

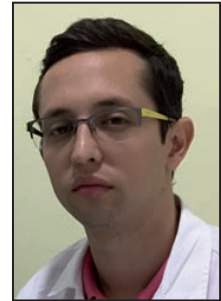
## Original

## PROTOCOLOS/GUÍAS CLÍNICAS

# Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico

## Psychological characteristics of patients with long hospital stay and a protocol proposal for their clinical management

Juan C. BENÍTEZ-AGUDELO\*, Ernesto A. BARCELÓ-MARTÍNEZ\*\*,  
Melissa GELVES-OSPINA\*\*\*



Benítez-Agudelo, J.C.

### Resumen

**Antecedentes y Objetivo.** El impacto psicológico de la hospitalización en los pacientes ingresados en larga estancia es variable y se muestra en respuesta al estrés y en el desempeño del rol de enfermo del paciente hospitalizado.

El objetivo de esta investigación fue detectar las principales alteraciones psicológicas que sufren estos pacientes, y diseñar un protocolo para su manejo.

**Material y Método.** Empleamos instrumentos como el Inventario de ansiedad, el Inventario de depresión rasgo-estado y el Cuestionario de estrategias de afrontamiento Sandin y Chorot. Realizamos un estudio descriptivo, guiado por el paradigma empírico analítico, corte cuantitativo, diseño no experimental, con una población total de 50 pacientes y una muestra de 15, muestreo no probabilístico, de tipo intencional, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión propios de la investigación.

**Resultados.** Entre los aspectos más relevantes encontrados marcados estados depresivos, ansiedad rasgo, baja expresión emocional abierta, y alta reevaluación positiva, que es de vital importancia, para el manejo de estos pacientes con larga estancia hospitalaria.

**Conclusiones.** Según los datos de nuestro estudio, la 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. Estas características pueden servir de guía a los profesionales de la salud, por lo que presentamos un diseño de protocolo de manejo efectivo que ayude al paciente a afrontar mejor las dificultades que se le presentan en el ámbito hospitalario.

### Abstract

**Background and Objectives.** The psychological impact of hospitalization on patients admitted for a long period is variable and it's shown as an answer to stress and on how ill the hospitalized patient is.

The objective of this investigation was to determine the main psychological disturbances and to design a protocol to know how to handle long-stay patients at the hospital.

**Patients and Method.** In this investigation were applied tools such as the Anxiety inventory, Characteristic-status depression inventory and Sandin&Chorot strategies of confrontation test. We conduct a descriptive type study, guided by the analistic empiric paradigm, quantity cut, non-experimental design, with a population of 50 patients and a sample of 15, non-probabilistic sample, intentional type, inclusion and exclusion criteria from the investigation were taken into account.

**Results.** Among the most relevant aspects found, were discovered prominent depressive status, anxiety, low opened emotional expression, high positive reevaluation, which is very relevant to handle all long-stay patients at the hospital.

**Conclusions.** Long-stay hospitalization is normally connected to the individual's detachment of its natural environment, which can generate on patient states of sadness, anxiety and to trigger negative effects such as low emotional expression. These characteristics can be useful as a guide for health professionals, and we so, we design a model of more effective protocol, which would help the patient to face, in a better way, all the difficulties presented in the hospital field.

**Palabras clave** Larga estancia hospitalaria, Ansiedad, Depresión, Estrategias afrontamiento, Protocolos.

**Nivel de evidencia científica** 4 Terapéutico

**Recibido (esta versión)** 28 octubre/2016

**Aceptado** 16 noviembre/2016

**Key words** Long-stay hospitalization, Anxiety, Depression, Confrontation strategies, Protocols.

**Level of evidence** 4 Therapeutic

**Received (this version)** 28 October/2016

**Accepted** 16 November/2016

**Conflicto de intereses:** los autores declaran no tener ningún interés financiero relacionado con el contenido de este artículo.

\* Psicólogo, Instituto Colombiano de Neuropedagogía, Barranquilla, Colombia.

\*\* Neurólogo, Instituto Colombiano de Neuropedagogía, Universidad de la Costa, Facultad de Psicología, Barranquilla, Colombia.

\*\*\* Psicóloga, Instituto Colombiano de Neuropedagogía, Universidad de la Costa, Facultad de Psicología, Barranquilla, Colombia.



## Introducción

El hospital ha sido ampliamente descrito en la literatura científica como un estresante de tipo físico, cultural, social y personal; y lo es fundamentalmente para el paciente que ingresa en él y para las personas que lo acompañan; no así para el personal sanitario que está exento del efecto de falta de familiaridad con el entorno. De esta forma, lo que resulta cotidiano para el personal que trabaja en el hospital puede ser molesto y estresante para los pacientes (1). Es por tanto importante conocer todas las implicaciones psicológicas que puede conllevar la hospitalización, que según Remor (2), son múltiples e impactan sobre el paciente en diferentes áreas. Solo el ingreso al hospital genera un importante nivel de angustia. Es un territorio desconocido, donde el paciente se ve sometido a una serie de rutinas y en el que incluso con frecuencia desconoce la terminología que los sanitarios emplean para dirigirse a él (3).

Si por salud se entiende la situación o estado libre de enfermedad, y una enfermedad es una afección bien definida, el ingreso hospitalario se asocia necesariamente con un desequilibrio tanto físico como emocional (1); si a esto le sumamos una larga estancia hospitalaria, este desequilibrio se torna más traumático para los pacientes que por diversos motivos permanecen ingresados ya sea debido a una enfermedad de difícil tratamiento o por otras variables.

Las unidades de quemados y las de aislamiento son dos de los modelos más frecuentes de larga estancia hospitalaria; se vuelve pues relevante la necesidad de estudiar las características psicológicas de los pacientes que ingresan en ellas debido a la sintomatología psicológica que clínicamente se observa en ellos durante su proceso de recuperación. Investigaciones como la de Gallach (4) logran describir el perfil psicológico del paciente gran quemado y su prevalencia psicopatológica, y hacen necesario el recabar más información sobre las variables asociadas al proceso de ingreso hospitalario de estos pacientes a fin de que la información final sea de utilidad para el manejo interdisciplinario general de los pacientes con larga estancia hospitalaria.

Existen muchos factores que intervienen en las reacciones que puede presentar un individuo en el momento de ser hospitalizado, entre las que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad que padece, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud que le rodean (5). En comparación con su hogar, un hospital es un ambiente impersonal en el que se le despoja de sus ropas, donde a menudo debe compartir habitación con otros pacientes y donde tiene que adaptarse a una nueva rutina, a horarios de comidas, sueño y visitas, e incluso a estar aislado como es el caso de las unidades de quemados, rodeado de un sinnúmero de caras nuevas, cada una de ellas con una función concreta que desarrollar.

Es por esto que se hace necesario, desde un punto de vista de atención integral en salud, contemplar necesariamente los aspectos biológico, psicológico y social de los pacientes con larga estancia hospitalaria. Así mismo, atendiendo al interés de la Psicología Hospitalaria, es necesario fomentar la salud y el bienestar para que el paciente se sienta protegido física y emocionalmente.

La propia situación de hospitalización ya supone por sí misma una carga de ansiedad y unos problemas importantes para todos los implicados, ya sean los propios pacientes o sus familiares, y el personal que desempeña su labor profesional asistencial, y todo ello considerando además que el estado de enfermedad que padece el paciente complica aún más su situación, tanto por la propia evaluación de la enfermedad padecida, como por los tratamientos y exploraciones a que puede ser sometido.

La investigación que presentamos pretende aportar información clínica de utilidad sobre las características psicológicas de los pacientes sometidos a larga estancia hospitalaria, a fin de dotar de bases sólidas para mejorar el manejo interdisciplinario de estos pacientes, y aportando un diseño de protocolo de atención hospitalaria que tenga en cuenta todos aquellos aspectos que ayuden a reducir el malestar generado en estos pacientes. De esta forma podremos lograr un estándar de calidad asistencial en las unidades de larga estancia, mejorar su eficiencia, favorecer la formación y dinámica del grupo de trabajo, lograr ventajas psicológicas también para el profesional que trabaja en ellas, favorecer la investigación y facilitar el trabajo multidisciplinario contribuyendo a la mejora integral del servicio hospitalario.

## Material y método

Llevamos a cabo una investigación de tipo descriptivo transversal sobre una población cautiva conformada por 50 pacientes ingresados en las Unidades de Aislamiento, Quemados y la planta de hospitalización de la Clínica Reina Catalina de la ciudad de Barranquilla (Colombia) entre agosto y octubre de 2013. De esta muestra general, seleccionamos un total de 15 que cumplían el criterio de larga estancia hospitalaria, considerado como todo aquel de más de 7 días de hospitalización.

El muestreo fue no probabilístico, de tipo intencional, y tuvimos en cuenta además otros criterios de inclusión y exclusión del interés del investigador. A saber:

- Criterios de inclusión: firma del consentimiento informado, pacientes escolarizados (que supieran leer y escribir).
- Criterios de exclusión: pacientes psicóticos, no escolarizados (que no supieran leer ni escribir), o que no aceptaran firmar el consentimiento informado.

Los instrumentos utilizados para la investigación fueron:

- Inventario de Depresión Rasgo-Estado (IDERE): se trata de un inventario autoevaluativo, diseñado

para valorar dos formas relativamente independientes de la depresión: la depresión como estado (condición emocional transitoria) y la depresión como rasgo (propensión a sufrir estados depresivos como una cualidad de la personalidad relativamente estable). La escala que evalúa la depresión como estado permite identificar, de manera rápida a las personas con síntomas depresivos así como sentimientos de tristeza reactivos a situaciones de pérdida o amenaza; tiene 20 ítems cuyas respuestas toman valor de 1 a 4. La escala de depresión como rasgo permite identificar a los pacientes que tienen propensión a sufrir estados depresivos, y además ofrece información sobre estabilidad de estos síntomas; consta de 22 ítems y las respuestas adquieren valores de 1 a 4. La confiabilidad de Alfa de Cronbach oscila entre 0.78 y 0.79 (6).

- **Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE):** es un inventario autoevaluativo, diseñado para valorar dos formas relativamente independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable), Cada una de ellas tiene 20 ítems. La fiabilidad del instrumento tuvo una consistencia interna con Alfa de Cronbach entre 0.84 y 0.91 para ambas subescalas (7).
- **Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (CAE):** es una medida de autoinforme diseñada para mayores de 18 años que puede aplicarse en forma individual o colectiva y tiene una duración aproximada de 15 minutos. Este cuestionario está formado por 42 preguntas que evalúan 7 estilos básicos de afrontamiento: 1.- Focalizado en la solución del problema. 2.- Autofocalización negativa. 3.- Reevaluación positiva. 4.- Expresión emocional abierta. 5.- Evitación. 6.- Búsqueda de apoyo social. 7.- Religión. Contiene 5 opciones de respuesta que van de 0 a 4, casi siempre. Los coeficientes de fiabilidad de Cronbach para las 7 subescalas variaron entre 0.64 y 0.92 (8).

**RESULTADOS**

En nuestra investigación tuvimos en cuenta 3 ejes fundamentales para el análisis de la situación clínica de los pacientes con ingreso hospitalario de larga estancia y para el diseño de un protocolo de manejo, que fueron: ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento, de las cuales se desprenden una serie de factores de gran importancia para estos dos propósitos.

Entre los sujetos incluidos en la investigación, 9 (60%) eran mujeres y 6 (40%) varones, con edades comprendidas entre los 15 y los 62 años (media de 46 años). De ellos, 8 ingresaron en la Unidad de Quemados y 7 en la de Aislamiento.

Respecto a los días de estancia hospitalaria, recogimos un tiempo máximo de 55 días de hospitalización y

un mínimo de 10 (media de 30 días); el motivo de la larga estancia se debió generalmente a los procesos de recuperación, lavados quirúrgicos, autoinjertos, entre otros procedimientos, dado que entre las diversas causas de ingreso se encontraban preferentemente quemaduras de segundo y tercer grado en diversas partes del cuerpo, escaras y úlceras cutáneas, entre otras (Tabla I)

Por lo que se refiere a la depresión, en la dimensión estado, 12 pacientes (80%) obtuvieron puntuaciones significativas, es decir, se encontraban en un nivel alto, caracterizado por estados de tristeza, angustia, desánimo, decaimiento, fatiga constante, dejando ver los efectos colaterales de una larga estancia hospitalaria, que pueden ser percibidos como una situación de pérdida o amenaza (Gráfica 1).

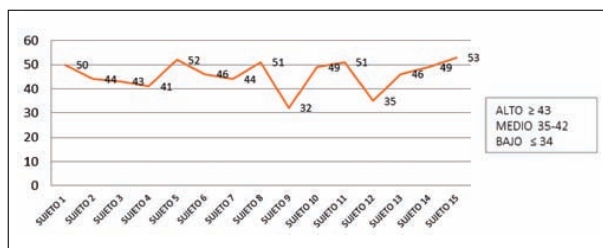
En cuanto a la dimensión de depresión rasgo, la muestra obtuvo puntuaciones heterogéneas: 8 pacientes (53%) se ubicaban en un nivel medio, 4 (27%) en un nivel bajo, y 3 (20%) en un nivel alto, sugiriendo que existen ciertas características en estos pacientes que pueden influir en el hecho de presentar sintomatología de tipo depresivo.

Por lo que se refiere a la ansiedad, también tuvimos en cuenta dos dimensiones vitales de la misma, como estado y como rasgo; en lo referente a la ansiedad como estado, 10 pacientes (66%) se ubicaron en un nivel medio, y 5 (34%) en un nivel bajo, lo cual nos demuestra que la ansiedad se da como una respuesta adaptativa del individuo ante una situación amenazante, sin llegar a considerarse como algo patológico.

**Tabla I. Características sociodemográficas de los pacientes del grupo de estudio**

Genero		Sujetos en Unidad de Quemados	Sujetos en Unidad de Aislados
Masculino	6	2	4
Femenino	9	6	3
Total	15	8	7
Medidas	Edad	Días de estancia	
Máxima	62	55	
Mínima	15	10	
Media	46	30	

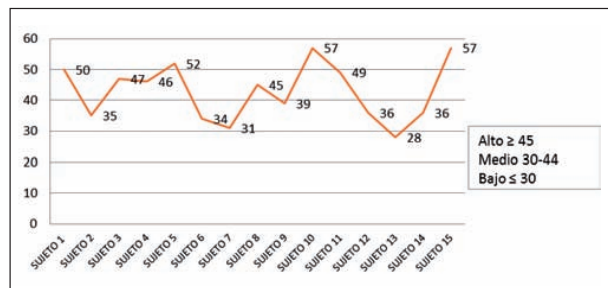
**Gráfica 1. Depresión estado**



Nota: Un 80% punto en niveles altos de depresión estado.

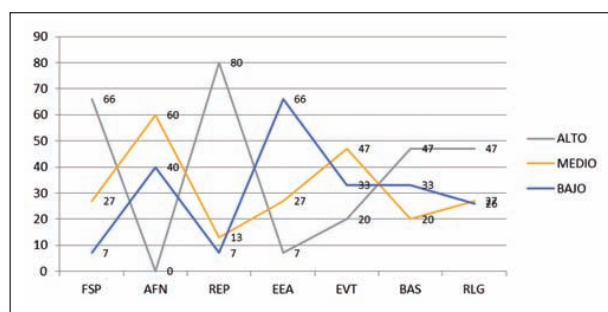


**Gráfica 2.**  
**Ansiedad rasgo**



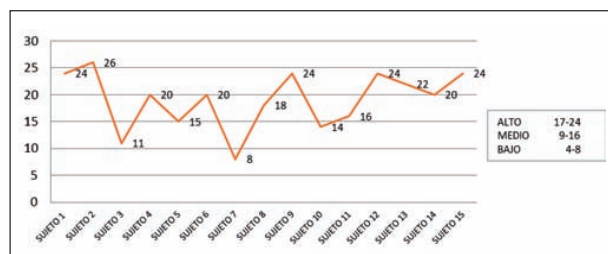
**Nota:** El 53% de la muestra obtuvo un nivel alto en esta dimensión de la ansiedad.

**Gráfica 3.**  
**Estrategias de afrontamiento**



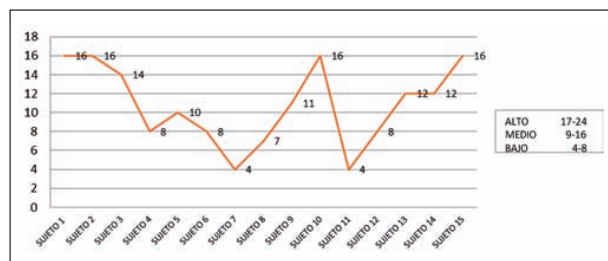
**Nota:** Las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron la reevaluación positiva, la focalización en la solución del problema, con bajos niveles de expresión emocional abierta y autofocalización negativa.

**Gráfica 4.**  
**Focalización en la solución del problema**



**Nota:** El 66% de la muestra utilizó esta estrategia en gran medida para afrontar una situación que desborda sus recursos.

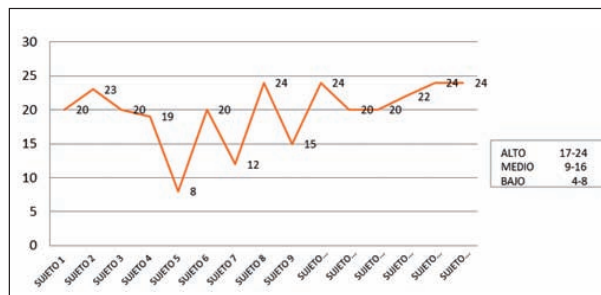
**Gráfica 5.**  
**Autofocalización negativa**



**Nota:** El 60% de la muestra poblacional se ubicó en la media.

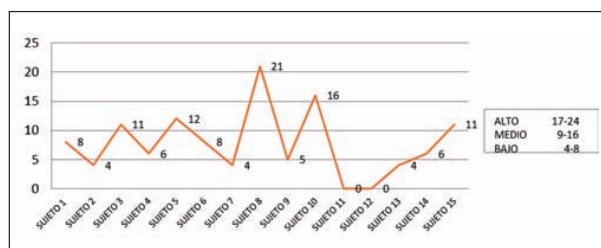
En cuanto a la ansiedad rasgo, 8 pacientes de la muestra (53%) puntuaron alto, indicando una mayor probabilidad de manifestar una sintomatología ansiosa más por características pasadas que la facilitan, y 6 (40%) se ubi-

**Gráfica 6.**  
**Reevaluación positiva**



**Nota:** Un 80% de los individuos que conformaron la muestra puntuó alto en esta estrategia de afrontamiento.

**Gráfica 7.**  
**Expresión emocional abierta**



**Nota:** Un 66% de los pacientes con larga estancia que conformaron la muestra no fueron asertivos emocionalmente.

caron en un nivel medio, sugiriendo que los pacientes pudieron presentar ciertas características que favorecieron un estado de intranquilidad en alguna circunstancia dentro del proceso hospitalario y 1 paciente (7%) se ubicó en un nivel bajo (Gráfica 2).

A nivel de las estrategias de afrontamiento, descritas por Sandin y Chorot (8) como todos los esfuerzos que realiza un individuo para afrontar las circunstancias que le generan estrés y de esa manera reducir los estresantes negativos del ambiente, encontramos que 10 pacientes (66%) utilizaron la estrategia de focalización en la solución del problema; 12 pacientes (80%) usaron la reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento; 17 pacientes (47%) usaron la búsqueda de apoyo social y la religión; en contraste con esto, hallamos que 10 pacientes (66%) utilizaron la baja expresión emocional abierta y 9 pacientes (60%) la autofocalización negativa como estrategia para afrontar las dificultades que les rodeaban (Gráfica 3) (9-11).

Respecto a la estrategia de focalización en la solución del problema, hallamos que 10 pacientes (66%) obtuvieron puntuaciones altas, es decir, que analizaban las causas, planeaban y ejecutaban soluciones para afrontar la situación; 4 pacientes (27%) se encontraban en un nivel medio; mientras que 1 solo paciente (7%) puntuó bajo en esta estrategia (Gráfica 4).

En autofocalización negativa, 9 pacientes (60%) se ubicaron en un nivel medio, señalando esto que si se llegaban a presentar sentimientos de culpa, indefensión

o incapacidad, dependería de la circunstancia, pero no se pudo caracterizar este hecho como una constante fija en los sujetos estudiados. Por otro lado, 6 pacientes (40%) se ubicaron en un nivel bajo en este aspecto (Gráfica 5).

La estrategia de reevaluación positiva obtuvo puntuaciones significativas: 12 pacientes (80%) reconocieron el evento como estresante, pero sin embargo, se centraron en los aspectos positivos de la situación; 2 pacientes (13%) se ubicaron en un nivel medio; y 1 paciente (7%) obtuvo puntuaciones bajas en la utilización de la misma (Gráfica 6).

En cuanto a la expresión emocional abierta, 10 pacientes (66%) con larga estancia hospitalaria se ubicaron en niveles bajos, indicando que son personas que reprimen sus emociones y que generalmente guardan lo que piensan sobre las demás personas y sobre las situaciones, siendo esto un gran facilitador para la progresión de la enfermedad; 4 pacientes (27%) puntuaron en un nivel medio; y 1 paciente (7%) supo expresar sus emociones en el momento adecuado y de forma oportuna (Gráfica 7).

La evitación como estrategia de afrontamiento, advirtió de que en 7 pacientes (47%) la puntuación estuvo en un nivel medio, demostrando que dependiendo de las circunstancias, podían preferir pensar en otras cosas que no fueran directamente el problema; 5 pacientes (33%) se ubicaron en un nivel bajo; y 3 pacientes (20%) en un nivel alto.

Siete de los pacientes (47%) identificaron las redes de apoyo que tenían a su alrededor, en las que a su vez se podían sostener para afrontar una situación de dificultad y manejar así una situación estresante; 3 pacientes (20%) puntuaron en un nivel medio y 5 pacientes (33%) se encontraron en un nivel bajo.

El acudir a creencias religiosas para afrontar situaciones en las que el individuo siente que pierde el control fue una estrategia utilizada por 7 de los pacientes (47%), que la utilizaron en niveles altos; 4 pacientes (26.5%) la utilizaron en ciertas situaciones dependiendo de la problemática; mientras que los otros 4 (26.5%) puntuaron en niveles bajos.

## Discusión

En la investigación que desarrollamos con el fin de describir las características psicológicas de los pacientes sometidos a larga estancia hospitalaria, obtuvimos resultados por medio de los cuestionarios IDERE (6), IDARE (7) y CAE (8). Es importante resaltar que la muestra poblacional empleada cumplía en su gran mayoría con más de 30 días de hospitalización antes de su alta médica, es decir, que el tiempo prolongado ayudaba a estos pacientes a generar síntomas clínicos como ansiedad y depresión que afectaban a su proceso de recuperación. Nuestros resultados son coherentes con los hallazgos de Vélez y col. (9), quienes plantean la alta prevalencia de

depresión en el ámbito hospitalario y la importancia de la evaluación de los síntomas cognitivo-afectivos para determinar la presencia o no de episodios depresivos en este tipo de pacientes.

De la misma manera, hallamos que uno de los aspectos que más generan choque y confusión en los pacientes con larga estancia hospitalaria, es el abandonar sus actividades laborales y cotidianas, lo que añadido a su deterioro físico y a la sintomatología clínica generada por la o las patologías que incrementan su estancia, provoca una deshabitación en sus actividades diarias, y facilita la manifestación de conductas no adaptativas en el proceso de hospitalización.

La depresión, como variable de estudio, resalta en muchos de los aspectos relacionados con el estado de bienestar, tanto físico como psicológico, que percibe el individuo; la depresión es una de las dimensiones en que los pacientes de nuestro grupo de estudio obtuvieron puntuaciones más altas, acorde al proceso de enfermedad por el que atraviesan caracterizado por decaimiento, fatiga, desánimo, y en el que su percepción de peligro y amenaza toma importancia para su tratamiento. Por otro lado, Martín y col (10) afirman que la prevalencia de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados es alta, especialmente en mujeres, aunque sin embargo no guarda relación con la gravedad de la enfermedad, y se asocia a una percepción subjetiva del enfermo de mayor gravedad y menor mejoría. De este modo, la depresión en pacientes con larga estancia hospitalaria, no necesariamente se clasifica como un trastorno depresivo, sino como un estado de tristeza consecuente al diagnóstico y afrontamiento de una enfermedad de manejo hospitalario prolongado por su necesidad o tipo de tratamiento. Es así que tiene una repercusión en el estado emocional de los individuos, sus conductas, actitudes y pensamientos, que en su mayoría pueden ser no adaptativos en el momento de afrontar la enfermedad durante la hospitalización. Los pacientes con larga estancia hospitalaria tienen una mayor tendencia a padecer depresión, más como consecuencia de un estado que perciben como peligroso para su integridad, que como un rasgo de su personalidad que los haga más propensos a padecerla que otros individuos. Cabe resaltar que la propia estancia hospitalaria con duración prolongada conlleva de por sí síntomas como sensación de cansancio, fatiga, desinterés, y no debemos caer en el error de confundirlos con la sintomatología propia de un trastorno depresivo.

En cuanto a la ansiedad, evaluamos en nuestro estudio dos dimensiones de la misma en las que se puede describir que la ansiedad como estado no es significativa en los pacientes con larga estancia hospitalaria, lo cual facilita en cierto modo el manejo por parte del equipo interdisciplinario en el momento del tratamiento; es decir que las manifestaciones sintomáticas que se pueden presentar en estos pacientes, como nerviosismo, sudoración o intranquilidad, se pueden dar como una respuesta adaptativa

del individuo ante una situación que este considere amenazante, y no considerarse por tanto como una respuesta patológica. No hay que dejar de lado el que los procedimientos quirúrgicos, como desbridamientos y autoinjertos, sobre todo en las primeras intervenciones, generan en los pacientes sensación de temor o ansiedad debido a su desconocimiento del procedimiento y su carácter novedoso para el individuo. Asimismo, Alcázar y col. (11) sugieren que los pacientes ingresados en una Unidad de Quemados presentan altos niveles de ansiedad, que son además superiores entre la población femenina.

Otro de los ejes fundamentales que analizamos en la presente investigación fueron las estrategias de afrontamiento planteadas por Sandin y Chorot (8), en las que el individuo que las utiliza puede adoptar ciertas formas de sentir, pensar o actuar cuando sus recursos se ven desbordados por los factores estresantes negativos del ambiente. La muestra poblacional mostró una propensión de estos pacientes a utilizar la reevaluación positiva como estrategia de afrontamiento, reencuadrando su situación de mejor manera, es decir, reconocen el evento como estresante, pero sin embargo se centran en lo positivo de la situación. Este aspecto es de gran ayuda, no solo para el paciente sino también para su manejo por parte de su cuidador, familiar y por el equipo interdisciplinario que le trata.

Por otro lado, la baja expresión emocional abierta se mostró como una de las estrategias más utilizadas por los pacientes con larga estancia hospitalaria; estos pacientes reprimen constantemente sus pensamientos, sentimientos y emociones, lo cual conlleva un aumento de su carga psíquica, generando un progreso en la enfermedad, y dificultando de esta manera la relación médico-paciente. Igualmente, Llamas y Agudelo (12) describen la baja expresión emocional abierta y la reevaluación positiva como una de las estrategias más utilizadas por los pacientes con larga estancia hospitalaria en proceso de hemodiálisis.

Respecto a la búsqueda de apoyo social encontramos que una gran parte de los pacientes, al inicio de su hospitalización, identifican las redes de apoyo cercanas que les pueden ayudar a afrontar las situaciones generadas por su enfermedad, pero a medida que avanza su enfermedad y se prolonga el tiempo de hospitalización, estos pacientes tienden a alejarse, a ensimismarse y a utilizar otro tipo de estrategias para afrontar su enfermedad.

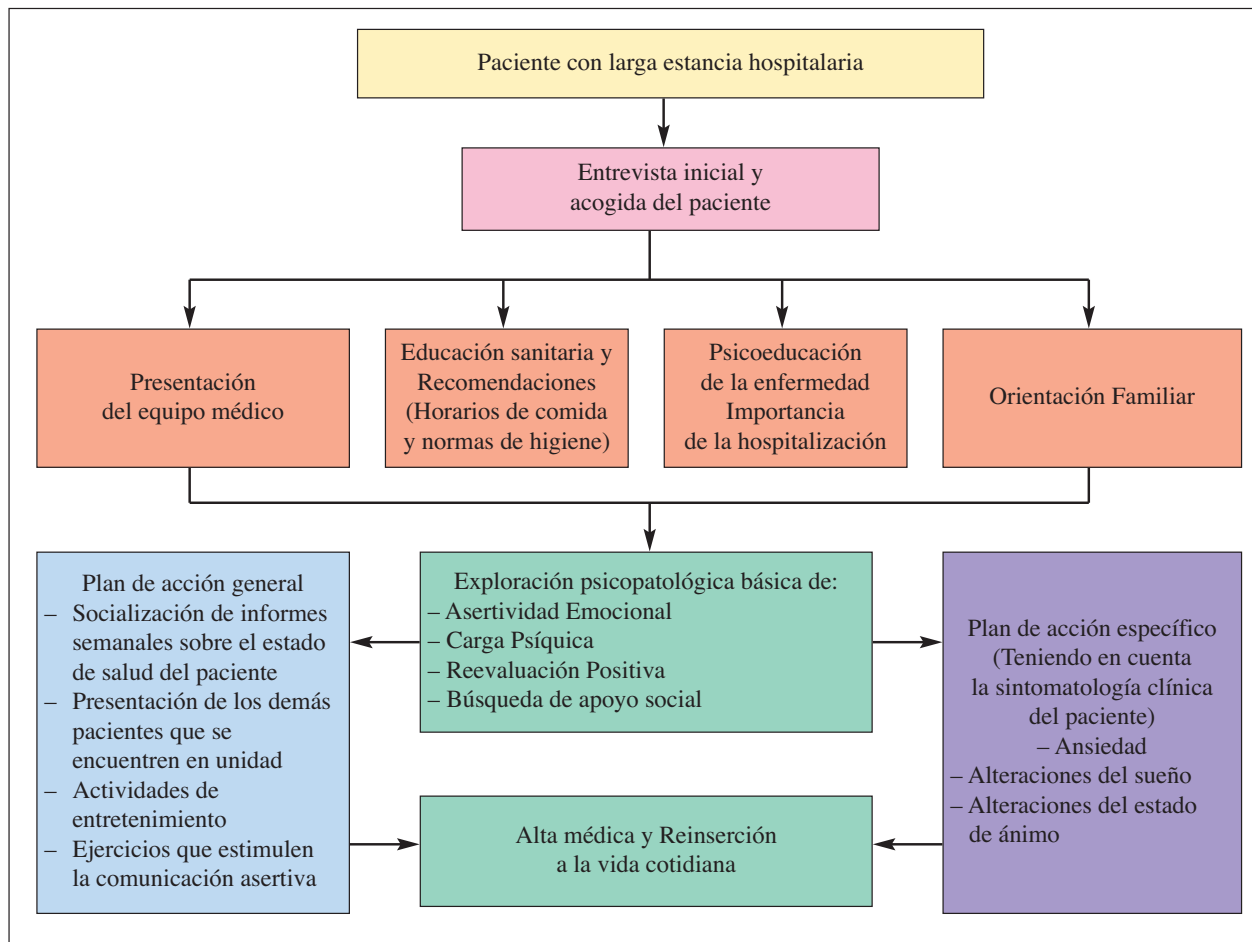
Con base a estos resultados y a la experiencia clínica, creemos fundamentada la importancia de la creación de un protocolo de manejo de estos pacientes con larga estancia hospitalaria que incluya sus aspectos psicológicos donde variables como la ansiedad, la depresión, y las estrategias de afrontamiento del individuo deben ser consideradas por los equipos interdisciplinarios que trabajan en las Unidades de Quemados y de Aislamiento.

Conforme a nuestro estudio, creemos que en el manejo de estos pacientes es de vital importancia realizar una historia clínica psicológica, seguida de la inmersión del paciente en el medio hospitalario para ayudar a disminuir los niveles de ansiedad que pueda presentar ante los procedimientos médicos a los que se va a someter, dando importancia a su psicoeducación. Debido a la por lo general larga estancia de los pacientes ingresados en Unidades de Quemados y de Aislamiento, se vuelve relevante valorar junto con ellos la importancia y los beneficios de su hospitalización, y posteriormente transmitir esta información a la familia debido a que esta es el núcleo de apoyo básico del paciente para enfrentar este tipo de eventos, que en la mayoría de los casos desbordan los recursos cognitivos y emocionales del individuo.

Consecuentemente, es importante también realizar una exploración psicopatológica básica de los pacientes que pueda determinar los aspectos psicológicos capaces de influir en su proceso de recuperación, tales como: la asertividad emocional, la carga psíquica, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social. Dependiendo de esta exploración psicopatológica se realizará un plan de manejo específico para cada individuo, y se llevará a cabo un plan general de acción en el que se tendrán en cuenta la socialización de los reportes médicos con el paciente y familiares, la presentación de los demás pacientes que se encuentran en la unidad, ya sea de quemados o de aislados en los casos en que sea posible, y teniendo en cuenta que esto favorece el proceso de aceptación de la enfermedad por parte de los pacientes y facilita la comunicación asertiva entre ellos y con las demás personas del equipo médico que les atiende; todo esto con el fin de facilitar su reinserción a la vida cotidiana, y considerando las afectaciones que pueden generarles la larga estancia hospitalaria.

Es por ello que consideramos fundamental la necesidad de incluir más psicólogos en los procesos que manejan los cirujanos plásticos en las Unidades de Quemados y otros profesionales médicos en las Unidades de Aislados de los hospitales, entendiendo la importancia que la función de estos especialistas puede llegar a tener en los equipos interdisciplinarios de salud en base a los datos recogidos en nuestro estudio y otros similares. Y para contribuir a ello, completamos el presente trabajo con el diseño de un protocolo de diagnóstico y manejo de los pacientes ingresados en unidades de larga estancia hospitalaria, a fin de facilitar su clasificación clínica y atención especializada y minimizar las consecuencias psicológicas que puedan provocarse o agudizarse tras su tratamiento (Algoritmo1).

**Algoritmo 1.**  
Manejo de pacientes con larga estancia hospitalaria



### Conclusiones

En los pacientes con larga estancia hospitalaria, como son los ingresados en Unidades de Quemados y Aislamiento, destacan marcados estados depresivos, ansiedad rasgo y baja expresión emocional abierta como aspectos a considerar, así como una alta reevaluación positiva que es de vital importancia para el afrontamiento de las dificultades que estos pacientes presentan en el ámbito hospitalario.

Es por ello que se hace necesario el manejo psicológico de estos pacientes para poder detectar los síntomas clínicos que puedan afectar su proceso de recuperación, y para poner en marcha protocolos que ayuden a evitar o disminuir estas manifestaciones, en su mayoría patológicas. Planteamos por tanto como útil y necesaria la integración de psicólogos clínicos en las unidades de larga estancia hospitalaria, en las que estos profesionales especializados pueden trabajar de la mano con el equipo interdisciplinario para contribuir a mejorar la atención y recuperación de este grupo de pacientes.

### Dirección del autor

Lic. Juan Camilo Benítez Agudelo  
Clínica Reina Catalina  
Calle 82# 47-12  
Barranquilla, Colombia  
Correo electrónico: juancamilopsic@hotmail.com

### Bibliografía

1. **Marín, J R y Zurriaga, R.** Estrés, enfermedad y hospitalización. 1997. Granada: EASP. Pp. 85-112.
2. **Remor, E.** El psicólogo en el ámbito hospitalario. Eds. Pilar Arranz, and Sara Ulla. Desclee de Brouwer, 2003. Cap. Aspectos psicológicos asociados a la hospitalización. Pp.31-45.
3. **Lazarus, R S., Valdés M y Folkman, S.** Estrés y procesos cognitivos. Ed. Martínez Roca, 1986.
4. **Gallach-Solano, E., Pérez del Caz, M.D., Vivó-Benlloch, C.** Perfil psicológico del paciente gran quemado: prevalencia psicopatológica y variables asociadas. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2015, 41(4): 427-436.
5. **Medicinam.** Intervención Psicológica Hospitalaria. 2001 Recuperado de [http://www.medicinam.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=638:intervencion-psicologica-hospitalaria&catid=88:enfermeria&Itemid=180](http://www.medicinam.com/index.php?option=com_content&view=article&id=638:intervencion-psicologica-hospitalaria&catid=88:enfermeria&Itemid=180)
6. **Martín, M. JA. Grau, V. Ramírez, Grau R.** El Inventario de Depresión Rasgo-Estado. Desarrollo y posibilidades, *Rev. Psicología.com* 2001, enero.

7. **Spielberger, CD, Gorsuch RL., et al.** Cuestionario de ansiedad Estado-Rasgo. Manual, 1993. 2ª Ed. Madrid: TEA Ediciones.
8. **Sandín, B. and Chorot, P.** Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE): Desarrollo y validación preliminar. *Rev. Psicopat. y Psicol. Clínica*, 2003, 8: 39-54.
9. **Vélez, D. M. A., Acelas, L. M. L., y Quiroga, Y. J. S.** Evaluación de la depresión en pacientes hospitalizados por distintas enfermedades médicas en la ciudad de Bucaramanga. *Pensamiento psicológico*, 2008, 4 (10): 1-26.
10. **Martín, A. G., Soler, R. S., Picart, P. A., y Casanovas, P. C.** Niveles de ansiedad y depresión en enfermos hospitalizados y su relación con la gravedad de la enfermedad. *Medicina clínica*, 2003, 120(10): 370-375.
11. **Alcázar-Gabás, M., Fidalgo-Pamplona, M. P., y Laplana-Miguel, O.** Ansiedad percibida por los pacientes hospitalizados por quemaduras, en una Unidad de Quemados. *Cir. plást. iberolatinoam.*, 2014. 40(2): 159-169.
12. **Llamas, C. A. S., y Agudelo, J. C. B.** Perfil cognitivo psicopatológico en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 2014, 24 (1): 37-54.