



Rol del psicólogo en la Unidad de Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas

N. Recine ¹.

S. Martínez ².

A. Hernández ³.

P. Prieto ⁴.

C. Sardiñas ⁵.

¹Licenciado en Psicología Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas

²Licenciado en Psicología Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas

³Licenciada en Psicología Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas

⁴Licenciada en Psicología Jefa del Departamento de Psicología Clínica de la Escuela de Psicología de la Facultad de Humanidades y Educación de la Universidad Central de Venezuela

⁵Cirujano General y Coloproctólogo Coordinador General del Laboratorio de Fisiología Anorrectal y Unidad de Coloproctología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Caracas. Director del Curso de Especialización en Coloproctología y del Curso de Ampliación en Proctología

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

RESUMEN

El rol del psicólogo se configura en torno a las demandas que surgen en la sociedad y la población con la que se trabaja. En el ámbito hospitalario, se ha destacado la importancia de la inclusión de profesionales de la psicología en el abordaje integral de los pacientes; sobre todo en lo que respecta a las enfermedades anorrectales, cuya etiología se conforma tanto por afecciones estructurales como variables psicológicas. Dentro de la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas se han realizado investigaciones que han permitido la convergencia entre ambas disciplinas, destacándose esta última referente al perfil basado en competencias que debe tener el psicólogo que labore dicha unidad.

PALABRAS CLAVE: Rol del psicólogo, ámbito hospitalario, coloproctología

SUMMARY

The role of the psychologist is configured around the demands that arise in society and the population with which one works. In the hospital setting, the importance of the inclusion of psychology professionals in the comprehensive approach of patients has been highlighted; especially in regard to anorectal diseases, whose etiology is shaped by both structural conditions and psychological variables. Within the Coloproctology Unit of the University Hospital of Caracas research has been conducted that has allowed the convergence between both disciplines, highlighting the latter referring to the profile based on competencies that the psychologist who works in said unit should have.

KEY WORDS: Role of the psychologist, hospital setting, coloproctology

ROL DEL PSICÓLOGO EN LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA DEL INSTITUTO AUTÓNOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

ROL DEL PSICÓLOGO

Dentro de la organización de la sociedad cada uno de los profesionales desempeña un rol particular, el cual involucra actividades dirigidas a personas o ámbitos específicos, teniendo cada uno de estos profesionales un rol asignado. En este sentido, el rol profesional puede ser entendido como un conjunto de conductas que se espera que realice una persona con determinada formación académica en un área específica en función de la posición que ocupa dentro de la sociedad (González, González y Vicencio, 2014).

Ahora bien, la delimitación de los roles profesionales, va a depender de las características y encargo social que se asigne a cada profesión. En el caso de la Psicología, la valoración social y posicionamiento que ha tenido como disciplina científica y profesión constituye un proceso que se encuentra constantemente cambiando debido a dos factores principales; el primero hace referencia a los cambios que experimenta la sociedad y las problemáticas percibidas por los individuos e instituciones que la conforman y, el segundo, a la efectividad con la que los psicólogos como institución científica y gremio profesional responden a estas demandas

(González, González y Vicencio, 2014).

Debido a que la psicología es una profesión que puede ser desempeñada en contextos distintos, que van desde el ámbito académico, social u hospitalario hasta la práctica privada e individual o grupal, el rol como constructo no puede ser definido a priori y de manera inmutable, debido a que va a modificarse en función de las distintas tareas desempeñadas por el psicólogo en el contexto que se desempeñe (González, González y Vicencio, 2014).

Por tal motivo, resulta complejo proporcionar una definición inamovible e invariable del rol profesional del psicólogo en un plano general, sino que se definen múltiples roles específicos asociados a escenarios de desempeños delimitados; pudiendo el psicólogo desempeñar roles de distinta especialización dentro de un mismo contexto institucional.

En tal sentido, se determina que es, a través de la interacción dinámica entre el psicólogo y quienes demandan sus servicios que se van definiendo las funciones que debe cumplir el profesional en determinado contexto (González, González y Vicencio, 2014).

En lo que respecta a la sociedad venezolana, también se evidencia esta realidad en cuanto a la delimitación del rol del psicólogo, debido a cinco implicaciones principales, a saber:

1. Disparidad existente en los programas de formación académica de pregrado, lo cual permite que los profesionales en formación posean diferencias en cuanto a las competencias pragmáticas y de conocimiento, provocando un desarrollo desigual en la puesta en práctica, a nivel profesional, de dichas competencias.
2. Desconocimiento y/o uso predominante de un enfoque output por parte de las instituciones al momento de seleccionar al personal que va a laborar en dicha institución de acuerdo a las funciones que debe cumplir, restando importancia al perfil que el profesional debe poseer.
3. Falta de delimitación en torno a los diferentes roles que puede desempeñar el profesional de la psicología en cada una de las especializaciones existentes.
4. Desconocimiento por parte de las instituciones acerca de las áreas de especialización de la Psicología y la importancia de reclutar profesionales especialistas en dichas áreas, con el fin de que el desempeño del profesional esté adaptado a los requerimientos del cargo.
5. Proliferación de terapias y tratamientos pseudopsicológicos, no fundamentados científicamente, con una base netamente tecnológica, que sustituyen, en muchas ocasiones, a los profesionales interfase en la práctica psicológica (que integran la dimensión teórica con la tecnológica), por la premura con la que aportan soluciones, contribuyendo a la ambigüedad de la percepción social del rol.

En otro orden de ideas, una de las áreas que cuenta con la participación de un equipo interdisciplinario que integra a la psicología, es el ámbito de la salud. En Venezuela, a pesar de que existen programas formativos a nivel postgrado en relación a esta área, no se ha delimitado de forma concreta el rol y/o los requerimientos que debe poseer un profesional para desempeñarse de manera eficiente en el ámbito hospitalario; encontrándose en desventaja en relación al manejo que otorgan los sistemas sanitarios de otros países al rol del

psicólogo en el ámbito de la salud.

En miras de generar un abordaje integral y partiendo de la existencia de modelos psicológicos en el ámbito de la salud, se hace perentorio el reconocimiento de lo concerniente a la psicología en términos de interacción con los aspectos biológico y social de los individuos. Resultando necesario hacer converger dichas dimensiones a fin de dar respuestas al proceso salud-enfermedad, tanto a nivel de evaluación, prevención, tratamiento como rehabilitación.

Siendo una de las responsabilidades de la salud pública la integración de las disciplinas que aportan beneficios al abordaje de la población asistente a los diversos centros hospitalarios, tal como es el caso de la psicología y su vinculación con la salud, resulta pertinente que en los profesionales especialistas en estas áreas predomine un enfoque transdisciplinario el cual tiene como norte la integración de saberes para la construcción de un mismo objeto y el manejo de un lenguaje común entre diferentes disciplinas (Lanz, 2010).

Tomando en cuenta lo anteriormente expuesto, resulta necesario comprender que desde un campo de actuación individualizado entre disciplinas, los resultados obtenidos no proporcionaran soluciones satisfactorias e integrales a los problemas de salud que aquejan a amplios sectores de la población, pudiendo revertirse esta realidad en la medida en que se sienten las bases de un verdadero y eficiente quehacer transdisciplinario.

ROL DEL PSICÓLOGO EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO

El contexto hospitalario de acuerdo a lo planteado por Soriano, Monsalve y Santolaya, (2009) comprende centros encargados del tratamiento de problemas de salud de distintos niveles donde trabajan profesionales de la salud de distintas categorías (médicos, enfermeros, trabajadores sociales, psicólogos, entre otros) lo que conlleva respuestas emocionales y conductuales particulares para cada individuo que van a depender de factores tanto personales (características del individuo) como globales (características sanitarias del centro y los especialistas).

Con el reconocimiento del modelo biopsicosocial que desplazó, en el sistema sanitario de salud, el reconocimiento del modelo biomédico y la dicotomía de salud física - salud mental, se sentaron las bases para otorgarle valor a la interdependencia existente entre la conducta y el cuerpo en el proceso de salud-enfermedad, contribuyendo, de esta forma, a generar una atención integral de los pacientes y del equipo sanitario, destacándose de esta manera el rol de la figura del psicólogo en el ámbito hospitalario y de la salud en general (Teillary, 2012; Soriano, Monsalve y Santolaya, 2009)

Aunado a esto, numerosas investigaciones relacionadas a este tópico mostraron indicios de que algunos procesos psicológicos como las emociones, las actitudes y los hábitos (alimentación, actividad y consumo) pueden aumentar los indicadores de vulnerabilidad biológica a enfermedades oncológicas, neurológicas, endocrinológicas, cardiovasculares, renales, anorrectales, entre otras (Soriano, Monsalve y Santolaya, 2009).

En este sentido, y como consecuencia de la adopción del modelo biopsicosocial, se generaron una serie de cambios que hicieron necesaria la incorporación de un profesional de la psicología en el ambiente hospitalario a fin de proporcionar soluciones a factores como: la creciente necesidad de los equipos interdisciplinarios en todos los campos sanitarios y la notable importancia de la intervención psicológica en la prevención y/o agudización, desarrollo, curso y pronóstico de los trastornos que se desarrollan a partir de patrones conductuales inadecuados.

Específicamente, el rol del psicólogo dentro del ámbito hospitalario consiste en garantizar la integridad de la atención médica-sanitaria que el paciente recibe en lo que respecta a su dimensión biológica (enfermedad física) y psicológica (afectación a causa de la enfermedad) mediante la realización de diversas actividades relacionadas con la asistencia psicológica a pacientes, familiares y personal de la institución, aplicación de técnicas de intervención propias de la psicología a nivel individual, grupal e institucional, integración en el trabajo multidisciplinario de los diferentes servicios del hospital y participación en la evaluación y ajuste de los servicios en miras de elevar la satisfacción de los pacientes y mejorar el funcionamiento general de la institución (Novoa, 2004).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, el rol del psicólogo en el contexto hospitalario está compuesto por 3 dimensiones principales.

La primera, hace referencia a la esfera de la Atención Psicológica, la cual se refiere al proceso de evaluación, promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento psicológico como coadyuvante del tratamiento médico de pacientes con patologías agudas o crónicas, utilizando intervenciones individuales o grupales; así como la realización de actividades de interconsultas y enlace con otros profesionales y servicios y manejo de situaciones que requieran intervención en crisis. Algunos de los trastornos psicológicos más comunes a los que se enfrenta el psicólogo son ansiedad, depresión y duelo (Novoa, 2004; Soriano, Monsalve y Santolaya, 2009).

Aunado a esto, dentro de esta esfera se encuentra la relevante tarea del psicólogo de propiciar que los pacientes desarrollen adherencia al tratamiento, la cual será posible en la medida de que estos conozcan adecuadamente la enfermedad que padecen, y la razón por la que deben cumplir un determinado tratamiento, ya sea farmacológico, quirúrgico o que implique modificación en los hábitos básicos del individuo, de manera que el paciente adquiera las herramientas necesarias para modificar su conducta en pro de su bienestar biológico y, por ende, psicosocial.

La segunda dimensión hace referencia a la Labor Docente e de Investigación, la cual comprende la formación continuada en torno a la optimización de las intervenciones realizadas de acuerdo a las actualizaciones que surjan en materia de psicología hospitalaria. De igual forma, el psicólogo puede propiciar la creación de proyectos encaminados a que la relación entre los profesionales de la salud se acerque a un enfoque transdisciplinario, así como la elaboración de materiales didácticos e informativos, procedimientos y sistemas de

evaluación y/o protocolos validados que faciliten la labor del psicólogo, contribuyendo con ello a la implementación, desarrollo y mejora de la calidad asistencial de los pacientes (Novoa, 2004; Soriano, Monsalve y Santolaya, 2009).

Aunado de esto, dentro de esta dimensión se incluye la labor del psicólogo de educar al personal de salud acerca de la importancia de manejar las condiciones ambientales en pro del bienestar integral del paciente y acerca de los aspectos psicológicos relacionados con las enfermedades, así como entrenar a los especialistas médicos en torno a las variables psicológicas a considerar durante el proceso de evaluación diagnóstica con el fin de que las referencias realizadas al área de psicología esté sustentada en indicadores válidos para dicha atención (Novoa, 2004; Soriano, Monsalve y Santolaya, 2009).

La tercera dimensión hace referencia a la Labor de Gestión y Control de Calidad, en la cual las tareas del psicólogo consisten en realizar estudios de control de la calidad asistencial con el fin de aportar información de indicadores que sirvan para corregir los errores que amenazan la eficacia de la intervención profesional sobre el proceso de salud-enfermedad y mejorar los servicios que presta la institución hospitalaria (Novoa, 2004; Soriano, Monsalve y Santolaya, 2009).

En definitiva, el psicólogo dentro del ámbito hospitalario se configura como un profesional que forma parte del equipo transdisciplinario que, acompañado de los especialistas de la salud, se encargan de generar una atención integral a los pacientes, puesto que se busca que la asistencia involucre aspectos tanto de la esfera biológica más relacionada con la enfermedad que responde al tratamiento farmacológico, como de la esfera psicológica que se encuentra más relacionada a la percepción y grado de afectación que produce la patología en el individuo que responde a patrones conductuales y emocionales de la persona; además, tiene un papel fundamental en la modificación conductual para la promoción de salud y prevención y tratamiento de enfermedades.

ENFERMEDADES ANORRECTALES Y VARIABLES PSICOLÓGICAS ASOCIADAS

Diversos estudios han demostrado que los trastornos anorrectales son un motivo frecuente en las consultas médicas, calculándose que aproximadamente solo el 20% de estos pacientes solicitan atención médica; debido a que, por lo general, la mayoría de los pacientes con síntomas en los órganos pertenecientes al compartimento posterior de la anatomía del piso pélvico (recto, conducto anal y aparato esfinteriano), asumen que sus síntomas son debidos a hemorroides, incluso aun siendo estos síntomas variados y diferentes de persona a persona, por lo que suelen automedicarse o seguir recomendaciones de familiares y conocidos que hayan padecido de síntomas similares.

Tal y como manifiestan Rodríguez de Alba, Rodríguez Álvarez y Panadero (2008), esta situación está muy lejos de ser adecuada, puesto que en ocasiones, determinados síntomas no son debido a la existencia de hemorroides, o en el mejor de los casos coincide la existencia de hemorroides con otros procesos patológicos más graves, a pesar de que comparten

sintomatología. Es, a partir de allí, que resulta perentorio la realización por parte de especialistas médicos de un diagnóstico preciso, siendo esta la clave para el tratamiento eficaz, tanto a nivel estructural como funcional.

La principal razón por la cual los pacientes asisten a consulta, al tratarse de enfermedades anorrectales, se debe al hecho de que la sintomatología anorrectal, que a menudo es común para distintos cuadros de la zona, es frecuente y mal tolerada por los pacientes, llegando a producir molestias que interfieren en la mayoría de los ámbitos de vida de los mismos (personal, familiar, interpersonal, sexual, laboral, etc.) y, por ende, en la calidad de vida del sujeto (Rodríguez de Alba, Rodríguez Álvarez y Panadero, 2008).

Ahora bien, dada la interferencia y los cambios generados en la vida del paciente a raíz de la sintomatología anorrectal, Díaz y Rey (2007) afirman que los factores psicológicos tiene una participación en la fisiopatología, sobre todo en pacientes diagnosticados con enfermedades anorrectales; puesto que más del 50% de dichos pacientes refieren, al momento de indagar con respecto a las repercusiones que ha tenido la enfermedad en su vida diaria, que las situaciones estresantes coinciden con el inicio de la sintomatología o exacerbán los síntomas preexistentes.

Por tanto, el estrés psicológico ha demostrado estar estrechamente relacionado con niveles elevados de ansiedad, múltiples quejas somáticas que no tienen una raíz estructural, trastornos psiquiátricos, estrategias de afrontamiento ineficaces, hipervigilancia, inadecuación en los ámbitos de la vida diaria, niveles de depresión, hábitos inadecuados, así como la producción de alteraciones fisiológicas gastrointestinales en individuos sanos, acelerando el tránsito colónico (Díaz y Rey, 2007; Enríquez-Blanco, Rodríguez y Schneider, 2010), en este sentido, no se puede negar la fuerte influencia que conllevan los problemas emocionales en pacientes con enfermedades anorrectales.

Siguiendo este orden de ideas, al tratarse de enfermedades crónicas, se puede llegar a afectar considerablemente la calidad de vida del paciente y, por ende, las dimensiones físicas, psicológicas, familiares y sociales del mismo. En el caso de las enfermedades anorrectales, la afectación de la calidad de vida puede ser aún mayor, ya que la intervención médica supone la utilización de tratamientos prolongados, la realización de pruebas diagnósticas intrusivas, la implementación de intervenciones quirúrgicas, las revisiones periódicas y/o los ingresos hospitalarios por recaídas (Simón-López, 2007).

Tomando en cuenta la relación innegable que existe entre las enfermedades anorrectales y los factores psicológicos asociados, resulta perentorio que el tratamiento basado en los aspectos médicos esté acompañada de múltiples estrategias de control que incluyen, de acuerdo a Enríquez-Blanco, Rodríguez y Schneider (2010): tratamientos conductuales con base en educación, entrenamiento y prácticas a desarrollar en los ámbitos afectados, apoyo psicológico, emocional y social, aplicación de entrenamiento en relajación, cambios en el estilo de vida (cambios alimentarios y en los hábitos en general, así como monitoreo de los hábitos de eliminación, tales como: regularización del hábito defecatorio, modificación del ángulo defecatorio, seguimiento de la calidad de la materia fecal, alimentos más

recomendados para facilitar la evacuación, etc.), seguimiento de síntomas a través de un registro, así como monitoreo de los aspectos psicosociales que influyen en la evolución de la enfermedad.

Dichas estrategias de control, tienen como objetivo principal enseñar a los pacientes estilos de afrontamiento efectivos que les permitan modificar los factores psicológicos asociados, afrontar de manera más eficaz las demandas de la enfermedad, establecer medidas eficaces para la consecución de la adherencia al tratamiento, así como propiciar que el paciente comprenda la importancia del proceso de evaluación, diagnóstico, intervención y tratamiento de la enfermedad, que logre percibir dicha situación de salud como un problema y que busque mejorar su calidad de vida (Enríquez-Blanco, Rodríguez y Schneider, 2010).

Resulta imprescindible destacar que, elementos como el efecto placebo y los factores inespecíficos relacionados con las creencias en torno a la salud, tales como: la credibilidad al tratamiento, las expectativas de mejoría, los determinantes de la adherencia al tratamiento que se encuentran relacionados con diversas variables sociodemográficas (escolaridad, estatus socioeconómico, edad y estado civil), las creencias del paciente, el tipo de enfermedad, el tratamiento farmacológico, la relación que se establece entre el paciente y el personal médico, la información proporcionada por estos últimos, el apoyo social y variables de la organización de los servicios de salud; modifican la fenomenología del síndrome anorrectal, lo cual se encuentra estrechamente relacionado con la eficacia terapéutica (Enríquez-Blanco, Rodríguez y Schneider, 2010; Varela, Salazar y Correa, 2008; y Moral de la Rubia y Cerdá, 2015).

Uno de los aspectos que ha adquirido mayor relevancia dentro de las consultas proctológicas es la presencia del dolor. Enríquez-Blanco, Rodríguez y Schneider (2010) plantean que existen distintas áreas cerebrales involucradas en la sensación de dolor en los órganos que conforman el compartimiento posterior del piso pélvico, una de estas áreas se relaciona con la localización y la intensidad del dolor, mientras que otras se vinculan a la memoria y las emociones, dicha interconexión entre ambas áreas propicia que la percepción del dolor pueda verse afectada por las emociones o las experiencias de vida las cuales asignan un significado al dolor; por lo que tomando el control de la experiencia dolorosa se reducirá el malestar y la intensidad, no desaparecerá pero disminuirá.

Ahora bien, la adherencia al tratamiento se configura como uno de los elementos que tiene mayor cantidad de correlatos psicológicos. La conceptualización de este término, se ha ido modificando con el paso del tiempo, actualmente es entendida como un fenómeno psicosocial complejo en el que se involucran múltiples factores mediadores, tales como los conocimientos y las creencias que el paciente tiene de la enfermedad, los procesos motivacionales, los estados afectivos y la voluntad para recuperar la salud (D'Anello, Barreat, Escalante, D'Orazio y Benítez, 2009).

La falta de adherencia total o parcial al tratamiento, es un problema que se presenta en pacientes de todas las edades y en casi todas las etapas de las enfermedades crónicas, siendo esta la causa por la cual los pacientes asisten a las consultas médicas cuando se encuentran en los últimos estadios de la enfermedad y dicha tendencia a la falta de adherencia empeora

a medida que el paciente lleva más tiempo con el tratamiento (Silva, Galeano y Correa, 2005).

En la actualidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2004, c.p. Iakovleva, 2015), el problema de adherencia al tratamiento a largo plazo en pacientes con enfermedades crónicas resulta alarmante, puesto que, según las estadísticas de la institución, aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen con las prescripciones médicas, lo que decanta en una disminución de la calidad de vida de los pacientes y un aumento en las tasas de mortalidad.

Aunado a esto, la Organización Mundial de la Salud (2004) considera que la falta de adherencia a los tratamientos crónicos, por sus consecuencias clínicas, personales y económicas negativas, es un tema prioritario de salud pública que requiere ser estudiado para diseñar estrategias de intervención efectivas, a distintos niveles de prevención y propiciando la promoción de conductas pro salud.

Silva, Galeano y Correa (2005) señalan que, para mejorar la adherencia al tratamiento médico y psicológico, se requiere que el paciente acepte el proceso de enfermedad, el personal médico de salud informe ampliamente al paciente y lo involucre activamente durante el proceso de toma de decisiones terapéuticas.

Con base en lo anteriormente expuesto, se evidencia la pertinencia de un trabajo a nivel transdisciplinario en el área de la salud que dedica sus esfuerzos al abordaje de las enfermedades anorrectales, partiendo de la premisa fundamental planteada por Lanz (2010) de la integración de saberes para la construcción de un mismo objeto y el manejo de un lenguaje común entre la Proctología y la Psicología como disciplinas convergentes.

PERFIL DEL PSICÓLOGO QUE LABORA EN LA UNIDAD DE COLOPROCTOLOGÍA DEL HUC

Uno de los problemas con los que se enfrentan los profesionales que trabajan con los trastornos anorrectales en equipos transdisciplinarios es la falta de delimitación del punto de convergencia entre las disciplinas participantes, en este caso la Proctología y la Psicología, debido a que existen algunos trastornos donde es posible identificar que la etiología es netamente estructural, mientras que en otros síndromes la etiología no solo es estructural, sino que además inciden factores psicológicos.

En Venezuela, la convergencia entre estas disciplinas, con la finalidad de intervenir eficazmente en los trastornos anorrectales, se ha limitado a las acciones de investigación a través de los trabajos especiales de grado para optar por el título de Licenciados en Psicología de la Universidad Central de Venezuela (UCV) y las investigaciones desarrolladas en la Unidad de Coloproctología del Hospital Universitario de Caracas (HUC), siendo esta la Unidad que desde el año 2004 cuenta con consultas psicológicas, las cuales están encaminadas hacia la promoción de hábitos saludables, adquisición de recursos de afrontamiento adecuados traducidos en bienestar y calidad de vida de los usuarios de la Unidad, así como la vinculación entre el diagnóstico estructural realizado por los especialistas médicos y la delimitación de los

factores psicológicos que poseen diferentes grados de influencia en su desarrollo, curso y pronóstico, con el fin último de generar un abordaje integral y propiciar la recuperación y/o mantenimiento del proceso de salud integral en los pacientes.

En conjunto con la Unidad de Coloproctología del HUC, estudiantes de Psicología, han realizado investigaciones que han permitido enriquecer la línea de investigación en las que convergen ambas disciplinas, entre los aportes más influyentes se encuentran los trabajos realizados por Morgado (1997), Sardiñas (2002), Moreno y Ochoa (2005), Briceño y Contreras (2006), Lastra y Moreno (2009), Cardozo y Sardiñas (2012) y Méndez y Pinedo (2017).

Pese a esto, dichas investigaciones no se han concentrado en la delimitación del rol del profesional en Psicología dentro de la Unidad, por lo que resulta perentorio, la creación de un perfil basado en las 3 dimensiones propias que definen el rol del psicólogo en el ambiente hospitalario de acuerdo a lo propuesto por Novoa (2004) y Soriano, Monsalve y Santolaya (2009), que permitan esclarecer las funciones que debe realizar el psicólogo en la Unidad, en relación a la puesta en práctica de las competencia propiamente del ámbito psicológico en interacción con los pacientes y con los especialistas médicos que laboran en la Unidad, delimitando su accionar como disciplinas particulares y a nivel transdisciplinario.

En este sentido, el psicólogo que labore en la Unidad de Coloproctología de HUC debe poseer las competencias, resumidas en la Tabla 1.

Dimensión	Competencia
Atención Psicológica	<ul style="list-style-type: none">§ Conocer los aspectos básicos de las enfermedades anorrectales, en cuanto a: diagnóstico, etiología, signos y síntomas, tratamiento, comorbilidad y variables psicológicas asociadas.§ Conocer la fisiología y fisiopatología del piso pélvico.§ Conocer y manejar, teórica y a nivel pragmático, los supuestos básicos del Modelo del Análisis Conductual, definido previamente.§ Manejar información relacionada con los tipos de anestesia (local, raquídea y general), el procedimiento de aplicación, agentes de riesgo e implicaciones en el organismo durante y después de la aplicación.§ Proveer indicaciones relacionadas con el proceso operatorio (restricciones médicas, recomendaciones generales, pautas de comportamiento).§ Manejar teóricamente las técnicas de evaluación e intervención utilizadas dentro de la Unidad a nivel médico-asistencial con la finalidad de dar cuenta de las mismas a los pacientes, en caso de ser necesario.§ Conocer el proceso de llenado de la historia clínica del HUC y los formatos propios de la Unidad, así como el

funcionamiento general de la Unidad.

- § Manejar teórica y prácticamente las técnicas de evaluación, diagnóstico e intervención enmarcados en el modelo del Análisis Conductual.
- § Adoptar un estilo terapéutico de *interfase*.
- § Conocer y manejar los aspectos fundamentales de la Psicología de la Salud y las implicaciones de la rehabilitación en el proceso salud-enfermedad.

Labor Docente e Investigación

- § Generar programas de intervención y manejo operativo de la atención de pacientes en la Unidad.
- § Generar investigación para dar respuesta a las necesidades que surjan en la Unidad de Coloproctología del HUC
- § Optimizar las intervenciones realizadas, a partir de la investigación, de acuerdo a las actualizaciones que surjan en materia de psicología hospitalaria.
- § Crear proyectos encaminados a que la relación entre los profesionales de la salud se acerque a un enfoque transdisciplinario.
- § Elaborar materiales didácticos e informativos para la difusión por vía tanto verbal como visual de la información suministrada en las consultas psicológicas.
- § Crear protocolos validados en torno a diferentes temáticas necesarias en la unidad, tales como: Evaluación Psicológica Preoperatoria; Referencia a Consulta Psicológica, entre otros, que faciliten la labor del psicólogo.
- § Entrenar a los especialistas médicos en torno a la importancia de las variables psicológicas en las enfermedades anorrectales.

Labor de Gestión y Control de Calidad

- § Realizar estudios de control de la calidad asistencial con el fin de aportar información de indicadores que sirvan para corregir los errores que amenazan la eficacia de la intervención profesional sobre el proceso de salud-enfermedad y mejorar los servicios que presta la Unidad de Coloproctología.
- § Generar estrategias para la asignación de citas y pacientes, de acuerdo a la gravedad de la patología, el pronóstico y las implicaciones mediatas e inmediatas de la evaluación y el tratamiento psicológico.
- § Crear bases de datos con la finalidad de registrar indicadores que puedan ser correlacionados con otras variables para la generación de investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Briceño, D. y Contreras, L. (2006). *Patrones conductuales de pacientes con alteraciones anorrectales*. Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
2. Cardozo, I. y Sardiñas, C. (2012). Variables psicológicas asociadas al dolor anal crónico. Efecto de una intervención psicológica. *Psicología - Segunda época*, 31 (1), 121-136.
3. D'Anello, S.; Barreat, Y.; Escalante, G.; D'Orazio, A. y Benítez, A. (2009). La relación médico-paciente y su influencia en el tratamiento médico. *MedULA*, 18, 33-39.
4. Díaz, M. y Rey, E. (2007). *Trastornos Motores del Aparato Digestivo*. (2da ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
5. Enríquez-Blanco, H.; Rodríguez, J. y Schneider, R. (2010). *Síndrome de Intestino Irritable y otros trastornos relacionados: Fundamentos Biopsicosociales*. México: Editorial Médica Panamericana.
6. González, M.; González, I. y Vicencio, K. (2014). Descripción del rol autopercebido del psicólogo y sus implicancias en los procesos de formación de pregrado. *Psicoperspectivas*, 13, (1), 108-120.
7. Iakovleva, M. (2015). *Adherence to treatment after coronary bypass surgery: Psychological aspects*. Saint Petersburg: Department of Medical Psychology and Psychophysiology.
8. Lanz, R. (2010). Diez preguntas sobre transdisciplina. *Revista de Estudios Transdisciplinarios*, 2 (1), 11-21.
9. Lastra, C. y Moreno, Z. (2009). *Relación entre los repertorios conductuales y las alteraciones anorrectales*. Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
10. Méndez, F. y Pinedo, M. (2017). *Aproximación epistemológica al estudio de los trastornos anorrectales y su vinculación con la Psicología*. Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
11. Moral de la Rubia, J. y Cerdá M. (2015). Predictores psicosociales de adherencia a la medicación en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6, 19-27.

12. Moreno, R. y Ochoa, M. (2005). *Trastornos anorrectales: una aproximación desde el modelo conductual*. Tesis de grado no publicada, Universidad Central de Venezuela, Caracas.
13. Morgado, P. (1997). *Manual de Coloproctología*. Caracas: Editorial Kinesis.
14. Novoa, M. (2004). *Pertinencia de las Interacciones entre la ciencia médica y la Psicología*. Colombia: Manual de La psicología clínica y de la Salud Hospitalaria.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: Pruebas para la acción*. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
16. Rodríguez de Alba, G.; Rodríguez Álvarez, L. y Panadero, F. (2008). Patología anorrectal en atención primaria. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 5 (4), 268-275.
17. Sardiñas, C. (2002). *Proctología para cirujanos generales*. Caracas: Disinlimed.
18. Silva, G.; Galeano, E. y Correa, J. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30, 268-273.
19. Simón-López, M.A. (2007). *Intervención conductual en los trastornos gastrointestinales*. España: Universidad Da Coruña.
20. Soriano, J.; Monsalve, V. y Santolaya, F. (2009). *Guía Práctica de Psicología de la Salud en el Ámbito Hospitalario*. España: Colegio Oficial de Psicólogos de la Comunidad Valenciana.
21. Teillary, D. (2012). La práctica del psicólogo en un servicio de urgencias médicas, aproximaciones basadas en la experiencia. *Cuadernos de crisis y emergencias*, 5, 1, (1-8).
22. Varela, M., Salazar, I. y Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta Colombiana de Psicología*, 11, 101-113.