibrada y falta de adherencia al tratamiento médico” haciendo que si adaptación del estilo de vida sea más minucioso.

En la actualidad se ha evidenciado un incremento en el uso de las UCI, esto es debido a la pandemia (COVID 19), donde se ha podido evidenciar las secuelas emocionales y físicas con la que los pacientes han tenido que sobreponerse, al partir de lo mencionado por Martínez (2020) La humanización de los cuidados intensivos tiene como objetivo principal buscar la excelencia, considerando al paciente como un todo, y teniendo en cuenta sus necesidades, las cuales van más allá de su ingreso en esta unidad, de esta manera el programa “Viviendo una nueva oportunidad” tiene como objetivo contribuir en la recuperación de la paciente y de esta manera orientar a la familia quien será la encargada en ser la principal red de apoyo para el paciente, entendiendo los cambios de vida que tendrá y las repercusiones positivas o negativas generadas a partir de la nueva realidad.

Por esta razón, se pretende elaborar un programa que permita el acompañamiento a este tipo de pacientes que presentan dificultades de forma completa en su self, permitiendo llevar un proceso de recuperación de forma biopsicosocial llegando a generar un impacto positivo, disminuyendo el tiempo de recuperación, fortaleciendo su red de apoyo con herramientas para poder ser parte de la rehabilitación integral y humanizada del paciente, los psicólogos buscaran ser ese canal entre los especialistas de la salud de acuerdo a su problemática, el paciente y la familia esto favorece en la mitigación de daño cognitivo. Psíquico y emocional.

Además, en este proceso de readaptación a la realidad después de un tiempo se debe realizar por etapas para no aumentar la presión en los episodios propios dados por el síndrome post Uci según Amarante (2020) estos síntomas de no están presenten al ingreso a esta unidad; dice que “hasta un 50% de pacientes con enfermedades críticas, van a presentar lo que se conoce como síndrome post-cuidados intensivos (UCI), que cursa con debilidad en extremidades, alteraciones cognitivas y/o trastornos del ánimo” afectando en la calidad de vida de los pacientes afirma que después de un año de haber salido de este escenario crítico “el 30% de personas no puede retomar a su trabajo habitual y un 25% va a requerir ayuda para las actividades básicas como el vestido o el aseo”. No obstante, esto va ligado a la complejidad de la patología; los pacientes COVID quedan con secuelas a nivel multifactorial de acuerdo al metabolismo del individuo asegura Germán Peces Barba, vicepresidente de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR).

Así mismo, neurológicamente una de las secuelas más características de la COVID-19 es la anosmia o pérdida de olfato. Según Ruiz (2020) citando a Iván Moreno, portavoz de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI), esta se produce por afectación directa del virus en el sistema nervioso central. Jesús Porta, vicepresidente de la Sociedad Española de Neurología (SEN), añade el aumento de la “cefalea que afecta a entre un 40-60 por ciento de los pacientes con COVID-19 sintomático; aunque la mayoría de los pacientes solucionan este problema a las 1-2 semanas, entre 2-5 por ciento puede desarrollar una cefalea crónica de estas características”, esto va acompañado de los factores psicológicos mencionado anteriormente.

Por consiguiente, este programa se diseñara en marco de la problemática denominada la COVID 19 teniendo en cuenta las cifras de infectados por esta afección pulmonar de acuerdo a Wikipedia en Google noticia (2021) indican que los afectados ascienden a 131.593.180 millones

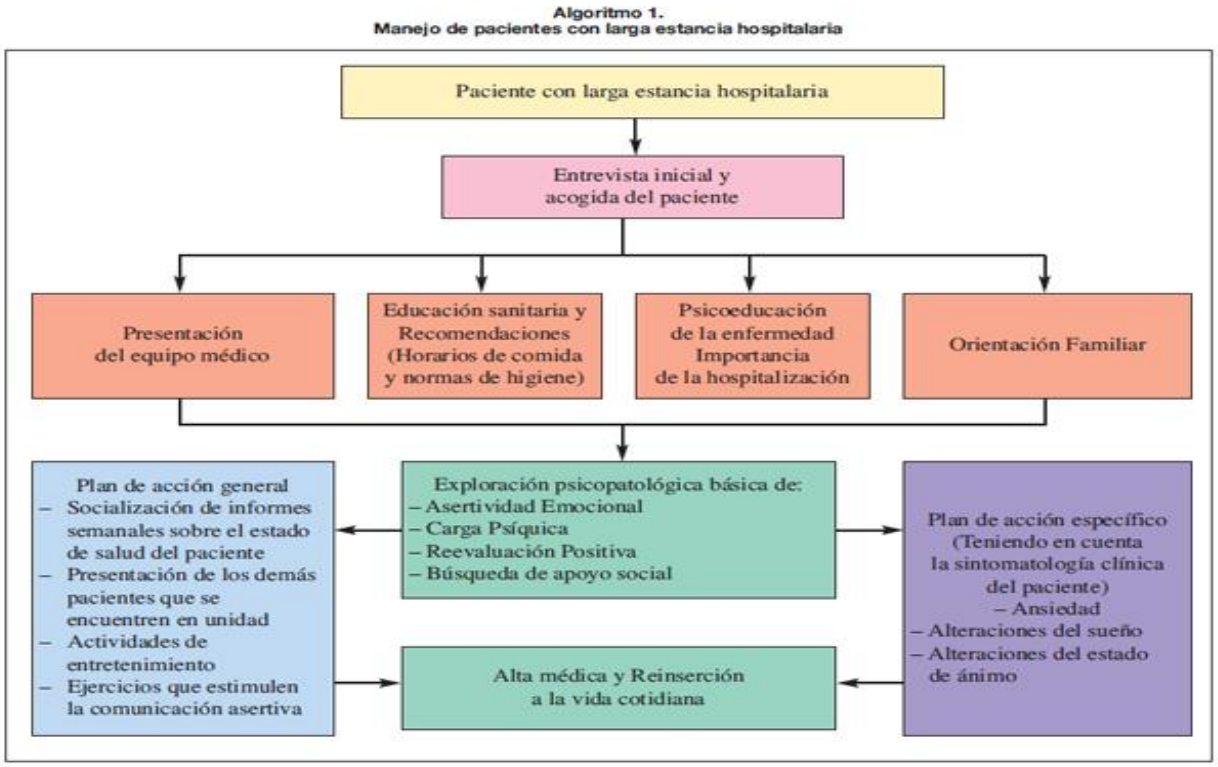
de personas detectadas con el virus de las cuales se han recuperado 74.7 millones con una mortalidad del 2.86 millones a nivel mundial, estos datos revelan la gravedad generada por la pandemia, la cual ha llevado a un número significativo de personas a ingresa a la Uci dejando daños de diferente tipo. No obstante, en Colombia de acuerdo al Instituto Nacional de Salud (INS)casos Covid-19 y el Ministerio de Salud (Minsalud) (Abril 5 2021) refiere que el total de contagiados para el país a la fecha es de 2.456.409 donde el 51.5% (1.266.120) corresponde a mujeres y el 48.5% (1.190.289) son hombres; la tasa de recuperación es de 2.325.833 personas y la mortalidad es de 64.293. del cual al momento se encuentran en Uci 2.221por la gravedad de la afección; teniendo en cuenta estos datos se busca determinar la población objetivo de estudio entre las edades con más afectación, el segmento será entre personas de 20 a 39 años de edad siendo ellos los vulnerables.

Es conveniente, elegir un lugar específico en el país para poder abordar esta problemática, por ello se elige al departamento Norte de Santander Municipio de Pamplona como la población objeto de estudio de acuerdo a los rangos de edad mencionados el índice de contagio es de 10.3% al 11.8% según (INS 2021), son ellos con alta probabilidad de haber estado en UCI presentado toda una serie de sucesos convertidos en hechos traumáticos.

En la actualidad existen guías para trabajar con pacientes post UCI orientadas a los familiares deslumbrando la realidad del paciente desde ciertos aspectos entre las cuales encontramos la creada por Mo Peskett; Peter Gibb fundadores de la organización benéfica de apoyo al paciente de cuidados intensivos en agosto de 2007 lanzamos " Cuidados intensivos: una guía para pacientes y familiares ", un folleto de información para pacientes y sus familiares que cubre todas las etapas de la enfermedad crítica desde el ingreso hasta la rehabilitación, que se ha convertido en el estándar de oro para la información del paciente en cuidados intensivos por muchos profesionales de cuidados intensivos. En segundo lugar, está la creada por el Prof. Juan Ricardo Bencomo, Mg Sc Psicólogo Clínico y de la Salud Universidad Miguel Hernández de Elche denominada Aspectos Emocionales de los Cuidados. Ambiente, Crisis y Afrontamiento en el 2014, en ella se encuentra información relacionado con los aspectos físicos del lugar, las emociones, las crisis y la red de apoyo. En tercer lugar, se encuentra el protocolo de diagnóstico a pacientes ingresados a UCI con larga estancia creado por Benítez-Agudelo; Barceló-Martínez; & Gelves-Ospina (2016) en ella plantean aspectos como la psicoeducación, la orientación familiar, el

conocimiento del personal médico y educación sanitaria con recomendaciones, todo esto planteado en el siguiente esquema.

Figura 1 Manejo De Pacientes Con Larga Estancia Hospitalaria



Tomada de: Benítez-Agudelo, Barceló-Martínez, & Gelves-Ospina, (2016)

Para concluir, partiendo de lo encontrado lo que se busca es crear un programa más completo de atención desde la perspectiva psicológica, ayudando a mitigar los cambios cognitivos, emocionales y conductuales de los pacientes haciendo que su proceso de rehabilitación se más rápido y efectivo.

Formulación del Problema

¿Cómo diseñar de un programa de acompañamiento psicológico a pacientes durante y después de salir de UCI?

Justificación

El objetivo de realizar el presente programa de intervención en pacientes que han superado la estadía y posteriormente han sido dados de alta en UCI, donde se hace necesario resaltar la labor de la psicología de la salud , la cual se enfatiza que los pacientes deben tener un trato dirigido a las necesidades físicas, emocionales y espirituales con ello se impacta positivamente no solo en el paciente si no en el personal médico y familiar, esto debido a que el psicólogo podrá aplicar técnicas con las cuales optimice la mejoría del usuario y a su vez la familia se le permitiéndole comprender los procedimientos que lleva el paciente y como ellos aportan en las en la evolución del mismo.

Así mismo en las unidades físicas de cuidados intensivos pueden traer sensaciones y/o sentimientos de soledad, estrés, depresión, rabia, vergüenza y desesperanza porque no se encuentra con ellos un familiar en ese momento; a esto se le suma el aislamiento de la vida cotidiana, permitiendo la entrada de una cantidad de miedos, de acuerdo a Bencomo, (2014) estos se dan de forma jerárquica donde la estructura de la personalidad del paciente, el tipo de enfermedad y características contextuales influyen en la presencia de estos temores, dentro de los cuales se destacan, temor a la pérdida de control, la pérdida de su auto imagen, la dependencia, el estigma social, el abandono, el expresar rabia, al aislamiento y a morir; así pues se enmarcan las consecuencias que pueden tener las personas que pasan un determinado tiempo en la UCI.

Así pues, añade Bencomo, (2014) citando a Almerud, (2003) indican que los constantes estímulos ambientales y físicos como las máquinas de alta tecnología, la iluminación, los olores, otros pacientes, los ruidos, las voces, las temperaturas bajas, entre otros; se convierte en un espacio desconocido, amenazante y estresante para el paciente y su familia. Una de las sensaciones más incómodas para el paciente es el perder su autonomía, esto se hace evidente en la consecución de los exámenes constantes al cual el paciente se ve expuesto por su enfermedad perdiendo su privacidad debido a que su recuperación se hace necesaria la ayuda de personal médico.

Asimismo Chamorro & Romera, (2015) menciona que los pacientes que logran recuperarse y salir de la unidad de cuidados intensivos recuerdan el dolor y el miedo de forma frecuente describiéndolo como un lugar al cual esperan no volver, no obstante para las familia de

los pacientes es igualmente traumático todo este proceso, pero el conocimiento de la realidad ayuda a minimizar de alguna forma la sensación de incertidumbre presente por el estado de salud del paciente; en el estudio realizado por (Brevis & Silva, 2011) se evidencia como el poder expresar el miedo, la preocupación, o sensación de que fallezca su familiar, permite la obtención de una mejor calidad de la información, cambiando los sentimientos por tranquilidad y confianza en el personal médico, también se encontró que la mezcla de sentimientos que aparecen durante el proceso crítico como la ansiedad generada por el diagnóstico de una enfermedad grave e invalidante, junto a la esperanza de curación quedan manifiestos en la mayoría de los entrevistados. De esta manera al ver que el proceso de recuperación va evolucionando en su familiar ven de forma adecuada el mantenerlos distraídos y aumentar la comunicación para en caminarlos en una mejor recuperación.

Colombia presenta una realidad preocupante frente a la capacidad de camas instaladas UCI, para el 30 de abril del año 2020 cuenta con 5.539 unidades de cuidados intensivos, según Fernando Ruiz Gómez, ministro de Salud y Protección Social, explicó en el programa Prevención y Acción con el presidente de la República, Iván Duque Márquez, se proyecta una capacidad instalada de 10.225 camas de las cuales el 4.879 son nuevas, generando un crecimiento del 91% comparado a febrero del año anterior Minsalud. (2020), esto indica una distribución poco equitativa en ciertas regiones del país. Estudios realizados en ciudades como Meta con el 68%, Popayán 63,9%, Boyacá con 85% y Neiva con 83%, muestran una realidad donde los niveles de morbimortalidad son bastantes considerables dentro del periodo de estancia de la unidad como posterior a salir de esta.

En relación de estos datos con la pandemia que se está viviendo en la actualidad es importante resaltar el comportamiento epidemiológico del COVID 19 para Colombia, teniendo en cuenta lo mencionado por Fernando Ruiz Gómez, ministro de Salud y Protección Social (Bogotá, 21 de septiembre de 2020) Minsalud (2020) que el pico más alto a nivel nacional fue con 12.549 casos (24 de julio), y septiembre, en el que las cifras oscilan en los 5 mil y 7 mil casos, lo que indica una disminución cercana al 50%. Indicando que esta situación se ha visto reflejada en el descenso de la ocupación de camas UCI, con una disponibilidad del 44%, pasando del 27 de julio, con 187, a 76 personas al día, esta potabilidad de los pacientes genera una serie de complicaciones psicológicas para todas las personas que están en contacto con los pacientes y para ellos mismos.

Por otro lado, con el estudio realizado por Barragán-Becerra, Moreno-Mojica, Hernández-Bernal. (2020) durante 20 meses entre los años 2015 y 2016 a 592 pacientes se encuentra que la tasa se supervivencia a esta unidad es del 63,9% dentro del primer mes de alta con una mortalidad del 36.1% , de las personas atendidas el 55,2% corresponden a hombres y el restante 44,8% a mujeres para Boyacá; en Popayán según Illera; Rivera; Orozco; Montenegro; Vidal, (2012) en su estudio denominado Perfil epidemiológico y factores de riesgo en pacientes de la unidad de cuidados intensivos, hospital San José, donde estudiaron 949 pacientes seleccionados de una base de datos del cual logran concluir que la edad promedio de estos pacientes fue entre los 52.9 ± 21.9 años; la mortalidad fue del 15% de los cuales 47.2% fallecieron 48 horas después de su ingreso. La frecuencia de mortalidad intrahospitalaria después de 48 horas de atención fue de 7.1%, cabe resaltar que el género que prevalece es el masculino con un 53.5 % de los casos de ingreso a U.C.I.

Así pues el estudio realizado en el meta por Pérez (2016) indica que el que tomó una población de estudio de 134 pacientes de los cuales la tasa de mortalidad fue del 32% y cerca del 16% de los pacientes fallecieron de forma temprana (<48 horas); factores como la gravedad, el nivel de intervención terapéutica y necesidad de ventilación mecánica influyeron en estos datos estadísticos; la mayoría de los pacientes fueron hombres (64,9%) con un promedio de edad de 54,8 ± 20,8 años. En Neiva un estudio hecho por Andrade; Celis (2010) donde tomaron 100 formularios destacan que el 50% de los pacientes se ubican en el rango de edad de mayores de 60 en la cual el 52,6% corresponde al sexo masculino, la mortalidad fue de 7,5% después de 48 horas de ingreso a la unidad y un 6,3% de eventos adversos.

En estos artículos se muestra también las principales causas por la cuales están ingresando estos pacientes a UCI, entre las cuales encontramos las de origen respiratorio y metabólicas en mayor proporción: insuficiencia respiratoria aguda, diabetes mellitus, pancreatitis; cardiovasculares crónicas como hipertensión arterial primaria y otras que conllevan a infarto agudo de miocardio, agudas como el choque cardiogénico y paro cardíaco, no necesariamente asociadas a enfermedades cardiacas de base; otras principalmente como la septicemias y trauma craneoencefálico y estados postquirúrgicos especificados, permiten independientemente conocer cómo se debe abordar la atención de estos pacientes desde una postura biopsicosocial.

De acuerdo con Gómez; Monsalve; Soriano y Andes, (2007) en su investigación encontró que los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos tienen alteraciones psicológicas destacando que el estrés, ansiedad y la desesperación son las primeras en aparecer en los pacientes que son remitidos a las UCI y vinculan que el uso de las medicinas causan en los pacientes sensación de desorientación, alucinaciones visuales y auditivas entre otras; cabe resaltar que las personas que se encuentran en UCI pueden desarrollar el síndrome de cuidados intensivos el cual desarrolla síntomas que consisten en una fluctuación de los niveles de conciencia, orientación pobre, ilusiones, alucinaciones y anomalías en el comportamiento que incluyen agresión, pasividad, negativismo y alteraciones de la memoria, los cuales pueden llegar a incrementar la duración de la estancia hospitalaria.

En Colombia con el transcurso de los años se han venido creando y estableciendo una serie de políticas que beneficien la salud de la población adaptadas a la realidad, una de las más recientes leyes establecida por el Minsalud (2020) es la ley n°.2015 31 ene 2020 por medio del cual se crea la historia clínica electrónica (IHCE), interoperable y se dictan otras disposiciones a través de la cual se intercambiarán los elementos de datos clínicos relevantes , así como los documentos y expedientes clínicos del curso de vida de cada persona, esto facilitará, agilizará y garantizará el acceso y ejercicio de los derechos a la salud y a la información de las personas, respetando el Hábeas Data y la reserva de la misma, esta política permite soportar la recepción de información en el momento oportuno para acceder de forma actualizada a la información del paciente de esta manera el programa se centrará en estrategias que le ayuden a él y a la familia a la hora del reencuentro triárquico establecido por el profesional del área de salud, el paciente y la familia.

Dentro de las políticas establecidas por el ministerio de salud y protección social de Colombia estipulan en el que durante el tiempo de pandemia una tarifa máxima a pagar durante la emergencia sanitaria por los servicios de UCI, en adultos pediátricos y neonatal sea estándar para la población sin importar el lugar de atención de acuerdo a las consideraciones otorgadas por la resolución N°0914 del 11 de Junio de 2020 lo que implica garantizar el derecho a la salud y a la vida establecido en la constitución Colombiana de 1999 en los artículos 49 y 11, de acuerdo a los mencionado se evidencia como una dificultad mundial permite tomar medidas de emergencia buscando una adaptación al contexto mitigando el impacto de la realidad, no obstante, cabe resaltar que esta estandarización es temporal lo que significa que el costo de los paciente UCI son

fluctuantes entre las diferentes entidades prestadoras de salud siendo catalogada como una área de atención de alto costo, para el país y su población.

A nivel internacional nos encontramos con políticas de salud encaminadas al derecho de los pacientes y/o familiares a conocer la realidad física y emocional de su pariente en busca de generar una asimilación del momento crítico que está viviendo según el ministerio de sanidad y política social de España (2019) estipulo en su Artículo 11. Las Instrucciones previas, de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid y el Art. 3 de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Madrid, la relevancia de estos artículos data en que las partes siempre tendrán acceso a la realidad de su familiar.

La consejería de sanidad de Madrid (2016- 2019) estipula en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de profesionales sanitarios y los respectivos códigos deontológicos, imponen a estos profesionales el deber de respetar la personalidad, dignidad e intimidad de las personas a su cuidado, esto ayuda enrutar éticamente los procesos de atención de forma integral respetando al paciente sin importar las condiciones en las cuales se encuentra para hacer de este proceso óptimo y menos traumáticos para las partes respetando el emocional y cognitivo de los familiares y pacientes.

En este sentido se comprende que la necesidad en la UCI está encaminada en una atención integral donde las necesidades que surgen por el estado del paciente deben ser resueltas en el menos tiempo posible, esto garantizara que el impacto en mejoría va ser eminente, debe señalarse además que los procesos humanización son fundamentales ya con ellos el usuario es visto de una manera mucho más amplia atendiendo no solo sus necesidad físicas sino también las psicológica, puesto que se ve expuesto a una gran cantidad de estímulos que aumenta su malestar evidenciándolo en el momento de la rehabilitación.

Fundamentación Teórica De La Formulación Del Programa

En este apartado se encuentra información que fundamenta la teoría con la que ha sido diseñado el programa “viviendo una nueva oportunidad”, para ello se realiza una búsqueda bibliográfica con la cual se orienta características propias del paciente, red de apoyo y humanización del servicio.

Capítulo 1: Salud Mental En Pacientes De Cuidados Intensivos

Salud Mental

Al hablar de salud mental se encuentra que es percibido como un bienestar total, esto quiere decir que se debe velar por que la persona tenga un buen estado físico, mental y social, es necesario que todas sus capacidades las pueda usar en la interacción con las personas y en la edificación productiva de su comunidad, la salud mental y el bienestar son fundamentales para las capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida haciendo de ella un lugar donde cada vez se sienta realizado en las labores establecidas por el mismo individuo.

En cuanto a la salud mental de cada individuo está determinada por factores biológicos, psicológicos y sociales los cuales se pueden asociar a los cambios bruscos en su modelo de vida cotidiano tales pueden ser el enfrentar una enfermedad, un cambio de trabajo, rutinas de vida poco saludable entre otras que afectan al individuo y hacen que su calidad de vida no sea la deseada por el mismo afectando su entorno familiar, personal y ocupacional. También se debe tener presenta que hay personas que tiene una mayor receptividad a padecer algún tipo de trastorno mental esto es debido a características de su personalidad o psicológicas que lo hacen más vulnerable si hay un cambio en su entorno o modo de vida. Visto desde la OMS (2020) nombra que la salud mental es algo más que la ausencia de trastorno mental y esto es referido a que las personas deben incluir en sus hábitos saludables de vida una buena alimentación, realizar ejercicios cardiovasculares, tener relaciones sanas, entre otras acciones que hacen que la persona mantenga una armonía y estabilidad de sí mismo.

En lo corrido del tiempo cabe resaltar que se buscado como mejorar la salud mental de los individuos, esto debido a que en los distintos períodos se ha visto afectada no solo en el individuo sino en su entorno social volviéndolo más irritable o poco receptivo llevándolo a desarrollas patrones de conducta que afecta directamente su entorno más cercano y afectando socialmente a toda una comunidad. Se puede afirmar que una buena salud no es solo la ausencia de enfermedad física, sino que esta va mucho más haya esto debido a que las personas deben mantener un bienestar biológico, económico, social, político y ambiental las cuales ayudan a un desarrollo en su plenitud y estas a su vez potencializaran las capacidades del individuo, las cuales ayudan al desarrollo emocional y psíquico del mismo fortaleciendo su entorno y demandando su crecimiento propio.

Salud Mental en Colombia

En la actualidad de Colombia promueve la salud mental con garantías frente a todas las personas, familias y comunidades, esto para que se genere un desarrollo integra y a la vez presente una reducción de los riesgos que esta trae, tales como: trastornos mentales, suicidio, violencias y demás. De acuerdo con el estudio realizado por (Zamora, Suárez & Bernal, 2019) Se evidencio que en Colombia existen barreras de accesos estas se hicieron evidentes en cuanto a la parte administrativa, social, geográfica y económica, también se realizaron hallazgos frente a la estigmatización que existe de las enfermedades mentales afectando no solo a los que padecen sino algún tipo de enfermedad mental sino que se ha convertido en la característica de un grupo de personas lo cual hace denotar que este déficit de servicio ha creado un impacto a escala individual, social, comunitaria e incluso cultural.

Se ha encontrado que los pacientes que no han sido tratados oportunamente tienen tendencia a al consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas el consumo de las mismas conlleva a que los pacientes que padecen de trastornos relacionados con depresión, ansiedad o la farmacodependencia, es así como cada vez denotan se ve afectada su parte emocional y comunitaria debido a que no se realiza un acompañamiento y por consiguiente es afectada su aceptación y adherencia al tratamiento. En el estudio realizado (Zamora, Suárez & Bernal, 2019) se resalta que la información es aun básica y poco exacta en cuanto al uso de recursos y atención de la salud mental, esto es debido a que la información no se encuentra unificada y los datos varían

debido a que no se diligencia diariamente la información. De esta manera se podría concluir que en el país de Colombia se hace necesario un estudio a profundidad que permita resaltar los resultados en cuanto a salud mental se trata, si lo está usado la población, la frecuencia con la que lo usan y que trastorno se presentan con más continuidad para de esta manera desarrollar tratamientos que tengan una mejor adaptación en los pacientes y se vea una recuperación en su vida cotidiana.

Los estudios encontrados en relación con salud mental se han enfocado en la adaptación a enfermedades cardiovasculares, cáncer, VIH, diabetes e hipertensión, todas se han manejado desde la prevención y promoción de hábitos de vida saludables guiando a los pacientes en la concientización del autocuidado y en la comprensión de las causas y consecuencias de no cuidar su salud con rigurosidad. Se hace necesario resaltar que en muchos de los casos son personas adultas las que padecen de estas enfermedades. Por consiguiente, se tiene poca información del manejo en cuanto a salud mental en pacientes que han pasado por la unidad de cuidados intensivos haciendo de interés conocer cómo se debe realizar de manera oportuna las intervenciones con esta población debido a que la persona pasa por cambios psicológicos, físico y sociales en el transcurso de su recuperación permitiendo una aceptación y conocimiento del suceso para mejorar así la adherencia al tratamiento y a su nuevo modelo de vida.

Salud física y mental

Al hablar de salud física esta se debe entender como el óptimo funcionamiento fisiológico del organismo, el cual representa la vitalidad y el buen funcionamiento del quehacer diario, esta relación permite comprender que la salud física influye en las diferentes actividades realizadas por cada individuo que lo hacen sentir capas y autosuficiente en el momento de enfrentarlas dando a comprender que goza de una buena salud.

La relación mente y cuerpo está estrechamente relacionada debido a que cualquier tipo de información es tomada de manera positiva o negativa conllevando a un actuar que favorezca al sujeto o por lo contrario que en sus actos no sean acordes a los esperados por lo demás, de tal manera que al concientizar a la persona de sus enfermedades o pensamientos se está orientando a buscar opciones en sus rutinas y hábitos de vida que le permitan afrontar las situaciones y buscar

desde su experiencia posibles opciones que traigan satisfacción y control en su ejercer diario; el estudio realizado por (Gomez, 2007) relaciona que en diferentes estudios realizados con la ayuda dela OMS han sido una evidencia palpable de que la relación entre salud física y mental ya que estas se encuentran muy relacionadas en las enfermedades afectando no solo a la persona si no a su núcleo familiar, la existencia de la enfermedad crea en él una preferencia al consumo de alcohol, tabaco, obesidad, abuso de sustancias que deterioran su salud mental; también se encontró que la farmacoterapia usada en los tratamientos para mejorar la salud puede crear en el sujeto un efecto secundario que con el tiempo se puede convertir en otra enfermedad. De esta manera se ha evidenciado como las enfermedades afectan al sujeto en el desarrollo y mejora de una enfermedad, resaltando que es primordial que las intervenciones que se realicen estén complementadas desde distintos campos que ayuden a estabilizar y saber cómo afrontar la enfermedad que limitará en su inicio su quehacer diario e incluirá a su entorno familiar para la comprensión y manejo de la enfermedad.

Estudios relacionados con la actividad física demuestran una serie de beneficios que traen vitalidad y mejora en la calidad de vida, de esta manera se señala beneficios como la disminución de enfermedades graves, prolongar la vida, cada etapa del desarrollo será vivida de una manera sana y adecuada y una mejora constante de su autocuidado permitiendo fortalecer su confianza y persistencia a lo largo de la vida; así mismo se encontró que mejora los ciclos del sueño permitiendo una mejor recuperación de energía y unos hábitos de alimentación basa en el consumo de frutas, verduras y agua cambiando por completo su estilo de vida y generando un bienestar no solo en el individuo sino en su familia que hacen parte del cambio involucrándose y adquiriendo estos este estilo de vida en su cotidianidad.

Se encuentra la relación de salud mental como la forma en que maneja su diario vivir y la manera en que mantiene una relación con los demás en los distintos ambientes como lo son el familiar, el laboral o en las distintas actividades recreativas, estas se encuentran estrechamente relacionadas con las habilidades, pensamientos, ambiciones profesionales y económicas, entre otras que traen en la persona una satisfacción en lo que realiza de acuerdo con la demanda a cual diariamente se ve enfrentada. El desarrollo adecuado trae consigo un manejo de sus emociones, pensamientos, y comportamientos los cuales al ser reconocidos traen como beneficio poder

aplicarlos en su actuar y sacando como provecho el uso asertivo de sus sentimientos en la situación correcta con las personas que lo rodean y usándolo como herramienta a la hora de enfrentar alguna enfermedad o situación que considere poco beneficiosas.

Hecho Traumático

Dentro de los hechos traumáticos que puede vivir un paciente en el parea de UCI se encuentra a manera de investigación las características de pacientes con enfermedades crónicas que están justamente en esta zona, este tipo de población requiere de cuidados intensivos por un periodo de tiempo prolongado, lo que da paso a individuos con enfermedades crónicas en estado crítico, el principal objetivo de este artículo como tal fue el de describir las características de este tipo de epidemiologias de los pacientes con enfermedades críticas en la UCI. Y otro de los factores o hechos traumáticos dentro del área de UCI está relacionado con el nivel de estrés que manejan los pacientes que allí son ingresados.

Acompañamiento Psicológico

En este sentido la labor del psicólogo para con los pacientes que están en UCI, por medio de un proyecto realizado en Nariño con el objetivo de brindarle acompañamiento psicológico a familiares de los pacientes hospitalizados en el área de UCI. Estos tuvieron presente tres aspectos importantes, los cuales son, la Psicoeducación, con el fin de disminuir la desinformación y los miedos relacionados socialmente a éste servicio, otro aspectos tuvo lugar al proceso adaptativo, por el cual se da la creación de estrategias para que la persona pueda adaptarse al tiempo que dure en esta área y por último, con respecto al estrés que se genera en la sala de espera, utilizaron una técnica de recolección de información y una entrevista semiestructurada, lo cual les permitió hacer una evaluación y diagnóstico de las necesidades destacadas y así poder implementar estas actividades. Una de las conclusiones más relevantes en este proyecto fue darse cuenta que la necesidad de trabajar en esta área es preponderante y que debe trabajarse más para poder brindar un acompañamiento integral y completo al usuario de UCI.

Trastornos psicológicos de mayor impacto en Colombia

En Colombia la Ley 1616 de 2003 define la salud mental como “*un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”* ABECÉ (2014) es decir que al conocer la dinámica social con la que el contexto define salud mental es basándose en criterios como salud y enfermedad, normalidad y anormalidad, por tal motivo es preciso mencionar que diversos estudios han relacionado que los trastornos mentales han ido aumentando de tal manera que han gestionado propuestas que mitiguen dicho impacto.

Depresión.

La definición estructurada por la OMS (2017) refiere que la depresión es un trastorno metal que es caracterizado por la presencia de sentimientos de tristeza, diminución en los intereses, perdida de placer, una disminución considerable en su auto estima y adicionalmente tiene alteraciones en el ciclo del sueño y su apetito por loa alimentos se ve disminuida considerablemente; esta afección suele manifestarse con variaciones que se encuentran estrechamente relacionadas con su estado de ánimo y la manera como la persona expresa, de no ser intervenida a tiempo esta puede categorizarse como leve, moderada o grave afectado ámbitos educativos, laborales y sociales, el detectar los síntomas a tiempo ayuda en el trabajo y la adaptación del paciente a su nuevas rutinas permitiendo el desarrollo con normalidad de sus actividades, de ser necesaria y por prescripción médica y si se encuentra en el nivel grave deberá tomar medicamentos que le ayuden a mejorar su sintomatología.

El ministerio de salud en Colombia ha encontrado que la depresión ha ido en aumento desde el 2009 donde las personas que oscilan entre los 54 y 56 años tienen un mayor rango de padecerla, debido a ello se ha creado estrategias que permiten la rehabilitación basada en la comunidad apoyándose en centros de escucha los cuales permiten evaluar y guiar los entornos familiares, educativos y sociales para minimizar el impacto en la población y así evitar la reincidencia en las personas que se han visto afectadas por la depresión; otra de las estrategias que

han sido aplicadas son psicoeducación, la habilitación de líneas telefónicas, programas de prevención e intervención en salud publica donde se puedan detectar, diagnosticar y tratar de manera temprana y oportuna.

Se ha evidenciado que en Colombia los índices de depresión se encuentran en aumento, de acuerdo con lo mencionado por (Cabrera, 2019) esto es debido a que la salud mental ya es vista como un problema de salud pública de acuerdo con las estadísticas las cuales revelan de manera preocupante que se presenta este trastorno en niños de 8 años donde se cumplen uno o dos síntomas, también que es más frecuente que lo padezcan las mujeres que los hombres y estos presentan más de cuatro síntomas, es por esta razón que proveen que las personas a futuro lo padecerán. Por tal razón hacen hincapié en que no se tendrá una buena salud mental sin antes tener una buena salud física y resaltan que estos efectos se han evidenciado porque ha llegado de manera tardía ese apoyo en cuanto a salud mental se trata y como efecto negativo ha ido en aumento.

Debido al incremento de la en los índices de depresión el ministerio de salud ha decidido dar a conocer por medio de jornadas de socialización las políticas de salud mental las cuales tienen como fin dar a conocer cómo se debe tratar la patología y aclarar la estigmatización que hay frente al tema, esto es debido a que las personas que lo padecen no buscan ayuda por el temor que existe al rechazo social y esto es visto en cuanto a que se considera que las personas que tengan algún tipo de afección mental son agresivas o peligrosas y por tal razón no le es posible mantener relaciones sociales estables. Uno de los aspectos más negativos encontrados es que las personas le cuestan la adherencia al tratamiento llevándolos a que empeore su estado de tal manera que se hace necesario una psicoeducación para el paciente comprenda que de él depende la recuperación.

Ansiedad.

Se ha convertido en una característica que las personas no les gusten de ir a hospitales, esto se debe a que genera en ellos una sensación de ansiedad y estrés especialmente si la persona debe realizarse algún procedimiento medico importante. Una particularidad es que las personas que desarrollan un estrés pre quirúrgico también traen consigo problemas fisiológicos los cuales hacen que se demore un poco más su recuperación y esto a su vez trae consigo pensamientos y miedos que impiden una buena adherencia al tratamiento esto debido a que el paciente le cuesta seguir las

recomendaciones formuladas por el médico, esto es debido a que a nivel fisiológico la persona tiene una reducción de su sistema inmunológico es por esta razón que se han desarrollado tratamientos en los cuales se ve involucrado la parte Psicológica y con ella una mejor recuperación ya que minimiza la ansiedad y se acelera la recuperación de la persona.

Se encuentra una estrecha relación entre las alteraciones emocionales las cuales deben ser apoyadas desde la pate psicológica, de acuerdo con (Gomez; Monsalve; Soriano & Andes, 2007) en su investigación encontró que los pacientes que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos tienen alteraciones psicológicas destacando que el estrés, ansiedad y la desesperación son las primeras en aparecer en los pacientes que son remitidos a las UCI y vinculan que el uso de las medicinas causan en los pacientes sensación de desorientación, alucinaciones visuales y auditivas entre otras; cabe resaltar que las personas que se encuentran en UCI pueden desarrollar el síndrome de cuidados intensivos el cual desarrolla síntomas que consisten en una fluctuación de los niveles de conciencia, orientación pobre, ilusiones y alucinaciones, anomalías en el comportamiento que incluyen agresión, pasividad y negativismo y alteraciones de la memoria, los cuales pueden llegar a incrementar la duración de la estancia hospitalaria; El progreso de los sintomatología puede traer un gran retraso, por ende se hace necesario la ayuda del cuidador el cual puede intervenir de manera oportuna con el paciente dándole la sensación de tranquilidad y orientándolo en tiempo y espacio permitiéndole una mejor comprensión de la enfermedad y así obtener la recuperación deseada por el paciente y la familia.

Las unidades físicas de cuidados intensivos pueden traer sensación de estrés esto es debido a que les resulta extraño y adicionalmente deben lidiar con la privación en cuanto a sus interacciones cotidianas, del mismo modo se encuentran constantemente estímulos sensoriales que afectan de un modo negativo esto debido a que la persona se encuentra aislado físicamente y socialmente escuchar ruidos desconocido y estos son frecuentes y la parte de movilidad es limitada produciendo sensación de desconcierto y llevándolos a un estado de nerviosismo por no comprender que es lo que está sucediendo; se resalta que al ser desconocido todo aumenta la receptividad a la información llevándolos a agudizar sus sentidos para comprender que es lo que sucede y trayendo con sigo muna elevada carga de información que les hace crear la sensación de confusión y reduciendo las horas de sueño por temor a no saber que suceder al despertar.

De acuerdo con (Chamorro & Romera, 2015) Los pacientes que logran recuperarse y salir de la unidad de cuidados intensivos recuerdan el dolor y miedo como recuerdo más frecuentes describiéndolo con un lugar al cual esperan no volver. Se considera como parte esencial la relación directa con los pacientes y sus familias, así como cambios en el diseño ambiental y en la organización del trabajo y de las visitas, para poder cambiar la percepción que se tiene acerca de la unidad de cuidados intensivos de esta mera encontrar estrategias en las cuales se incluya una totalidad del personal médico que desarrollen de manera cooperativa estrategias que traigan al paciente tranquilidad y sienta de manera familiar el espacio donde se encuentra recuperándose.

Estrés.

Se hallaron factores que intervienen como estresores en los pacientes que han sido internados en la unidad de cuidaos intensivos los cuales refieren que el hecho de no tener contacto con nadie hace que tengan bastante tiempo para pensar o intentar comprender por qué se dio la situación que lo tiene en cuidados intensivos, adicionalmente el sentirse en un espacio de privacidad y no conocer en qué día se encuentra o la hora crea en el paciente una sensación de confusión e infortunio, además el escuchar contantemente a los paciente que se encuentran cerca de su cama gritar de dolor o desesperación por no saber cómo llegaron y por qué ningún familiar esta con ellos.

En cuanto a la parte de infraestructura y los utensilios usados por el personal médico llevan a sentir al paciente desconcierto porque no sabe que es lo que tiene y la información no es muy clara, sin embargo, el poder hablar con una persona ameniza la situación y minimiza en el paciente los niveles de estrés permitiendo que un estado de tranquilidad y a su vez de esperanza por poder salir y retomar con total funcionalidad s u vida cotidiana

En la investigación realizada por (Cruz; colaboradores, Regimar &, 2013) Encuentran de manera adecuada respuestas de los pacientes con las de los colaboradores de enfermería, donde se resalta la labor del enfermero para proyectarse y sensibilizarse hasta el punto de saber cuándo y cuánto un determinado factor es estresante o no estresante en un paciente. Se toma como punto de partida el poder hablar de humanización, este es un aspecto positivo en los pacientes y familiares

los cuales ven con profesionalismo al personal encargado de la salud, del mimo modo el paciente refiere que se siente entendido y reconocen la labor como una ayuda en su recuperación permitiendo una mejor adherencia a los tiramientos que serán tomado una vez sean dados de alta.

Se ha encontrado estudios que refieren que el hecho de saber que será ingresada a la unidad de cuidados intensivos aumenta la sensación de estrés no solo en el paciente sino en sus familiares dado que su percepción es de amenaza a su vida, esto porque lo relacionan con la muerte dado que es complejo para el paciente que aumenta los cuidaos, la presencia de más equipos para el cuidado de su salud y que los medicamentos suministrados hacen perder la lucidez y sensación de que su estado mental no es el más óptimo o adecuado. Seguramente el hecho de la ritualidad de sus actividades ha limitado la creación de distracción por sí mismo y una percepción de un ambiente monótono, el hecho de no tener cerca de él sus elementos personales, los cambios rigurosos en los horarios de alimentación y aseo personal traen consigo emociones negativas que aumentan su estrés. Una de las sensaciones más incomodas para el paciente es el perder su autonomía, esto es debido a que la persona se encuentra en exámenes constantes la pérdida de su privacidad debido a que su recuperación se hace necesaria la ayuda de personal médico dado que no puede realizar con precisión algunas tareas debido a que su movilidad se ve afectada.

UCI (Unidad De Cuidados Intensivos)

Desde una perspectiva general, en la actualidad se percibe “Las unidades de cuidados intensivos (UCI) son servicios dentro del marco institucional hospitalario que poseen una estructura diseñada para mantener las funciones vitales de pacientes en riesgo de perder la vida, creadas con la finalidad de recuperación.” C, Aguilar & C, Martínez (2017). Pág. 171-172, en concordancia se entiende que esta área de hospitalización permite mayor control y supervisión del personal médico, la finalidad es garantizar mejores alternativas para mantener estable al paciente mitigando sus complicaciones y extendiendo las posibilidades de mantenerlo con vida.

La unidad de cuidados intensivos es una organización compuesta por profesionales sanitarios con una capacidad multidisciplinar para desarrollarse en un espacio específico del hospital. Al hablar de un profesional médico se hace hincapié a que éste tiene una especialidad en atención al paciente que está en estado crítico y posee competencias profesionales para desarrollar

dicha labor. Al estar un paciente en UCI implica que esta acobijado por unos derechos y garantías, en el cual una de ellas son las estrategias de atención en el cuidado de la salud del paciente, y como principio general, se debe facilitar una información clara, precisa y suficiente sobre las condiciones que rodean la estancia del paciente en UCI para la realización de procedimientos, diagnósticos y tratamientos siempre que la situación lo permita, debe ir su consentimiento por escrito.

La UCI, funciona habitualmente como una unidad intermedia, que da a los pacientes unos servicios clínicos finales, debe localizarse dentro del hospital y en una zona diferenciada con un respectivo acceso controlado, esta requiere conexión espacial y una respectiva función directa con otros servicios como, el bloque quirúrgico, urgencias, radiodiagnóstico, y de más. Para establecer al personal de salud indicad para estar en la UCI, en necesario contar con un director, una enfermera supervisora de la unidad, un médico, una enfermera, un celador, personal auxiliar administrativo, y otra serie de profesionales que colaboran con la unidad como, el farmacéutico, dietista, psicólogo y fisioterapeuta.

Al estar un paciente en UCI se refleja la condición de dolor frecuente que es precipitado y mantenido por estímulos biológicos, psicológicos y sociales. Debido a esto es que la atención que se le da al paciente debe ser manejada de manera interdisciplinaria bajo la supervisión de un médico. En la investigación realizada por Palacios; Pulido et al (2017) habla de presentar estrategias de evaluación e intervención del dolor en pacientes que se encuentran en UCI y desde allí proponer una estrategia de abordaje. Este abordaje se realiza de manera efectiva de modo interdisciplinario, y es necesario que este trabajo lo lleven a cabo varios profesionales de manera coordinad y coherente.

En cuanto a este escenario el manejo del dolor es llevado a cabo por la medicina y atenciones de enfermería, pero a pesar de eso se reconocen ciertas implicaciones manejadas a través de la psicología, manejando aspectos tales como, la ansiedad, la depresión, sentimientos de desmoralización, trastornos del sueño y miedo, ya que es dolor en este tipo de pacientes suele presentarse tanto a corto plazo, como a largo plazo. Sin embargo, esto ha llevado a que autores como Celis, (2010) aseguren que el manejo del dolor en estos pacientes solo debe ser guiado por médicos o enfermeras, de manera farmacológica, y que llegado el caso pueden usarse estrategias

no farmacológicas, tales como, masajes, musicoterapia y modificación de estímulos ambientales, pero que ninguna de estas alude a la intervención psicológica.

Sin embargo, los factores psicológicos del dolor, se ven involucrados principalmente por dos dimensiones, la cognoscitiva y la afectiva. La primera dando paso a las creencias del paciente, sus valores, su cultura y las variables cognitivas y la segunda que implica las cualidades subjetivas y emocionales que dejan la experiencia del dolor. En la investigación mencionada se evidencia una colaboración interdisciplinaria entre medicina, enfermería y psicología a través de la cual los miembros de estas contribuyen a un objetivo común. El problema como tal a resolver es el dolor experimentado por el paciente en la UCI que está compuesto por componentes sensoriales y psicológicos y puede llevarse a cabo de una manera eficaz por el medio del trabajo colaborativo.

En una investigación realizada por Insuasty; se habla del paciente con cáncer, el cual es un paciente complejo luchando contra su mismo cáncer que puede estar en riesgo de progresión. En estos casos se da a entender también que los tratamientos oncológicos se vuelven eficaces y mejoran el pronóstico del paciente para que se intensifique las necesidades de atención crítica. Recientemente se considera que para los pacientes con cáncer y que están al mismo tiempo en admisión de la UCI, suelen debutar con insuficiencia respiratoria y por ende requieren de ventilación mecánica.

Se pretende con este programa, realizar un cambio de paradigma con respecto al tratamiento realizado en la UCI para el paciente con cáncer, otorgándole no sólo los procesos terapéuticos y farmacológicos, sino también los procesos psicológicos. Por otro lado, Segura (2016) , habla sobre la epidemiología económica y su cuidado crítico que suele estar presente en la mente, pero del profesional de la salud y principalmente del que está en área de UCI, sin embargo, se tiene presente que puede coincidir y se puede explicar. En este ensayo realizado en la Universidad Santo Tomás, de Colombia; puede momentáneamente devenir de una epidemiología social que bien puede unirse para generar propósitos de interés con respecto a la Unidad de Cuidado Intensivo (UCI) con mayor prevalencia en interrogantes para el área de investigación y se dé para desarrollar alternativas dirigidas al desarrollo de los servicios de la salud siendo más eficaces, efectivos y más humanos.

Capítulo 2: Humanización Del Servicio UCI

Humanización Del Proceso De Rehabilitación

Para poder entender la humanización del proceso de rehabilitación, se partirá por entender a qué se hace referencia cuando se habla de humanizar, es resignificar a la persona, darle ese valor perdido a lo largo de la historia, es verle dotado de todas las cualidades en la que está envuelta, a veces se suele olvidar y es ahí cuando se cae en la vulneración de los derechos a los cuales tiene acceso, Según Tornos (2018) se habla de humanizar el entender al sujeto desde una perspectiva holística, ver al paciente no como el ser que posee un enfermedad sino alguien que tiene emociones, motivaciones, una historia forjada en un contexto particular, como un ser único que tiene una batalla con la vida y los profesionales de la salud son aquellos que están dispuestos a dar respuesta a su necesidad fortaleciendo su autonomía, respetándole sus derechos y ayudándole al mejoramiento de la calidad de vida, generando un pensamiento positivo ante la adversidad, logrando ver no solo la dificultad si no el potencial que tiene para afrontar su realidad.

Es importante recordarles a todos los profesionales ese juramento hipocrático hecho, donde la prioridad es la vida de las personas, ellas son el centro de la atención, cuando se habla de humanizar se hace un lado todo tipo de prejuicios de cultura, estrato socioeconómico, lengua y raza. Esto es algo en lo cual las universidades o institutos los cuales están ofertando carreras relacionadas con el área de la salud deben tener muy claro como parte de su programa así mismo los códigos deontológicos de los mismos según la especialidad. No obstante, los gobiernos deben brindar a todas las entidades prestadoras de salud todos los insumos, maquinarias e instalaciones que favorezcan a todo el proceso de humanización de la salud.

Cuando se habla de humanización y rehabilitación específicamente en una dependencia especifica como la UCI, según Vásquez y Veronesi (2013) “El 70% de los pacientes son dados de alta a su casa sin el planteamiento de una rehabilitación y desconociendo los problemas específicos que deberán tratar a partir de ese momento” (pág. 154) De acuerdo a lo mencionado por la autora anteriormente indica que este proceso de rehabilitación se ha venido dejando a la deriva, muchas veces ni los mismos pacientes suelen ser conscientes de la complejidad de su situación de salud, los familiares no tienen una orientación clara de cómo ayudar en el proceso de recuperación del

paciente, se dice que el deterioro físico, cognitivo y mental de un persona después de 3 a 6 meses después de estar recluido en esta unidad es complejo haciendo que la rehabilitación sea más larga teniendo como un objetivo la inserción social y productiva del mismo.

Se deben encaminar las fuerzas al trabajo interdisciplinario y transdiciplinario con un único fin, se dice que las enfermedades crónicas este tipo de trabajo ayuda de forma positiva al restablecimiento de las personas, la no utilización de fármacos o en bajas cantidades de la mano del trabajo de un terapeuta ocupacional, un nutricionista, un internista y un psicólogo con herramientas como la musicoterapia, la arte-terapia, la aromaterapia y procesos psicológicos donde la recuperación del ciclo circadiano, la ansiedad, la depresión y atención sean tratados de forma efectiva según sea el caso; son de gran ayuda al proceso de recuperación tanto física como cognitiva, porque no solo trabajarían con el paciente si no también con su red de apoyo, pues ellos son el soporte del sujeto mismo por ende su emocionalidad es importante, para lograr sacar a la persona en el menor tiempo posible y logre una reinserción social óptima.

Necesidades Del Paciente.

En este momento los pacientes después que salen de la unidad de cuidados intensivos presentan un choque con su nueva realidad según Valenzuela, C (2019) a mediados del año 2012 “la Sociedad Americana de Cuidados intensivos definió un síndrome post-Uci caracterizado por la aparición o empeoramiento de problemas cognitivos, físicos o de salud mental” todo esto después de salir de esta área de la salud. Dentro de los síntomas que se pueden presentar Según son Pablo (2015) “son debilidad, limitación de la movilidad, fatiga, ansiedad, depresión, alteraciones en el sueño, mal nutrición, síndrome de estrés postraumático, alteración en las funciones ejecutivas, necesidades familiares y sociales” Pablo (2015) Pág. 9. Todo esto necesita de una atención integral donde la labor del psicólogo es fundamental para ayudar al paciente a afrontar todos los cambios a los cuales se ve expuesto producto del estado de salud del mismo.

Además otros de los factores en los cuales son de vital importancia y se deben manejar con mucha precaución Según Blanco & Velasco (2017) el dolor es el recuerdo más común el 50-60% de los pacientes lo padecen y el 77% lo recuerdan, el 82% de los pacientes lo recuerdan producto del tubo endotraqueal y a los 6 meses el 38% de las personas siguen con este recuerdo, la

sedación/agitación y el delirio también están presentes, esto deteriora la calidad de vida de las personas, pues son propensas a presentar trastornos de ansiedad, depresión y estrés post traumático, haciendo que su proceso de rehabilitación sea tardío hasta negligente, si las entidades de salud no prestan una atención interdisciplinaria.

Adherencia Al Tratamiento.

Las personas no suelen seguir muchas veces las prescripciones médicas de forma rigurosa, buscan una y otra forma de evadir su realidad frente al proceso de recuperación incidiendo indirectamente en el aumento de la probabilidad de decaimiento o más complejo aun alimentando las tasas de mortalidad, la psicología de la salud en los últimos años ha buscado estrategias para mitigar esta realidad por medio de programas de promoción y prevención, pero esto no es suficiente, la capacidad de afrontamiento juega un papel fundamental en la adherencia al tratamiento porque su perspectiva frente a la problemática ayudara a mejor su proceso de reinserción social, familiar y contextual. Dentro de las variables implicadas en la no adherencia del tratamiento Según López et al (2011) citando a Ortego (2004) se pueden encontrar con “las creencias, el tipo de enfermedad, fármaco, red de apoyo, variables sociodemográficas y la organización” todo esto ayuda a que se presenten dificultades en proceso por ello el psicólogo juega un papel importante en la creación de un hábito como parte de la adherencia al tratamiento.

Estrategias De Afrontamiento

Para empezar, abordar en específico las estrategias de afrontamiento, empezaremos por definir estas capacidades con la que está dotada las personas, Según Flórez et al (2011) citando a Callista Roy quien define el afrontamiento como la capacidad de asumir los retos comportamentales y cognitivos en el proceso de adaptación a las situaciones cambiantes de la vida diaria todo para sobrevivir de forma integral. De acuerdo a Roy el ser humano está capacitado para adaptarse a situaciones complejas, es innato la necesidad de existir y estar bien, por ello el afrontamiento está encaminado en como el sujeto analiza el contexto de la problemática para tomar decisiones frente a la misma, donde minimice el impacto de las demandas ambientales en comparación a los recursos con los que cuenta para hacerle frente; existen dos tipos de estrategias

una centrada en el problemas y la otra en las emociones todo esto dependerá del contexto y los estímulos que le suministre a la persona misma.

En una UCI el contexto está dado por un sinfín de maquinarias dentro de un espacio pequeños donde los estímulos más constantes son los sonidos emitidos por los aparatos de la sala misma, las voces de los médicos y enfermeras; donde la sensación de muerte persiste, la disminución de autonomía por falta de funcionalidad de acuerdo a la afectación actual en la cual que se ve envuelto y el aislamientos social pero más el familiar entran a jugar un papel fundamental donde el sujeto pone a prueba su capacidad de afrontamiento creando unas estrategias necesarias de acuerdo a su realidad. Según Flórez; et al (2011) en su investigación afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidados intensivos, logran identificar que la enfermedad como estímulo estresante saca lo mejor del sujeto para enfrentar este evento repentino, no controlable determinan como la adaptación a los estímulos focales, contextuales y residuales propios del ambiente hospitalario reflejaron en la muestra que tomaron un establecimiento de estrategias cognitivas buscando encontrar un significado al suceso como un lección de vida, una segunda oportunidad, un aprendizaje y visión diferente del futuro mismo, redirigiendo la respuesta emocional de forma más objetiva.

No obstante, la parte fisiológica y de auto-concepto de estos participantes dan una gran puntuación frente al padecimiento del dolor por causa de las molestias físicas, el cansancio, y las secuelas dejadas por el traumatismos, además el deterioro del auto-concepto pues a causa de este evento presenta pérdida de peso, cambio el color de piel por no estar en contacto con el ambiente, el no haberse mirado ante un espejo durante una larga temporada hace que el sujeto entre en controversia a reconocerse consigo mismo, donde el miedo al rechazo social, la vergüenza en caso de la falta de una extremidad, la ansiedad, la negación y la resignación a la realidad son los factores que generan posibles distorsiones cognitivas, es ahí donde el psicólogo logra entablar un plan de intervención donde tome todas estas falencias y las vuelva oportunidades para el paciente y este se sienta satisfecho con su realidad y la vea como un logro dentro de su vida. Cuando se habla de pacientes que reciben trasplantes y caen en esta unidad se dice que cando salen de ahí tienden a dejar muchos de los vicios que provocaron la situación en el caso del alcoholismo y cigarrillo; colocando a prueba su capacidad de resiliencia.

Capítulo 3. Manejo Del Paciente

Manejo De Pacientes Después De Salir De UCI.

La importancia del manejo de los pacientes después de que salen de UCI radica en lograr hacerle un seguimiento óptimo de forma integral donde la asistencia médica y emocional ayuden a mitigar los traumatismos post-Uci entre los cuales el miedo, la depresión y la ansiedad son las principales patologías que perjudican a la realización del ser, Según Galvez (2017) citando a Parker y cols. “sobre 3.400 pacientes y 40 estudios se concluye que la sintomatología de TEPT que oscilan del 25% al 44% en los primeros 6 meses post-UCI y del 17% al 34% en los 7 a 12 meses tras el alta en UCI” esto significa que el trabajo con esta población es ardua por ello la importancia de que su proceso de rehabilitación sea de forma interdisciplinaria Gálvez (2017) plantea el siguiente plan de acción “Consultas del Síndrome Post Cuidados Intensivos , y la colaboración de psicólogos y psiquiatras con el equipo de cuidados intensivos, se plantean como caminos a seguir para hacer esa “escalera” menos empinada”. En países de Europa ya se viene trabajando en el proceso de humanización durante y después de salir de esta unidad, teniendo como bases clave los canales de comunicación entre toda la red de apoyo.

Rehabilitación Integral

La rehabilitación según la OMS (2019) es un conjunto de intervenciones necesarias para una persona que presenta limitaciones en su vida cotidiana a causa de una lesión, traumatismo o problema de salud, siendo un componente de la cobertura benéfica que debe ser brindada por las entidades de salud gubernamentales y privadas acompañado de programas conocidos como P y P, tratamiento y cuidados paliativos. Desafortunadamente muchos de estos proyectos creados por estas entidades que regulan la salud a nivel mundial con la finalidad del mejoramiento de la atención de la a pacientes con grandes dificultades físicas e intelectuales; no se puede adoptar con facilidad a los contextos debido a la inferencia de los gobiernos a omitir en muchas ocasiones estas indicaciones que ayudan a mejorar la calidad de vida de la población, bien sea por falta de recursos o la negligencia total del mismo.

No obstante, el crecimiento y los cambios demográficos a causa de las nuevas tendencias a las cuales se está expuesto por la globalización en donde las enfermedades han evolucionado, la longevidad del individuo ha presentado variaciones de acuerdo al contexto donde se creció, la rehabilitación es fundamental Según la OMS (2019)

> “Prevé para el año 2050 se haya duplicado la proporción de personas de más de 60 años, y en los últimos diez años se ha registrado un aumento del 18% en la prevalencia de las enfermedades no transmisibles. Una las necesidades de rehabilitación que se derivan de esta situación no están atendidas, Por ejemplo, en los países de ingresos bajos y medianos, faltan profesionales cualificados para prestar servicios de rehabilitación, pues se estima que hay menos de 10 profesionales cualificados por cada millón de habitantes.”

Esto significa que un país Colombia no está en capacidad de brindar un servicio de rehabilitación optimo, teniendo en cuenta las políticas vagas con las cuales se cuenta, además teniendo como base los datos estadísticos dados por la OMS (2020) los adultos mayores van en un constante aumento, los hospitales y clínicas del país no estarán preparados para una ola de personas enfermas por enfermedades no transmisibles que debido a su edad estarán a sujetos a un proceso de intervención integral por una gama de profesionales que ayuden a la recuperación del mismo, pero esto tiene una limitante, una gran demanda por parte de la población y poco oferta de mano de obra cualificado para atender a estas personas pero esta será la realidad de Colombia o la falta de las condiciones para que los profesionales de este país puedan sentirse seguros de dar lo mejor de sí para con sus compatriotas, es ahí cuando se entra hablar de cómo la rehabilitación maximiza las habilidades del sujeto para un mejor desempeño en su contexto social reduciendo la dificultad y mejorando la calidad de vida.

Dentro de las recomendaciones que la OMS (2017) establece para el mejoramiento del sistema de salud enfocado en el proceso de rehabilitación encontramos los siguientes:

- Integrar la rehabilitación en el sistema de salud.
- Integrar los servicios de rehabilitación en los niveles primario, secundario y terciario de los sistemas de salud.

- Garantizar que los hospitales incluyan unidades especializadas de rehabilitación para pacientes hospitalizados con necesidades complejas.
- Garantizar que los servicios de rehabilitación estén disponibles en la comunidad y en el hospital.
- Garantizar que se ofrezca una capacitación adecuada a los usuarios a quienes se les proporcionan productos de apoyo.
- Garantizar que se asignen recursos financieros a servicios de rehabilitación.
- Garantizar la disponibilidad de una fuerza de trabajo multidisciplinaria de rehabilitación.
- Implementar políticas de financiación y adquisición que garanticen que los productos de apoyo estén disponibles para todas las personas que los necesitan.
- Donde existe el seguro de salud o donde se tornará disponible, garantizar que los servicios de rehabilitación sean cubiertos. (Pag 2)

Teniendo como base lo mencionado por la OMS (2017) del trabajo multidisciplinar, se cree más conveniente y optimo que sea interdisciplinario donde el psicólogo puede entrar a intervenir de una forma conjunta en áreas como la Unidad de Cuidados Intensivo UCI, en este caso el trabajo con pacientes que van saliendo de esta unidad, es bastante complejo por el proceso particular del cual proviene cada paciente, se habla de un síndrome en particular más conocido como (síndrome post- UCI) según Vásquez & Veronesi (2013) se caracteriza por desnutrición y una alteración psico-bio-social causando una disminución notable en la calidad de vida del sujeto, esto debido al tiempo que estuvo en esta unidad pero algo muy importante es la poca o nula evaluación de estos aspectos como: “Salud metal (componentes de ansiedad, depresión); Cognitivos (memoria, función ejecutiva, atención, velocidad de procesamiento mental) y Físico (componentes respiratorio, cardíaco y neuromuscular)”(pág. 154) de acuerdo a lo mencionado por la autora se logra identificar el rol del psicólogo dentro del proceso de rehabilitación con pacientes de esta categoría.

Capítulo 4 Acompañamiento Psicológico A Paciente Durante y después de salir de UCI Desde La Psicología De La Salud

Acompañamiento Psicológico

En sentido de la labor del psicólogo para con los pacientes que están en UCI, por medio de un proyecto realizado en Nariño con el objetivo de brindarle acompañamiento psicológico a familiares de los pacientes hospitalizados en el área de UCI. Estos tuvieron presente tres aspectos importantes, los cuales son, la psicoeducación, con el fin de disminuir la desinformación y los miedos relacionados socialmente a éste servicio, otro aspectos tuvo lugar al proceso adaptativo, por el cual se da la creación de estrategias para que la persona pueda adaptarse el tiempo que dure en esta área y por último, con respecto al estrés que se genera en la sala de espera, utilizaron una técnica de recolección de información y una entrevista semiestructurada, lo cual les permitió hacer una evaluación y diagnóstico de las necesidades destacadas y así poder implementar estas actividades. Una de las conclusiones más relevantes en este proyecto fue darse cuenta que la necesidad de trabajar en esta área es preponderante y que debe trabajarse más para poder brindar un acompañamiento integral y completo al usuario de UCI.

Red de Apoyo

El acompañamiento de todas las personas que hacen parte del circulo primario, como la familia, amigos y los profesionales de la salud son de vital importancia para su proceso de recuperación, la constante comunicación con ellos les hace sentir que no están tan desconectados de su realidad, el hacerlos participes de reuniones, decisiones, proyectos familiares les dan seguridad, causando un impacto positivo en sus emociones, se dice que reír alivia el alma, que el amor restablece lazos, pues son estos los sentimientos que ayudaran al mejoramiento del paciente; la esperanza es lo último que se pierde es un refrán que bien podría reflejarse en la capacidad de afrontamiento y resiliencia que tienen las personas para afrontar dichas dificultades, el calor de hogar son las principales fuentes de energía para batallar su realidad y salir victorioso.

Mejoramiento De La Calidad De Vida.

Al propiciar un ambiente de rehabilitación integral que mitiguen los traumatismos causados por haber estado en esta unidad, se está aportando al mejoramiento de la calidad de vida de la persona, porque su recuperación está siendo más humanizada; los profesionales de la salud trabajan de forma conjunta para disminuir el tiempo de readaptación al contexto del cual proviene el sujeto, al trabajar de forma física, cognitiva y emocional se le estarían brindando herramientas que acompañadas de la capacidad de afrontamiento de la persona hacen de su proceso de recuperación algo fructífero y significativo para el mismo y para los demás.

Recuperación Del Rol Social.

Las personas cuando salen de la unidad de cuidados intensivos, suelen haber perdido tiempo con sus círculos sociales, las familia y el trabajo Según Algarra; Arias; Benavides; García; Melo & Niño(2006) citando a Kalish: "la necesidad de acercamiento es la capacidad que tiene una persona de relacionarse con otros en su entorno, cubriendo sus actividades básicas como un compromiso", es indispensables para la persona el restablecimiento de su papel en la sociedad, necesita sentirse útil, la autorrealizado, que pertenece a algún tipo de grupo social le ayuda al mejoramiento y fortalecimiento de la autoestima misma, brindándole herramientas de seguridad frente a su condición.

ANTECEDENTES

En los siguientes artículos se contará a manera de fundamentación teórica como aporta en el diseño del programa de intervención psicológica denominado “una nueva oportunidad”, así mismo se priorizo de manera relevante artículos, monografías, trabajo de grado, tesis de maestría, revisiones documentales y programa modelo de intervención aplicado con patología cardiovascular. Los cuales aportan en la construcción significativa y con una calidad de humanización en los pacientes, familiares y grupo interdisciplinario de la unidad de cuidados intensivos.

Estudios Internacionales

En el artículo denominado efectos psicológicos de la comunicación remota entre las personas de referencia de los pacientes de la UCI durante la pandemia de COVID-19 hecho por Cattelan; Castellano; Merdji; et al (2021). Los PR (Personas referidos) de todos los pacientes hospitalizados en la UCI de un hospital terciario francés por una forma grave de COVID-19 en mayo-junio de 2020 se incluyeron en un estudio prospectivo. Solo un familiar por paciente, el PR designado por otros miembros de la familia, se incluyó en el estudio y se solicitó su consentimiento para 3 entrevistas telefónicas: al ingreso y al alta o muerte del paciente por un médico de la UCI, y 3 meses después de la admisión en la UCI por un psicólogo clínico. Independientemente de su participación en este estudio, los médicos de la UCI realizaron una llamada telefónica diaria para informar al PR de la evolución clínica del paciente.

Los criterios de no inclusión fueron la negativa a participar en el estudio y un dominio insuficiente del idioma francés. Se incluyeron 88 PR. La prevalencia de ansiedad y depresión fue del 83% y 73% respectivamente. A los 3 meses, una menor disminución de Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) se asoció con la muerte del paciente / hospitalización continua y / o trastornos del sueño en los RP ($p < 0,01$). El 99% de los PR consideró que el paciente estaba seguro (9 [7; 10] / 10 puntos, escala tipo Likert), confiado con los cuidadores (10 [9; 10] / 10 puntos) y satisfecho con la información proporcionada (10 [9; 10] / 10 puntos).

Las personas de referencia de los pacientes de la UCI admitidos por COVID-19 experimentaron una angustia psicológica considerable, con una alta prevalencia de ansiedad y depresión durante la estancia en la UCI, y un síndrome de angustia postraumático prominente a los 3 meses. Ser un RP en un contexto de comunicación solo remota se consideró como una responsabilidad específica y se calificó como una experiencia negativa general. Este estudio aporta conocimiento teórico frente a los estados emocionales y el sufrimiento del familiar por la separación del paciente en tres momentos importantes antes, durante y después del ingreso a la unidad teniendo en cuenta los agravantes como el aislamiento obligatorio por pandemia.

De hecho, lo que menciona Morales (2020) en su trabajo de grado "Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos “cuyo principal objetivo de este proyecto de investigación es explorar los efectos psicológicos que un paciente puede sufrir después de su estancia en la UCI del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Se trata de un estudio de tipo descriptivo cuyas variables principales son, niveles de ansiedad de pacientes dados de alta de UCI y de su cuidador principal y factores de riesgo relacionados con la aparición de ansiedad.

Se tomó como referencia en los criterios de exclusión ingresos inferiores a 24 horas, pacientes que padezcan secuelas graves que imposibiliten su participación, pacientes y familias que no sepan leer, escribir y comprender el español, pacientes y familias que no hayan firmado el consentimiento informado. La recogida de datos se basa en facilitar cuestionarios auto-administrados como Escala visual analógica (EVA) evalúa nivel de dolor, la escala de coma de Glasgow para valorar el nivel de conciencia de los pacientes, cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI).

Se efectuará un muestreo no probabilístico intencionado durante un periodo de 6 meses (de julio de 2020 a enero del 2020). Para el cálculo de la muestra se ha tomado como referencia los datos de la Memoria del HUNSC, año 2018, con un total de 1225 ingresos, por lo que se estima un tamaño muestral de 250 sujetos con una confianza del 95% y un error máximo del 5%. Este trabajo sirve para tomar como referencia las pruebas psicométricas para evaluar dolor, nivel de consciencia, ansiedad rasgo y estado de los pacientes.

Se puede señalar que la tesis de maestría que lleva por título Capital Psicológico y la Conducta de Compartir Conocimiento en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital PNP Luis Sáenz, (2018), realizada por Cadillo (2020); tenía como objetivo determinar la relación de capital psicológico (autoeficacia , esperanza, resiliencia, el optimismo) y la conducta en cuanto a compartir conocimiento en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos; para ello se usó la metodología de enfoque cuantitativo, no experimental y diseño transversal, la población y muestra fueron 22 enfermeros asistenciales del servicio de cuidados intensivos; los instrumentos usados fueron las encuestas y dos instrumentos que le permitieron medir la conducta y el capital psicológico con los cuales obtuvo resultados que indica que el personal de enfermería cuenta con un capital medio de capital psicológico pero que a medida que el personal tiene mayor tiempo de servicios en la unidad de cuidados intensivos este nivel aumenta, encontrándose incluso que llegan a adquirir un nivel alto de capital psicológico.

Con relación al diseño de programa que se está desarrollando, se encuentra que esta información permite percibir cómo el personal que hace parte del área de UCI se siente, como es su interacción y cómo a medida que trabajan se crean habilidades que aumentan la capacidad en el desarrollo de su labor, además, la interacción es dada para que el trabajo sea en equipo, ayuda en el fortalecimiento de la humanización del servicio. Basados en criterios mencionados por anteriores estudios donde resaltan la relevancia del contacto con el personal médico, refiriendo que este influye en hacer más cómoda la estadía en la unidad de cuidados intensivos.

De acuerdo al estudio denominado “Eficacia de un Programa Educativo sobre Capacidad de Afrontamiento y Adaptación de los Familiares del Paciente Hospitalizado en la UCI y UCIM Del H.N.C.A.S.E. Arequipa – realizado por De Poma; Milagros; Granada; Naomi (2018) cuyo objetivo fue determinar la eficacia del programa educativo, el estudio es de tipo cuasi experimental se trabajó con 30 familias de pacientes que habían estado en la UCI, se determinaron como elementos de exclusión personas con alteraciones mentales, personas que expresen su deseo de no participación y personas que no firmen el consentimiento informado.

Los criterios tomados de base para la investigación fueron familiar del paciente adulto que ingresan a la UCI y UCIM, con un grado de consanguinidad directa (papa, mama e hijos) o según grado de afinidad (esposo, esposa o conviviente), familiares cuya edad sea mayor de 20 y menor

65 años; los instrumentos utilizados para la recolección de datos fue la encuesta, como técnica el cuestionario y como instrumento un formulario: El instrumento Escala de Medición del Proceso de Afrontamiento y Adaptación (CAPS) desarrollada por Callista Roy está conformada por 47 ítems agrupados en cinco factores. Para medir la capacidad de adaptación y afrontamiento se aplicó un programa educativo titulado: “AFRONTA, ADAPTATE Y SUPERA”, basado en el modelo de adaptación de Callista Roy. La población de estudio estuvo conformada por familiares de pacientes hospitalizados en UCI y UCIM del HNCASE.

Los resultados mostraron que existe predominio del sexo femenino con un 73.3%, con edades entre 51 a 65 años en un 50% entre hombres y mujeres con un nivel educativo superior completa en 60%, con un tiempo de hospitalización de más de 15 días de los pacientes de familiares de UCI y UCIM en un 53.3%. Con referencia a la variable capacidad de afrontamiento y adaptación, en el pre test los 8 casos que presentaron baja capacidad de afrontamiento y adaptación todos ellos pasaron en post test a alta capacidad de afrontamiento y adaptación, evidenciándose una variación positiva después de la aplicación del programa. Con la aplicación de la prueba estadística de Mc Nemar se concluyó que la aplicación del Programa educativo. Este estudio permite soportar como generar estrategias de afrontamiento dentro del diseño del programa permite una mayor comprensión del paciente y ser parte de la solución como red de apoyo.

El artículo denominado Humanización de la atención crítica: efectos psicológicos en los profesionales de la salud y los miembros de la familia: una revisión sistemática por Galvin; Leitch; Gill; et al (2018), donde el objetivo es estudiar y evaluar sistemáticamente intervenciones de atención con potencial “más humano” en pacientes críticamente enfermos sobre la empatía entre los profesionales de la salud, la ansiedad de los seres queridos y el agotamiento y la compasión en ambos grupos.

Se realizaron búsquedas en MEDLINE, PSYCINFO, EMBASE, CINAHL, Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (CENTRAL) y ProQuest Dissertations desde el inicio hasta el 29 de junio de 2017 en busca de estudios que investigaran los efectos de las intervenciones con potencial para humanizar la atención de los enfermos críticos en los siguientes resultados: empatía entre los profesionales de cuidados intensivos, ansiedad entre los familiares y agotamiento y fatiga por compasión en ambos grupos. Definimos una intervención humanizadora como aquella

que tiene un potencial sustancial para aumentar la proximidad física o emocional al paciente. Dos revisores seleccionaron de forma independiente los estudios, extrajeron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo y la calidad de los datos. Se incluyeron doce estudios que abordaron cuatro intervenciones discretas (visitas liberales, diarios, participación de la familia en la atención básica y reanimación presenciada) y una intervención mixta. Diez estudios midieron la ansiedad entre 1.055 familiares. Dos estudios midieron el agotamiento en 288 profesionales de cuidados intensivos. Ninguno abordó la empatía o la fatiga por compasión. Once de los estudios incluidos tuvieron un alto riesgo de sesgo general. No se calcularon estimaciones agrupadas del efecto, ya que a priori no se cumplieron las síntesis de datos.

Esta revisión identifica una brecha de conocimiento con respecto a los efectos de las intervenciones humanizadora sobre los resultados psicológicos cuantitativos clínicamente importantes entre los profesionales de la salud y los familiares. Sin embargo, sugiere que los familiares de los enfermos críticos están menos ansiosos cuando se sienten más involucrados o se le permite más tiempo junto a la cama y que las visitas liberales pueden tener efectos opuestos sobre el agotamiento de los profesionales de la salud dependiendo del contexto en el que se presenten. Este estudio soporta el diseño del programa de intervención psicológico, en el proceso de humanización de la intervención y el establecimiento de las relaciones entre el familiar – paciente y médico, como disminución de los estados de ansiedad de la red de apoyo.

De acuerdo al trabajo de grado realizado por Landa; César; Donet; Melina; (2018) denominado Efectividad del Programa de Participación Familiar en los Cuidados Básicos del Paciente en la UCI, con el objetivo de analizar y sistematizar las evidencias sobre la efectividad del programa de participación familiar en los cuidados básicos del paciente en la UCI. Ellos realizaron un estudio de tipo cualitativo y según el diseño, es una revisión sistemática observacional y retrospectiva, que sintetiza los resultados de múltiples investigaciones; utilizando base de datos como Pubmed, Medline, Elservier, BVS y Lilacs; la población fue de 20 artículos, de los cuales 10 fueron elegidos como muestra debido a su relevancia, encontrando que el 20% corresponde a España, Estados Unidos y Colombia, el 10% corresponde a Australia, Irán, Brasil y México; mientras que según el diseño de estudio, el 10% es un meta análisis de Australia, el 20% es cuasi experimental pertenecientes a Irán y Estados Unidos, 30% es descriptivo perteneciente a México, España, y Colombia, 30% es descriptivo transversal perteneciente a España, Brasil y

Colombia; y el 10% es un estudio de cohorte perteneciente a Estados Unidos. Resultados: De los 10 artículos seleccionados, el 100% presenta efectividad del programa de participación familiar, en conclusiones se evidenció en las investigaciones revisadas que existe efectividad del programa de participación familiar en los cuidados básicos del paciente en la UCI.

Es conveniente este estudio, para el diseño de programa partiendo de las conclusiones generadas donde se buscar humanizar las UCI desde el punto de vista de ser más abiertas generando programas donde los familiares sea quienes ayuden en la higiene y alimentación del paciente fortaleciendo estos vínculos afectivos, dejan abierta la posibilidad de seguir estudiando en las necesidades del familiar del paciente.

Por su parte, Mata (2016-2018) en su tesis Impacto De Un Programa De Intervención Para La Prevención Del Síndrome Postuci En Familiares En Pacientes Ingresados En UCI. El ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como afirman diferentes autores consultados, genera un estrés agudo tanto en el paciente como en los familiares, las alteraciones psicológicas son frecuentes, siendo las más prevalentes los síntomas de depresión y ansiedad, así como el síndrome de estrés postraumático. De acuerdo al estudio aporta al diseño del programa si se determinan los instrumentos de recolección de información, para aspectos como memoria y sueño.

De acuerdo a la tesis realizada por Rázuri (2017) denominada programa psicoeducativo de intervención psicológica para mejorar la adherencia al tratamiento de insuficiencia cardiaca en pacientes del Servicio de Cardiología del Hospital Luis Vernaza. El objetivo es diseñar un Programa psicoeducativo de intervención psicológica para promover hábitos de vida saludable y autocuidado durante el tratamiento e incorporación a la sociedad, en una adecuada adherencia al tratamiento en este tipo de pacientes. Es una investigación descriptiva. Para realizarla se aplicaron métodos teóricos, empíricos y estadísticos.

Tras una validación preliminar de la propuesta, por consulta a especialistas, se pudo apreciar el nivel de aceptación en cuanto a potenciación de la adherencia, fortalecimiento en la educación a pacientes y sus familiares en la adherencia al tratamiento, coherencia estructural y nivel de viabilidad práctica de la propuesta. Con este estudio se muestra cómo se debe diseñar el programa de forma interdisciplinaria con aportes de seguimiento y control desde áreas como:

Intervención de medicina, enfermería, de trabajo social, de nutrición, intervención de terapia física y de psicología en este último se debe evaluar aspectos como el grado de adherencia de los pacientes al tratamiento a través del test Morisky-Green, evaluar la calidad de vida del paciente mediante el test de Calidad de vida Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLHFQ) y a partir de este se puedan trabajar aspectos como: complejidad del tratamiento, efectos adversos de la medicación, inadecuada relación médico-paciente, inasistencia a las citas programadas., falta de confianza en el tratamiento, presencia de problemas psicológicos, depresión., dificultades para acceder a la asistencia o a los medicamentos, culpabilizarían del paciente, entre otros en conclusión, se puede mencionar que una apropiada intervención en psicología cardiaca, en este caso con la puesta en práctica de un Programa psicoeducativo, se puede ayudar al paciente con insuficiencia cardiaca a mejorar su calidad de vida a través de la adherencia a su tratamiento farmacológico y un régimen vida saludable.

En el artículo Buscando humanizar los cuidados intensivos realizado por la Calle, Gabriel Heras; Martin; Cruz & Nicolas. (2017) Humanizar es buscar la excelencia, desde un punto de vista multidimensional abordando todas las facetas de una persona y no solamente la clínica, aportando mayor cercanía y ternura, con autocrítica y capacidad de mejora. Las unidades de cuidados intensivos y los profesionales del enfermo crítico tienen el compromiso moral de liderar el cambio. Son muchos los factores que causan sufrimiento y disconfort a los pacientes críticos; los pacientes sufren dolor, sed, frío y calor, dificultad para descansar por exceso de ruido o iluminación y se ven limitados en la movilización, muchas veces por el uso de contenciones innecesarias, es importante para el programa mirando la relevancia dada en el bienestar del paciente crenado estrategias para disminuir el daño del paciente.

De esta manera en el trabajo de grado realizado por Piquero (2017) llamado Secuelas psicológicas e impacto emocional tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos, es un evento traumático y estresante tanto para los pacientes como para sus familiares. Durante el ingreso, sufren una serie de alteraciones psicológicas y emocionales que pueden prolongarse tras el alta. Esta monografía describe estas alteraciones como de la percepción (ilusiones, delirio, alucinaciones visuales, alucinaciones táctiles) alteraciones afectivas (ansiedad, estrés, desesperación) estados confusionales (confusión, desorientación) y secuelas psicoemocionales entre las cuales se identifican como estresores el tener dolor, estar encamado/sentado todo el día,

utilizar la cuña, pensar en que les pueda ocurrir algo grave, no tener alivio para el dolor y estar separado de su familia

El Síndrome Post-Cuidados Intensivos es una entidad, descrita recientemente, conformada por las secuelas físicas, cognitivas y psicológicas que pueden sufrir los pacientes tras el alta. Esta misma entidad, se ha descrito en el caso de los familiares con la exclusión de secuelas físicas. Las secuelas psicológicas, tanto de pacientes como de familiares, pueden cronificarse llegando incluso a desarrollar un Trastorno de Estrés Postraumático. La detección precoz y prevención, durante el ingreso, de alteraciones psicoemocionales constituye una estrategia de prevención de secuelas al alta. De igual manera, sería preciso un adecuado seguimiento tras el alta ya que este tipo de secuelas pueden aparecer una vez el paciente es dado de alta de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Este estudio sirve de guía para la elaboración de diseño del programa contemplando los tres capítulos en donde se hace una identificación de alteraciones, secuelas y posibles intervenciones para los daños cognitivos, emocionales y físicos.

En el artículo de Afectación Emocional De Los Pacientes Ingresados En Una Unidad De Cuidados Intensivos elaborado por Gil, Ballester, Gómez et al (2013) buscan analizar una serie de factores que generan una afectación psicológica, en él se contemplan una serie de variables sociodemográficas de exclusión entre las cuales se encuentran ser menor de 18 años, situación que prevea una estancia cortar en UCI, paciente en coma sedoanalgesiados o impedidos para hablar, cumplir criterios médicos que no permitan la intervención con el paciente y por último el diagnostico reciente o activo de algún tipo de trastorno psicológico que pudiera enmascarar la situación, de acuerdo a lo mencionado anteriormente; después 1025 ingresos consecutivos a UCI solo 40 pacientes logran ser parte de la muestra de estudio descriptivo. Para este se toman como referencias tres tipos de pruebas entre las cuales están, la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS), el cuestionario de ansiedad rasgo-estado (STAI) y el cuestionario de depresión de Beck (BDI).

Los resultados muestran síntomas ansioso-depresivos asociados al ingreso en UCI. El 55% de los pacientes refieren un grado de estrés general intermedio, siendo los principales estresores “tener que estar en la cama/sillón todo el día”, “utilizar la cuña”, “tener dolor”, “estar separado de

sus familiares más cercanos”, “no obtener alivio para el dolor aun tomando medicación” y “que no le den la medicación para el dolor cuando lo necesita”, se reflejan diferencias significativas según el género, el paciente en esta unidad está en una situación de alta complejidad donde su vida está comprometida, acompañado de un impacto psicológico que no se puede relegar dada a su influencia en la recuperación y supervivencia, este estudio sirve de soporte teórico para el diseño de programa teniendo en cuenta los estresores y los niveles ansioso- depresivos manejados por la población permitiendo ejecutar estrategias que mitiguen y disminuya el tiempo de recuperación.

De este modo, encontramos que la tesis elaborada por Campos, S; Roca, E titulada Efectividad de un Programa de Acompañamiento de UCI en el Nivel de Ansiedad en Cuidadores de Pacientes Hospitalizados en la Clínica Ricardo Palma Mayo – Julio (2012) con el objetivo de determinar la Efectividad de una intervención educativa “Conocimiento de la Unidad de Cuidados Intensivos” en la ansiedad del cuidador del paciente hospitalizado en UCI adultos enero-marzo del 2013.

Es un estudio pre experimental con un enfoque cuantitativo, de corte longitudinal con una población estudio de 20 cuidadores de pacientes que tengan un promedio de estancia hospitalaria en UCI de 5 días; la recolección de datos se hará un test sobre el conocimiento que tiene el cuidador de la UCI y se medirá su nivel de ansiedad mediante el Test de Stai, posterior a ello dará una intervención educativa basada en aspectos relacionados al conocimiento de la Unidad, finalizada dicha intervención esta será medida mediante un cuestionario. y para medir el nivel de ansiedad se hará uso del test de Stai, se tuvieron en cuenta criterios de inclusión como, cuidadores mayores de 18 años y menores de 65 años, cuidadores que acepten participar en el estudio de investigación, cuidadores con capacidades físicas y psicológicas óptimas, cuidador con parentesco de primer grado. Asimismo, con criterios de exclusión cuidadores que tengan alguna discapacidad física y/o psicológica y cuidadores no consanguíneos con pacientes.

Lo anterior aporta al diseño del programa desde la perspectiva de como la estabilidad de la red de apoyo es fundamental para el paciente y su recuperación, por ello el diseño de programas de acompañamiento ayudan a disminuir estos índices de ansiedad.

Estudios Nacionales

En relación con el tema de investigación, Vallejo; Leyton; Ayala; Becerra (2019) en su artículo los Cambios en la funcionalidad del paciente crítico y la calidad de vida después de cuidado intensivo (UCI), Pereira 2019. El paciente al egreso de la Unidad de Cuidado intensivo UCI, presenta un deterioro de la independencia funcional y la incapacidad de realizar sus propias tareas, llegando a la dependencia temporal o permanente, ya que la autonomía puede disminuirse o incluso perderse debido a la presencia de trastornos cognitivos, depresión, estrés postraumático, procesos patológicos crónicos y agudos, siendo estos factores que alteran la calidad de vida de los pacientes que sobreviven al tratamiento en una UCI, se utilizó un cuantitativo de tipo observacional, con un diseño descriptivo y de corte transversal, donde se evaluó la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes críticos después de su egreso de la UCI adulto. Para realizar la evaluación de las variables, se aplicó el Índice de Barthel que determinará el estado funcional de los individuos y la escala Whoqol – Bref, que mide la calidad de vida a las 24 horas del egreso de terapia intensiva.

Dentro de los se encontró que los pacientes egresados de UCI presentan alteraciones en su funcionalidad relacionados con los días de ventilación mecánica, días de estancia y las puntuaciones en las escalas de severidad. Dichas alteraciones en la funcionalidad determinan un deterioro en la calidad de vida que incluye las dimensiones físicas, cognitivas, psicológicas y sociales. Demostrar la importancia del profesional de Fisioterapia y Terapia Respiratoria en la rehabilitación del paciente crítico, encaminada a disminuir los días de permanencia en UCI dentro de los criterios de inclusión: se menciona pacientes en rango de edad 18 a 62 años; pacientes de sexo femenino y masculino; pacientes con falla respiratoria aguda soportado con ventilación mecánica invasiva egresados de la UCI; pacientes con puntuación de escala APACHE II al ingresar a cuidado intensivo. No obstante, los criterios de exclusión son: pacientes con Traqueostomía al egreso de la UCI; pacientes con puntuación en Glasgow menor a 12/15 al egreso de la UCI; pacientes que requieran apoyo mecánico no invasivo después de su egreso de cuidado intensivo; pacientes en embarazo, pacientes con enfermedades terminales y pacientes en cuidado paliativo. Este estudio sirve para el diseño del programa para tener dentro de los puntos a trabajar en los procesos aspectos como, estado de funcionalidad y calidad de vida.

Teniendo en cuenta, el trabajo de investigación realizado por Buitrago; Martínez (2019) denominado Adaptación Transcultural De La Escala Intensive Care Psychological Assessment Tool (Ipat) En Bogotá Y Neiva. (2019) Menciona que el ingreso de una persona a la UCI supone una situación estresante y altamente amenazadora para su vida, que puede desencadenar alteraciones psicológicas; en Colombia no existe una escala adaptada transculturalmente y validada para la detección temprana de morbilidad psicológica en pacientes de UCI, con el objetivo de determinar la versión equivalente de la escala IPAT (Evaluación psicológica de cuidados intensivos) en Colombia.

La metodología de estudio cuenta con previa autorización de los autores del instrumento, para realizar las adaptaciones correspondientes se aplicó la versión prefinal a 40 pacientes hospitalizados en UCI, según criterios de inclusión. Las preguntas 1, 2, 3, 4 y 5 tuvieron comprensibilidad del 100%, las preguntas 6, 7, 8 y 9 presentaron una comprensibilidad del 97,5% y la pregunta 10 una comprensibilidad del 90%, por lo que requirió ajustes de fondo, fase 6 se presentó la versión pre final de la escala IPAT traducida al español.

Teniendo en cuenta el diseño de programa que se Este estudio se convertirá en el punto de partida de nuevas investigaciones, orientadas a disponer en mediano plazo de una escala adaptada y validada en el idioma español colombiano, la cual pueda ser aplicada de manera rutinaria por el personal de enfermería, con el objetivo de detectar morbilidad psicológica en pacientes que han estado hospitalizados en UCI

Dentro de la practica realizada por Espinosa & Hernández (2018) en el hospital Universitario Departamental de Nariño elaboraron este artículo denominado Intervención psicológica en acompañantes de usuarios en la Unidad de Cuidado Intensivo, el cual se realizó con la finalidad de brindar un acompañamiento psicológico a los familiares y/o acompañantes de los usuarios hospitalizados en el servicio de Unidad de Cuidados Intensivos; para ello, se tuvieron en cuenta tres aspectos relevantes, que consintieron la respuesta a los objetivos planteados, dentro de los cuales se encuentran: inicialmente la psico-educación, dirigida a disminuir la desinformación y cambiar los imaginarios sociales asociados a este servicio; en segundo lugar, el proceso adaptativo, generando estrategias que permitan su adaptación, durante la estancia en esta unidad, y finalmente, para el estrés generado en la sala de espera.

Se utilizó como técnica de recolección de información, la entrevista semiestructurada para la realización del diagnóstico, que permitió identificar las necesidades destacadas, además de la implementación de actividades; la población fue de 272 familiares y solo 17 asistieron a 25 talleres, del cual se obtuvieron resultados como el desconocimiento de la UCI, la poca adaptación o resiliencia a estos espacios, el mal manejo del estrés y la importancia generar consciencia como red de apoyo a los pacientes, de acuerdo a ello es relevante para el diseño del programa porque el concluye destacando la relevancia de seguir abordando estos espacios de intervención psicológica en el ámbito hospitalario.

En el estudio realizado Tarquino (2014) por La Familia del Paciente en Unidad De Cuidado Intensivo (UCI). Menciona que no es una experiencia exclusiva del paciente; implica e involucra directamente a la familia, en aspectos generadores de estrés, estrategias de afrontamiento, temores, actitudes y expectativas, la participación de la familia en el cuidado y el rol del psicólogo; con el objetivo de revisar de los antecedentes teóricos y empíricos sobre la experiencia de la familia en UCI

Se revisaron 62 artículos indexados en bases de datos. Resultados: la UCI es algo desconocido tanto para el paciente como para la familia, por esto este entorno acentúa la aparición de síntomas ansiosos, depresivos y en algunos casos estrés post traumático. La muerte es uno de los principales temores que debe enfrentar la familia. Con el propósito de ajustarse a las demandas de la UCI, los familiares exhiben estrategias de afrontamiento enfocadas principalmente en la comunicación, el soporte espiritual y religioso y la toma de decisiones. El cuidado centrado en la familia permite una mejor comunicación, relación con el paciente y personal médico.

De acuerdo al diseño planteado para el programa de intervención se evidencia dentro de los resultados obtenidos por la revisión documental realizad por el autor indica que el papel del psicólogo es poco explorado en el espacio de la UCI, pero este puede promover estrategias de prevención y de rehabilitación en el paciente y su grupo familiar, es importante tener en cuenta que la muerte en UCI es una posibilidad, algunos síntomas como ansiedad, depresión pueden aparecer y mantenerse en el tiempo, centrar el cuidado en la familia permite tomar las decisiones basados en el diagnóstico y pronóstico y promueve expectativas realistas.

Estudios Regionales

Considerando lo contemplado en el artículo realizado por Ruidiaz; Fernández (2020) con el título Temor y angustia: experiencia del paciente en la unidad de cuidados intensivos, con el objetivo de comprender las experiencias de pacientes egresados de la unidad de cuidado intensivo de una institución clínica de tercer nivel de atención de la Ciudad de Cartagena utilizando como enfoque la teoría del desarrollo humano de Rosemarie Rizzo Parse, fue un estudio fenomenológico - interpretativo con perspectiva Hermenéutica, participaron 11 adultos egresados de la unidad de cuidados intensivos además se determinaron como criterios de inclusión ser paciente con rango de edad entre 30 y 80 años (población frecuente de hospitalización), y haber estado hospitalizado en la UCI por más de 72 horas).

Los participantes del estudio fueron ocho hombres y tres mujeres adultos, su experiencia la describieron con sentimientos de temor y angustia que incluyen los subtemas: Buen trato; imaginación de muerte: Mi vida, el trabajo y la familia; sentimientos de soledad; Fortaleza espiritual y Cambios de vida, en conclusión estar hospitalizado en la unidad de cuidados intensivos logró desencadenar una experiencia descrita como “temor y angustia”, para los participantes es primordial el núcleo familiar, la fortaleza espiritual, la transformación y cambios de vida. Se determina la relevancia a partir del fortalecimiento de la red de apoyo, esto sirve como soporte para ser contemplado en el diseño del programa.

En el artículo Experiencias del paciente en posoperatorio de cirugía cardiovascular en la UCI Clínica Medical Duarte, Cúcuta Colombia entre mayo y octubre del 2020 Martínez; Ortega & Valderrama (2020) Desde la perspectiva de postoperatorio, la experiencia de los pacientes a nivel físico, psicológico, emocional y espiritual requiere ser estudiada para favorecer la comprensión y el direccionamiento de los cuidados al interior de la unidad de cuidado intensivo.

Se realizó un estudio fenomenológico con la participación de 10 pacientes quienes se encontraban en su postoperatorio, mediante la aplicación y el análisis de la entrevista, se generaron categorías clave, a partir de las nociones teóricas de Van-Manen, el análisis de la investigación surge la categoría emergente “Consecuencias de la experiencia vivida”, el paciente en la unidad de cuidados intensivos debe visualizarse de forma holística pero también individualmente, para

lograr entender las vivencias existenciales que plantea Van Manen y fomentar los factores protectores que cada paciente tiene para lograr una recuperación satisfactoria en el postoperatorio. Esto sirve de soporte para el diseño del programa teniendo en cuenta lo referido por los pacientes desde el estado emocional fueron felicidad, confianza y gratitud, los cuales se relacionan en gran medida con la recuperación de la funcionalidad e independencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria por parte de los pacientes tras la recuperación de los procedimientos quirúrgicos, situación que genera un cambio en la percepción con respecto al evento que se encuentran viviendo.

En el artículo denominado Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI): Revisión de tema hecho por Palacios; Pulido & Ramos (2017). El dolor es una condición frecuente en los pacientes que se encuentran en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), precipitado y mantenido por estímulos biológicos, psicológicos y sociales. Por esta razón, la atención del paciente con dolor en estos escenarios, trasciende el alcance médico y requiere de la interdisciplinariedad. Con el objetivo de presentar las estrategias de evaluación e intervención del dolor en pacientes que se encuentran en UCI y proponer una estrategia de abordaje interdisciplinario del dolor en estas unidades. La literatura muestra, con base en la evidencia de que la intervención del paciente dolor en UCI es multidisciplinaria, se propone una intervención interdisciplinaria que incluya a la familia del paciente. Esto soporta como una intervención de esta índole ayuda al mejoramiento de la calidad de vida del paciente, minimizando el dolor desde diferentes puntos.

J; Ramos, D (2017). El dolor es una condición frecuente en los pacientes que se encuentran en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI), precipitado y mantenido por estímulos biológicos, psicológicos y sociales. Por esta razón, la atención del paciente con dolor en estos escenarios, trasciende el alcance médico y requiere de la interdisciplinariedad. Con el objetivo de presentar las estrategias de evaluación e intervención del dolor en pacientes que se encuentran en UCI y proponer una estrategia de abordaje interdisciplinario del dolor en estas unidades. La literatura muestra, con base en la evidencia de que la intervención del paciente dolor en UCI es multidisciplinaria, se propone una intervención interdisciplinaria que incluya a la familia del paciente. Esto soporta como una intervención de esta índole ayuda al mejoramiento de la calidad de vida del paciente, minimizando el dolor desde diferentes puntos.

De acuerdo con el articulo Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) elaborado por Contreras & Palacios (2014) Los temores, la soledad y la pérdida de autonomía son condiciones frecuentes que confrontan a los actores de estas unidades con la vulnerabilidad, el sufrimiento y la muerte, el objetivo es presentar y argumentar las razones por las que la participación del psicólogo resulta pertinente, relevante e indispensable en el trabajo interdisciplinario dentro de las UCI. La metodología usada se basó en la evidencia empírica se obtuvo de artículos científicos extraídos de bases de datos especializadas. Estar en una UCI es una experiencia altamente estresante y potencialmente traumática, pues los pacientes se enfrentan a situaciones que comprometen la vida y se confrontan con la muerte. En conclusión, el psicólogo, como estudioso del comportamiento, puede contribuir de manera activa en la evaluación y el manejo del paciente crítico, de su familia y de los miembros del equipo de salud.

El diseño del programa busca minimizar los síntomas de ansiedad, depresión, estrés agudo y post traumático no solo afectan la salud mental sino también tienen una influencia en su salud física haciendo que el proceso de rehabilitación se haga más complejo si no cuenta con el acompañamiento conveniente de un psicólogo de la salud.

Diseño Del Programa

El diseño del programa denominado “Viviendo una nueva oportunidad” tiene como finalidad abordar tres ejes temáticos, que comprenden, el proceso de humanización del servicio, el paciente y red de apoyo. Se diseñarán una serie de intervenciones cuyas estrategias buscan identificar el estado de la salud mental del paciente mitigando las secuelas causadas por el tiempo de permanencia en la UCI; en este mismo sentido se busca evaluar y entregar herramientas que puedan ser usadas por su red de apoyo (familia y personal médico) disminuyendo la sobrecarga del cuidador tanto físico, emocional y cognitivo.

Cabe mencionar, que el proceso de humanización se abordara desde los primeros auxilios psicológicos, la adherencia al tratamiento e intervención interdisciplinaria (evaluación sistémica); con ello se pretende mostrar de manera integral el proceso de rehabilitación del ser. De acuerdo a los diversos estudios se logra realizar una caracterización de las afectaciones a la salud mental de estos pacientes, entre los cuales encontramos Ansiedad, depresión, estés postraumático y síndrome post-Uci (PICS); teniendo en cuenta la emergencia sanitaria por la que está atravesando el mundo COVID 19 en la actualidad, si bien es cierto existen una serie de programas diseñados por diferentes profesionales de la salud donde resaltan la importancia de la intervención psicológica en estos pacientes, desde este punto radica la importancia de crear un programa diseñado por psicólogos que contribuya en las estrategias de prevención y mitigación frente a cada una de las secuelas dejadas por esta área intensiva de salud.

En relación con la población que será objeto de estudio se tendrán en cuenta criterios de inclusión los cuales permiten hacer una mejor selección y los cuales son: deben ser pacientes hospitalizados UCI por causa de COVID- 19, que su tiempo de hospitalización sea mayor a 10 días, la edad sea mayor de 18 años, que brinde su consentimiento de aprobación. Con base a las estadísticas actuales por el Instituto Nacional De Salud (2021) menciona que el total de los pacientes que han pasado por la UCI en la provincia de Pamplona hasta el miércoles 04 abril del 2021 es de 4 pacientes positivos para COVID- 19 de los cuales 3 son hombre y 1 es mujer, oscilan en las edades de 18 a 48 años y se encuentran cumpliendo la cuarentena en sus lugares de residencia, para ese mismo momento en la Unidad De Cuidados Intensivos para el área respiratoria se encuentra 14 personas con medidas de aislamiento; en este sentido se evidencia que en esta

unidad es importante tener un seguimiento con el cual ayude a la recuperación no solo física sino emocional del paciente.

Anexo 2 Variables de estudio

Paciente UCI Covid 19 De acuerdo con la OPS (organización panamericana de la salud) citando a la (OMS) “define como paciente UCI a casos complicados donde el paciente necesita soporte ventilatorio, vigilancia y manejo en la UCI (OMS, 2020) pág. 2”	**Salud Mental:** es definido por la OMS (2018) “La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad.”
	Cuidador/familia: se acota esta connotación a las personas que de manera habitual se encargan de ayudar a su familiar en las actividades básicas de la vida diaria. García (2020)
	Humanización del servicio: “Hace referencia al abordaje integral del ser humano, donde interactúan las dimensiones biológicas, psicológicas y conductuales” P, Hoyos (2008)

Nota: en la tabla 1 contiene la definición de las variables abordadas por el diseño de programa (Elaboración propia del autor Umaña, J. 2021)

Objetivos

General

Proponer un modelo de intervención a pacientes Covid 19 después de salir de UCI por medio de un programa de estrategias psicoeducativas que promuevan el proceso de rehabilitación integral

Específicos

Definir las afectaciones producida por la estadía en la UCI en la salud mental por medio de escalas de evaluación y medición para diagnosticar el nivel de afectación.

Promover capacitaciones que permitan al cuidador la comprensión de la situación que enfrenta el paciente, con la cual adquiera habilidades que le permitan ayudar a su familiar en el proceso de recuperación.

Sensibilizar al personal hospitalario del área de UCI acerca de los procesos de Humanización del servicio por medio de talleres psicoeducativos para disminuir los efectos colaterales hallados

Metodología De Abordaje

Tipo Y Diseño De Investigación.

El presente estudio “Diseño De Un Programa De Acompañamiento Psicológico A Pacientes Covid 19 Después De Salir De UCI. Viviendo Una Nueva Oportunidad”, es una investigación por naturaleza cualitativa debido a que busca diseñar estrategias que permitan disminuir el tiempo de rehabilitación después de salir de UCI por causa del COVID 19.

La investigación cualitativa se enfoca en una recolección de datos sin medición numérica, es interpretativo, permite hacer una revisión más detallada visualizando la profundidad de una problemática, transformándolo en representaciones observables como anotaciones, grabaciones y documentos con dos cualidades principales que es ser naturalista e interpretativa. (Chaves, M; 2014 et al citando a Baptista, Collado y Sampieri 2010)

Diseño De Investigación

De acuerdo a los objetivos de la investigación, es un diseño cuasi experimental, este tipo de diseño “los principales instrumentos de trabajo dentro del ámbito aplicado, son esquemas de investigación no aleatorios. Dado la no aleatorización, no es posible establecer de forma exacta la equivalencia inicial de los grupos, como ocurre en los diseños experimentales” (Bono,2012) por otra parte, el alcance de este estudio será longitudinal “Los estudios longitudinales con los diseños de evolución de grupo se examinan cambios a través del tiempo en subpoblaciones o grupos específicos (Chaves, M; 2014 et al citando a Baptista, Collado y Sampieri 2010), se considera que es el tipo de alcance apropiado para la creación de este programa, teniendo en cuenta que la población son pacientes COVID 19 saliendo y la finalidad del programa es disminuir el tiempo de rehabilitación.

Tipo de muestra

El muestreo es no probabilístico técnica que permite seleccionar a los individuos de una población a investigar, posean las mismas oportunidades de selección predominan aquellos que, al cumplir con cierta cualidad o característica, benefician la investigación. Muestreo no probabilístico (2019)

Anexo 3 Descripción de temáticas de abordaje

	LÍNEA DE INTERVENCIÓN	**TEMAS**	**INSTRUMENTO /ACTIVIDAD**	**SESIONES**
UNA NUEVA OPORTUNIDAD	Salud mental	• Ansiedad • Depresión • Estrés post traumático • Síndrome post-UCI (PICS)	• STAI • BDI-II • HADS • LEEDS • IDER • TEPT	5 Sesiones
	Cuidador/ Familia	• Capacitación del contexto UCI • Desgaste del cuidador • Bienestar Integral	• Capacitaciones • Sesiones individuales • Infografía	5 Sesiones
	Humanización Del Servicio De salud	• Intervención Interdisciplinaria Humanizada (Evaluación sistémica)	• Talleres psicoeducativos • Conversatorios • Juego de roles	5 Sesiones

• Primeros auxilios psicológicos • Adherencia al tratamiento

Nota: la tabla 2 contiene información de las sesiones, cantidad y temas que se trabaja con la población.

Anexo 4 Cronograma de actividades

	Selección de muestra	**Selección de muestra**	**Contacto inicial (paciente y familiar) firma de consentimiento informado**	**Contacto inicial (paciente y familiar) firma de consentimiento informado**	**Contacto inicial (paciente y familiar) firma de consentimiento informado**
Fase 1	Aplicación de test a paciente y cuidadores	Aplicación de test a paciente y cuidadores	Aplicación de test a paciente y cuidadores	Aplicación de test a paciente y cuidadores	Aplicación de test a paciente y cuidadores
	Análisis de resultado y diagnostico	Análisis de resultado y diagnostico	Análisis de resultado y diagnostico	Análisis de resultado y diagnostico	Análisis de resultado y diagnostico
	Sesión individual con pacientes	Sesión individual con pacientes	Sesión individual con pacientes	Sesión individual con familiares	Sesión individual con familiares
	Sesión individual con familiares	Sesión con abordaje sistémico	Sesión con abordaje sistémico	Sesión con abordaje sistémico	Sesión con abordaje sistémico

		(paciente y cuidador)	(paciente y cuidador)	(paciente y cuidador)	(paciente y cuidador)
Fase 2	Taller Psicoeducativo con el personal hospitalario UCI	Taller Psicoeducativo con el personal hospitalario UCI	Capacitación de cuidados del paciente. Este es dirigido al cuidador	Capacitaciones de cuidados del paciente. Este es dirigido al cuidador	Capacitaciones de cuidados del paciente. Este es dirigido al cuidador
	Cesión individual paciente	Cesión individual paciente	Cesión individual paciente	Cesión individual paciente	Cesión individual paciente
	Cesión individual paciente	Cesión individual paciente	Cesión individual paciente	Cesión individual paciente	Cesión individual paciente
	Sesión individual con familiares	Sesión individual con familiares	Sesión individual con familiares	Sesión individual con familiares	Sesión con abordaje sistémico (paciente y cuidador)
	Sesión con abordaje sistémico (paciente y cuidador)	Sesión con abordaje sistémico (paciente y cuidador)	Conversatorio con paciente, cuidador y personal de área de UCI	Conversatorio con paciente, cuidador y personal de área de UCI	Conversatorio con paciente, cuidador y personal de área de UCI
Fase 3	Test, re-test y formulario.				

Nota: la tabla 3 contiene información con referencia a manejo de tiempo y tema que se abordara con la población.

Fase 1

Fase de selección de la muestra

El objetivo de esta fase es la selección de la muestra bajo los criterios establecidos a los pacientes que aran parte del programa, haciendo uso del formato “post UCI” para iniciar la intervención psicológica. Es importante tener en cuenta las características de la población con la cual se requiere trabajar para comprobar como el acompañamiento psicológico es importante en el proceso de rehabilitación integral y humanizada, para ello es importante tener en cuenta las características primordiales y de exclusión para segmentar la población.

Anexo 5 Formato paciente Pos-UCI

Pacientes Post UCI	
Fecha:	
Nombre:	Apellidos:
Edad:	Fecha de Nacimiento:
Género:	CC:
EPS:	Dirección:
Patología:	Cel:
Tiempo de Hospitalización:	
Observaciones: (En este apartado se debe colocar específicamente que tipo de dificultades físicas, emocionales, cognitivas, red de apoyo y su relación con su médico son prevalentes en el paciente) Físicas: Emocionales: Cognitivas:	

Red de Apoyo: Relación médico paciente:

_____ _____

FIRMA DE LA PSICÓLOGA (O) **CIUDAD Y FECHA**

CC No.

Anexo 6 Ficha Técnica: State Trait Anxiety Inventory

State Trait Anxiety Inventory	
Nombre técnico	STAI
Autores	Spielberger, Gousuch y Lushene
Año de publicación	1968
Finalidad de evaluación	Características de la ansiedad
Base teórica	Teoría de ansiedad rasgo-estado de Spielberger (1972).
Descripción general	Consta de dos escalas que miden facetas diferentes de la ansiedad: el estado y el rasgo. La escala de estado informa sobre La intensidad con la que aparecen síntomas de la ansiedad ante un evento concreto y la escala de rasgo indica cómo se siente habitualmente.
Posibles usos	En preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica.

Evaluados	Paciente	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectivo		Individual
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas		
Edad de aplicación	16 años en adelante		
Duración de la aplicación	15 a 20 minutos		

Anexo 7 Ficha Técnica: Inventario De Depresión Para Adultos De Beck

Inventario de depresión para adultos de Beck			
Nombre técnico	BDI		
Autores	Beck, Brown y Steer (versión castellana: Vásquez y Sanz)		
Año de publicación	1961 (versión castellana: 1991)		
Finalidad de evaluación	Síntomas depresivos según criterios DSM-I		
Base teórica	Depresión ausente o mínima, depresión leve, depresión moderada y depresión grave		
Descripción general	Evalúa la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión. Los ítems se relacionan con síntomas depresivos, tanto emocionales como cognitivos y físicos.		
Posibles usos	Depresión, traumatismo craneoencefálico		
Evaluados	Paciente	Cuidadores	Personal de salud
Forma de aplicación	Colectivo		Individual
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas		
Edad de aplicación	13 años en adelante		
Duración de la aplicación	10 a 15 minutos		

Anexo 8 Ficha Técnica: Escala de Hamilton para ansiedad

Escala de Hamilton para ansiedad	
Nombre técnico	HADS
Autores	M. Hamilton (versión española: Carrobles y otros autores)
Año de publicación	1969 (versión española: 1986)
Finalidad de evaluación	Intensidad de la ansiedad
Base teórica	Procedencia teórica mixta
Descripción general	Es una escala heteroadministrada por el personal clínico, una vez se ha llevado a cabo la entrevista inicial y se sospecha de la presencia de Sintomatología ansiosa. Su medida se hace en términos de intensidad y frecuencia.
Posibles usos	En preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos y acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica, en especial enfermedad coronaria y fibromialgia.
Evaluados	Paciente Cuidador Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas
Edad de aplicación	16 años en adelante
Duración de la aplicación	30 minutos

Anexo 9 Ficha Técnica: Escalas de ansiedad y depresión de Leeds

Escalas de ansiedad y depresión de Leeds	
Nombre técnico	LEEDS
Autores	Snaith, Bridge y Hamilton
Año de publicación	1976
Finalidad de evaluación	Ansiedad y depresión
Base teórica	Procedencia teórica mixta
Descripción general	Consta de 22 ítems con 4 alternativas de respuesta. Proporciona una puntuación total ansiedad-depresión y en 5 subescalas: ansiedad específica, depresión específica, puntuación diferencial y a partir de esta última se obtiene predominio de sintomatología ansiosa o predominio de sintomatología depresiva, si se presenta un caso mixto.
Posibles usos	En preparación y realización de procedimientos médico-quirúrgicos, especialmente en casos de trasplantes y en acompañamiento de personas y familiares con enfermedad crónica
Evaluados	Paciente Cuidador Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas
Edad de aplicación	Adultos
Duración de la aplicación	Entre 10 a 15 minutos

Anexo 10 Ficha Técnica: Inventario de depresión estado-rasgo

Inventario de depresión estado-rasgo	
Nombre técnico	IDER
Autores	Spielberger, Agudelo y Buela-Casal
Año de publicación	2008
Finalidad de evaluación	Componentes afectivos de la depresión
Base teórica	Área de contenido, distimia estado, eutimia estado, distimia rasgo, eutimia rasgo
Descripción general	Consta de 10 ítems con 4 opciones de respuesta en escala de Likert. El cuestionario consta de 2 escalas: rasgo y estado, cada una con 10 ítems: 5 para distimia y 5 para eutimia.
Posibles usos	Depresión
Evaluados	Paciente Cuidador Personal de salud
Forma de aplicación	Colectiva Individual
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas
Edad de aplicación	16 años en adelante
Duración de la aplicación	10-15 minutos

Anexo 11 Ficha Técnica: Trastorno por estrés post-traumático (TEPT).

Trastorno por estrés post-traumático (TEPT).	
Nombre técnico	TEPT
Autores	María Crespo, María Del Mar Gómez
Año de publicación	2012 Madrid
Finalidad de evaluación	Evaluación de la sintomatología postraumática y diagnóstico del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en victimas adultas de distintos acontecimientos.

Base teórica	según la teoría del procesamiento dual de Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996 quien menciona que las denominadas emociones secundarias que acompañan a las memorias verbalmente accesibles
Descripción general	Puntuación de criterios basadas en el cumplimiento de los criterios diagnósticos DSM y normativa, en percentiles elaboradas a partir de una muestra clínica de personas expuestas a distintos tipos de acontecimiento traumático.
Posibles usos	Estrés postraumático
Evaluados	Paciente Cuidador Personal de salud
Forma de aplicación	Individual
Presentación de los resultados	Puntuaciones directas
Edad de aplicación	18 años en adelante
Duración de la aplicación	30 minutos

Anexo 12 Ficha Técnica: Test Resiliencia

INSTRUMENTOS DE EVALUACION FAMILIAR

RESILIENCIA

Observar aquellas condiciones que posibilitan el abrirse a un desarrollo más sano y positivo a pesar de vivir en condiciones desfavorables o vivir en un ambiente psicológicamente insano.

CARACTERISTICAS: La resiliencia se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos que posibilitan tener una vida sana viviendo en un medio insano. Estos procesos tendrían lugar a través del tiempo, dando afortunadas combinaciones entre atributos del niño y su ambiente familiar, social y cultural. La resiliencia no puede ser pensada como un atributo con que los niños nacen, ni que los niños adquieren durante su desarrollo, sino que se trataría de un proceso interactivo.

FUNCIONAMIENTO PSICOLOGICO QUE PROTEGE DEL ESTRÉS (factor protector)

- Sentido del humor positivo
- Mayor tendencia al acercamiento
- Mayor autoestima
- Menor tendencia a sentimientos de desesperanza
- Mayor autonomía e independencia
- Habilidades de enfrentamiento que además de otras ya mencionadas, incluyen orientación hacia las tareas, mejor manejo económico, etc.

FACTORES QUE PROMUEVEN LA RESILIENCIA (factores protectores)

- Capacidad reflexiva y responsabilidad frente a otras personas
- Capacidad intelectual y la forma en que es utilizada
- Naturaleza de la familia respecto de atributos tales como su cohesión, la ternura y preocupación por el bienestar de los niños
- Disponibilidad de fuentes de apoyo externo (profesor, un padre, madre sustituta, o bien instituciones tales como la escuela, agencias sociales o la iglesia entre otros)

PILARES DE LA RESILIENCIA (indicadores de resiliencia)

- Introspección: Capacidad de preguntarse a si mismo y darse una respuesta honesta.
- Independencia: Saber fijar límites entre uno mismo y el medio con problemas, capacidad de mantener distancia emocional y física sin caer en el aislamiento.
- Capacidad de Relacionarse: Habilidad para establecer lazos e intimidad con otras personas para equilibrar la propia necesidad de afecto con la actitud de brindarle a otros.
- Iniciativa: Gusto de exigirse y ponerse a prueba en tareas progresivamente mas exigentes
- Humor: Encontrar lo cómico en la propia tragedia
- Creatividad: Capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden
- Compromiso con otros: Consecuencias para extender el deseo personal de bienestar a otros y capacidad con valores.
- Autoestima consistente: Base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo consecuente del niño o adolescente por parte de un adulto significativo.

Nota: La aplicación de este test es familiar.

Anexo 13 Formato de Informe Psicológico

I. DATOS PERSONALES
Nombre: Documento de identificación: Lugar y fecha de nacimiento:

Edad: Procedencia: Estado civil: Escolaridad: Ocupación: Religión: Informante/referente: No. Dé sesiones: Fecha de elaboración:
II. REMITIDO POR:
III. MOTIVO DE CONSULTA:
IV. HISTORIA DE LA PROBLEMATICA: Inició: Duración: Frecuencia: Áreas disfuncionales:
V. INSTRUMENTOS APLICADOS
VI. BREVE RESUMEN DE LA HISTORIA FAMILIAR PERSONAL
VII. OBJETIVOS DE TRATAMIENTO ACORDADOS POR EL CONSULTANTE

VIII. RESULTADOS OBTENIDOS Y CONCLUSIÓN
IX. RECOMENDACIONES

FIRMA DE LA PSICÓLOGA (O) **CIUDAD Y FECHA**

CC No.

Anexo 14 Formato de Historia Clínica Psicológica

HISTORIA CLINICA PSICOLÓGICA
I. DATOS PERSONALES
Documento de identificación: Nombre: Lugar y fecha de nacimiento: Edad: Procedencia: Estado civil: Escolaridad: Ocupación: Religión: Informante/referente:

No. Dé sesiones: Fecha de elaboración:
II. REMITIDO POR:
III. MOTIVO DE CONSULTA:
IV. HISTORIA DE LA PROBLEMATICA: Inició: Duración: Frecuencia: Áreas disfuncionales:
V. DESCRIPCION FISICA Estatura: Contextura: Color de piel: Cabello: Ojos: Rasgos sobresalientes: Presentación personal:

VI. COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA

VII. EXAMEN MENTAL

A. PORTE Y ACTITUD

B. CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN

- *Se evaluó haciéndole al paciente estas preguntas:*
  - *¿Qué día es hoy?*
  - *¿Qué hora es?*
  - *¿Dónde te encuentras ahora?*
  - *¿Cómo te llamas?*

C. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

D. SUEÑO

E. AFECTO

F. PENSAMIENTO

- Forma:
- Curso:
- Asociación:
- Contenido:

G. LENGUAJE

H. SENSOPERCEPCIÓN:

I. MEMORIA

J. CÁLCULO E INTELIGENCIA

Preguntas de cálculo:

5x10=

50+98=

148-15=

Se le pide que reste de 7 en 7 desde el 100

Pregunta de comprensión

- ¿Qué significa todo lo que brilla no es oro?

Preguntas de semejanza

- Manzana y naranja:
- Tren y bicicletas:
- Reloj y regla:

K. JUICIO Y REALIDAD

L. PSICOMOTOR

M. CONDUCTAS SEXUAL

N. CONDUCTA ALIMENTICIA

VIII. DATOS RELEVANTES Y ANTECEDENTES (PASADO Y PRESENTE)

AREAS DE AJUSTE

Área física:

Comportamiento:

Área familiar:

Área personal/afectiva

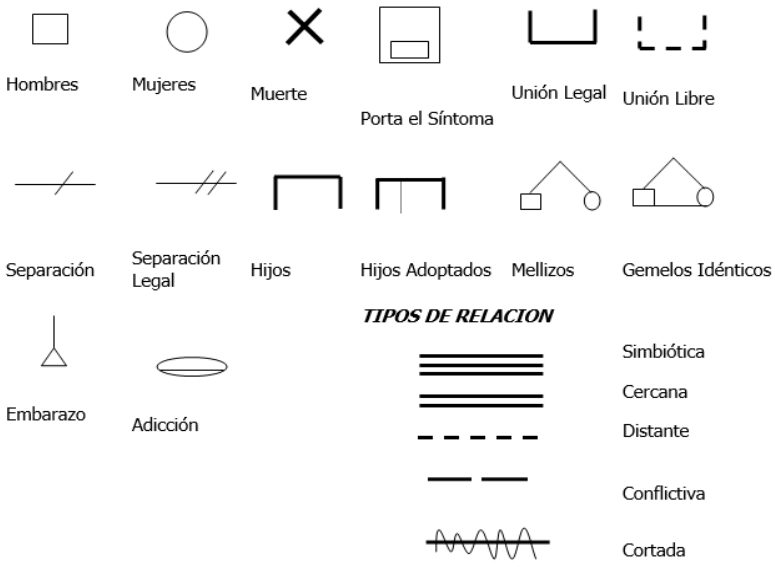
Área sexual:

Área académica:

Área laboral:

Área espiritual:

IX. GENOGRAMA



Nombre	Sexo	Edad	Ocupación

X. EVALUACIÓN PSIQUIÁTRICA MULTIAXIAL

Eje 1: (En él se codifican los trastornos clínicos y otras enfermedades que puedan ser objeto de atención clínica)

Eje 2: (Se codifican en este eje los trastornos de la personalidad, el retraso mental y los mecanismos de defensa)

Eje 3: (En este eje se incluyen las enfermedades médicas y los problemas físicos cuando van acompañados de un trastorno mental).

Eje 4: (Se codifican en este eje los problemas ambientales y psicosociales que contribuyen con un trastorno) **Eje 5:** (En este eje se incluye la opinión del clínico respecto del nivel de funcionamiento y actividad del paciente.)
XI. PROCESO DE EVALUACION:
XII. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA- HALLAZGOS PERTINENTES
XIII. PLAN DE INTERVENCIÓN
XIV. RESULTADOS OBTENIDOS (LOGROS Y DIFICULTADES)
XV. ESTADO ACTUAL DEL CASO
XVI. SUGERENCIAS

_____ _____

FIRMA DE LA PSICÓLOGA (O) **CIUDAD Y FECHA**

CC No.

Fase 2

En esta fase se encuentra información relevante, en apéndice (A) corresponde a la cartilla (guía didáctica “viviendo una nueva oportunidad”) donde se especifica las fases de aplicación con cada uno de los estadios poblacionales, permitiendo un mejor abordaje por pare del psicólogo.

Anexo 15 Sesiones Para Aplicación

Sesiones	**Metodología**	**Escenarios**	**Recursos**
Sesión 1 **Titulo:** De La Mano Con Tu Familiar *“La familia es una de las obras maestras de la naturaleza”. (George Santayana)* **Tema:**	**Población:** Cuidadores del Paciente **Tiempo:** 30-45 minutos Aproximadamente. **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación** La psicóloga realizara un saludo formal con la población (familiares y	**Escenario 1** *“Prepárate Para Lo Que Vives”* Continuando el encuentro que lleva como título “De La Mano Con Tu Familiar” se abordara por medio de diapositivas en la plataforma genial; el tema de Contextualización de Unidad De Cuidados Intensivos, esto con finalidad de sensibilizar generando un aprendizaje del espacio	**Recursos** ***Humanos*** Psicólogas, personal administrativo y personal médico. ***Tecnológicos:*** Computador, acceso a internet y herramientas digitales (diapositivas). ***Físicos***

Contexto Unidad De Cuidados Intensivos. **Objetivo** Concientizar al familiar o cuidador del paciente acerca de la unidad de cuidados intensivos por medio de una capacitación con la finalidad de crear una estabilidad emocional.	cuidadores) donde se pretende trasmitir el acompañamiento durante el proceso de cuidados intensivos que tenga el paciente, de la misma manera se incentivara a la participación con las dudas y o el poder compartir como se sienten durante el proceso. **Fase De Construcción Inicial** **Actividad Rompe Hielo: Respiración En Cuatro Tiempos** Link: https://www.youtube.com/watch?v=-YBtpyWTWUc (Se sugiere este para abordar la actividad de respiración 4 tiempos.) Parte de esta actividad se les pedirá a los familiares/cuidadores que realicen una técnica de respiración la cual tiene	ocupado por el familiar en el área de UCI. Link: https://www.canva.com/design/DAEe93lxnPc/KdUBaqXdItOMCPEzKyA6bQ/edit# **Fase De Recolección De Datos** En esta fase la psicóloga hará unas preguntas pertinentes ¿Cómo se sintió con el ejercicio?, ¿considera que le ayuda el conocer esta información?, ¿Cómo se siente después de conocer el contexto donde estuvo su familiar? ¿Fueron aclaradas sus dudas con las que llego al encuentro?	Cartón, copias (imágenes UCI y nombres de las mismas) colbón y cinta.

	por nombre “respiración en cuatro tiempos” la intención al usar esta técnica es generar en los participantes una tranquilidad y una receptividad de la información, esto con la finalidad de iniciar de manera amena su proceso y concientización de lo que sucede. *Pasos De La Técnica De Respiración Cuatro Tiempos* 1. Adoptar una postura relajada y cómoda. Puede ser de pie o sentado. 2. Inspiración. Tomar aire inhalando profundamente por la nariz. A continuación, se retiene el aire en los pulmones. 3. Exhalación. Expulsar el aire por la nariz o la boca.	Después de escuchar las respuestas de los participantes con respecto a la capacitación del contexto UCI se busca generar un parte de tranquilidad para la familia y red de apoyo para la comprensión del proceso de rehabilitación en los pacientes y/o familiar. Actividad del Concéntrese La psicóloga le presentara unas imágenes (Materiales de UCI) y unas palabras que se encontraran sobre una superficie plana, volteadas estas se van girando en la medida que el participando va avanzando hasta que logre generar las parejas entre los materiales de la UCI y las palabras **Devolución De Aportes**	

	4.Retención de la exhalación	Se invitará al grupo a que comparta la información que fue referida durante el encuentro. De esta manera se estimula en la continuación del proceso de rehabilitación tanto para el paciente como para su cuidador, se busca replicar la información en sus casas explicándole a su familiar el proceso por el que paso el paciente. Se va a generar un espacio de preguntas de acuerdo a la información suministrada para aquellas dudas generadas a partir de las máquinas e instrumentos utilizados en área del UCI por el personal médico, frente a las posibles secuelas generadas a partir de la misma. **Tarea para casa** **Multiplicador de conocimiento**	

		Partiendo de la relación paciente-cuidador se genera una serie de rompecabezas con finalidad de que sean armado de manera conjunta, se busca con de esta dinámica que el paciente reconozca el espacio donde se desarrolló los cuidados intensivos, en este sentido exprese las emociones o sensaciones que sintió durante la estadía, el papel del cuidador será acompañarlo y anotar algunas de las ideas que menciona su familiar**.**	
Sesión 2 **Titulo:** Te Cuido y me Cuido *"Me sostengo con el amor de mi familia".* *(Maya Angelou)*	**Población:** Cuidadores del Paciente **Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente.	**Escenario 1** *Semáforo del cuidador* Teniendo como referente el síndrome del cuidador, se pretende elaborar un semáforo desde los tres enfoques el color rojo para las señales de alerta en	**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga. ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes

Tema: Desgaste del cuidador. **Objetivo** Psicoeducar frente al desgaste del cuidador por medio de una capacitación favoreciendo el autocuidado.	**Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación** La psicóloga realizara un saludo formal con la población (familiares y cuidadores) donde se establece la importancia del acompañamiento Post UCI al paciente. Se busca resaltar el autocuidado como red de apoyo para el paciente haciendo referencia a las señales de riesgos y la prevención de los mismos. Asimismo, se genera una retroalimentación en cuanto a si hicieron réplicas de la información compartida en el encuentro anterior. **Fase De Construcción Inicial**	términos de desgaste, el color amarillo para las estrategias de prevención y el color verde para los términos del concepto de este término en marco desde una perspectiva física, psicología y de la salud. Cuidando a… (Se les dará una hoja tamaño carta la cual contiene una figura humana, está se encuentra estructurada con cuatro espacios. El primero está el encabezado titulado cuidando a … En este espacio él cuidador debe colocar su nombre según sea, en la segunda parte (izquierda de la hoja) el espacio está relacionado con las señales de desgaste, a su vez dividido en dos partes, la primera el cuidador deberá	***Físicos*** Fotocopias, lápiz, colores, papel bond y marcadores

	Actividad Rompe Hielo **Emociones Rápidas:** Nombra la mayor cantidad de emociones que haya sido más constantes durante la semana. (Esta actividad se hará en un minuto)	responder a la pregunta realizada por el psicólogo (a), para el segundo cuadro se escribirán las respuestas más acertadas a la pregunta realizada con la finalidad de dar claridad a la misma. En la sección derecha de la hoja se plasmará el cómo prevenir el síndrome del cuidador, en este mismo sentido se encuentra estructurado en dos partes. En la parte inferior de hoja se dará claridad al concepto del síndrome de cuidador). **Fase De Recolección De Datos** En esta fase la psicóloga hará la evaluación pertinente por medio de un laberinto con 4 salidas correspondientes a cómo prevenir el síndrome del cuidador.	

		Posterior a esto se les preguntara como les pareció la temática trabajada. **Devolución De Aportes** En un pliego de papel bond las personas expresaran en una palabra como se sintieron en la actividad. (Se pega el papel en una pared y se les pasara unos marcadores para plasmar las palabras.) **Tarea para Casa** Cuidando La Vida Incentivando el compromiso que tiene el cuidador con su salud y el paciente para con su Autocuidado se entregara una planta, el sentido es que los cuidados sean generados por los dos, de esta manera se mantiene la comunicación asertiva constante con el	

		propósito de mantenerla lo mejor cuidada posible. Nota: Las instrucciones están sujetas a restricciones médicas o de movilidad del paciente.	
Sesión 3 **Titulo:** Cuidado con el ritmo *"Tienes que esperar cosas de ti mismo antes de poder hacerlas". (Bo Jackson)* **Tema:** Desgaste del cuidador. **Objetivo** Fomentar en los cuidadores hábitos saludables por medio de una	**Población:** Cuidadores del Paciente **Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación** La psicóloga realizara un saludo formal con la población (familiares y cuidadores) donde se establece la importancia del acompañamiento Post UCI al paciente.	**Escenario 1** *"Una vez que algo es una pasión, hay motivación". (Michael Schumacher)* Continuando el encuentro que lleva como título "Cuidado con el Ritmo" se abordara por medio de una rumba terapia que busca favorecer el sistema cardiovascular y óseo minimizando el estrés, mejorando las emociones, reduciendo en las enfermedades, oxigena el cerebro aumentando la coordinación. (Se elaboró un folleto como una forma de resumir la	**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga y el entrenador ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes ***Físicos*** Fotocopias, lápiz, colores, espacio grande, papel bond y marcadores.

Rumbaterapia promoviendo un estilo de vida.	Se busca resaltar el autocuidado como red de apoyo para el paciente haciendo referencia a las señales de riesgos y la prevención de los mismos. Asimismo, se genera una retroalimentación en cuanto a si hicieron réplicas de la información compartida en el encuentro anterior. Se pregunta cómo van con la planta que se les facilito para su cuidado. **Fase De Construcción Inicial** **Actividad Rompe Hielo** **Gimnasio Cerebral** La psicóloga en una hoja tamaño carta estipula 3 ejercicios (Operaciones matemáticas sencillas, sopa de letras y mencionar un refrán o trabalenguas)	información suministrada por encargado de la “rumba” Link: (Se sugiere buscar un coreógrafo para la rutina, el link es opcional.) https://www.youtube.com/watch?v=lYZsbeM_VL8 **Fase De Recolección De Datos** En esta fase la psicóloga orientara la evaluación por medio de la actividad Gracias Por… (Ella consiste en hacer una serie de afirmaciones donde el participante resalta los aspectos positivos de la actividad y los plasmara en un pliego de papel bond estos se utilizarán para crear el mural del progreso, al terminar las	

	como una estrategia que permita descentralizar la tensión y se abra a nuevos conceptos.	aplicaciones se unirán todos creando dicho mural) Gracias Por los beneficios de la actividad física. **Devolución De Aportes** Se generará un feedback con respecto a la temática desarrollada, la psicóloga resaltará las actividades positivas y aspectos por mejorar de acuerdo a lo evidencia durante la aplicación del mismo. **Tarea en Casa** **Promoviendo El Ritmo** Durante el encuentro al cuidador se le hará entrega de un folleto, el cual contiene una serie de ejercicios que deberá realizar de manera constante	

		en su lugar de residencia; el reto que se le planteará es que realicen dos videos de un minutó cada uno, adicionalmente deberán aparecer los dos (cuidador y paciente); el video número 1 debe contener la primera vez que realizaron el ejercicio y el video 2 realizando el mismo u otro ejercicio el día anterior al próximo encuentro**.**	
Sesión 4 **Título:** Reconociendo lo que siento. *"Céntrate en el viaje, no en el destino.* *La alegría se encuentra no en terminar*	**Población:** Cuidadores del Paciente **Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación**	**Escenario 1** *"Estaciones para crecer"* De acuerdo a la terapia conductual familiar de Falloon (1993) se aplicará las tres fases que menciona durante el encuentro, en este sentido se iniciara entregando a los participantes una hoja en la cual deberá plasmar la información que	**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes ***Físicos***

una actividad sino en hacerla." **Tema:** Bienestar mental (Inteligencia emocional) **Objetivo:** Fortalecer la inteligencia emocional de los cuidadores por medio de un taller reflexivo minimizando las sensaciones negativas.	La psicóloga realizara un saludo formal con la población (familiares y cuidadores) donde se establece la importancia del acompañamiento Post UCI al paciente y como este proceso debe ir de la mano de medidas de protección del cuidador. Se busca fortalecer la inteligencia emocional en los cuidadores resaltando como el manejo de las mismas de forma positiva ayuda a la resolución de conflicto canalizando la información aportada. Asimismo, se genera una retroalimentación en cuanto a si hicieron réplicas de la información compartida en el encuentro anterior. Se les pide compartir la experiencia con el paciente con este proceso y se miran los videos del progreso. **Fase De Construcción Inicial**	solicite la psicóloga (o), en la hoja encontraran la figura de un árbol la cual está dividida en fases. Fase 1: El cuidador deberá señalar el círculo familiar con el que vive en la actualidad, de la misma manera deberá señalar aspectos puntuales como lo son la relación que se evidencia con cada uno de ellos identificando el tipo de comunicación y las dificultades que presenta de manera regular o permanente. Fase 2: En este apartado referirá el cuidador conocimientos que no tenía y que durante el proceso que está viviendo ha podido conocer, con los cuales ha mejorado la adherencia del tratamiento del paciente y adicionalmente el	Fotocopias, lápiz, pliego de papel bond, marcadores.

	Actividad Rompe Hielo **Actividad Inicial “piensa rápido”** Como parte inicial del encuentro se pedirá a los participantes que se organicen en grupos de 2 o 3 personas, una vez organizados se les explicara las reglas de la actividad con la cual se iniciara. • Tienen 60 segundos para mencionar palabras con la letra (f, t, n, p, s, o, u) • No puede recibir ayuda de su grupo • Las palabras nombradas deben existir • No pueden repetir palabra si lo hace se reduce una de las palabras mencionadas.	cuidado propio y de la red de apoyo. Fase 3: Se guiara al cuidador en la adquisición de habilidades propias que le permita mejorar la comunicación (expresión de sentimientos positivos), ejemplo referir de manera verbal al (papa, hermano, abuelo…) “gracias por tu ayuda me haces feliz” o “hoy siento alegría porque tome tiempo para salir al centro comercial”; en este mismo sentido trabajar en (Realizar peticiones de modo positivo) ejemplo “por favor, hijo me ayudar en las tareas de la casa el día de hoy”, la intención que se aborda es mejorara la comunicación con cada uno de ellos encaminando en la disminución de ambientes estresores.	

		Fase De Recolección De Datos En esta fase la psicóloga orientara la evaluación por medio de la actividad**:** “Cara a Cara” Como parte evaluativa de tema “inteligencia emocional” se realizará un cara a cara, este consiste en que el grupo que formo al inicio del encuentro deberá verse frente a frente y señalar aspectos positivos que evidencio durante el desarrollo de las diferentes dinámicas. **Devolución De Aportes** Se generará un feedback con respecto a la temática desarrollada, la	

		psicóloga les dará un pliego de papel de bond en donde se plasmarán ¿cómo se sintieron en la actividad? ¿Considera relevante la temática abordada? **Tarea para Casa** **Tejiendo Sentimientos** Partiendo del uso de habilidades propias y de su familiar se propone realizar la réplica de la imagen entregada (Atrapa sueños), para ello se le entregara una serie de materiales para que inicien su producción, la intención que tiene esta actividad es activar la creatividad de cada uno como característica diferenciadora de los demás. Nota: En su creación es válido el uso de más elementos o materiales	

		que ayuden o aporten en la elaboración del atrapa sueños. Materiales •Hilos de colores •Aro •Cinta de tela •Tijeras •Gancho de ropa	
Sesión 5 **Título:** Tiempos de infancia *"Vive sencillamente para que otros puedan simplemente vivir*	**Población:** Cuidadores del Paciente **Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación**	**Escenario 1** *"Alcanzando estrellas"* Se pedirá a los participantes que los grupos conformados en un inicio se mantengan durante esta actividad, de	**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes

(Madre Teresa de Calcuta) **Tema:** Bienestar Integral (Habilidades sociales y comunicativa) **Objetivo:** Reforzar las habilidades sociales por medio de la actividad recogiendo estrellas promoviendo las relaciones interpersonales con sus pares.	La psicóloga realizara un saludo formal con la población (familiares y cuidadores) donde se establece la importancia del acompañamiento Post UCI al paciente y como este proceso debe ir de la mano de medidas de protección del cuidador. En este encuentro se pretende reforzar las habilidades sociales por medio de un juego interactivo. Abordando temáticas de esta línea se genera en el cuidador estrategias para que se desenvolverse mejor ante la sociedad, teniendo en cuenta los niveles de estrés y desgaste físico los que exponen a diario. Asimismo, se genera una retroalimentación en cuanto a si hicieron réplicas de la información	esta manera se da a conocer en lo que consiste el mismo. En la pared se encuentran pegadas 12 estrellas, cada una de ellas tiene como objetivo realizar una actividad de manera personal o grupal, la persona deberá escoger la estrella y una vez la tiene deberá referir el número que le salió al psicólogo a su vez se le dirá lo que debe realizará. **1.** Seleccione la frase que más describa a uno de los integrantes del grupo. **2.** El grupo se organiza de manera circular y menciona "lo que ha hecho" algún compañero denotándolo de manera positiva, y" lo que no ha hechos" invitándolo a mejorar.	***Físicos*** Fotocopias, lápiz, catalina, regla pliego de papel bond, marcadores, colbón, cinta, tijeras

compartida en el encuentro anterior, para esto mostraran la obra de arte hecha de forma conjunta.

Fase De Construcción Inicial

Actividad Rompe Hielo

"Teléfono roto"

En un inicio se pedirá que se divida el grupo en dos, seguidamente se pedirá que se organice una fila india donde el líder del equipo sea el último, seguidamente se mencionara las reglas de juego y las frases que se usaran.

Reglas Del Juego	Frases
• Los jugadores siempre deben estar viendo al frente. • La frase que debe	No me gusta los aviones, prefiero los trenes y en ocasiones corro por la calle cantando canciones.

3. Dibuja lo que te cuentan, se le pedirá que realice un dibujo con las características que le indiquen los participantes del grupo oponente, deberá usar colores y organizarlo de manera creativa donde se evidencia una historia.
4. Descubre el mensaje, el psicólogo le dará una imagen la cual debe ser completada en menos de 120 segundos.
5. Arma la palabra

Reglas	Ejemplo
Tienen 60 segundos para descifrar la palabra Deben usar todas las letras dadas	**Palabras** A-R-A-M **Palabra Correcta** Rama **Posibles Palabras** Arma

		comunicarse en baja voz y solo una vez • Gana el mensaje que haya llegado con mayor claridad al final • No se debe realizar sonidos o hablar durante la actividad	Todas las mañanas me levanto canto, duermo y descanso después salgo a comprar gansos y me canso. • Vamos cantamos, gritamos y nos vamos total nadie nos conoce y no abra quien no rechace.	Solo pueden apoyarse en sus compañero Solo se puede armar una palabra a la vez. Si encuentran otra palabra con las mismas letras no se cuenta como acierto, pero en la próxima palabra se adiciona 30 segundos más de tiempo.	Amar		

		Al encontrar la palabra se deberá decir o armar Gana el equipo que primero descifré la palabra.		
		Palabras SOCIAL AMIGOS FAMILIA SALIDA COMUNICACIÓN CAMINAR APOYAR SENTIMIENTOS 1. Sede el turno		

		2. Como sería el cuento, el psicólogo realizará la entrega de una ficha con las cuales el participante deberá contar una historia de menos de 5 minutos, integrando los todos los personajes y las situaciones. 3. ¿Qué animal es? El psicólogo le dará a uno de los integrantes una lámina en la cual hay un animal, esta deberá ser descrita con las características que se evidencia y el jugador deberá resolver que animal es en menos de 60 segundos. 4. El jugador deberá asumir el papel de un mimo y durante 5 minutos actuar como el con todo el grupo. 5. Juega a piedra papel o tijera con un participante del grupo oponente para obtener dos puntos adicionales.	

		6. El espejo del grupo. El ejercicio consiste en gesticular la emoción con la que definiría a cada uno de los integrantes del grupo. Para esto cuenta con 180 minutos. 7. Los grupos se enfrentarán a jugar volibol, el ganador obtendrá el punto. **Fase De Recolección De Datos** En esta fase la psicóloga hará unas preguntas pertinentes ¿Cómo se sintió con el ejercicio?, ¿considera que le ayuda el conocer esta información?, ¿Cómo se siente después explorar las diversas habilidades sociales? ¿Tienen alguna inquietud frente a la temática abordada? Estas respuestas serán plasmadas en un pliego de papel	

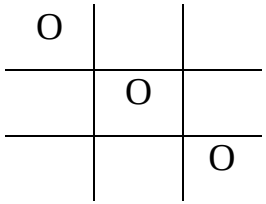
		bond el cual hará parte del mural del progreso. **Devolución De Aportes** Se generará un feedback con respecto a las respuestas plasmadas en pliego de papel bond y conocer su percepción frente a la temática. **Tarea para Casa** **El Azar De Los Amigos** Con la intención de fortalecer las habilidades sociales de los dos (paciente-cuidador), se hace entrega del juego de mesa llamado parques, el propósito que tiene es la integración de personas externas al círculo familiar, por tal motivo se deben cumplir las siguientes características.	

		Reglas Del Juego • Debe contar con más de 3 jugadores. • Cada jugador contara con cuatro fichas. • Deberán cumplir las siguientes pautas. • Cuando se encuentre en la casilla de salida de otro participante deberá realizar lo que menciona la tarjera: ✓ Cantar cualquier canción. ✓ Dar un abrazo a todos los participantes. ✓ Decir un refrán. ✓ Realizar operación matemática. ✓ Decir una cualidad de cualquiera de los jugadores. ✓ Cada vez que retroceda una ficha ✓ Contar un recuerdo grato de su vida.	

		✓ Mencionar los números de 5 en 5 hasta llegar a 100. ✓ Mencionar la mayor cantidad de colores en un minuto. ✓ Juega piedra papel o tijera con quien te mando a la cárcel. ✓ Cuenta un chiste o anécdota chistosa. ✓ Si eres el último del juego ✓ Realiza un paso de baile. ✓ Reclama una media tarde compartida. ✓ Cante la canción que más le gusta. ✓ Promocione de manera creativa el juego de mesa parques. ✓ Escriba una nota bonita a los participantes.	
Sesión 6 **Título**	**Población:** Personal Medico	**Escenario 1** “Como He Llegado Aquí”	**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga

La UCI Humana *“La felicidad es el significado y el propósito de la vida, la meta general y final de la existencia humana”* *(Aristóteles)* **Tema**: Humanización del servicio **Objetivo:** Promover en el personal médico las estrategias de humanización del servicio por medio de un encuentro psicoeducativo que faciliten el crecimiento institucional	**Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación** La psicóloga realizara un saludo formal con la población (personal de salud), con estos encuentros se busca darle herramientas al personal para poder trabajar con los pacientes de una forma más asertiva teniendo en cuenta el contexto donde se desempeñan con altos índices de estrés y ansiedad. **Fase De Construcción Inicial** **Actividad Rompe Hielo** No me han visto, no me han conocido mi nombre es _____	Se usará la técnica de Imaginación guida en este encuentro, al iniciar se le pedirá al personal de salud que busquen una posición cómoda para desarrollar la actividad, seguidamente se le pedirá que cierren los ojos y se ubiquen en el primer día que iniciaron su carrera, recordando sensaciones, lugares, personas, motivaciones y ¿por qué escogieron esa área? Dándole continuidad deberán recordar algunos consejos que le dieron sus docentes para desarrollar su labor catalogándolos en acertados o equivocados; continuando con el recorrido llegaron a la finalización de la carrera y ahora deben responderse ¿se ven ejerciendo lo que hacen?, ¿Califique que tanto le gusta lo que hace? ¿Cuál es el mejor recuerdo que se lleva?, ¿Cuál es la característica	***Tecnológicos:*** Computador y parlantes ***Físicos*** Fotocopias, lápiz, pliego de papel bond, marcadores.

	_____ mi apellido, ya me vieron ya me conocieron ahora le toca a mi compañero.	positiva que lo identifica frente al servicio que presta?, una vez resuelta estas preguntas se continuara por el recorrido llegando a el trabajo que en la actualidad realiza, ahora quiero que recuerde ¿situación que le trajo mayor experiencia?, ¿hago mi trabajo con la dedicación esperada?, ¿aporto todas la habilidades y conocimientos en el desarrollo de las tareas?, ¿Qué emociones tengo al finalizar el día? Para cerrar este viaje reconocerán su crecimiento continuo y se sentirán agradecidos por lo que han desarrollado. Se acomodarán en una postura cómoda y abrirán lentamente los ojos. Link: (Este es de una música relajante para acompañar la aplicación de la técnica imaginación guiada)	

		https://www.youtube.com/watch?v=FMrtSHAAPhM **Fase De Recolección De Datos** **Triqui”** Se retará por pareja a jugar triqui, este consiste en realizar la menor cantidad de movimientos usando la X o el O de manera continua, ejemplo:  La persona que pierda deberá elegir un número del 1 al 5 y responder: 1. Como se sintió durante la actividad.	

		2. Considera que la información aporto en su crecimiento personal y profesional. 3. Mencione 5 características de su equipo de trabajo. 4. Que es lo más difícil del día. 5. Proponga un reto para cumplirlo como equipo. **Devolución De Aportes** Se hará una retroalimentación a partir de las respuestas generadas la psicóloga hará una conclusión del encuentro de acuerdo a lo visto en la jornada de trabajo. **Tarea Para Casa** Retando al crecimiento En aras de mejorar las habilidades propias del personal de salud y	

		garantizar una mejor humanización del servicio, se retará que durante el turno de trabajo la atención que realicen a sus pacientes sea con una actitud positiva y al finalizar la consulta o terminar el turno ofrezca una sonrisa. La finalidad de este ejercicio es mejorar la relación médico-paciente.	
Sesión 7 **Titulo:** ¡Auxilio me ayudas! *“Sé feliz en el momento, es suficiente. El momento presente es lo único que necesitamos, nada más” (Madre Teresa de Calcuta)*	**Población:** Personal Medico **Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación** La psicóloga realizara un saludo formal con la población (personal de salud), con estos encuentros se busca darle	**Escenario 1** **Primeros Auxilios Psicológicos** En esta actividad se pretende generar en un ambiente de consciencia frente a las diversas situaciones de choque emocional que se pueden presentar y cómo actuar ante de las mima, logrando implementar los primeros auxilios psicológicos con la población en situaciones de conflicto o choque	**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes ***Físicos*** Fotocopias, lápiz, pliego de papel bond, marcadores

Tema: Primeros auxilios psicológicos **Objetivo** Fortalecer en el personal médico los primeros auxilió psicológicos a través de un taller promoviendo las habilidades psicológicas y afianzando las relaciones médico- pacientes.	herramientas al personal para poder trabajar con los pacientes de una forma más asertiva teniendo en cuenta el contexto donde se desempeñan con altos índices de estrés y ansiedad. Tener conocimiento de los primeros auxilios psicológico le permite al personal poder afrontar las diversas situaciones con los familiares y principalmente con el paciente. Se hace una revisión de la tarea de la semana con el personal médico, del cambio de actitud en el momento de saludar a las personas **Fase De Construcción Inicial** **Actividad Inicial** **“Responde rápidamente”** En el desarrollo de este encuentro se pedirá a los participantes que realicen equipos de tres personas, cuando ya se	emocional producto de situaciones propias del proceso de hospitalización. Link: canva.com/design/DAEfCo9QyKM/vBQpxNXn-WY0do0gll7lIQ/edit# **Fase De Recolección De Datos** Actividad final “Piedra papel o tijera” Como parte de cierre se realizará un mini torneo de “piedra, papel o tijera” la intención es que cada vez que se elimine un participante responda una de las preguntas: 1. Fue de utilidad la información. 2. Que no sabía y ahora si sabe.	

	encuentren conformados se le indicara las reglas 1. Deben responder la mayor cantidad de preguntas en menos de 120 minutos 2. Por cada vez que acierten en una respuesta deberán ser relevado por uno de sus compañeros, no se permite responder de manera seguida con el mismo jugador. 3. De no saber la pregunta debe decir “auxilio” para cambiar de pregunta. 4. No puede recibir ayuda de su equipo; de obtenerla se eliminará dos respuestas acertadas. 5. Se debe responder las preguntas así no sean de cultura general. Preguntas 1. ¿Cuál es el país que tiene forma de bota? Respuesta: Italia	3. Ha aplicado alguna vez algo de la información compartida. 4. Identifique una estrategia que le permita aplicar lo aprendido. 5. Seleccione un compañero al azar y aplique lo aprendido **Devolución De Aportes** Se hará una retroalimentación a partir de las respuestas generadas, la psicóloga hará una conclusión del encuentro de acuerdo a lo visto en la jornada de trabajo. **Tarea para casa**	

	2. ¿Quién escribió La Odisea? Respuesta: Homero 3. ¿Cómo se llama el escritor emblema del país de Colombia? Respuesta: Gabriel García Marques 4. ¿programa en el cual el héroe usaba un corazón amarillo en su pecho? Respuesta: El chapulín colorado 5. ¿nombre de sus compañeros? Respuesta 6. ¿Cuáles son las notas musicales? Respuesta: Do, Re, Mi, Fa, Sol, La, Si. 7. ¿En qué parte del cuerpo se produce la insulina? Respuesta: Páncreas 8. ¿Cuántas patas tiene una araña? Respuesta: 8 patas. 9. ¿Cómo se denomina a los animales que nacen de un huevo? Respuesta: Ovíparo.	**Méritos En Tu Labor** Continuando con el proceso de fortalecimiento en la relación médico-paciente, durante este encuentro y como tarea se les retará que junto con el paciente realicen un reconocimiento al médico, enfermera o personal de apoyo que haya aportado en su proceso de rehabilitación, para ellos aparte del reconocimiento verbal se le pondrá un adhesivo que tiene una cara feliz. El objeto de este ejercicio es crear una mejor comunicación con el paciente, de esta manera se mitigará el impacto de su estadía en UCI.	

	10. ¿Cuántos corazones tienen los pulpos? Respuesta: Los pulpos tienen 3 corazones. 11. ¿Cuántos huesos tiene en total un ser humano? Respuesta: 2016 huesos 12. ¿Qué día es hoy? 13. ¿Cuál es el animal más rápido del mundo? Respuesta el animal más rápido del mundo es el guepardo. 14. Tos para uno y un 15. ¿Cómo se llama usted?		
Sesión 8 **Título:** Dialogamos *"La forma en que nos comunicamos con otros y con nosotros mismos, determina la calidad de nuestras vidas".*	**Población:** Personal Medico **Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación**	**Escenario 1** Actividad central "caminando en los zapatos de otro" La actividad que se empleara es un juego de roles que tiene por título "caminado en los zapatos de otro" la aplicación consiste en la representación	**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes ***Físicos***

(Anthony Robbins). **Tema:** humanización del servicio (comunicación asertiva) **Objetivo:** Concientizar en el manejo de la comunicación asertiva al personal médico del área de UCI por medio de un ejercicio de juego de roles con el propósito el cual optimice la comunicación médico-paciente	La psicóloga realizara un saludo formal con la población (personal de salud), con estos encuentros se busca darle herramientas al personal para poder trabajar con los pacientes de una forma más asertiva teniendo en cuenta el contexto donde se desempeñan la comunicación es fundamental. Se hace una retroalimentación de la tarea dejada para trabajar denominada Méritos en Tu Labor **Fase De Construcción Inicial** Actividad inicial "stop" Como parte del encuentro se realiza la dinámica de "stop" para ello se entrega a cada uno de los participantes una hoja, bolígrafo y una tabla legajadora, una vez tienen la los materiales deberán dividir la	de papeles (roles) por parte de los participantes, antes de iniciar a caracterizar el personaje el psicólogo orientara pautas exactas acerca del personaje. • Medico: es una persona capacitada, no le gusta hablar con los pacientes, manda de manera despectiva a sus compañeros, aplica sus conocimientos de manera adecuada a sus pacientes, siempre está ocupado y casi siempre dobla su tiempo. • Enfermera: Siempre está de mal humor, regaña al paciente, la mayor parte del tiempo esta con el médico, dirige de manera diligente a sus compañeras. •Paciente: Se queja por todo, no cumple las orientaciones que le genera el	Fotocopias, lápiz, Hojas blancas, marcadores

	hoja en letra, nombre, apellido, animal, alimento, cosa y total como se evidencia en el ejemplo**:** Reglas del juego • Deberán ser diligenciados todos los espacios antes de decir stop. • El primero en diligenciar los espacios gritara stop, los demás jugadores deberán dejar de escribir. • Cuando la información de la casilla se encuentre igual en dos o más participantes se dividirá los 100 puntos en partes iguales. •Las casillas que se encuentren en blanco de los jugadores serán puntos adicionales para los que si alcanzaron a referir información. •Las letras serán nombradas por el moderador de la reunión.	médico, le habla de manera agresiva a auxiliar de enfermería cuando le da los alimentos, a todos le dice que ya quiere salir de ese lugar. • El familiar: pregunta cada hora la evolución de su familiar, cuestiona el tratamiento que le da el médico, cuando habla con su familiar llora, al hablar con el personal médico grita. **Fase de Recolección de Datos** Actividad final “cuéntame y aconséjame” Como parte del cierre del encuentro se le entrega a cada uno de los participantes una hoja junto con un marcador para que respondan tres preguntas • Nombre • Edad	

		• ¿Qué consejo le darías al paciente o familiar? • **Nombre** • **Edad** • **¿Qué consejo le darías al paciente o familiar?** **Devolución De Aportes** Se hará una retroalimentación a partir de las respuestas generadas, la psicóloga hará una conclusión del encuentro de acuerdo a lo visto en la jornada de trabajo. **Tarea Para Casa** Tarea “contagiando de sonrisas” En pro de continuar en la mejora de las relaciones médico-paciente y el reto de la semana, se plantea al personal de salud que durante los encuentros	

		generen en sus pacientes ya sea por medio de un chiste, situación o anécdota una sonrisa, la finalidad es crear de -manera colectiva el "congio de sonrisas" aumentando las emociones positivas y agradables para que a su vez sea más fácil la adherencia al tratamiento.	
Sesión 9 **Título:** "¿Comprendes Lo Que Te Digo?" *"Lo más importante en la comunicación es escuchar lo que no se dice".* *(Peter Drucker).*	**Población:** Personal Medico **Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación** La psicóloga realizara un saludo formal con la población (personal de salud), con estos encuentros se busca darle herramientas al personal para poder	**Escenario 1** Actividad central "Mundo De Los Mudos" Al inicio de este apartado se le ha enterregado a cada uno de los participantes un espejo mediano, el cual van a poner frente a ellos, seguidamente se les indica que deben realizar un gesto frente a la afinación que realice la psicóloga y verlo en el espejo.	**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes ***Físicos*** Fotocopias, lápiz, Hojas blancas, marcadores

Tema: Humanización del servicio (comunicación no verbal) **Objetivo:** Reconocer como es la comunicación no verbal que usan de manera constante con familiares del paciente, paciente y personal médico por medio de un taller con la finalidad de ir aumentando la humanización del servicio.	trabajar con los pacientes de una forma más asertiva teniendo en cuenta el contexto donde se desempeñan la comunicación no verbal es fundamental. Se hace una retroalimentación de la tarea dejada para trabajar denominada Contagiando Sonrisas **Fase De Construcción Inicial** **Actividad Inicial “Adivina La Película”** Al iniciar el encuentro se les pide a los participantes que formen grupos de 4 personas, posteriormente se indicara la dinámica y las reglas a tener en cuenta para realízalo.	•Llegar con un aspecto poco aseado a consulta. •Que los resultados de un paciente sean poco alentadores. •Visitar al paciente que pregunta todo. •Debe hablar con los familiares que está muy asustados. •Visitar al paciente que le tiene fobia a los médicos. •Visitar un paciente para dale de alta. •Hablar de su trabajo con un colega. •Comer algo muy rico. •Saludar a usted mismo. •Como se sintió al finalizar la jornada del día anterior. **Fase de Recolección de Datos** Actividad Final “Tingo-Tango” En pro de conocer las sensaciones que experimentaron en la actividad anterior, se jugara el “tingo tango”, este	

	Reglas •Una vez identificada la película deberá cambiar el participante. •Cuentan con un lapso de 60 segundos por película para descifrarla, de no ser descubierta no tiene punto. • Cuentan con un solo comodín, este se usa como el grupo lo decida. • Si hablan durante la imitación se descuenta dos puntos. • No puede usar objetos de ninguna índole para su imitación.	juego consiste en pasar lo más rápido la pelota, mientras una persona que no puede ver dice tingo, tingo…, cuando la persona decida decir tango quien quede con la pelota deberá responder una de las preguntas: 1. ¿Cómo se sintió la realizar esta actividad? 2. ¿Qué gesto repitió más de una vez? 3. ¿Fue de su agrado la actividad, por qué? 4. ¿algún gesto no le gusto? 5. ¿Qué pude concluir del ejercicio? **Devolución De Aportes** Se hará una retroalimentación a partir de las respuestas generadas, la psicóloga hará una conclusión del encuentro de acuerdo a lo visto en la jornada de trabajo. **Tarea para Casa**	

		“Reto Mudo” Como estrategia y en pro de aumentar la concientización e importancia de la comunicación no verbal, se reta a los participantes a aprender la mayor cantidad de palabras en lengua de señas, estas serán compartidas en el próximo encuentro.	
Sesión 10 **Título:** Agotamiento laboral *“Un puerto es un lugar encantador para el alma fatigada de luchar por la vida.”* *(BAUDELAIRE)*	**Población:** Personal Medico **Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación** La psicóloga realizara un saludo formal con la población (personal de salud), con estos encuentros se busca darle herramientas al personal para poder trabajar con los pacientes de una forma más asertiva teniendo en cuenta el	**Escenario 1** Actividad central “de camino al autocuidado” La estructura de esta actividad maneja es por etapas, cada uno de ellas con características propias y son las siguientes: Etapa 1 1.Se debe conformar parejas 2.Debe elegir quien será el guía y quien la persona vendada	**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes ***Físicos*** Fotocopias, lápiz, Hojas blancas, marcadores, pintura, dibujos, twister.

Tema: Humanización Del Servicio (Agotamiento Laboral) **Objetivo:** fomentar la ejecución de rutinas que mejoren el agotamiento laboral por medio de una capacitación con la finalidad que su rendimiento se optimo.	contexto donde se desempeñan la comunicación no verbal es fundamental. Se hace una retroalimentación de la tarea dejada para trabajar denominada Reto Mudo cuantas palabras logro aprender de lenguaje de señas. **Fase De Construcción Inicial** Actividad inicial “Manos Coordinadas” Como parte inicial del encuentro se les pedirá a los participantes que tomen una posición cómoda, adicionalmente que sus manos queden libres para realizar una serie de movimientos coordinados, inicialmente se trabajara con la mano dominante, después con la no contraria y finalmente con las dos	3.Se le entregara a cada pareja un cubre ojos Etapa 2 En esta etapa se le indica una serie de instrucciones que deben realizar la persona vendada con la guía de la su compañera. Tareas Cada una de las tareas a realizar debe ser dirigida por la persona “guía”, la persona que tiene los ojos vendados deberá ejecutar de acuerdo a lo que se le diga. 1. Debe tomar una selfie. 2. Debe pintar un dibujo. 3. Recoger la mayor cantidad estrellas del color asignado.	

	manos, el propósito es realizar el ejercicio lo más rápido posible. Modo de juego • Para iniciar deberá poner la mano en forma de puño. • Cada número que nombre el psicólogo debe estar representado por la cantidad de dedos. • Tiene 30 segundos para completar todos los números. • Puede repetir el ejercicio solo 4 veces.	4. Finalizar una plana. 5. Pegar dibujos en un paisaje. 6. Darle de comer a otra persona. 7. Realizar una coreografía. 8. Hacer una manilla. Nota: una vez finalizadas las tareas se invertirán los papeles con la finalidad de discutir las ventajas, desventajas y en qué momento se sintieron más agotadas. **Fase de Recolección de Datos** Actividad final “twister” A continuación, se pedirá que formen grupos de cuatro personas, una vez formado el grupo se enfrentara entre sí en el juego twister. Pasos para jugar al Twister	

		• Coloca el plástico del juego en una superficie plana. Si es en espacios exteriores, asegúrate de que no hay piedras, palos ni nada debajo que pueda estropearla o hacer daño al pisar. • Para jugar al Twister es imprescindible quitarse los zapatos, todos los participantes deben estar descalzos. Ya sea con calcetines o sin ellos, este detalle no importa. • Debe elegirse a una persona que sea la encargada de manejar el seleccionador, preferiblemente una persona que no vaya a jugar. Esta persona será el árbitro en ocasiones como cuando dos jugadores vayan al mismo círculo, decidiendo en ese caso quién fue primero. • Los 2 oponentes deben colocarse en extremos opuestos y comenzar	

		poniendo un pie en el círculo amarillo más cercano y el otro en el círculo azul más cercano. • Si sois 3 jugadores, el tercero que se queda en el lado de los círculos rojos debe poner un pie en cada uno. Para 4 jugadores debe haber dos equipos de 2 jugadores que se coloquen en extremos opuestos y pongan cada pie en los círculos que tengan más cerca. • El árbitro hace el primer giro y dice tanto el color como la parte del cuerpo que debe ponerse en él. Todos los jugadores deben moverse hacia un círculo vacío con ese color y poner el pie o la mano según se haya dicho. Si todos los círculos de ese color están ocupados, debe girarse el seleccionador de nuevo.	

		• Si la parte del cuerpo mencionada ya está en un círculo de ese color, debe moverse a otro, también de ese color. • Cada círculo puede ocuparse únicamente por una persona, menos en el caso de que haya 4 jugadores que podrá haber hasta dos. • Las manos y los pies no pueden levantarse una vez que se asignan a un círculo, únicamente cuando es para cambiarse a otro o bien para dejar pasar a otro jugador que está en movimiento. • Los jugadores que se caigan o toquen la estera con cualquier otra parte del cuerpo que no sea los pies o las manos estarán eliminados. Cuando es un juego de 4 personas, queda eliminado el equipo, no solo el jugador afectado.	

		• Si solo sois dos personas y queréis jugar al Twister sin árbitro, los giros se alternan y un jugador dice el color y otro la parte del cuerpo. Los perdedores deberán realizar un resumen de la actividad abordada durante el encuentro. **Devolución De Aportes** Se hará una retroalimentación a partir de las respuestas generadas, la psicóloga hará una conclusión del encuentro de acuerdo a lo visto en la jornada de trabajo. **Tarea Para Casa** Como parte final del encuentro y buscando el bienestar propio del personal médico se reta a aplicar dos veces en el día los siguientes ejercicios.	

Sesión 11 **Título:** El modo en que miras las cosas *“Cuanto más violenta es una tormenta, más rápido pasa”* *(Paulo Coelho)* **Objetivo:** Promover estrategias que faciliten el manejo de episodios depresivos por medio de una capacitación disminuyendo el decaimiento en el paciente.	**Población:** Pacientes COVID 19 **Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación** La psicóloga realizara un saludo formal con la población (pacientes), con estos encuentros se busca darles estrategias a los pacientes para fortalecer las áreas afectadas por el proceso de hospitalización ayudando a mitigar el tiempo de rehabilitación a su vida cotidiana.	**Escenario 1** Actividad central “luces cámara y acción” Dando continuidad a la actividad se guía 5 espacios en los cuales se plantea una serie de actividades a ejecutar: Espacio 1 Relajación Se crea un clima adecuado, para ello se pondrá música relajante. • Se señala que deben tomar una posición cómoda y cerrando los ojos. Es importante que no tengan nada en el cuerpo que les oprima, por ejemplo, unos cordones o cinturón muy apretado, si es así les indicaremos que los aflojen.	**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes ***Físicos*** Fotocopias, lápiz, Hojas blancas, marcadores, pintura, dibujos.

	Actividad inicial “respiración completa” El desarrollo del encuentro estará enmarcado en una serie ejercicios, se inicia con la técnica de respiración completa, esta es comprendida de los siguientes pasos: 1. Debe expulsar todo el aire de los pulmones. 2. Se procede inspirando suave y profundamente hasta llenar en primer lugar el abdomen, para continuar inhalando hasta llenar también los pulmones y pecho en una misma inhalación. 3. Se mantiene el aire unos segundos y posteriormente se procede a expulsar	• A continuación, utilizando un tono de voz muy calmado y una entonación pausada, les indicaremos que se concentren en partes concretas de su cuerpo. • Se suele hacer de forma ascendente, comenzando por los dedos de los pies, tobillos, piernas, brazos, abdomen, pecho, espalda, cuello y cara. Porque en torno al cuello y la cabeza es donde se acumulan las tensiones. Espacio 2 Activación Se realiza una secuencia de ejercicios con la finalidad de activar a los participantes. Espacio 3 Concentración	

	oralmente y con lentitud primero tórax y luego abdomen. Nota: Repetir cuatro veces el ejercicio. Link: https://www.youtube.com/watch?v=MD_j6CUzn24	Para realizar este apartado se le pedirá que continué la siguiente frecuencia al participante: Dos por una dos, dos por dos cuatro, dos por tres seis, “manzana” dos por cuatro ocho, “manzana” dos por cinco diez, “manzana y silla” dos por seis doce, manzana y silla” dos por siete catorce, “manzana, silla y África” dos por ocho dieciséis… Espacio 4 Memorización Se conforma un grupo de 7 personas, seguidamente debe realizar la siguiente actuación. 7 personajes: 1. NACHO- Joven de 28 años, nació invisible lo que le dificulta mucho a la hora de encontrar el amor, pero las	

		redes sociales le abren una puerta para participar. Tiene que vestir con el cuerpo cubierto de vendas y una gabardina que le oculte de los demás. 2. IVÁN- Joven de 28 años, amigo de la infancia de Nacho, es el único que cree a Nacho y lo trata. 3. MARISA- 24 años, es una de las chicas con las que chatea Nacho. 4. ELENA- 25 años, es una de las chicas que chatea Nacho. 5. EVA- 26 años, es una de las chicas que chatea Nacho. 6. JULIA- 28 años, chica ciega con la que Nacho encuentra a su media naranja.	

		7. CHICO 1.- Hombre de 30 años que se sienta al lado de Julia en el cine. ACTO I Nacho de 26 años es un chico invisible, ataviado con vendas, una gabardina y unas gafas de sol, está cubierto totalmente de ropa para no asustar a la gente. (Personajes que intervienen en este acto Nacho, Iván y Marisa) Nacho y su amigo Iván esperan sentados en una mesa esquinada de una cafetería, apartados del resto de los clientes. NACHO: No va a venir. Estoy seguro y casi mejor que no venga, no quiero que otra escena en la que se ríen de mí o salen corriendo asustadas. IVÁN: Relájate Nacho, eso solo ha pasado una vez.	

		NACHO: Una vez detrás de otra, querrás decir, ¿no? IVÁN: Pero no te pongas en lo peor, además ¿por qué iba a reírse de ti? NACHO: ¿Perdona?, Mírame, si no me pongo estas vendas y este ropaje no podrías verme. ¿Cuántas chicas crees que me toman en serio? IVÁN: Yo te tomo en serio Nacho. NACHO: Ya, pero eres el único. Y porque te conozco desde que éramos niños. Marisa entra en la cafetería, busca con la mirada y se sienta sola en otra mesa. Nacho se esconde tras la carta de la cafetería. NACHO: Mírala, acaba de entrar. IVÁN: Pues es guapa. Bueno, ¿te acercas? Nacho niega con la cabeza. NACHO: Mejor acércate tú, y habla con ella.	

		IVÁN: ¿Yo?, pero si él que tiene que hablar con ella eres tú NACHO: Por favor. IVÁN: De acuerdo. Voy a tantear el terreno. Iván se levanta y se acerca a la mesa de Marisa, esta sonríe al verlo. Él se sienta al lado de ella y se ponen a hablar. NACHO: Qué envidia, él no tiene que esconderse ni nada, así yo también podría conocer gente. (Nacho los observa desde su mesa, ve cómo se ríen.) Va a salir mal, lo sé, cuando me presento nunca sale bien. Nadie se cree que sea invisible. Seguro que ahora se acerca y se ríe de mí, eso si no sale corriendo asustada, o se enfada porque cree que es una broma. (Iván señala a Nacho y ambos le miran.)	

		Tengo que salir de aquí. Nacho sale corriendo de la cafetería, mientras todos le siguen con la mirada. - Espacio 5 Vocalización Se le pide al participante que cuando lea el guion se ponga frente al espejo y adicionalmente atraviese en su boca un lápiz. El propósito de la actividad es mejorara la comunicación entre sus pares, personal médico, familiar y con su trabajo de manera general. **Fase de Recolección de Datos** Actividad final “Explorar Y Conocer” Dando cierre del espacio se ejecuta la siguiente actividad, se encuentra en diferentes espacios del salón una serie de globos los cuales contienen afirmaciones frente al tema de	

		depresión, la mecánica que se usara es que una vez sepa que información tenía el globo la comparta e indique si lo conocía. • ¿Ha experimentado usted frecuentemente durante el último mes tristeza, depresión o sentimientos de desesperanza? •¿Ha experimentado usted frecuentemente durante el último mes una pérdida de interés para realizar diferentes actividades o se ha visto incapacitado de disfrutarlas? • Disminución significativa del interés en casi todas las actividades y/o de las sensaciones placenteras relacionadas con ellas • Insomnio o hipersomnia • Sensación de fatiga o pérdida de energía	

		• Sentimiento de minusvalía o sentimiento de culpa infundado • Disminución en la destreza cognitiva, dificultades en la atención o en la toma de decisiones • Pensamientos recurrentes de muerte (no solo temores a la muerte) • Pensamientos suicidas recurrentes sin un plan determinado, intentos de suicidio o un plan suicida. **Devolución de Aportes** Se hará una retroalimentación a partir de las respuestas generadas, la psicóloga hará una conclusión del encuentro de acuerdo a lo visto en la jornada de trabajo. **Tarea para la Casa**	

		Ejercicios de yoga: Se recomienda realizar algunas actividades de meditación para disminuir los estadios de depresión (Nota sujeto a la realidad del paciente) Caminar durante 30 minutos: Es importante el cambio de ambiente, la naturaleza suele descentralizar el cerebro de los pensamientos o factores depresivos. (Nota sujeto a la realidad del paciente) Escriba que situaciones o lugares le generan depresión, esta es una forma de generar terapia reconociendo y trabajando sobre los mismos. (Nota sujeto a la realidad del paciente)	
Sesión 12	**Población:** Pacientes COVID 19	**Escenario I**	**Recursos**

Título: Tu camino es solo tuyo *“Cada fracaso enseña al hombre algo que necesitaba aprende” (Charles Dickens)* **Objetivo:** Fomentar una conciencia de la ansiedad correlacionada con depresión a través de herramientas favoreciendo el conocimiento de la realidad y adaptación a la misma.	**Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación** La psicóloga realizara un saludo formal con la población (pacientes), con estos encuentros se busca darles estrategias a los pacientes para fortalecer las áreas afectadas por el proceso de hospitalización ayudando a mitigar el tiempo de rehabilitación a su vida cotidiana. Se hace una retroalimentación sobre los factores depresivos detectados por cada paciente se busca generar el reconocimiento y la importancia de los mimos de acuerdo a su realidad, se	Actividad Central “Con La Técnica Obtienes Un Tesoro” Para conseguir el tesoro cada participante debe descifrar o realizar la penitencia, seguidamente debe aplicar de manera consiente la técnica mencionada. Penitencia Canta la canción que primero recuerdes Técnica: Distracción Pasos 1. Identificar emociones o situaciones que generan ansiedad 2. Selecciona una canción o actividad que ocupe toda la atención 3. Realiza la actividad o el canto que seleccionaste Nota: si la actividad fue aplicada correctamente debe sentir una sensación de alivio y tranquilidad. Interpretar o descifrar	***Humanos:*** Psicóloga ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes ***Físicos*** Fotocopias, lápiz, Hojas blancas, marcadores, pintura, dibujos.

	evalúa si hizo las tareas programadas y como fue el impacto generado por las mismas en el self. Actividad Inicial “Cuanto Puede Recordar” Se pedirá que todos formen un círculo, se guiadamente deben pensar en cualquier animal y cuando lo digan deberán a su vez mencionar el de sus compañeros.	Un caballo blanco entró en el Mar Negro. ¿Cómo salió? Respuesta: salió mojado Técnica Autointrucciones La aplicación de esta técnica consiste en plasmar en tarjetas una serie de frases o mensajes que permita ser usado cuando inicie síntomas o pensamiento que aumentan la sensación de ansiedad o depresión. Nota: la adecuada aplicación ayuda a contrarrestar las interpretaciones catastróficas cuando notas las sensaciones temidas. Interpretar o descifrar ¿Sabes de alguna letrita, que, si la vuelta le das, enseguida se convierte de consonante en vocal? Respuesta: La N	

		Técnica Afrontar las sensaciones sin tratar de evitarlas La dinámica de esta técnica es que las sensaciones y la ansiedad disminuya si deja de interpretar huir de ellas y la aceptas diciéndote a ti mismo “si noto sensaciones que las note, ya se irán cuando quieran” o “si me llegase a dar una crisis, no importa; sería como una pesadilla y se pasaría pronto si no sigo añadiéndole interpretaciones catastróficas” Nota: procura afrontarlas sin hacer nada para evitarlas, sin usar una técnica de respiración, relajación o distracción. **Fase de Recolección de Datos** Actividad final “colash de conocimiento”	

		Como cierre del encuentro se presenta un pliego de papel bon, en este de manera creativa (dibujo, copla, refrán…) plasmaran lo aprendido durante el encuentro. **Devolución de Aportes** Se hará una retroalimentación a partir de las respuestas generadas, la psicóloga hará una conclusión del encuentro de acuerdo a lo visto en la jornada de trabajo. **Tarea para Casa** Nota (Sujeto a la realidad del paciente) Hacer una figura con arcilla: Este material suele estimular los sentidos y ayuda a canalizar una serie	

		de emociones entre ellas la ansiedad, se recomienda que el paciente sea estimulado con este material natural. Realice dáctilopintura: la pintura con la mano y los dedos estimulan toda el área sensoperceptiva del paciente como instrumento de expresión de sentimientos. Realizar caminatas de 30 minutos	
Sesión 13 **Título**: Los colores de las emociones *"El misterio de la vida no es un problema a resolver, sino una realidad a experimentar"(Duna, Frank Herbert)* **Objetivo:** Incentivar el aprendizaje de las emociones positivas y negativas por medio un	**Población:** Pacientes COVID 19 **Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación** La psicóloga realizara un saludo formal con la población (pacientes), con estos	**Escenario 1** Actividad central "Soy Tu" Continuando con la dinámica de grupo se entrega a cada persona una hoja y caris colores, seguidamente se les indicará que plasmen una situación que vivieron durante la semana ya sea positiva o negativa. En el proceso de recordar deberá tener en cuenta las siguientes características:	**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes ***Físicos*** Fotocopias, lápiz, Hojas blancas, marcadores, pintura, dibujos.

taller reflexivo permitiendo una disminución de los conflictos emocionales.	encuentros se busca darles estrategias a los pacientes para fortalecer las áreas afectadas por el proceso de hospitalización ayudando a mitigar el tiempo de rehabilitación a su vida cotidiana. Se hace una retroalimentación sobre los factores ansiosos detectados por cada paciente se busca generar el reconocimiento y la importancia de los mimos de acuerdo a su realidad, se evalúa si hizo las tareas programadas y como fue el impacto generado por las mismas en el self. Se resalta la importancia de la estimulación sensorial. Actividad inicial “pesca de emociones” Para iniciar el encuentro se entrega una caña, la cual usaran en medio del mar; seguidamente invitara a que tomen un puesto en el “barco” se simulara que el	1. Hayan experimentado más de cuatro emociones. 2. Indicar si tenía alguna solución. 3. Cuantas personas estaban involucradas. 4. Como se sintió frente a la situación. Una vez identificada la situación deberá plasmar de manera clara en la hoja, para ello puede usar dibujos, escritos o las dos cosas al tiempo. Cuando lo haya finalizado lo entregara a la psicóloga. Una vez todos han finalizado el ejercicio, se repartirá al azar las hojas y se indica que expresen lo que está plasmado, para ello lo puede realizar de manera narrativa o actuada. **Fase de Recolección de Datos**	

	salón es el mar y los participantes son los pecadores. Se invita a que aborden el “barco” el cual ha naufragado durante una hora se detiene y en ese momento les pide a sus pescadores que inicien pesca, la idea es que el participante pesque alrededor de cuatro peces una vez los tiene se volverá a “tierra firme”. A continuación, se los “pescadores” compartirán como se sintieron en la dinámica e identificar y verbalizar las emociones que surgieron durante la actividad.	Actividad final “Que Dice Mi Pez” Como parte del cierre se usan los peces que obtuvieron en la actividad de “pesca”, cada uno de los peces tiene escrita una emoción la cual deberán identificar y responder: 1. Es positiva o negativa la emoción 2. Les gusta o no le gusta esta emoción 3. ¿considera que es útil esta emoción? **Devolución de Aportes** Se hará una retroalimentación a partir de las respuestas generadas, la psicóloga hará una conclusión del encuentro de acuerdo a lo visto en la jornada de trabajo. **Tarea para Casa** Rodea símbolos Ordena palabras	

		Categorías de objetos Nota (Este sujeto a la realidad del paciente con el tema de las emociones)	
Sesión 14 **Título**: Los retos que hacen vida "*Deja de preocuparte por envejecer y piensa en crecer"* *(El animal moribundo, Philip Roth)* **Objetivo:** Psicoeducar a los pacientes de la TEPT mediante un juego de relevos mitigando las secuelas producidas por la hospitalización en un	**Población:** Pacientes COVID 19 **Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada** **Encuadre O Presentación** La psicóloga realizara un saludo formal con la población (pacientes), con estos encuentros se busca darles estrategias a los pacientes para fortalecer las áreas afectadas por el proceso de hospitalización ayudando a mitigar el tiempo de rehabilitación a su vida cotidiana.	**Escenario 1** Actividad central "Relevo lo que siento" El salón se encuentra divido en tres estaciones diferentes, cada uno cuenta con actividades que permite resaltar habilidades y autoconfianza. Estación 1 (a pasear) Pasos 1. Ubicarse en el espacio en una posición cómoda 2. Cerrar los ojos 3. Seguir las instrucciones del guía	**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes ***Físicos*** Fotocopias, lápiz, Hojas blancas, marcadores, pintura, dibujos.

determinado lapso de tiempo.	Se hace una retroalimentación sobre los factores emocionales detectados por cada paciente se busca generar el reconocimiento y la importancia de los mimos de acuerdo a su realidad, se evalúa si hizo las tareas programadas y como fue el impacto generado por las mismas en el self. Actividad inicial “Adivina que será” En grupos de cuatro personas deberán resolver en menos de 120 segundos las siguientes adivinanzas: • Doce señoritas en un convento y todas visten de negro. Respuesta: las monjas	La psicóloga inicia con una técnica de respiración, una vez finalizada se pide al participante que imagine que ha ganado a un tiquete para conocer el eje cafetero con todos los gastos pagos, además tiene la posibilidad de llevar a un acompañante, ahora usted se encuentra alistando las maletas junco con…, ya llego al aeropuerto y ahora está abordando su viaje, empieza a identificar muchas emociones porque es la primera vez que vuela, al llegar a su destino se siente muy feliz (cada uno de los participantes menciona que ve), luego ha llegado al hotel (describen que quieren hacer y como lo piensan organizar sus días). El propósito es que cada uno de los participantes describa cómo se siente y a su vez como las estrategias que uso en el “viaje” lo pueda aplicar en su realidad.	

	• Verde fue mi nacimiento, encarnado mi vivir, y negra me fui poniendo, cuando me quise morir. Respuesta: la mora •Una arquita blanca como la cal, que todos saben abrir y nadie cerrar. Respuesta: El huevo • Oro parece, plata no es; el que no lo adivine, bien tonto es. Respuesta: El plátano • Mi nacimiento es marino sin ser marisco ni pescado, a todo el mundo doy gusto y a mí nadie me lo ha dado. Respuesta: la sal.	Estación 2 “Enfréntate” Se pedirá a los participantes que identifique una situación que cause malestar o lleve a aumentar las emociones negativas, una vez identificada deberán realizar una corta grabación donde la describa de manera detallada. Después se pondrá frente al psicólogo y el psicólogo actúa la situación antes mencionada, llevando a crear estrategias o métodos que ayuden en la mitigación y control de la situación, de esta manera se fortalece el autoconocimiento, autocontrol y la manera más asertiva para resolver cualquier tipo de situación. Estación 3 (piensa, siente y se feliz) Se pide que los participantes formen un círculo, después la psicóloga les pide	

		que participen respondiendo las siguientes preguntas: Preguntas 1. Mencione el progreso que ha tenido frente al tratamiento. 2. Cuando se levanta porque da gracias. 3. Que ha sido lo más complicado del tratamiento y como lo ha superado. 4. Quien ha sido la persona o grupo de personas que han aportado a su mejoría (debe mencionar el nombre de cada uno). 5. Que se agradece a usted mismo. **Fase de Recolección de Datos** Actividad final “Ruleta De emociones” Cada una de los participantes deberá girara la ruleta, al detenerse indicara la emoción que debe gesticular y a su vez	

		debe expresar si la sintió durante el encuentro. **Devolución de Aportes** Se hará una retroalimentación a partir de las respuestas generadas, la psicóloga hará una conclusión del encuentro de acuerdo a lo visto en la jornada de trabajo. **Tarea Para Casa** Señala la sombra Asocia palabras Agrupa palabras	
Sesión 15 **Título**: ¿La vida se recupera?	**Población:** Pacientes COVID 19 **Tiempo:** 60 minutos Aproximadamente **Estrategia Diseñada E Implementada**		**Recursos** ***Humanos:*** Psicóloga ***Tecnológicos:*** Computador y parlantes

"Cuando tienes miedo, pero lo haces de todas formas, eso es valentía" *(Coraline, Neil Gaiman)* **Objetivo:** Afianzar las habilidades sociales de los pacientes con la ayuda de diversas estrategias interactivas facilitando las relaciones interpersonales con los demás.	**Encuadre O Presentación** La psicóloga realizara un saludo formal con la población (pacientes), con estos encuentros se busca darles estrategias a los pacientes para fortalecer las áreas afectadas por el proceso de hospitalización ayudando a mitigar el tiempo de rehabilitación a su vida cotidiana. Se hace una retroalimentación sobre los factores emocionales detectados por cada paciente se busca generar el reconocimiento y la importancia de los mimos de acuerdo a su realidad, se evalúa si hizo las tareas programadas y como fue el impacto generado por las mismas en el self.		***Físicos*** Fotocopias, lápiz, Hojas blancas, marcadores, pintura, dibujos.

Fase 3

En esta fase se realiza evolución, re-test y se aplica el formato 1 de evolución.

Fase de evaluación

Anexo 16 Formato 1 de Evaluación.

Formato de Evaluación Para Pacientes Post UCI COVID 19	
Fecha:	
Nombre:	Apellidos:
Edad:	Fecha de Nacimiento:
Género:	CC:
EPS:	Dirección:
Patología:	Cel:
Tiempo de Hospitalización:	
Observaciones: (En este apartado se debe colocar específicamente que tipo de dificultades presenta aún después del proceso de rehabilitación físico, emocional y cognitivas, también conocer cómo es su relación con la red de apoyo y su médico tratante) Físicas: Emocionales: Cognitivas:	

Red de Apoyo: Relación médico paciente: Observaciones: (Escriba como se sintió con cada una de las actividades realizadas durante el proceso de rehabilitación, le pareció bueno, malo o regular)

_____ _____

FIRMA DE LA PSICÓLOGA (O) **CIUDAD Y FECHA**

CC No.

Formato Re-Test

En este apartado se aplicarán las pruebas que inicialmente fueron usadas para el diagnóstico y que servirán para generar el comparativo conveniente generando una evaluación más exacta, comparada con los datos suministrados por los pacientes en el formato 1 de evaluación.

Matriz DOFA

A continuación, se presenta un análisis del diseño de programa denominado “Viviendo Una Nueva Oportunidad” en la matriz DOFA donde se resaltan las Fortalezas, Debilidades, Oportunidades y Amenazas que presenta el programa.

Anexo 17 Matriz DOFA

Fortalezas	**Debilidades**
F1: Se hace un abordaje integral desde el paciente, médico y red de apoyo F2: Su diseño está basado en la actual contingencia sanitaria COIVD 19. F3: Continuamente se hace una evaluación para la revisión del proceso. F4 Fortalecimiento del autoconocimiento de forma general (Confianza, Conocimiento y autoestima entre otros) F5: El programa no es extenso en su aplicación F6: Se trabaja desde un diagnóstico previo desde aspectos psicológicos apoyados en test. F7: No excluye la población por estrato socio económico. F8: El material metodológico está sujeto a la realidad del paciente. F:9 Reconocer el rol del psicólogo en los procesos de rehabilitación Post UCI	D1: De acuerdo al diagnóstico puede ser que la patología psicológica requiera una intervención clínica directa. D2: Falta de disposición por parte de población. D3: Lastimar susceptibilidades profesionales en el personal médico. D4: Las fases estipuladas se extiendan más del tiempo programado D5: No contar con los psicólogos suficientes para trabajar con la población.
Amenazas	**Oportunidades**
A1: La fluctuación del espacio de aplicación.	O1: Existe la población a abordar.

A2: El clima. A3: El contexto social. A4: El tiempo	O2: Se puede aplicar en cualquier lugar de Colombia. O3: Reconocer la efectividad del programa recociendo el rol del psicólogo. O4: Su aplicación se puede realizar de forma interdisciplinaria. O5: Generar empleo a los psicólogos clínicos.

En la matriz se logra evidenciar las fortalezas que brinda el diseño del programa como una herramienta fácil de aplicar, comprensible y adaptable a la población que sale de esta unidad, contempla las debilidades propias del mismo que se pueden manejar durante la aplicación, se contemplan las amenazas no son los controlables pero si se pueden sortear durante el proceso y por último se muestran las oportunidades que ofrece el programa como una ayuda en el proceso de rehabilitación del paciente, la oferta laboral y reconocimiento del rol de los psicólogos en esta área.

Evaluación del Proceso

El programa diseñado “Viviendo Una Nueva Oportunidad” se orientó a la mejora del proceso de rehabilitación al salir de la UCI en pacientes COVID 19 teniendo en cuenta la contingencia sanitaria actual; contempla dentro de su metodología el abordaje en tres fases para la obtención de resultados. En la fase 1 pertenece al proceso de selección de muestra y diagnostico a partir de los resultados generados por las pruebas que miden en los pacientes, personal médico y red de apoyo; el nivel de depresión, estrés y ansiedad producto de los cambios bruscos de ambiente para cada una de las poblaciones; sin embargo en los paciente se aplica un formato de selección en donde manifiestan las limitaciones físicas, cognitivas y emocionales como información prioritaria para ser parte del programa de acuerdo a la metodología adaptable elaborada.

Por otro lado, en la fase 2 Anexo (15) se encuentran estipulados 5 instructivos para aplicarlos a cada sección de la población (Pacientes COVID 19, Red de Apoyo y Personal Médico) con la finalidad de generar estrategias de afrontamiento a la realidad permitiendo un proceso de rehabilitación más integral y humanizado. En cada uno se buscó contemplar el fortalecimiento de las habilidades con las que cuenta en pro del bienestar comunitario, de acuerdo al barrido bibliográfico realizado donde se manifiestan como principales traumatismos en esta población, el estrés, la ansiedad y la depresión; se elabora todo un esquema metodológico con énfasis en la psicoeducación terapéutica.

Por consiguiente, se establecieron 15 instructivos con una duración de 60 minutos cada uno, en ellos se contempla un tema, titulo, objetivo, población, actividad inicial, actividad central, una devolución de aportes, actividad de cierre y una tarea para la casa en búsqueda de un trabajo continuo junto a una evaluación constante. Se abordan temas como: entrenamiento en cuidados del paciente UCI COVID 19 desde el aprendizaje del contexto del cual proviene, vida saludable como un medio de mitigación promocionando hábitos importantes para el fortalecimiento de su self como el ejercicio, la meditación, la dáctilopintura y la arte-terapia como instrumentos para el manejo de las dificultades que puede presentar. El restablecimiento del paciente desde la recuperación de su rol social retomado desde la introspección del proyecto de vida, afianzando los autos más importantes entre los cuales están (Autoestima, Autocontrol, Autoconocimiento y

Autoconfianza) como pilares importantes en las relaciones personales, la comunicación asertiva y la superación de la situación adversa vivido.

Además, se trabaja con el personal médico el recontarse con su vocación profesional, el impacto de su rol en los pacientes desde aspectos físicos como emocionales y cognitivos llevándolos a una autoreflexión de los procesos de humanización desde el área de la salud.

Por otra parte, en la fase 3 se van a realizar un Res-test de las pruebas aplicadas inicialmente a la población, junto a un formato de evaluación para determinar los avances. No obstante, se resalta que después de cada aplicación se genera una tarea revisada en el próximo encuentro como una forma de evaluación constante evidenciando aspectos positivos y negativos.

En conclusión, todas las estrategias metodológicas van en caminadas a fortalecer, mitigar y generar estrategias con el propósito de rehabilitar al paciente de forma integral con el acompañamiento de un psicólogo aportando a la disminución del tiempo de recuperación.

Evaluación de Resultados

Se realiza una evaluación con un formato creado Anexo (5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15) donde permite detectar los avances de la población, se debe tener en cuenta que este sujeto a la disposición de la misma, también se va a hacer el Re-test Anexo (16) de las pruebas como soporte de la información suministrada en el primer formato.

Los resultados arrojaran los datos necesarios en cuanto a la viabilidad del diseño de programa reflejado en la evolución de los pacientes, red de apoyo y personal médico como una alternativa viable en los procesos de rehabilitación después de salir de UCI por causa del COVID 19. Por otro lado, revela las dificultades presentadas con la finalidad de hacerle los ajustes necesarios al diseño perfeccionando un programa de con impacto psicológico en búsqueda de la exhalación del rol del psicólogo como profesional de la salud.

Discusión

En la actualidad se ha evidenciado como los procesos de salud han tenido que aumentar de manera considerable, esto es debido a la actual pandemia Covid 19 la cual es una enfermedad infecciosa que ha cobrado la vida de muchas personas, en relación a lo mencionado se han implementado protocolos de salud donde minimicen el riesgo de contagio, sin embrago los niveles epidemiológicos han ido en aumento, razón por la cual la Unidad De Cuidados Intensivos UCI se ha visto colapsada, a su vez las personas que ingresan a esta unidad tienen un aislamiento riguroso, la finalidad es brindar una supervisión constante y especializada a este tipo de pacientes. Diversos estudios mencionan que el proceso de recuperación de estas personas es de dos a tres semanas aproximadamente, también que durante este tiempo las personas se encuentran entubadas y sedadas para que puedan aplicar el tratamiento necesario y así salvares la vida El Hospital (2021).

Asimismo, es conocido que la duración en el espacio de cuidados intensivos trae para el paciente una afectación en su salud mental, debido a que puede tener periodos de delirio, trastorno de estrés postraumático, ansiedad y depresión, esto sin contar que los familiares o cuidadores del paciente han manifestado cierto ansiedad y miedo de solo pensar que pueden contraerla y esta a su vez implica que sus áreas sociales, económica y laboral serán afectadas; también menciona que es posible que las afectaciones de este procesos se evidencien a largo plazo, razón por la cual las entidades de salud deberán contar con tratamientos o estrategia de promoción y prevención con la cual las personas minimicen las afectaciones que el “nuevo estilo de vida” presenta. El Hospital (2020).

A causa de lo mencionado se ha realizado un diseño de programa donde su principal objetivo es proponer un modelo de intervención a pacientes Covid 19 después de salir de UCI por medio de un programa de estrategias psicoeducativas que promuevan el proceso de rehabilitación integral; su creación está encaminada en ofrecer una serie de sesiones con las cuales el paciente obtenga herramientas que le permitan en su momento reincorporarse a sus quehaceres cotidianos, asimismo el cuidador es parte esencial de este trajo debido a

que el conocimiento que tenga será reflejado al paciente quien percibirá de una manera más cercana y familiar una serie de cuidados que se han diseñado en pro de aumentar su mejora, en este proyecto también se involucra al personal médico debido a que cuando se trabaja de manera interdisciplinaria el paciente recibe una mayor atención que se refleja en una recuperación adecuada y rigurosa.

Durante su consolidación se encontró información teórica que respalda la viabilidad e implementación en los pacientes que han pasado por esta situación específica; un estudio realizado por Cattelan et al (2021) el cual se titula “efectos psicológicos de la comunicación remota entre las personas de referencia de los pacientes de la UCI durante la pandemia de COVID-19” hallo que al tener contacto con el paciente su familiar percibía una sensación de angustia, la cual fue evidenciada en la escala hospitalaria aumentando la depresión y ansiedad razón por la cual a los tres meses se realiza una entrevista donde mencionaba características propias del estrés postraumático; con este estudio se reconoce como es percibido los estados emocionales y el sufrimiento del familiar por la separación del paciente en tres momentos importantes antes, durante y después del ingreso a la unidad de cuidados intensivos, a su vez se resalta como la mala información frente a los procesos de UCI hace que su angustia se aumente y sea más difícil llevar el proceso.

En concordancia y con la característica de ahondar en la importancia de un programa para los pacientes de que son dados de alta de la unidad de cuidados intensivos y que han superado la enfermedad Covid 19, se menciona la investigación realizada por Morales (2020) “Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos” en ella se destaca las afectaciones psicológicas que tiene una persona al ser dada de alta, a su vez se menciona que los niveles de depresión y ansiedad se vieron aumentados durante su estadía, razón por la cual se evalúa los riesgos psicosociales y el estado del cuidador principal. Este estudio avala test que permiten el reconocimiento cognitivo, emocional y mental del paciente, así mismo resalta que los pacientes al superar su estadía en la UCI tiene secuelas que se evidencia a corto y mediano plazo.

Sin duda alguna es necesario conocer como el rol del personal médico aporta en el proceso de recuperación del paciente, así mismo mencionar que la humanización del servicio se ha caracteriza por la calidez con la que es atendido, razón por la cual es importante mencionar que la relación médico-paciente debe ser amable, cordial y clara, esta con la finalidad de que en su proceso sea más rápido y optimo; en este sentido cabe señalar que un estudio de la tesis de maestría que se titula “Capital Psicológico y la Conducta de Compartir Conocimiento en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital” PNP Luis Sáenz, (2018);el cual se desarrolló con el objetivo de determinar la relación de capital psicológico (autoeficacia , esperanza, resiliencia, el optimismo) y la conducta en cuanto a compartir conocimiento en el personal de enfermería del servicio de cuidados intensivos, dicho estudio evidencio que durante el proceso de relacionarse con sus pares y con los médicos iba aumentando su habilidad de comunicar y ayudarse de manera mutua, así mismo menciona que la empatía se adquiere a medida que se desempeña su trabajo. En esta investigación de tesis se evidencia como los procesos de humanización se pueden incluir de manera específica, aportando a un mejor servicio y aumentando el nivel de satisfacción por parte de los pacientes y familiares durante el proceso de recuperación y seguimiento.

A modo general se resalta como la labor del psicólogo puede ayudar a mitigar los efectos de una estadía en la UCI, esto partiendo de que los estudios e investigaciones mencionadas las cuales han detectado como la salud mental del paciente se ha visto afectada, en este mismo contexto los familiares juegan un papel relevante en el proceso de recuperación y apoyo, sin duda alguna el personal médico al ser capacitado en el reconocimiento de dichas afectaciones que tiene el paciente aparte de las físicas se puede llegar a la aplicación de mecanismos que ayuden en la mitigación de los efectos a corto o mediano plazo, al momento de crear el programa de acompañamiento a pacientes UCI se estimó que cuando se trabaja de manera conjunta (Paciente, médico y familiar) los resultados serán más satisfactorios, esto en relación a que la persona durara menos en el proceso recuperación y en este mismo sentido la entidad hospitalaria vera también la reducción de costos, razón por la cual se debería considerar su aplicación.

Conclusiones

el presente diseño de programa se creó en marco de la pandemia COVID 19, siendo una problemática social que afecta a todas las personas, los índices poblacionales evidencian una cantidad considerable de pacientes que sobrevivieron a esta patología que ha dejado secuelas desde la pérdida del rol social de acuerdo al contexto donde se desarrollan, huellas físicas en aparato respiratorio limitando la cotidianidad de sus vida, acotando un estilo de vida en marco de la funcionalidad dentro de un sistema familiar como un estandarte a depender de otros causando congestiones emocionales, propios de ser conscientes de las consecuencias de una patología que distorsiono su vida. El programa “Viviendo una Nueva Oportunidad” contiene una gran variedad de estrategias cognitivo conductuales para mitigar daños causados producto de estancia prolongada en una UCI dentro de las afectaciones se encuentran las físicas, cognitivas y psíquicas causando deterioro no solo en el paciente si no en la red de apoyo.

En cuanto a los objetivos establecido en el diseño de programa se refleja un resultado positivo. Para comenzar se pretendía definir las afectaciones producidas por el tiempo en la UCI en cuanto a la salud mental por medio de escalas de evaluación y medición para diagnosticar el nivel de afectación, esto se cumplirá en la primera fase de la metodología con cada una de las pruebas mencionadas en la fase; contiene una característica importante fueron buscadas de acuerdo a las más aplicadas en pacientes que han salido de UCI y se requiere revisar las afectaciones severas a nivel cognitivo y emocional como lo es el estrés, la depresión, la ansiedad y por último el síndrome post -UCI dentro de las pruebas se encuentran la State Trait Anxiety Inventory (STAI) mide las características de la ansiedad; la escala de Hamilton para ansiedad (HADS) se enfoca en la intensidad de la ansiedad, la escalas de ansiedad y depresión de Leeds (LEEDS) ella hace un paralelo entre ansiedad y depresión, el inventario de depresión para adultos de Beck (BDI) síntomas depresivos de acuerdo al DSM V, el Inventario de depresión estado-rasgo (IDER), la prueba de Trastorno por estrés post-traumático (TEPT) y por ultimo test de resiliencia enfocado a la familia para comprender como asume el núcleo de familia el nuevo proceso.

El segundo objetivo se estableció promover capacitaciones que permitan al cuidador la comprensión de la situación que enfrenta el paciente, con la cual adquiera habilidades que le permitan ayudar a su familiar en el proceso de recuperación, este se cumple en la fase 2 de la metodología en donde se diseñaron 5 sesiones enfocadas a la capacitación en habilidades propias para la atención del paciente, en ese sentido se busca mitigar las dificultades físicas – emocionales propias del desgaste que es generado en el cuidador como soporte del paciente haciendo el proceso más asertivo y menos traumático al final del proceso.

En el tercer objetivo cumplido estaba orientado a sensibilizar al personal hospitalario del área de UCI acerca de los procesos de Humanización del servicio por medio de talleres psicoeducativos para disminuir los efectos colaterales hallados, este se contempla en la fase 2 de la metodología donde se elaboraron 5 sesiones netamente para el personal médico en la medida que sean aplicados se busca generar una consciencia del impacto en que puede incurrir en sus pacientes desde aspectos emocionales, cognitivos y físicos de esta forma aportara en la humanización del servicio en área de salud de forma continua.

Para finalizar a modo de conclusión, el diseño de programa denominado una Nueva oportunidad para pacientes COVID 19 después de salir de UCI diseño la metodología en mira de poder abordar los tres ejes principales en el proceso de rehabilitación integral por medio de estrategias psicoeducativas que promuevan avances significativos apoyados de forma progresiva con estrategias psicoterapéuticas de tercera generación en la medida que se aborde el programa este permitirá que los pacientes recuperen su rol social desde una perspectiva más integral y humanizada. Este objetivo general se cumplirá en la medida que se empiece aplicar en los hospitales y clínicas generando unos resultados en pro del mejoramiento de la calidad de vida en los procesos post-uci.

Por consiguiente, se pretende con este programa que el psicólogo clínico empiece a reconocer cual podría ser como parte de un proceso de rehabilitación integral en mira de los procesos de humanización desde el área de la salud hasta la red de apoyo, que inicie el reconocimiento de su rol en un grupo interdisciplinario de atención como el profesional encargado del área cognitiva y emocional de los pacientes, todo esto se dará en la medida que se aplique el

programa en los entes de salud con la finalidad de hacer procesos evaluativos constante donde deje ver las ventajas y los aspectos por mejorar.

Por otro lado, es importante resaltar del diseño de programa como en la fase dos en la medida que se realicen las sesiones correspondientes con el paciente, la red de apoyo y personal médico, en cada una de ellas se hace una evaluación progresiva por medio de unas tareas a realizar desde la casa de forma individual o conjunta con su paciente, estas actividades serán retroalimentadas posteriormente en el próximo encuentro para evaluar como fue el proceso, aspectos positivos y negativos frente al mismo todo con la finalidad de generar aprendizaje y adaptaciones según corresponda.

Además, en la fase tres de evaluación del diseño de programa se aplicará un formato Anexo (16) en donde se piden plasmar los datos relevantes relacionados con el proceso de rehabilitación desde aspectos físicos, cognitivo y psíquicos como soporte de los re-test a aplicar de forma que se obtengan datos significativos con un alto índice en la pertinencia del programa aplicado como parte del proceso de rehabilitación integral del paciente con mira de la mitigación de traumas psicológicos emocionales tanto para el cómo la disminución del síndrome del cuidador en la red de apoyo.

Es importante, resaltar como el diseño podría aportar en los procesos de humanización de la atención medica sin importar el nivel de complejidad, aportando estrategias que le permitan crear herramientas de afrontamiento y sensibilización ante la realidad de sus pacientes, estableciendo unas relaciones en base a la cordialidad, reconociendo su juramento socrático de servicio a la comunidad que se pierde con el ritmo de la vida diaria donde se acostumbra a la normalización del dolor volviéndolo un ser racional de las emociones y siempre se debe ir en búsqueda de equilibrios emocionales, el programa pretende hacer un feed back en esta población desde el restablecimiento del self con su profesión.

Recomendaciones

Es importante, reconocer el papel que juega cada uno de las variables planteadas dentro del diseño de programa “Viviendo una Nueva Oportunidad”, se deber realizar un buen diagnóstico apoyado de las test psicométricos como soporte importante de los hallazgos encontrados durante el proceso, tener claridad en el formato de selección de muestra cada uno de los apartados para poder extraer la población idónea con la finalidad que permita generar datos eficaces en relación de aplicación del programa, cabe resaltar en los futuros psicólogos pretenden implementar el diseño revisar detalladamente para que haga los ajustes metodológicos más convenientes para la población teniendo en cuenta la facilidad adaptiva con la que fue elaborada, el contempla en la aplicación de las sesiones correspondientes estrategias psicoterapéuticas de tercera generación como parte del restablecimiento por medio del arte-terapia al contemplar la dáctilopintura, la elaboración de manualidades con base en retazos e hilo; el manejo de la arcilla, la respiración en tres tiempos, la bailo-terapia, salir a caminar y juegos en pro de la unión familiar todo esto contemplado a la realidad del paciente.

Por otro lado, es importante que el psicólogo que desee aplicar el diseño de programa lo realice dentro de la secuencia estipulada en cada uno de los apartados poblacionales buscando maximizar la efectividad del mismo disminuyendo el tiempo de rehabilitación. De acuerdo a la realidad contextual en la cual fue diseñado pacientes COVID 19 que han sido dados de alta por dicha patología a retomar su vida paralizada forzosamente lleva un tiempo prudencial, este mismo tiempo va acompañado de muchas características particulares en donde se coloca a prueba el andamiaje con el que cuenta cada paciente para sobrevivir ante el hecho traumático; se busca con el programa disminuir el tiempo de recuperación del rol social del paciente con estrategias psicoeducativas pertinentes.

En actualidad en marco de la contingencia sanitaria la cantidad de población es bastante significativa, la familia o red de apoyo son una de las variables que debe buscar adaptarse a una realidad de forma abrupta, teniendo en cuenta muchas veces las directrices emanadas por el gobierno nacional y local como medidas de protección comunitaria generando directamente un valor agregado en la severidad de la problemática familiar. En muchas ocasiones los pacientes han

perdido de cierta forma la autosuficiencia para suplir necesidades básicas de autocuidado por lo que se hace necesario contar con un cuidador permanente, en la mayoría de los casos son familiares cercanos directamente involucrados por sentimientos de amor, cariño, respeto, fidelidad etc. ¿son estas emociones profundas facilitadoras del proceso de recuperación? Hasta cierto punto se puede contemplar como una ventaja en la recuperación del ser, pero no obstante puede generar en cuidador frustraciones acompañadas de sentimientos culposos no positivos para el paciente debido a no ver en ocasiones avances significativos y rápidos.

Por consiguiente, el nivel de ansiedad, estrés y hasta depresión son algunas de las patologías vistas en el síndrome del cuidador es por ello que el diseño de programa elaboro 5 sesiones enfocadas para su posterior aplicación con los cuidadores de los pacientes con los cuales la entidad de salud o psicólogo desee implementar el diseño programa, ahí se denotan actividades terapéuticas de una forma dinámica y de fácil comprensión para contextualizar a la red de apoyo frente a la realidad del familiar o paciente según sea el caso, en el se redactaron actividades encaminadas desde el reconocimiento del traumatismo en función de las instalaciones donde estuvo el paciente un tiempo prudencial y el cambio sufrido al momento de retomar a la vida cotidiana, es importante trabajar sobre el manejo emocional, las relaciones interpersonales con un contexto externo a su paciente como medidas de neutralización y soporte emocional desde el reconocimiento de sus capacidades y limitaciones.

De igual forma es importante entablar una relación de comunicación, confianza y profesionalismo entre el paciente, la red de apoyo y psicólogo que este liderando el proceso de rehabilitación integral siempre teniendo como base el código deontológico del mismo en donde contempla el secreto de confidencialidad como parte del ejercicio profesional. El diseño busca generar una conciencia en la importancia de abordar en el tiempo de recuperación física, el restablecimiento cognitivo y emocional muchas veces aislado en los proceso de rehabilitación, desconociendo la labor del psicoterapeuta en dichos eventos, se hace un llamado a los psicólogos a apropiarse del rol dentro de cada espacio de la salud inyectando su propio plus, se hace una exhortación a no limitar la profesión por el contrario se invita a los profesionales a innovar, crecer y diseñar programas interdisciplinarios que ayuden a todos los entes intervinientes ante los hechos no saludables presentes en las áreas hospitalarias.

Es preciso, que todos los entes intervinientes sean conscientes de la importancia de mantener una mente sana, tranquila, libre de presiones, juicios o demandas emocionales superiores a la capacidad del individuo para afrontarlas, de esta manera el diseño de programa también contempla 5 sesiones para el personal médico el cual maneja altos índices de estrés, ansiedad y depresión a causa de la exposición constante de pacientes con realidades diferentes pero con algunas características con las cuales puede llegar a identificarse y/o proyectarse, no obstante, la rutina de trabajo le permite crear unos mecanismos de defensa ante el dolor que los hacen ver como intolerantes ante situaciones difíciles de los pacientes olvidando la humanización de su rol, por ello se elabora en el programa temáticas de abordaje referentes a la búsqueda de la esencia de su trabajo, el establecimiento de herramientas que permitan entablar unas relaciones médico-paciente más cordiales encaminadas el entendimiento de la realidad familiar, social y económica de su paciente convirtiéndose en un apoyo positivo desde el cambio actitudinal del especialista de la salud.

No obstante, el personal de salud no es el único que debe generar cambios, las entidades de salud tanto públicas como privadas deben ser líderes en los procesos de transformación en cuanto a la atención intrahospitalaria, estudios demuestran la importancia de estar a la vanguardia en los procesos de hospitalización, recuperación y apoyo con los pacientes que padecen patologías de alta, median y baja complejidad. Se evidencia como la humanización de los procesos de salud genera un impacto positivo en la población, este diseño busca hacer un llamado a las entidades de salud a indagar estrategias pertinentes que faciliten los procesos de recuperación disminuyendo el tiempo de hospitalización garantizando calidad en la atención; esto se lograra en la medida que se implementen diseños de programa como “Viviendo una Oportunidad” estimulando a la creación de otros con una línea de acción directa a la entidad de salud con miras a ser reconocidos por su efectividad.

Por consiguiente, se recomienda seguir investigando en esta línea de los proceso de humanización en pacientes dentro de la entidades de salud específicamente en UCI partiendo de los traumatismos presentados de alta complejidad, buscando implementar estrategias psicoterapéuticas por parte de los profesionales encargados del restablecimiento de las áreas cognitivas y emocionales como parte del proceso de humanización e integral de los procesos

clínico posteriores a salir de la entidad de salud como un trabajo interdisciplinario, se recomienda seguir indagando frente a las lesiones psíquicas reflejadas en las variables contempladas en el diseño de programa viviendo una nueva oportunidad con la finalidad de crear futuros programas que ayuden y faciliten los procesos con esta población mejorando la calidad de vida.

Referencia Bibliográfica

A, Avalos & D, Follano (2018). “Eficacia De Un Programa Educativo Sobre Capacidad De Afrontamiento Y Adaptación De Los Familiares Del Paciente Hospitalizado En La UCI Y UCIM Del H.N.C.A.S.E. Arequipa - 2018”. http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5668/ENSavpoam2.pdf?sequence=3&isAllowed=y

A, Contreras & X, Palacios. Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). rev.univ.ind.santander.salud 2014; 46 (1): 47-60. Recuperado de http://www.scielo.org.co/pdf/suis/v46n1/v46n1a06.pdf

A. Gómez. (2007). salud física y mental. Un binomio indisoluble. Farmacia Profesional, 53-56. doi:https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-articulo-salud-fisica-salud-mental-un-13108595

A, Martínez; J, Ortega & D Valderrama (2020). Experiencias del paciente en posoperatorio de cirugía cardiovascular en la UCI Clínica Medical Duarte, Cúcuta Colombia entre mayo y octubre del 2020. Recuperado de https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/52093/Trabajo%20ajustes%20jurados%20%28LISTO%29%2015%20diciembre%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y el 9 de abril del 2021

A, Moreno & X, Espinosa (2013). Contribuciones de la Psicología al manejo interdisciplinario del paciente en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). rev.univ.ind.santander.salud 2014; 46 (1): 47-6 pág 49

A, Pablo (noviembre 16, 2015).VI Jornada Madrileña de atención al paciente crítico. ¿Y después de la UCI qué? Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital universitario del Sureste. Recuperado de: https://curaraveces.files.wordpress.com/2015/11/y-despuc3a9s-de-la-uci-quc3a9.pdf

Anónimo. (2018). Organización Mundial De La Salud. Obtenido de Salud Mental: Fortalecer Nuestra Respuesta: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

B, Andrade; C Celis (2010). Perfil Epidemiológico De Pacientes Que Ingresan A La Unidad De Cuidado Intensivo Adulto, Saludcoop Neiva. Recuperado https://contenidos.usco.edu.co/salud/images/documentos/grados/T.G.Enfer.Cuidado-Critico/5.T.G-Brayant-Andrade-Mendez,-Claudia-Patricia-Celis-Melgar-2010.pdf

B, Gil; R Ballester; S Gómez & R, Abizanda (2013). Afectación Emocional De Los Pacientes Ingresados En Una Unidad De Cuidados Intensivos. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica Vol. 18, N.º 2, pp. 129-138. http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/viewFile/12769/pdf_5

B, Vásquez & M, Veronesi (2013). Seguimiento Y Rehabilitación. Importancia de la rehabilitación interdisciplinaria post-UCI. Volumen 30 - Nº 3 - 2013 • SYLLABUS. Recuperado de: https://www.sati.org.ar/files/seguimiento/02-Importanciarehabilitacion.pdf

C, Aguilar & C, Martínez (2017). La realidad de la Unidad de Cuidados Intensivos. Med Crit 2017;31(3):171-173. http://www.scielo.org.mx/pdf/mccmmc/v31n3/2448-8909-mccmmc-31-03-171.pdf

C. Chamorro & M. Romera. (2015). Dolor y miedo en la UCI. medicina intensiva, 442- 442 . doi:https://www.medintensiva.org/es-dolor-miedo-uci-articulo-S0210569115001163

C, Chang; Y, Chen & C, Su. Care needs of older patients in the intensive care units. J Clin Nurs 2012;21 (5-6): 825-832

C, Valenzuela (17 de junio de 2019). Describiendo el impacto del síndrome post UCI. Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Recuperado de: http://www.medicina.uchile.cl/noticias/describiendo-el-impacto-del-sindrome-post-uci.html

D. Cabrera. (10 de octubre de 2019). El 4,7 % de los colombianos sufre de depresión: OMS. Obtenido de RCN Radio : https://www.rcnradio.com/salud/el-47-de-los-colombianos-sufren-de-depresion-oms

D, Illera; G, Rivera; A, Orozco; V, Montenegro & C, Vidal (2015). Perfil epidemiológico Y Factores De Riesgo En Pacientes De La Unidad De Cuidados Intensivos, Hospital San José, Popayán. Rev. Fac. Cienc. Salud Univ. Cauca **2015**, 17, 14-19

D. Zamora, D. Suárez, O. Bernal. (2019). Análisis de las necesidades y uso de servicios de atención en salud mental en Colombia. Salud Pública, 175-180. doi:https://docs.google.com/viewerng/viewer?url=https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/viewFile/71638/74048

E, Amarante (Mayo 2020). Covid19: Síndrome post-UCI. Recuperado de: https://neurologiaclinica.es/sindrome-post-cuidados-intensivos-y-covid-19/#:~:text=El%20diagn%C3%B3stico%20del%20s%C3%ADndrome%20post,el%20estado%20cognitivo%20y%20emocional.

El Hospital (2020) Pacientes Con Covid-19 Atendidos En Uci Pueden Tener Complicaciones A Largo Plazo. https://www.elhospital.com/temas/Pacientes-con-COVID-19-atendidos-en-UCI-pueden-tener-complicaciones-a-largo-plazo+134697

El Hospital (2021) Flujo De Trabajo Y Productos Necesarios Para Las Uci Durante La Pandemia. https://www.elhospital.com/temas/Flujo-de-trabajo-y-productos-necesarios-para-las-UCI-durante-la-pandemia+134085

F. Cruz; M. Regimar & colaboradores. (2013). Estrés del paciente en UCI: visión de los pacientes y del equipo deenfermeria. Enfermeria Global, 81- 103. doi:http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/docencia1.pdf

G, Heras ; M, Cruz & N, Nin (2017). Buscando humanizar los cuidados intensivos. Rev. bras. ter. Intensiva vol.29 no.1 São Paulo. https://doi.org/10.5935/0103-507x.20170003

G, Tarazona (2020). Condiciones de Trabajo y Salud en personal de UCI en Instituciones Hospitalarias de III y IV Nivel en Bogotá D.C. https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/75763/1018455174.2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y

H, Vásquez, E, Revilla, C, Raymundo, B, Gaytán, & V, Terrazas. (2017). Características epidemiológicas de los pacientes con enfermedad crítica crónica. Un estudio observacional ambispectivo. Medicina crítica (Colegio Mexicano de Medicina Crítica), 31(1), 31-35. Recuperado en 09 de junio de 2020, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092017000100031&lng=es&tlng=es.

I. Brevis & P.Silva. (2011). Creencias, Sentimientos e Incertidumbre frente a la enfermedad en familiares de pacientes ingresados a UCI. Revista Chilena De Medicina Intensiva, 27-34. doi:https://pdfs.semanticscholar.org/aa29/0dd727b782f637ea9090de45668804982b7f.pdf

Instituto Nacional de Salud (INS) casos Covid-19 Colombia y el Ministerio de Salud (Minsalud) (Abril 5 2021 Recuperado de: https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiMjBjZWNlOGUtNzc1Yi00NjVkLTkyMjktOTJmMGU3YTU2Nzk4IiwidCI6ImE2MmQ2YzdiLTlmNTktNDQ2OS05MzU5LTM1MzcxNDc1OTRiYiIsImMiOjR9&pageName=ReportSection0c50ea3406afe4407370

J, Barragán; M, Moreno; N, Hernández (2020). Morbimortalidad en pa-cientes egresados de una unidad de cuidados intensivos en Boyacá, Colombia. voluArchivo de medicina volumen 20 N° 2 2020 recuperado https://revistasum.umanizales.edu.co/ojs/index.php/archivosmedicina/article/view/3708/5852

J, Benítez-Agudelo; A, Barceló-Martínez & M, Gelves-Ospina, (2016). Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo

clínico. Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, 42(4), 391-398. Recuperado en 25 de marzo de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400012&lng=es&tlng=es.

J, Cattelan; S, Castellano; H, Merdji; J, Audusseau; B, Claude; L Feuillassier; S, Cunat; M, Astrié; C, Aquin; G, Buis; E, Gehant; A, Hassiba; H, Camille; C, Guillou; G, Martín; K, Roulot; F, Meziani; O, Putois & J, Helms. (2021). Efectos psicológicos de la comunicación remota entre personas de referencia de pacientes de UCI durante la pandemia de COVID-19. j cuidados intensivos 9, 5 (2021). https://doi.org/10.1186/s40560-020-00520-w

J, Enriquez (2018). acmi. Obtenido de redalyc: https://www.redalyc.org/jatsRepo/1631/163156703002/index.html

J, Hewitt; Psycho-affective disorder in intensive care units: a review. J Clin Nurs. 2002 Sep;11(5):575-84. doi: 10.1046/j.1365-2702.2002.00638.x. PMID: 12201884. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12201884/

J, Mata (2016-2018). Impacto De Un Programa De Intervención Para La Prevención Del Síndrome Post-UCI En Familiares En Pacientes Ingresados En UCI. http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/123730/6/123730.pdf

J, Vallejo Ospina1; Ll, Leyton Toro; k, Ayala Grajales3 & A Becerra Londoño (2019). Cambios en la funcionalidad del paciente crítico y la calidad de vida después de cuidado intensivo (UCI), Pereira 2019. Cuaderno de Investigaciones-Semilleros Andina No. 12 Vol. 12 (2019). https://revia.areandina.edu.co/index.php/vbn/article/view/1526/1472

K, Ruidiaz & S, Fernández (2020) Temor y angustia: experiencia del paciente en la unidad de cuidados intensivos. Vol. 17 No. 3 / Sep - Dic 2020 / Cúcuta, Colombia. . https://doi.org/10.22463/17949831.1695

I, Flórez; E, Herrera; E, Carpio; M, Veccino; D, Zambrano; Y Reyes; S, Torres (2011). Afrontamiento y adaptación en pacientes egresados de unidades de cuidados intensivos. AÑO 11 - VOL. 11 Nº 1 - CHÍA, COLOMBIA - ABRIL 2011 l 23-39. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n1/v11n1a03.pdf

I, Galvin; M, Leitch; R, Gill; K, Poser ; S, McKeown. (2018)Humanización de cuidados intensivos: efectos psicológicos en los profesionales sanitarios y sus familiares: una revisión sistemática. Can J Anesth / J Can Anesth 65, 1348-1371 (2018). https://doi.org/10.1007/s12630-018-1227-7

La consejería de sanidad de Madrid (2016- 2019). Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. Ley 44/2003, de 21 de noviembre. Recuperado de: http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf

L, Blanco & N Velasco (2017). “Diarios de UCI” y Estrés Postraumatico aproximación a la eficacia y experiencias vividas mediante métodos mixtos. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684682/blanco_lopez_lauratfg.pdf?sequence=1&isAllowed=y

L, Buitrago Velandia & J, Martínez Ceballos (2019). Adaptación Transcultural De La Escala Intensive Care Psychological Assessment Tool (Ipat) En Bogotá Y Neiva. https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/46260/TRABAJO%20DE%20INVESTIGACI%c3%93N%20ADAPTACION%20IPAT.pdf?sequence=2&isAllowed=y

L, Tarquino (2014). La Familia Del Paciente En Unidad De Cuidado Intensivo (UCI). Recuperado de https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/9613/1020748017-2014.pdf?sequence=1

M, Algarra; M, Arias; M, Benavides; S, García; B, Melo; Y, Niño (2006). NECESIDADES PSICOSOCIALES DEL PACIENTE QUE INGRESA POR PRIMERA VEZ A LA UCI. Hospital de San José de Bogotá D.C. Repertorio de Medicina y Cirugía. Vol. 15 No. I • 2006 Recuperado de: https://revistas.fucsalud.edu.co/index.php/repertorio/issue/view/35

M, Arrivillaga D, Correa & I Salazar (2007). Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica. Bogotá: Manual Moderno. ISBN: 978958944

M. Chaves; Rojas, A; Arteaga, I (2014). INVESTIGACIÓN CUALITATIVA: UNA REFLEXIÓN DESDE LA EDUCACIÓN COMO HECHO SOCIAL.

M, Delgado; L García & Mateos (2017). Sobrevivir a las unidades de cuidados intensivos mirando a través de los ojos de la familia. DOI: 10.1016/j.medin.2017.02.003. Vol. 41. Núm. 8. páginas 451-453. Medicina Intensiva es la revista de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.

M, Durán; S, Fernández; M, Sierra; L Torres & M, Ibáñez (2011) Perfil psicosocial de los pacientes ingresados en las Unidades de Cuidados Intensivos Médica y Cardiovascular de la Clínica Universitaria Colombia. Rev.Medica.Sanitas 14 (2): 28-37, 2011. Recuperado de: https://www.unisanitas.edu.co/Revista/22/PERFIL%20PSICOSOCIAL%20CARDIO.pdf

M, Espinosa & E, Hernández (2018) sicológica en acompañantes de usuarios en la Unidad de Cuidado Intensivo. Universidad Mariana - Boletín Informativo CEI 5(1). http://editorial.umariana.edu.co/revistas/index.php/BoletinInformativoCEI/article/view/1549/1518

M, García; B, López & P, Martínez (2020). El cuidador: concepto y perfil. https://www.discapnet.es/areas-tematicas/canal-senior/el-cuidador/cuidado-del-cuidador/concepto-y-perfil#:~:text=El%20cuidador%20o%20cuidadores%20son,familiares%2C%20personal%20contratado%20o%20voluntario.&text=El%20cuidado%20ser%C3%A1%20m%C3%A1s%20o,la%20persona%20y%20sus%20circunstancias.

M, Gálvez (18 abril 2017). La vida después de la UCI.UCI Humanizados los cuidados intensivos. Recuperado de: https://proyectohuci.com/es/la-vida-despues-de-la-uci/

M, Laham (2006). Escuchar al corazón, psicología cardíaca, actualización en Psicocardiología. Ed. Lumiere, Buenos Aires. Recupreado de: https://ifdcsanluis-slu.infd.edu.ar/sitio/upload/MODELO%20BIOMEDICO%20y%20BIOPSICOSOCIAL.pdf

M, Morales (2020). "Repercusiones psicológicas relacionadas con el proceso de alta de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos". https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/20283/%22Repercusiones%20psicologicas%20relacionadas%20con%20el%20proceso%20de%20alta%20de%20pacientes%20ingresados%20en%20la%20Unidad%20de%20Cuidados%20Intensivos%22.pdf?sequence=1

M, Peskett; Peter Gibb. (2007). ICUsteps, la organización benéfica de apoyo al paciente de cuidados intensivos. Recuperdo de: https://icusteps.org/.

M, Piquero (2016-2017) Secuelas psicológicas e impacto emocional tras el alta de una Unidad de Cuidados Intensivos. https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/11609/Piquero%20Cuevas%20Mar%C3%ADa.pdf?isAllowed=y&sequence=4

M, Rázuri (2017). Programa psicoeducativo de intervención psicológica para mejorar la adherencia al tratamiento de insuficiencia cardiaca en pacientes del Servicio de Cardiología del Hospital Luis Vernaza. http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/26562/1/Mariela_tesis%20final%20entregada.pdf

M, Tornos (febrero 28 de 2018). La Humanización En El Cuidado De Pacientes. Casaverde. https://www.grupocasaverde.com/2018/02/28/la-humanizacion-cuidado-pacientes/

Ministerio de salud y protección social. Boletin de Prensa No 684 del 07/09/2020 Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Total-de-camas-UCI-en-el-pais-para-la-atencion-de-covid-19-incremento-91.aspx

Ministerio de salud y protección social. Boletín de Prensa No 210 de 2020 del 30/04/2020 Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cuenta-actualmente-con-5845-UCI-.aspx

Ministerio de salud y protección social. Boletín de Prensa 741 de 2020 del 21/09/2020 Recuperado: https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Colombia-cumple-60-dias-de-descenso-en-el-numero-de-casos-por-covid-19.aspx

Ministerio de salud y protección social. (2020) Ley n°. 2015 31 ene 2020. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%202015%202020.pdf

Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2019). PLAN DE CONTINGENCIAPARA LOS SERVICIOS DE MEDICINA INTENSIVA FRENTE A LA PANDEMIA COVID-19. Artículo 11 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre y Art. 3 de la Ley 41/2002. Recuperado de: https://www.semicyuc.org/covid19_files/Plan_de_Contingencia_COVID-19.pdf

Muestreo no probabilístico (2019). Recuperado de Enciclopedia Económica (https://enciclopediaeconomica.com/muestreo-no-probabilistico/)

News. (15 de 10 de 2012). Obtenido de EL trauma psicológico de la terapia intensiva: https://www.bbc.com/mundo/noticias/2012/10/121015_terapia_intensiva_estres_postraumatico_men

N, Hernández; J, Barragán; C, Moreno (2018). Intervención de enfermería para el bienestar de cuidadores de personas en cuidado domiciliario. Rev Cuid. 2018; 9(1): 2045-58. http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v9i1.479 Recuperado de: https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/479

N, Pattison (2013) Implicaciones psicológicas del ingreso a cuidados intensivos. Revista británica de enfermería VOL. 14, NO. 13. https://doi.org/10.12968/bjon.2005.14.13.18452

N, Pérez (2016) ANÁLISIS DE MORTALIDAD DE PACIENTES EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS EN UN HOSPITAL DEL DEPARTAMENTO DEL META, COLOMBIA

Investigaciones Andina, vol. 18, núm. 33, 2016, pp. 1605-1624 Fundación Universitaria del Área Andina Pereira, Colombia. recuperado. https://www.redalyc.org/pdf/2390/239053104002.pdf

O, Segura (29 de abril de 2016). Universidad de Antioquia . Obtenido de redalyc: https://www.redalyc.org/jatsRepo/1805/180547317008/index.html

OMS. (2017). Rehabilitación en los sistemas de salud. Departamento de Gestión de las ENT, Discapacidad, Prevención de Violencia y Lesiones (NVI). 20 Avenue Appia. 211-Ginebra 27 Suiza. WHO/NMH/NVI/17.4 HO 2017. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence. Recuperado de: https://www.who.int/disabilities/brochure_ES_2.pdf?ua=1

OMS (2018). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

OMS. (4 de Julio 2019): Rehabilitación. Datos y cifras. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rehabilitation

OPS (2020) Guía Para El Cuidado De Pacientes Adultos Críticos Con Covid-19 En Las Américas. Página 2. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52530/OPSIMSEIHCOVID-19200013_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

P, Cadillo (2020). Capital Psicológico y la Conducta de Compartir Conocimiento en el Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital PNP Luis N. Sáenz, 2018. http://publicaciones.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/14837/Tesis_64567.pdf?sequence=1&isAllowed=y

P, García & A, Marcelo (2018). Efectividad Del Programa De Participación Familiar En Los Cuidados Básicos Del Paciente En La UCI. http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2034/ESPECIALIDAD%20-%20Ana%20Melina%20Marcelo%20Donet.pdf?sequence=1&isAllowed=y

P. Gomez; V. monsalve; J. Soriano y J. Andes. (6 de septiembre de 2007). Alteraciones Emocionales Y Necesidades Psicologicas De pacientes En Unidad De Cuidados Intencivos. Obtenido de scielo : http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912007000600006#:~:text=Las%20vivencias%20experimentadas%20por%20los,una%20fluctuaci%C3%B3n%20de%20los%20niveles

P, Kiekkas ; G, Theodorakopoulou; F, Spyratos & G, Baltopoulos (2010). Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. Int Nurs Rev. 2010 Sep;57(3):288-96. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00809.x. PMID: 20796057

R, Alves, M, Eulalio, & Brobeil, S Jiménez. (2009). La promoción de la salud y la prevención de enfermedades como actividades propias de la labor de los psicólogos: the role of the psychologist in public health. Arquivos Brasileiros de Psicologia, 61(2), 1-12. Recuperado em 07 de outubro de 2020, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672009000200009&lng=pt&tlng=es.

R, Médica (3 de 12 de 2018). Psiquiatria.com. Obtenido de Depresión: https://psiquiatria.com/depresion/un-psicologo-en-la-uci-reduce-un-53-el-riesgo-de-depresion-del-paciente/

S, Campos & E, Roca (2012) Efectividad De Un Programa De Acompañamiento De Uci En El

Nivel De Ansiedad En Cuidadores De Pacientes Hospitalizados En La Clinica Ricardo Palma Mayo – Julio 2012. https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/1339/Efectividad_CamposSanchez_Sandra.pdf?sequence=1&isAllowed=y

S, Herrero. (2016). Formalización del concepto de salud a través de la lógica: impacto del lenguaje formal en las ciencias de la salud. *Scielo*. doi:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-

348X2016000200006#:~:text=La%20OMS%20define%20enfermedad%20como,es%20m%C3%A1s%20o%20menos%20previsible%22.

P, Hoyos; M, Cardona & D, Correa. Humanizar los contextos de salud, cuestión de liderazgo. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072008000200004

S, López ;M, Ortego; M, Álvarez; M, Aparicio (2011). Tema 14. La adherencia al tratamiento. CIENCIAS'PSICOSOCIALES'I. Recuperado de: https://ocw.unican.es/pluginfile.php/1420/course/section/1836/tema_14.pdf

Unidad de datos (2020). ¿Cuántas camas de UCI por persona hay en Colombia? El tiempo. Recuperado de https://www.eltiempo.com/datos/total-de-camas-de-cuidado-intensivo-en-colombia-478076

X, Palacios-Espinosa; J, Pulido-Rozo & D, Ramos-Zamudio (2017). Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI): revisión de tema. Rev Univ Ind Santander Salud. 49(2): 380-390. DOI: http://dx.doi.org/10.18273/revsal.v49n2-2017010

X, Palacios; J, Pulido & D, Ramos (2017). Intervención interdisciplinaria del paciente con dolor en Unidades de Cuidado Intensivo (UCI): Revisión de tema. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud, 49 (2), 380-390. [Fecha de consulta 8 de junio de 2020]. ISSN: 0121-0807. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=3438/343851211012

Wagnild & Young en (1987). Test De Resiliencia. www.resilienceescale.com

Anexo 18 Guía didáctica "viviendo una nueva oportunidad"

