

Diseño de una guía de práctica clínica de intervención en crisis dirigida a familiares en una unidad de cuidados intensivos

Jeannette Torres Benavides¹, Carolina Álvarez, Luisa Fernanda Ceballos,
Andrés Chiquillo e Indira Galvis²

Universidad El Bosque

Resumen

El objetivo de esta investigación fue el diseño de una Guía de Práctica Clínica (GPC) en intervención en crisis en primera instancia, dirigida a familiares con paciente de una Unidad de Cuidados Intensivos adultos; el diseño de esta guía se realizó mediante la lectura experta según la teoría de la Psicología basada en la evidencia, la cual permite validar con criterios de evidencia el grado de pertinencia del tema tratado y facilitar la toma de decisiones bajo el criterio de científicidad. Tomando como base los lineamientos de búsqueda con validez, se revisaron las GPC, las cuales son recomendaciones elaboradas sistemáticamente, relacionadas con el tema hospitalario e intervención en familia en situación de crisis. Los resultados de la evaluación y selección preliminar de las GPC se analizaron bajo el criterio de los indicadores propuestos por el AGREE, 2003 (Appraisal of guidelines research and Evaluation), que es una herramienta diseñada para ayudar a los elaboradores y usuarios de guías de práctica clínica en la evaluación de la calidad metodológica de las mismas. Finalmente, se propuso una GPC, tomando en cuenta aspectos tales como: modelo de intervención en crisis, validado según la teoría de Rubin y Bloch (1998) y Slaikiu (1996); el modelo de psicología hospitalaria para la intervención en familia en situación de adaptación a condición de salud de su pariente y; por último, los aspectos de contenido según el AGREE, 2003.

Palabras clave: intervención en crisis, crisis, familia

Abstract

The objective of this research was to design a Clinical Practice Guide (CPG) to intervene in crisis. This guide is directed to the relatives of a patient in an Intensive Care Unit. This guide was designed through expert reading. It allowed for the validation -with evidence criteria- of the level of the topic pertinence. Besides, it made it easier the decision-making under scientific criteria. Then, CPGs on family intervention in crisis were reviewed. The results of the selection and evaluation of the CPGs were analyzed through the indicators proposed by the AGREE. Finally, a CPG was proposed taking into account aspects such as: the crisis intervention model- validated by the theory of Rubin and Bloch (1998), and Slaikiu (1996)-; the hospital psychology model for family attention in adapting to a relative health situation; and the content aspects of the AGREE (2003).

Keywords: intervene in crisis, crisis, family

1 Psicóloga, especialista en Psicología y Salud, Directora del proyecto de investigación, Universidad el Bosque, torresjeannette@unbosque.edu.co

2 Auxiliares de Investigación.

Recibido. 20 de Febrero de 2012. Aprobado. 2 de Abril de 2012

Dentro de la Psicología se encuentra una disciplina llamada Psicología de la salud, la cual busca la intervención de todos los aspectos que se relacionan con el proceso de salud, tales como la prevención y la promoción; del mismo modo, esta rama de la psicología busca la concientización de que en la vida de todo ser humano, la salud no solo está constituida por condiciones biológicas, sino que existen otros factores como los ambientales y psicológicos que, en conjunto, regulan: (a) las emociones, (b) los pensamientos, (c) las conductas, (d) el estilo de vida y (e) el estrés.

En el ambiente hospitalario, para Novoa y Ballesteros (2006), la función que cumple el psicólogo de la salud, dentro de una institución de la salud, es garantizar la integridad de la atención médico-sanitaria que el paciente recibe al tratar y valorar no sólo la parte física, sino también su dimensión psicológica. Según Soriano, Monsalve, Carnajo y Santolaya (s.f.), el rol que cumple un psicólogo dentro de este contexto se relaciona con múltiples actividades centradas en la prestación de atención psicológica, tanto a los pacientes como a sus familiares. Para Zas-Ros (2001), el psicólogo que se desenvuelve dentro del ámbito hospitalario realiza tres tareas básicas: (a) prevención, (b) diagnóstico y (c) intervención psicológica. Esta última es de gran importancia, no sólo para el paciente sino también para sus cuidadores, pues permitirá a futuro prevenir alteraciones emocionales (Gómez-Carretero, como se citó en Soriano et al., s.f.). Es importante señalar que estas reacciones psicológicas se encuentran influenciadas por mitos, creencias y costumbres que hacen que cada familia y, a su vez, cada miembro que la conforma reaccione de manera diferente (Espejo, Arias y Dolores, 2000).

En la Unidad de Cuidados Intensivos, el equipo de trabajo busca el cuidado integral de los pacientes que allí se encuentran. Tanto el ingreso como la enfermedad afectan no sólo el funcionamiento de los familiares, sino su composición. Lo anterior obedece a que, en algunos casos, esto podría desarrollar un desequilibrio emocional, cognoscitivo y conductual, a lo cual se le denomina crisis (Nascaró, 2007).

La familia es una parte fundamental de todo paciente, ya que influyen dentro del proceso de salud-enfermedad de éste. Por eso, sus necesidades

y su participación no son ajenas ante el abordaje; una de las necesidades que demanda el familiar es que se le brinde una información adecuada del estado del paciente, lo cual ayuda a tranquilizar y a minimizar los estados de ansiedad y preocupación que produce el estar en la unidad. Otra de las necesidades que demanda un familiar es que se le informe acerca de las implicaciones de tener un paciente en la UCI, así como de las posibles consecuencias, como puede ser la muerte (Albístur et al., 2000).

Debido a esta situación, es de gran importancia la presencia del psicólogo de la salud dentro del ambiente hospitalario. Así, se busca garantizar una atención eficaz y efectiva por medio del diseño de instrumentos como las Guías de Práctica Clínica. Estos instrumentos servirán de apoyo en la intervención adecuada para la toma de decisiones y para disminuir la variabilidad en la práctica (Martín y Ruiz-Canela, 2008).

Una tarea diaria que tiene todo profesional de la Psicología está encaminada a la búsqueda y validación de información; es decir, que no sólo el profesional debe basar su ejercicio en la experiencia sino que; por el contrario, debe tener una prueba científica que apoye y sustente su práctica. En Colombia, el Ministerio de Protección Social (2009) ha decretado la implementación de GPC de manera obligatoria para todo profesional que trabaje dentro del ambiente hospitalario. Lo anterior con el fin de dar un uso más eficiente a los recursos de salud, construir planes de beneficio basados en la evidencia y brindar un mejoramiento de la práctica clínica, lo cual redundará en beneficio para los familiares y pacientes. Sin embargo, a partir de la revisión teórica, se encontró que los médicos, las enfermeras y los psiquiatras, son los únicos que cumplen con este decreto; desafortunadamente, la psicología se encuentra aislada en el cumplimiento del mismo. Por ello, surge la necesidad de implementar estrategias basadas en la evidencia que permitan contrarrestar las diversas alteraciones emocionales que la crisis genera.

Aunque la psicología de la salud en el ambiente hospitalario ha ido avanzando en la aceptación por parte del personal médico y de enfermería, también ha presentado una serie de inconvenientes para llegar a desempeñar su rol con los pacientes y las

familias, quienes por los eventos adversos, como la hospitalización o el ingreso a la UCI, han modificado sus rutinas y sus estilos de vida, lo cual genera desequilibrio.

Para concluir, los psicólogos que se desenvuelven en un hospital deben ser vistos como los profesionales más competentes para realizar de manera efectiva la intervención adecuada. A su vez, estos profesionales deben ser agentes importantes de apoyo para las familias de los pacientes. Cabe mencionar que el reconocimiento de su labor dependerá de una intervención oportuna y correcta, teniendo siempre presente la buena práctica clínica, con instrumentos que orienten al psicólogo a decidir cuál será la mejor opción de intervención; por ello, será necesario dejar de lado el “ojo clínico” (Becoña et al., 2004) y dar paso a una opinión e intervención que sea profesional y ética para los pacientes y, claro está, para sus familias. Así, se podrá garantizar el equilibrio emocional ante la nueva situación vivida.

Ahora bien, el objetivo general de este trabajo es diseñar de una Guía de práctica clínica de atención psicológica para intervención en crisis de familiares de pacientes hospitalizados en la UCI.

Guía de práctica clínica en intervención en crisis como estrategia para el abordaje de la familia en la Unidad de Cuidados Intensivos

Para la presente investigación, es importante describir temas relevantes que ayuden a comprender la razón por la cual es importante incluir en la práctica profesional una estrategia que ayude a mejorar la calidad de vida de los familiares inmersos en una situación difícil.

Unidad de Cuidados Intensivos

Es importante poder definir qué es la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Para ello, se toma la definición dada por Estrada, Hincapié y Betancur (2004):

“Un servicio de salud especializado en instituciones de tercer nivel de complejidad, y tiene unos estándares para presentación de servicio a la comunidad, con requisitos en recurso humano, físico y

tecnológico, descrito en la resolución 1439 del 2002 del Ministerio de Protección Social” (p.6).

Del mismo modo, la UCI es una sección del hospital, en donde se brinda atención especializada a pacientes que presentan problemas de salud con complicaciones que pueden llevar a la muerte y que necesitan atención constante y supervisión inmediata por parte del personal médico (García, s.f.). Teniendo en cuenta que la UCI es una unidad especializada que requiere de equipo técnico y apoyo artificial, debe cumplir con ciertos objetivos como: (a) clasificar a los pacientes críticos que ingresan al hospital, (b) clasificar al paciente para el egreso de las áreas de medicina crítica, (c) disminuir la morbilidad del paciente crítico, (d) disminuir el período crítico de la enfermedad aguda, (e) facilitar la vigilancia continua de los pacientes en estado crítico, (f) contribuir a la prevención de secuelas e invalidez, (g) colaborar en programas de enseñanza e investigación, (h) detectar los eventos problemáticos del paciente grave, e (i) disminuir el costo del tratamiento crítico, sin disminuir la calidad (Juárez, Sáenz, Solís y Tijerino, 2007).

Familia y pacientes en la UCI. Dada la naturaleza del ambiente de la UCI, tanto la familia como el paciente presentan una serie de complicaciones psicológicas. Según Torrenst, Olivia y Saucedo (2003), los familiares que se encuentran afuera de la UCI tienden a experimentar grandes niveles de ansiedad y depresión que los llevan a dejar de lado sus propias necesidades. Teniendo en cuenta que la familia es una unidad y que el apoyo de estos sobre el paciente puede beneficiar la recuperación, los profesionales de la salud deben proporcionar mayor atención a las necesidades físicas y psicológicas que se presentan durante la estancia del paciente. Esto pone de manifiesto la necesidad y la importancia del psicólogo, quien haciendo acompañamientos óptimos tanto a las familias como a los pacientes logrará mejorar la calidad de vida en esta unidad (Gómez-Carretero, Monsalve, Soriano y De Andrés, 2006).

Pacientes. La vida del ser humano gira alrededor de tres elementos: (a) biológico, (b) psicológico y (c) social. Estos elementos se encuentran relacionados

entre sí; por consiguiente, si uno de ellos se ve afectado directamente, los otros dos también lo harán de manera indirecta; se presentará una pérdida de equilibrio, lo cual llevará a la aparición de problemas de diferente índole, mientras que si se logra mantener un funcionamiento adecuado de los tres componentes, se podrá llevar una calidad de vida satisfactoria (Zuluaga, s.f). Por lo anterior, se ha generado la necesidad de realizar estudios en donde se demuestre cómo la enfermedad puede llegar a afectar y desencadenar diferentes tipos de respuestas emocionales, como se observó en la investigación realizada por Miguel – Tobar, Cano – Vindel, Casado y Escalona (1994) en Madrid. Esta investigación se realizó mediante un programa cognitivo – conductual, el cual constaba de varias técnicas: (a) sesiones informativas, (b) entrenamiento en relajación muscular progresiva, (c) técnicas de respiración, (d) solución de problemas y (e) técnicas de autocontrol. Todas estas técnicas permitían controlar variables psicológicas que pueden afectar al paciente, tales como ansiedad, estrés e ira, entre otras.

No obstante, es importante no dejar a un lado el tipo de enfermedad que padece el paciente, pues de ésta depende el tratamiento médico y el seguimiento psicológico. Tener suficiente conocimiento acerca de la enfermedad conlleva, a su vez, a una mejor comprensión sobre cómo se va a llevar a cabo el tratamiento y, de esta forma, tratar de disminuir problemas de ansiedad, depresión y estrés, que alteran el diario vivir. Es claro que cuando una persona se encuentra enferma, presenta cambios psicológicos que afectan su vida de manera positiva o negativa, y estos cambios, en algunos casos, interfieren en la evolución de la enfermedad. Por ello, es necesario trabajar en los tres componentes y, de esta manera, lograr el equilibrio en el que el paciente se encontraba antes de padecer la enfermedad (Zuluaga, s.f).

Por otra parte, en la UCI, los pacientes empiezan a manifestar cuatro tipos de necesidades; según Blanca, Blanco, Luque y Ramirez (2008), estos son: (a) interacción social, (b) personalización, (c) confianza y seguridad, y (d) religión.

Familia. En este ámbito hospitalario, tanto la familia como el paciente entran en un estado de cri-

sis por un evento estresante como lo es el ingreso a la UCI; el cambio repentino de ambiente lleva a tener emociones y pensamientos negativos, como: desesperanza, miedo, angustia, ansiedad, debilidad física y mental. Todo esto desencadena pobres expectativas con respecto a la evolución del familiar (Uribe, Restrepo y Muñoz, 2004). Por consiguiente, es de gran importancia permitir que los familiares tengan mayor acceso al paciente, ya que es una fuente de motivación para la pronta recuperación. Según López (2005), la familia es: “un grupo de personas con un grado de vinculación emocional muy fuerte, con una historia en común y un futuro como grupo. Las relaciones entre los componentes de la familia se caracterizan por persistir en el tiempo, compartir un alto grado de intimidad en lo cotidiano y ser emocionalmente intensas” (p.27).

Como lo menciona Torrents, Torras y Saucedo (2003), la familia maneja un nivel de estrés alto al saber que su familiar va a pasar mucho tiempo en el hospital; esto se incrementa ya que, en muchos casos, la persona internada es responsable económicamente del núcleo familiar. Por otro lado, se presenta una gran tensión, desencadenada por la poca información sobre la evolución, el diagnóstico y el pronóstico que el familiar recibe.

Para Gómez –Carretero et al. (2006), la familia experimenta: (a) estrés, (b) ansiedad, (c) desorganización, (d) sentimientos de desamparo, (e) confusión, (f) preocupación, (g) irritabilidad, (h) culpa, (i) frustración, (j) depresión y (k) incertidumbre. Todos estos factores afectan la calidad de vida de las personas. Por consiguiente, es necesaria la intervención psicológica, ya que ésta le permitirá a la familia expresar todos los sentimientos generados en ese momento (Calderón – Gómez, 2003).

Ahora bien, según Díaz y Gonzáles (s.f), la intervención psicológica se divide en tres niveles: (a) acciones educativas, (b) aplicación de diferentes técnicas de modificación de conductas y (c) técnicas de reestructuración de la personalidad. Además, las técnicas psicoterapéuticas deben: brindar apoyo, persuadir, motivar la expresión de emociones y proporcionar información para sobrellevar la situación,

Por lo anterior, es de gran importancia que el personal que trabaja en la UCI considere a la fami-

lia como un factor fundamental para el entorno del paciente, ya que los familiares empiezan a experimentar diferentes sensaciones o pensamientos que, como afirman Pérez y Lozano (como se citó en Martín – Rodríguez y Pérez–San Gregorio, 2007), son debidos al estrés que manejan. Así bien, los familiares pueden presentar: (a) incertidumbre, (b) cambio, (c) falta y dificultad para comprender la información y (d) falta de control de conductas. Estas situaciones desencadenan sensaciones de estrés y angustia, lo que puede explicar la inestabilidad e inseguridad que sienten las familias ante la posibilidad de muerte. Por esto, Albistur (2000) considera necesario e importante que se reconozca cómo perciben los familiares la atención y cuidado al paciente y a su familia; además, plantea que las familias no sólo tienen percepciones sobre la satisfacción, sino también sobre el papel que juegan en el hospital.

Teniendo en cuenta la situación problemática de la comunicación entre el personal de la salud y el familiar, se llegan a presentar reacciones defensivas que pueden considerarse como agresivas; entre ellas se encuentran: (a) la negación, (b) la represión y (c) la proyección (Albistur, Bacigalupo, Gerez, Uzal, Ebeid, Maciel y Soto, 2000).

Atención psicológica en la UCI. La psicología de la salud permite tener un mayor conocimiento con respecto a la situación psicológica que enfrenta una persona al estar enferma; por lo tanto, se podrán entender y/o modificar las percepciones de una persona con respecto a su salud. De igual manera, la psicología de la salud busca conocer el compromiso del paciente con el tratamiento y si se encuentra preparado para una intervención quirúrgica, así como si conoce los aspectos psicológicos que conlleva la hospitalización y; por último, esta área de la psicología se centra en la relación médico paciente. En este orden de ideas, Matarazzo (como se citó en Pérez, 2003), define la psicología de la salud como un “conjunto de contribuciones educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas

y el análisis y mejora del sistema sanitario y formación de políticas sanitarias” (p. 124).

Por su parte, Zas – Ros (2001) define que el rol del psicólogo dentro del ambiente hospitalario es complejo ya que debe realizar diferentes actividades, sin olvidar que éstas deben cumplir con condiciones, organización y funcionamiento del centro de salud. Entre dichos requerimientos se encuentran: (a) prestar atención psicológica, (b) usar y aplicar diferentes técnicas de intervención, (c) integrarse al trabajo multidisciplinario, (d) aumentar la satisfacción de los usuarios, (e) colaborar con el bienestar psíquico y de la salud mental mediante programas preventivos, (f) participar en la selección, evaluación y clasificación de personal, y (g) ejecutar una línea de investigación central.

Hay muy pocas personas que conocen realmente el trabajo del psicólogo de la salud. En este sentido, Suarez (2002) menciona diferentes concepciones erróneas acerca del papel que desempeñan los psicólogos en el ambiente hospitalario. Entre tales concepciones se encuentran las siguientes: (a) el psicólogo es portador de malas noticias, (b) el psicólogo es el último recurso y (c) el psicólogo es el apaga fuego. Para poder abolir estas ideas, es necesario delimitar la acción del psicólogo de la salud en el ambiente hospitalario; se debe enseñar qué funciones reales cumple este profesional para lograr garantizar la integralidad de la atención médica que el paciente recibe. Aquí, la integralidad se refiere al tratamiento y valoración no sólo del cuerpo, sino del mundo subjetivo del paciente (Zas –Ros, 2001).

Intervención en crisis

De acuerdo con Slaikeu (1996), la crisis es un estado temporal de trastorno y desorganización, que se caracteriza por la incapacidad del individuo para manejar las situaciones que está enfrentando. Sin embargo, no es posible predecir una crisis ante un evento traumático, puesto que se cree que si bien éste puede precipitar una crisis en una persona, no necesariamente lo hará en otra (Benveniste, 2000). Al respecto, Fink (como se citó en Franco, 2004), establece cuatro tipos de crisis: retirada defensiva, aceptación, adaptación y cambio y; por último, resultados de la crisis.

Es necesario poder identificar los diferentes elementos que deben estar presentes para poder identificar la crisis. Para Aja (2009), dichos elementos son: (a) tiempo (corto), (b) desorganización y desequilibrio, (c) sucesos precipitantes y (d) vulnerabilidad. Después de identificar los elementos propios de la crisis, el profesional deberá observar por cuál de las etapas de la crisis se está atravesando en el momento. Según Horowitz, Parad, Resnik y Parad (como se citaron en Slaikeu, 1996), dichas etapas son: (a) desorden, (b) negación, (c) intrusión, (d) translaboración y (e) terminación.

Cuando un profesional de la salud hace una intervención en crisis, es necesario que éste cuente con el suficiente entrenamiento y preparación para garantizar la eficacia de la intervención. Según Caplan (como se citó en Costa y de García, 2002), el profesional debe intervenir con rapidez, estabilizar la situación, facilitar la comprensión de los hechos, centrarse en la comprensión del problema y alentar la auto-dependencia. Además, el profesional de la salud, a la hora de realizar la intervención en crisis, debe proporcionar liberación de las emociones y apoyo social; así mismo, debe facilitar estrategias de afrontamiento (Costa y De García, 2002). Por otra parte, la intervención debe realizarse en el menor tiempo posible y; por lo general, en un sola sesión (García, s.f).

Existen diferentes opiniones acerca de qué se debe hacer en una intervención en crisis, pero autores como Roberts (1991), citado por, Rubin y Bloch (2000), afirman que la intervención en crisis debe cumplir con los siguientes pasos: (a) establecer un contacto psicológico para crear una relación rápidamente, (b) examinar la dimensión del problema para luego definirlo, (c) estimular la exploración de los sentimientos y las emociones, (d) generar y explorar soluciones alternativas y específicas, (e) explorar y evaluar los intentos previos del afrontamiento, (f) restablecer el funcionamiento cognoscitivo por medio de la aplicación de un plan de acción, y (g) realizar un seguimiento. Para finalizar este tema, el modelo más apropiado es el trabajado por Rubin y Bloch (2000), quienes tienen en cuenta tres aspectos importantes para poder realizar una intervención completa, estructurada y eficaz. Tales aspectos son: (a) relación, (b) evaluación y (c) revisión.

La relación hace referencia al primer contacto terapéutico, de consideración positiva incondicional, cuyo objetivo es identificar la necesidad del paciente. La evaluación tiene como objetivo establecer la correspondencia entre la severidad de la crisis y los recursos con que se cuenta (estrategias de afrontamiento). Por último, la remisión son los recursos con que se cuenta para complementar la intervención, de acuerdo a la capacidad del profesional

Guías de práctica clínica

Por la gran incertidumbre que ha existido por parte del equipo médico, es necesario diseñar, construir e implementar herramientas que beneficien la toma de decisiones clínicas, reduzcan la variabilidad en la práctica de los profesionales de la salud y ayuden a cumplir las metas y objetivos del sistema de salud (Jovell, Guarga, Marquet, 2008).

Se han encontrado diferentes definiciones acerca de qué es una Guía de práctica clínica (GPC). Para autores como Jovell, Navarro, Aymerich y Serra-Prat (1997), una GPC es una serie de recomendaciones creadas para ayudar a seleccionar las mejores opciones diagnósticas y/o terapéuticas; además, para Jovell, Guarga y Marquet (2008), las GPC son revisiones basadas en la evidencia que guían la toma de decisiones a partir de la estructuración de conocimiento explícito – táctico.

En Colombia, según el Ministerio de la Protección Social (2009), se cuenta con un servicio que garantiza la Atención Primaria en Salud (APS), regulado bajo el decreto 1011 de 2006. Dicho servicio busca que se garanticen los principios de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad, en conformidad con estatutos y desarrollos internacionales, para regular la oferta en salud. En este orden de ideas, el Ministerio de la Protección Social plantea la construcción de GPC basadas en la evidencia. Las GPC pretenden certificar y garantizar la delimitación de estrategias efectivas de cuidado, mejorar la calidad del cuidado, reducir los gastos innecesarios e improductivos, responder estratégicamente para poder traducir resultados médicos en términos prácticos y aplicables, garantizar al personal de la salud la toma de decisiones correctas y darle protagonis-

mo al paciente para que pueda participar de manera activa en el cuidado de su salud. Pese a lo anterior, a partir de la revisión sistemática, se ha encontrado que el objetivo propuesto por esta entidad no se cumple a cabalidad únicamente los profesionales están interesados en crear protocolos y GPC para garantizar el manejo de la enfermedad física, sin tener en cuenta el manejo de la enfermedad mental y las diferentes reacciones emocionales que se pueden presentar debido al impacto del escenario hospitalario y de la patología misma.

Según Jovell, Navarro, Aymerich y Serra-Prat (1997), para tener un buen producto final, la GPC debe pasar por el siguiente proceso, siguiendo una metodología de rigor.

En primera instancia, el diseño y la construcción deben partir de la formulación del problema a resolver; luego, se deben delimitar los objetivos del alcance de la GPC. Posteriormente, se debe seleccionar el grupo de trabajo interesado y relevante para el desarrollo de las distintas fases del diseño de la GPC. Después de esto, se debe establecer el tiempo de trabajo y formular un plan de tareas que debe seguir cada uno de los miembros del grupo. A continuación, se deben seleccionar los formatos de presentación de la GPC, teniendo en cuenta los usuarios o beneficiarios de la misma; luego, se deben plantear estrategias de disseminación, promoción y circulación de la GPC y; por último, delimitar el tiempo pertinente, tanto para la evaluación como la actualización de la GPC.

En segunda instancia, una vez establecidos los elementos importantes para el diseño de la GPC, se ejecutan dichos elementos para la construcción. Para ello, se deben seguir los siguientes parámetros: establecer la situación clínica a resolver, involucrando el contexto específico y la población a la cual va dirigida, directa o indirectamente; seleccionar las posibles intervenciones, modelos y técnicas de intervención relacionadas con el problema; tipificar todos los resultados posibles que resulten relevantes para el diseño y construcción de la GPC (ya sean políticos, económicos gubernamentales, institucionales, personales y de la población a la cual va dirigida); realizar una revisión sistemática de la evidencia con

el fin de estudiar la factibilidad que puede tener la GPC para el escenario requerido; revisar la redacción y la adaptación del lenguaje; someter la versión preliminar de la GPC a revisión externa pues ésta puede requerir modificaciones; realizar la prueba piloto; redactar la versión final que se va a publicar en los diferentes diseños de formatos seleccionados; implementar y distribuir la guía a los diferentes profesionales beneficiarios; medir el impacto de la GPC y actualizarla según la planificación acordada.

En tercera instancia, con respecto a la distribución de la guía a los profesionales que la utilizarán, se establecen estrategias donde se pretende; en primer lugar, eliminar las posibles barreras de adopción, describir los detalles de su construcción de manera llamativa, apoyándose en estrategias educativas como tutorías a distancia, conferencias locales y líderes de opinión.

Por último, en lo que respecta a la implementación, se debe tener en cuenta que la estrategia formulada para esta fase depende de factores culturales que incluyen estilos de práctica clínica, motivación, factores educativos, creencias, valores, hábitos y normas sociales de una localidad, o región en particular. Además, la implementación debe generar en los profesionales de la salud una cultura de adquisición de conocimiento sobre condiciones clínicas específicas; así mismo, este ejercicio busca modificar la resistencia del profesional a aceptar las nuevas recomendaciones, a realizar cambios en las prácticas clínicas. De este modo, la implementación de la GPC pretende garantizar una mejor calidad de vida (Conroy, 1995).

La evaluación en esta fase pone a prueba la calidad de la GPC; es aquí donde se evalúa si las recomendaciones dadas son las mejores para los usuarios y si la GPC puede ser una alternativa en la práctica. Las recomendaciones también sirven para hacer comparaciones con GPC similares, con el fin de saber si se requieren adaptaciones y modificaciones. Finalmente, para hacer efectiva la evaluación, se deben seleccionar instrumentos aceptados y avalados por la comunidad científica; al respecto, cabe mencionar que el instrumento más utilizado para evaluar GPC actualmente es el AGREE.

Método

Tipo de investigación

El presente trabajo se enmarcó dentro de una investigación de desarrollo tecnológico. En este caso, este tipo de estudio permite responder a una necesidad hospitalaria, ya que se centra en el diseño de una guía de práctica clínica basada en la evidencia para la atención psicológica en primera instancia a familiares en crisis con pacientes en la UCI.

Procedimiento

El presente trabajo se desarrolló a partir de los requerimientos y lineamientos propuestos en el instrumento de guías AGREE. A continuación, se especificarán los pasos que se tuvieron en cuenta para el diseño de las Guías de Práctica Clínica:

1. Se realizó una búsqueda exhaustiva de evidencia científica, centrada en modelos de atención en crisis en ambiente hospitalario con énfasis en familia. En este sentido, se hicieron varias revisiones sistemáticas en diferentes medios electrónicos, libros, artículos y GPC. Por medio de diferentes bases de datos y fuentes de información, se identificaron las GPC principales (locales, nacionales e internacionales), elaboradas por otros grupos que pudieran ser relevantes para esta GPC. Las bases de datos utilizadas fueron: Guía salud, Psicoevidencia, Guideline Sumary, Medline, Embase, PsucInfo y de diferentes entidades como: Ministerio de Salud de España, Ministerio de Protección Social. Además, se tomaron en cuenta revistas científicas, tanto de salud pública como mental, y libros de atención primaria recientes, entre otros. Finalmente, vale la pena mencionar que se encontró un total de veintidós Guías de práctica clínica en salud mental.
2. Se realizó un análisis de la lectura de las veintidós GPC más adecuadas que se relacionaron con el tema y se clasificaron de acuerdo a las temáticas de interés: familia, intervención en crisis, atención primaria y Unidad de Cuidados Intensivos. A las ocho GPC que cumplieron con los requisitos anteriormente mencionados se les

realizó un análisis riguroso por medio de la clasificación numérica del AGREE.

3. Se compararon las guías seleccionadas. Para ello, se organizó la información disponible de cada una, teniendo en cuenta la puntuación obtenida mediante acuerdos y desacuerdos que se obtuvieron en consenso de grupo de trabajo a partir de la integración de la evidencia de las recomendaciones propuestas.
4. Se diseñó la guía, teniendo en cuenta la evidencia empírica, los parámetros del AGREE y el modelo de intervención en crisis que más se ajustó para el abordaje de las familias con paciente internado en la UCI.
5. Se creó, como valor agregado para la presente investigación, una segunda guía para la comunicación e intervención en el fallecimiento e inicio del duelo en la UCI, bajo el modelo de intervención en crisis de Slaikeu y de duelo de Worden. Además, se realizó una revisión teórica acerca de la salud familiar, con el fin de facilitar la comprensión de las diferentes reacciones que presenta la familia ante un ambiente hospitalario.

Resultados

En el siguiente apartado, se presentarán los resultados obtenidos para el diseño de la GPC; en primera instancia, se mostrará el proceso de búsqueda de las GPC, seguido de la comparación de las guías seleccionadas para establecer los acuerdos y desacuerdos y; por último, se establecen las estrategias de intervención.

Teniendo en cuenta el "Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica" (AGREE), se realizó la evaluación de las ocho guías más adecuadas según las seis áreas en las que se encuentra dividido este instrumento. En el proceso que se llevó a cabo para la evaluación se tuvieron en cuenta los puntajes estandarizados; cuando las puntuaciones son superiores al sesenta por ciento, la guía tiene una alta calidad general y puede utilizarse en la práctica sin modificaciones. De las ocho guías evaluadas, sólo se tuvieron en cuenta cinco debido a su alto puntaje en las áreas de rigor en cuanto a elaboración, claridad y presentación (ver tabla 1).

Tabla 1
Puntuaciones de la evaluación de las guías seleccionadas

GPC	AC	PI	RE	CP	A	IE
Trastorno mental grave	92%	58%	81%	81%	44%	63%
Cuidados paliativos	92%	65%	82%	77%	42%	46%
Esquizofrenia y trastorno psicótico	94%	75%	81%	88%	28%	50%
Insomnio en atención primaria	86%	83%	85%	83%	64%	50%
Trastornos de ansiedad en atención primaria	86%	75%	90%	81%	53%	79%

Nota: AC (alcances y objetivos); PI (participación de los implicados); RE (*rigor* en la elaboración); CP (claridad y presentación); A (aplicabilidad) e IE (*independencia* editorial)

De las cinco guías seleccionadas se extrajeron las recomendaciones más adecuadas que se ajustan al diseño de la GPC propuesta para el presente trabajo; pese a que la temática central de las guías seleccionadas no corresponde en un primer plano al eje principal de la GPC diseñada, éstas tratan temáticas relacionadas con la atención psicológica en familia en un segundo plano, lo cual permitió tener una base para guiar el diseño de la GPC.

A partir de los desacuerdos y acuerdos extraídos de las recomendaciones mencionadas en cada una de las GPC seleccionadas, se lograron establecer las principales estrategias de intervención que permitirán un abordaje básico de la familia. A partir de esto, se tomaron los acuerdos estipulados en el anexo D para el diseño final de la guía, la cual consta de los siguientes apartados: presentación, autoría y colaboraciones, preguntas para responder, resumen de las recomendaciones, introducción, alcance y objetivos, metodología, formulación de preguntas, estrategia de búsqueda, elaboración de recomendaciones, definición y diagnóstico de intervención en crisis, etapas de la crisis, intervención ante una crisis, intervención psicológica, bibliografía y agradecimientos.

Como valor agregado a la investigación y teniendo en cuenta la importancia de establecer una adecuada intervención ante la crisis por el fallecimiento del paciente que se encuentra internado en la UCI, se diseña una segunda guía de práctica clínica, en la cual el psicólogo encontrará una explicación teórica sobre el duelo, recomendaciones e intervención

psicológica, basados en el Modelo de intervención en crisis de Slakeiu (1996) y de duelo de Worden (2004). Así mismo, se llevó a cabo una revisión teórica acerca de la salud familiar para dar una explicación de las diferentes reacciones que presenta la familia ante un ambiente hospitalario.

Discusión

La evaluación llevada a cabo hizo evidente la necesidad de crear una guía para que los psicólogos que se desenvuelven en un ambiente hospitalario tengan una herramienta que garantice el correcto manejo de situaciones en las que se ven envueltas las familias al tener a uno de sus integrantes internado en una UCI. Así mismo, se observó que es necesario disminuir el impacto de dicha situación en la calidad de vida funcional de una persona y/o una familia que se encuentra en crisis.

La participación del campo de la psicología dentro de un hospital ha demostrado no solo su importancia dentro del manejo de la promoción y mantenimiento de la salud, sino también ha justificado su función debido a que es el psicólogo de la salud quien tiene una visión clara e integral del ser humano; desafortunadamente, a dicha profesión se le han otorgado falsas funciones, pues son muy pocos los profesionales de la salud que saben que el objetivo de un psicólogo dentro de un ambiente hospitalario es el de garantizar la integridad de la atención médica que recibe el paciente y su familia, además de tratar y valo-

rar no solo la enfermedad física, sino también la salud mental (Gómez et al., 2007).

Existen múltiples funciones que debe desempeñar el psicólogo dentro del ambiente hospitalario; dentro de ellas, se encuentran las siguientes: utilizar y aplicar diferentes formas y técnicas de intervención psicológica, ya sea a nivel individual o grupal; contar con herramientas que le ayuden a garantizar que se cumpla con el objetivo de las instituciones de salud de manera efectiva, eficaz y eficiente; todo profesional de la salud sin excepción alguna debe trabajar con parámetros claros, basados en una evidencia que le ayude a validar su trabajo; por ello, la creación y utilización de protocolos y/o Guías de Práctica Clínica contribuyen a que el profesional sepa qué hacer ante una situación que se presenta y requiera de su servicio de atención (Flórez, 2001).

Las GPC son catalogadas como un conjunto de recomendaciones creadas de manera sistemática para ayudar a los profesionales a tomar la mejor decisión o la más apropiada ante una situación y/o problema, bajo diferentes opciones diagnósticas o terapéuticas. Es importante señalar que el uso de las GPC ayuda a reducir la variabilidad y a mejorar la práctica clínica (Jovell et al., 1997).

A partir de la búsqueda realizada en el presente trabajo, se pudo evidenciar, en primera instancia, la ausencia de una guía dirigida específicamente a psicólogos que trabajan en un ambiente hospitalario y, en segunda instancia, que trataran el tema de desequilibrio emocional, el cual es muy común dentro de este ambiente, en especial en la UCI.

Como muy bien se sabe y se desarrolló en la investigación, cuando una persona entra en crisis está enfrentando una situación ante la cual sus recursos de adaptación y defensa no son los adecuados para afrontar la situación. Del mismo modo, las manifestaciones o diferentes respuestas tales como: (a) shock, (b) desconfianza, (c) desorganización, y (d) angustia (Torrents et al., 2003), son señales que el profesional debe tener presente para la adecuada intervención inmediata; así, podrá restablecer el equilibrio del individuo que, en el caso de este trabajo, son los integrantes de la familia.

Dentro de la revisión realizada, referente a las familias con pacientes en la UCI, se evidenció que los familiares se encuentran expuestos a altos niveles de estrés frente a la estadía de su familiar en la unidad. Según Pérez (2003), esto se debe a: (a) la incertidumbre, pues enfrentan la posibilidad de morir; (b) el cambio, ya que deben modificar su diario vivir; (c) la falta y dificultad para comprender la información dada por el médico; y (d) la falta de control de las conductas en el momento de hacer frente a la situación que se presenta.

El apoyo brindado por el profesional en la UCI le permitirá a la familia expresarse, desahogarse y calmarse; de igual manera, se le podrá brindar todo el apoyo que requiera (Martín-Rodríguez y Pérez-San Gregorio, 2007) ante un suceso que genere una crisis. Así bien, la intervención en crisis es un proceso de ayuda que está dirigido a auxiliar a una persona o a una familia a sobrellevar un suceso traumático. Desafortunadamente, no existe ningún material o teoría que explique o enseñe al profesional a realizar dicho proceso. Además, tras la búsqueda realizada, se puede ver que tampoco existe una herramienta que oriente al profesional para identificar y actuar.

Otro desafío que enfrenta el psicólogo, y que también se evidencia en la intervención en crisis a los familiares, es la escasa información ante el fallecimiento del paciente, lo que dificulta el abordaje de este evento. El duelo no es un solo sentimiento, sino una sucesión de sentimientos a los que el psicólogo debe estar atento. Además, debe abordarlos adecuadamente para evitar complicaciones; es claro que una intervención adecuada por parte del psicólogo no sólo garantizará herramientas para afrontar ese momento vivido, sino que también brindará alivio en ese primer impacto. Entonces, una herramienta como la GPC, donde se especifiquen los pasos correctos a seguir, le ayudará al psicólogo a evaluar y ofrecer un servicio de calidad, basado en evidencia científica.

Para concluir, uno de los factores importantes que debe tener presente todo profesional es la relación terapéutica. El modelo de Rubin y Bloch (2000) propone una intervención en crisis denominada "modelo general de la respuesta de Relación – Evaluación – Remisión"; éste integra otros modelos que trabajan

dicha temática y hace hincapié en los aspectos actitudinales y técnicos de la relación terapéutica mencionada anteriormente. Este modelo, desarrollado en la guía diseñada debido a la ausencia de herramientas que trabajan dicha temática, le permitirá al psicólogo de la salud tomar decisiones adecuadas y oportunas.

Referencias

- Aja, L. (2009). *Intervención en crisis*. Recuperado de http://buscandoanimo.org/Descargas/04_Intervencion_en_crisis.pdf
- Albístur, M., Bacigalupo, J., Gerez, J., Uzal, M., Ebeid, A., Maciel, M. y Soto, J. (2000). La familia del paciente internado en la unidad de cuidados intensivos. *Revista médica uruguay*, 16, 243-256. Tomado el 24 Agosto de 2009, de la base de datos Lilacs.
- Benveniste, D. (2000). Intervención en crisis después de grandes desastres. *Revista del sociedad psicoanalítica de Caracas*, 1 (8), 1-6. Tomado el 25 de Octubre de 2010, de la base de datos Redalyc.
- Blanca, J., Blanco, A., Luque, M. y Ramirez, M. (2008). Experiencias, percepciones y necesidades en la UCI: Revisión sistemática de estudios cualitativos. *Enfermería global*, 12,1-14. Tomado el 24 de Agosto de 2009, de la base de datos Dialnet.
- Calderón-Gómez (2003). Intervención en crisis a cargo de las y los profesionales en Enfermería. *Enfermería en costa rica* 25 (1) 39-44. Tomado el 15 de Marzo de 2010, de la base de datos Redalyc.
- Costa, A. y De García, M. (2002). Debriefing y tria psicológica en la intervención en crisis: una revisión. *Revista Psiquis*, 25 (5) 198-208. Tomado el 27 de Febrero de 2010, de la base de datos Dialnet.
- Estrada, J., Hincapie, J. y Betancur, C. (2004). Caracterización epidemiológica del paciente crítico en una institución de tercer nivel de atención. *Fundación universitaria del área andina*, 5-15. Tomado el 7 de Septiembre de 2010, de la base de datos Scielo.
- Franco, J. (2004). Percepción del familiar del paciente crítico, respecto a la intervención de enfermería durante la crisis situacional en la Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Nacional Edgar-do Rebagliati M., Abril 2003. Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2004/franco_cr/html/index-frames.html
- García, J. (s.f). *Primeros auxilios psicológicos*. Recuperado de http://www.psicocentro.com/cgi-bin/articulo_s.asp?texto=art59001.
- Gómez-Carretero, P., Monsalve, V., Soriano, J. y De Andrés, J. (2006). El ingreso en la unidad de cuidados intensivos la repercusión en el familiar del paciente. *Boletín de Psicología*, 87, 61-87. Tomado el 4 de Septiembre de 2009, de la base de datos Dialnet.
- Juarez, R., Saenz, S., Solis, P. y Tijerino, J. (2007). Protocolo de ingreso a la unidad de cuidados intensivos. *Ministerio de salud Nicaragua*, 1-4. Tomado el 12 de Marzo de 2010, de la base de datos Dialnet.
- Jovell, A., Navarro, M., Aymerich, M. y Serra-Prat, M. (1997). Metodología de diseño y elaboración de guías de práctica clínica en atención primaria. *Aten primaria*, 20 (5), 259-266. Tomado el 29 de Agosto de 2010, de la base de datos Scielo.
- Lopez, C. (2005) *Cuidados Enfermos*. España: Masson, S.A
- Martin-Rodríguez, A. y Perez-San Gregorio, A. (2007). Influencia de la unidad de cuidados intensivos en los familiares de paciente con mala calidad de vida. *International Journal of clinical and health psychology*, 7 (1), 71-82. Tomado el 6 de Octubre de 2009, de la base de datos Redalyc.
- Miguel-Tobal, J., Cano - Vindel, A., Casado, M. y Escalona, A. (1994). Emociones e hipertensión: implantación de un programa cognitivo - conductual en pacientes hipertensos. *Análisis de Psicología*, 10 (2), 199- 216. Tomado el 12 de Octubre de 2009, de la base de datos Dialnet
- Ministerio de Protección Social .(2009). *Guía Metodológica Para la elaboración de Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia, de evaluaciones económicas y de evaluación del impacto de la implementación de las guías en el POS y en la Unidad de Pago por Capitación del Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano*. Recuperado de <http://www.pos.gov.co/Documents/GUIA%20METODOLÓGICA%2023%2011%2009-.pdf>
- Pérez, R. (2003). *La psicología de la salud en Cuba*. Recuperado de <http://www.psicologiacientifi>

- ca.com/bv/psicologiapdf-112-la-psicologia-de-la-salud-en-cuba.pdf
- Rubin, B. y Boloch, E. (2000) *Intervención en crisis y respuesta al trauma teoría y práctica*. España: Bilbao
- Slaikau, K. (1996). *Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación*. México: Manual moderno
- Suarez, A. (2002). La verdadera función del psicólogo en el área de la salud. *Psicoinformación* 10, 4-5. Tomado el 7 de noviembre de 2009, de la base de datos Dialnet.
- Torrenst, R., Olivia, E., y Saucedo, M. (2003). Impacto de los familiares del paciente crítico ante una acogida protocolizada. *Enferm Intensiva*, 14 (2), 49-60. Tomado el 23 de Agosto de 2009, de la base de datos Dialnet.
- Uribe, M., Restrepo, J. y Muñoz, C. (2004). Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. *Investigación educativa enfermería*, 22 (2), 50-61. Tomado el 3 de Octubre de 2009, de la base de datos Dialnet.
- Zas-Ros, B. (2001) *Prevención en Instituciones de Salud: una tarea necesaria y poco recordada*. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/index.shtml>.
- Zuluaga, D. (s.f). *Trastornos emocionales como respuesta a la enfermedad física y la hospitalización*. Recuperado de <http://www.ceprode.org.sv/staticpages/pdf/spa/doc1160/doc1160-d.pdf>.