

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA - CIEPs-
“MAYRA GUTIÉRREZ”**

**“LA IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO PARA
USUARIOS DE UNA ENTIDAD DE SALUD PRIVADA GUATEMALTECA,
CONSIDERANDO LA SALUD DE MANERA INTEGRAL”**

**INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO AL HONORABLE
CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

JACOBO JOSÉ GIRÓN BALDIZÓN

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGO**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADO**

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2017

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a large circular emblem in the background. It features a central shield with a figure on horseback, surrounded by various heraldic symbols like castles, lions, and columns. The Latin motto "CETERAS ORBIS CONSPICUA CAROLINA ACCADEMIA COACTEMALENSIS INTER" is inscribed around the border.

CONSEJO DIRECTIVO
Escuela de Ciencias Psicológicas
Universidad de San Carlos de Guatemala

M.A. Mynor Estuardo Lemus Urbina
DIRECTOR

Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizábal
SECRETARIA

Licenciada Karla Amparo Carrera Vela
Licenciada Claudia Juditt Flores Quintana
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

Pablo Josue Mora Tello
Mario Estuardo Sitaví Semeyá
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Licenciada Lidey Magaly Portillo Portillo
REPRESENTANTE DE EGRESADOS

C.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg.0192-2015
CODIPs. 1216-2017

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

18 de mayo de 2017

Estudiante
Jacobó José Girón Baldizón
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEGUNDO (2º) del Acta VEINTIOCHO GUIÓN DOS MIL DIECISIETE (28-2017), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 18 de mayo de 2017, que copiado literalmente dice:

“SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **“LA IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO PARA USUARIOS DE UNA ENTIDAD DE SALUD PRIVADA GUATEMALTECA, CONSIDERANDO LA SALUD DE MANERA INTEGRAL”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

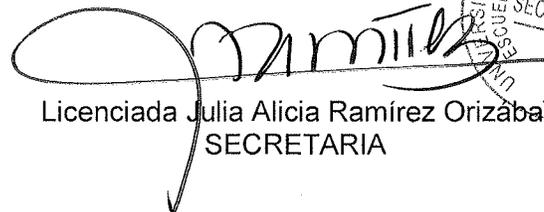
Jacobó José Girón Baldizón

CARNÉ: 2008-21161

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Herbert Everardo Bran Morales y revisado por el Licenciado Pedro José de León Escobar. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciada Julia Alicia Ramírez Orizabal
SECRETARIA

/Gaby



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



CIEPs. 121-2016
REG: 0192-2015

INFORME FINAL

Guatemala, 30 de noviembre de 2016

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Centro Universitario Metropolitano

Me dirijo a ustedes para informarles que el licenciado **Pedro José de León Escobar** ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

“LA IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO PARA USUARIOS DE UNA ENTIDAD DE SALUD PRIVADA GUATEMALTECA, CONSIDERANDO LA SALUD DE MANERA INTEGRAL”.

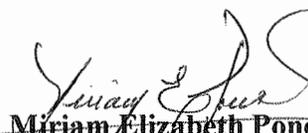
ESTUDIANTE:
Jacobo José Girón Baldizón

CARNE No.
2008-21161

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado el 09 de noviembre del año en curso por el Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. Se recibieron documentos originales completos el 30 de noviembre del 2016, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs.
“Mayra Gutiérrez”



Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



CIEPs. 121-2016

REG. 0192-2015

Guatemala, 0 de febrero de 2017

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
Escuela de Ciencias Psicológicas

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la revisión del INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN, titulado:

“LA IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO PARA USUARIOS DE UNA ENTIDAD DE SALUD PRIVADA GUATEMALTECA, CONSIDERANDO LA SALUD DE MANERA INTEGRAL”.

ESTUDIANTE:
Jacobo José Girón Baldizón

CARNÉ No.
2008-21161

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el 09 de noviembre 2016, por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑADA A TODOS”

Licenciado Pedro José de León Escobar
DOCENTE REVISOR



c. archivo

Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530

Guatemala, 23 de agosto de 2016

M.A Miriam Elizabeth Ponce Ponce
Coordinadora
Centro de Investigación en Psicología
-CIEPs.-"Mayra Gutierrez

Estimada M.A. Ponce:

Por este medio me permito informarle que he tenido bajo mi cargo la asesoría de contenido del informe final de investigación titulado **"LA IMPORTANCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO PSICOLÓGICO PARA USUARIOS DE UNA ENTIDAD DE SALUD PRIVADA GUATEMALTECA, CONSIDERANDO LA SALUD DE MANERA INTEGRAL"** realizado por el estudiante **JACOBO JOSÉ GIRÓN BALDIZÓN** Carné **200821161**

Esta investigación cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigación en Psicología, por lo que emito **DICTAMEN FAVORABLE** y solicito se proceda a la revisión y aprobación correspondiente.

Sin otro particular, me suscribo.



Lic. Herbert Everardo Bran Morales
Docente Asesor
Colegiado 2544

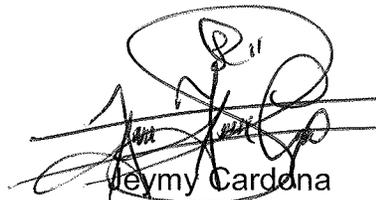
Guatemala 23 de Agosto de 2016

Licenciada
Miriam Elizabeth Ponce Ponce
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología –CIEPS-
“Mayra Gutierrez”

Deseándole éxito al frente de sus labores, por este medio le informo que el estudiante Jacobo José Girón Baldizón, carné 200821161, realizó en esta institución el trabajo de campo establecido en su proyecto de investigación **“La importancia del acompañamiento psicológico para usuarios de una entidad de salud privada guatemalteca, considerando la salud de manera integral”**. Realizó entrevistas a pacientes y familiares, talleres grupales y apoyo al equipo médico. En el período comprendido de noviembre de 2015 a Julio del 2016, en distintos horarios.

El estudiante en mención cumplió con lo estipulado en su proyecto de investigación, por lo que agradecemos la participación en beneficio de nuestra institución.

Sin otro particular, me suscribo



Neymy Cardona



COORDINACION
DE SERVICIOS

Coordinadora en Sanatorio Nuestra Señora del Pilar

Tel: 2420-0000

Celular: 5431-5022

PADRINO DE GRADUACIÓN

PABLO DANIEL GIRÓN BALDIZÓN
INGENIERO EN CIENCIAS Y SISTEMAS
COLEGIADO 8,097

ACTO QUE DEDICO

A:

DIOS

Por ser quien me concedió la vida, por colocarme en la mejor familia y permitir que sea una persona pensante, que puede valerse por sí misma.

PADRES

Por estar en todo momento de forma incondicional, por transmitirme la fe y ayudar a que me pueda superar desde mis primeros pasos hasta hoy en día. Por luchar constantemente para sacar a todos sus hijos adelante.

FAMILIA

Por estar en las buenas y en las malas, por ser una familia como pocas. Gracias por hacerme sentir orgulloso que tengo una familia como la nuestra.

PROMETIDA

Por haber coincidido conmigo en el momento exacto, por apoyarme cuando más la necesitaba y ser ese pilar que vino a complementar mi vida. Por ser la razón de mi felicidad y por esta historia que estamos a punto de iniciar, ¡Gracias por permitir que sea su futuro esposo!

AMIGOS Y AMIGAS

Por hacer este trayecto más fácil, acompañándome desde el primer momento y ayudar a que me convierta en un profesional. Saben que cuentan conmigo.

**PUEBLO DE
GUATEMALA**

Por permitirme ser parte de esa pequeña población que puede optar a estudiar en esta casa de estudios, el obtener un título este día me hace sentir una gran responsabilidad.

AGRADECIMIENTOS

A:

DIOS

Por TODO, por rodearme de gente noble y buena, en todo ámbito de mi vida, desde el personal, el social, el laboral y el espiritual. Por ser la fuente de sabiduría y de amor.

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Por la oportunidad de crecer como profesional y formarme en sus instalaciones para salir a la calle y dar lo mejor de mí, de una manera confiable y con bases teóricas fundamentadas.

DOCENTES DE LA ESCUELA

Por ser como un libro abierto y compartir no solo sus conocimientos sino sus experiencias en cada una de sus cátedras impartidas.

LICENCIADO HERBERT BRAN

Por apoyarme en la elaboración de este proyecto, desde un inicio hasta el final.

SANATORIO NUESTRA SEÑORA DEL PILAR

Por dejarme realizar este proyecto en sus instalaciones y abrir las puertas de esta entidad de salud, confiando en mí.

Capítulo II	
2. Técnicas e Instrumentos.....	39
2.1 Enfoque y modelo de investigación.....	39
2.2 Técnicas.....	39
2.2.1 Técnicas de muestreo.....	39
2.2.2 Técnicas de recolección de datos.....	40
2.2.3 Técnicas de análisis de datos.....	41
2.3 Instrumentos.....	42
2.4 Operacionalización de los objetivos.....	45
Capítulo III	
3. Presentación, análisis e interpretación de los resultados.....	46
3.1 Características del lugar y de la muestra.....	46
3.1.1 Características del lugar.....	46
3.1.2 Características de la muestra.....	46
3.2 Presentación y análisis de los resultados.....	47
3.3 Análisis general.....	51
Capítulo IV	
4. Conclusiones y recomendaciones.....	53
4.1 Conclusiones.....	53
4.2 Recomendaciones.....	54
Bibliografía.....	55
Anexos	57

Resumen

Título: La importancia del acompañamiento psicológico para usuarios de una entidad de salud privada guatemalteca, considerando la salud de manera integral.

Autor: Jacobo José Girón Baldizón

La investigación tuvo como propósito analizar la incidencia que tiene el acompañamiento psicológico con la salud física de los usuarios de una entidad de salud privada guatemalteca, considerando la salud de manera integral, así como documentar historias vivenciales de los usuarios que demandan acompañamiento psicológico en el área pediátrica, para tratar sus dolencia o las de sus familiares y proponer que sea integrado el aspecto de salud mental en el tratamiento a través de un programa de desarrollo que brinde acompañamiento psicológico, ayudando así a la recuperación de los pacientes hospitalizados.

La investigación se llevó a cabo durante los meses de noviembre del 2015 a junio del 2016 en la unidad pediátrica del Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, que cuenta con 18 habitaciones. Las edades de los pacientes varían de 2 a 15 años, de ambos sexos. La mayoría de ellos, son de clase social media y alta. Durante el proceso realizado se utilizaron varias técnicas e instrumentos, los cuales fueron de apoyo para que la recolección de datos fuera más precisa y objetiva, entre los mismos se encuentran: cuestionarios, test, escalas de ansiedad entre otros.

A través de esta investigación se concluyó que debido a los niveles de ansiedad que pueden presentar los pacientes y familiares que acuden al hospital privado, es necesario crear un programa que abarque tanto el aspecto biológico, como emocional de la persona, poniendo en evidencia el rol que puede ocupar el psicólogo en el ámbito de la salud privada en Guatemala.

Prólogo

Si bien es cierto que los avances en la medicina, tanto a nivel asistencial como preventivo, han erradicado en los países más avanzados la mortalidad y modificado los estilos de vida; también es cierto que se ha incrementado la prevalencia de otras enfermedades que presentan un carácter psicológico. En este sentido los profesionales de la medicina demandan, cada vez más, la presencia de psicólogos que desarrollen labores de intervención con el objetivo de ayudar al paciente a afrontar el proceso de hospitalización o los procedimientos médicos, en ocasiones dolorosos, por los que el paciente y sus familiares tienen que pasar.

Es claro que los hospitales están dejando de ser lugares fríos e impersonales, no lo es menos que la hospitalización sigue siendo una situación estresante que demanda la adaptación del paciente y su entorno, sin olvidar que puede dejar secuelas a corto, mediano y largo plazo. Por ello, es gratificante comprobar que hay una mayor concienciación de la necesidad de abordar de un modo multidisciplinario al paciente hospitalizado; y que es fundamental que el equipo médico así lo entienda para avanzar más rápido en esa dirección.

Por todo lo anterior, en esta investigación se analizó la incidencia que tiene el acompañamiento psicológico con la salud física de los usuarios de entidades de salud privada en Guatemala, considerando la salud de manera integral. Así como documentar historias vivenciales de los usuarios que demandan acompañamiento psicológico, para proponer que sea integrado el aspecto de salud mental en el tratamiento de los hospitales privados a través de un programa de desarrollo integral que brinde el acompañamiento psicológico apropiado.

Cabe recalcar que el objeto de esta atención psicológica es apoyar a los pacientes y familiares para afrontar situaciones difíciles que surgen a lo largo del

proceso de la enfermedad, facilitando su adaptación a la misma y favoreciendo que la persona pueda alcanzar un nivel óptimo de vida, dentro de sus circunstancias.

Esta investigación evidencia las situaciones de tipo emocional que afectan el proceso de recuperación de las personas que asisten al hospital privado, como la tristeza, el dolor y la ansiedad. Así mismo para la escuela de ciencias psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, podría estar ampliándose el campo académico para realizar práctica supervisada, beneficiando tanto a la institución como a los estudiantes en su formación como profesionales.

Se agradece de manera especial al Sanatorio Nuestra Señora del Pilar por abrir las puertas de su institución para llevar a cabo la presente investigación, resaltando el apoyo brindado por parte de los directivos y el interés por conocer los hallazgos; y así generar planes de acción para hacer de sus procesos médicos, procesos con alto calor humano.

CAPÍTULO I

1. Planteamiento del problema y marco teórico

1.1 Planteamiento inicial del problema

Guatemala es una sociedad nueva en cuanto al tema de la psicología, un alto índice de la población aún no la considera una opción en cuanto a temas de salud, ya que el modelo predominante en la mayoría de centros hospitalarios (públicos y privados) es el modelo bio-médico. Según los datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, “no existen programas de apoyo psicológico para pacientes de ningún tipo en hospitales privados, y se pasa por alto que la mayoría de los casos, los usuarios están afectados por ansiedad, depresión o miedo.”¹

Es importante mencionar que en el lenguaje de sistemas, “la enfermedad física y las lesiones tienen un impacto sobre los otros aspectos de los sistemas de la persona (sentimientos y pensamientos), y unos mayores impactos sobre los supra sistemas más elevados como la estructura social y familiar.”²

Desde hace poco más de 50 años, la Organización Mundial de la Salud, comenzó a tomar en cuenta el aspecto emocional y psicológico de la misma, al definir la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”³ Es decir, que desde hace varias décadas la salud comienza a tratarse de una manera integral, dejando a un lado el modelo bio-médico.

1 Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social – MSPAS, “Modelo de atención integral en Salud” (varios autores). Guatemala soluciones impresas, 2011 p 70.

2 Cruz noj, Edy Fernando y Juarez González, Lilian Jeannette, efectividad de un programa psicoprofiláctico en la reducción de ansiedad en pacientes pre-operatorios con fracturas faciales, Tesis de Psicología USAC 2006

3 World Health Organization, (2011) OMS | Salud Mental, 21 de Julio de 2012.
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

La hospitalización para el niño implica, la separación de su entorno familiar y la entrada a un ambiente desconocido, con personas extrañas que tocan su cuerpo, hablan con palabras que no entiende y realizan procedimientos que en muchas ocasiones le provocan malestar y dolor, generando temor y ansiedad. Parte de la atención que puede dársele a los dolientes o pacientes que acuden a un centro de salud, puede ser la atención emocional, recordando así que el ser humano es una interacción entre el soma y la psique, demostrando que se pueden obtener mejores resultados evolutivos de los procesos asistenciales a través de una atención integral. El papel de la familia es importante, y no debe hacerse a un lado el hecho de que en la mayoría de los casos, también los integrantes del núcleo familiar debieran involucrarse en el proceso terapéutico, debido al sufrimiento que adquieren, dependiendo de la gravedad de cada caso en particular.

En la actualidad, es un hecho que la enfermedad es una entidad multidimensional en la que confluyen aspectos físicos, psicológicos y sociales, en muchos casos con una alta interrelación; por lo que abordarla desde una perspectiva es dejar de atender de forma integral al paciente. Si a ello unimos las implicaciones que tiene para el paciente el ingreso en un hospital, en cuanto al significado que le dará a la propia enfermedad, la alteración del ritmo de vida habitual, el apartarse de su ambiente cotidiano, someterse a procedimientos médicos o relacionarse con un entorno desconocido, la situación empieza a complicarse.

Por lo antes descrito la investigación dio respuesta a las siguientes interrogantes: ¿incide en la mejora de la salud del paciente el apoyo familiar?, ¿el acompañamiento psicológico es parte de los servicios que puede prestar una entidad privada?, ¿el tratamiento de la salud integral beneficia a los usuarios de los centros de salud hospitalaria privados?, ¿cuál es el acompañamiento psicológico apropiado en los pacientes para mejorar su salud de manera integral?

Es por ello que se documentaron historias vivenciales de los usuarios que demandan acompañamiento psicológico, en el área pediátrica, para tratar sus dolencias o las de sus familiares, proponiendo que sea integrado el aspecto de salud mental en el tratamiento para usuarios del Sanatorio Nuestra Señora del Pilar.

Todo esto sirvió como punto de partida para proponer un programa de desarrollo para mejorar la salud integral de los pacientes hospitalizados y así poder brindar el acompañamiento psicológico apropiado para mejorar la salud de los pacientes en el área de pediatría.

Para llevar a cabo esta investigación se utilizaron técnicas como entrevistas, observaciones y talleres, así como los tests Hamilton, Autoreporte de Ansiedad para Adolescentes (AAA) y el cuestionario de ansiedad, midiendo las escalas de ansiedad y la adaptabilidad al entorno hospitalario de los pacientes con edades entre 2 a 15 años, de ambos sexos de la unidad pediátrica del Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, durante los meses de noviembre 2015 a junio de 2016.

1.2. Marco teórico inicial

1.2.1 Antecedentes

En la revisión de los antecedentes de las tesis relacionadas con el tema propuesto en esta investigación, fueron encontradas dos tesis similares las cuales se detallan a continuación, dando una breve referencia de las mismas, pero sobre todo, marcando las diferencias básicas que presentan con esta investigación.

La primera titulada “Necesidad e importancia del acompañamiento psicológico en el niño hospitalizado” de las autoras Rodríguez Cartagena, Gina del Rosario y Rivas Guzmán, María Estela, realizada en el año 1991 en un

hospital público. Tuvo por objeto principal de estudio, conocer las reacciones psicológicas del niño hospitalizado, para cumplir con dicho propósito se utilizaron técnicas e instrumentos de investigación, como las entrevistas y observaciones participativas. En el estudio se concluyó que, es necesaria la atención individual y psicológica de una persona cariñosa y afable, para compensar considerablemente, la ausencia de la relación madre – hijo, de la cual carecen los niños hospitalizados, las autoras recomiendan que es necesario aprovechar los recursos profesionales del área de psicología para la atención oportuna a estos pacientes.

A pesar de que ambos proyectos están enfocados en el apoyo de los problemas emocionales del niño del nivel primario, la gran diferencia entre ambos radica en el enfoque. Por una parte el proyecto mencionado, ve los problemas emocionales como un todo, y lo trabaja enfocándose principalmente en la dinámica familiar, mientras que el enfoque de este proyecto, se centra en los niveles de ansiedad y de estrés, tanto de los pacientes hospitalizados como de los familiares y /o acompañantes.

Por otro lado la muestra que se utilizará varía desde los 2 años hasta los 16. Sumado a esto, este proyecto de investigación se realizará en un hospital privado, dando un enfoque completamente diferente al proyecto.

En segunda instancia, se encontró otra tesis relacionada al trabajo de investigación aquí propuesto, la cual lleva por título “Trastornos psíquicos que se presentan en la práctica médica, su incidencia, diagnóstico y tratamiento en la clínica de medicina de la emergencia de adultos del hospital San Juan de Dios ” del tesista, Archila García Lemus, Rubén; dicho trabajo de investigación, fue realizado en el año de 1980, el objeto principal de la investigación, era realizar un informe sobre los casos de trastornos psicológicos observados en la emergencia del hospital San Juan de Dios, para ellos se utilizaron diversas

técnicas e instrumentos entre los cuales resaltan, la revisión de documentación, diario de campo, cuadro de trabajo y literatura multidisciplinarias.

El estudio concluyó que el sistema de salud pública tal como funciona en la actualidad, no le da importancia a trastornos psíquicos, como problema de salud integral y por tanto, se recomienda que se le dé más importancia a la incidencia diagnóstica y tratamiento de los trastornos psíquicos como problema de salud integral.

Existen diferencias importantes entre el proyecto mencionado en primera instancia y el segundo. Este proyecto se centraliza en la práctica médica y la incidencia que ésta tiene en los pacientes; se realizó en un hospital privado y el objeto de estudio fue una muestra completamente distinta a los otros proyectos de investigación citados anteriormente.

Por tanto, se concluye que la mayor diferencia es el universo observado y evaluado, y al igual que el proyecto mencionado anteriormente, el hospital donde se realizó la investigación fue un hospital público, cambiando radicalmente el objeto y enfoque del proyecto propuesto.

1.2.2 Salud

Desde épocas muy antiguas, el componente biológico ha sido, y es todavía el imperante al querer dar una definición de salud. Pero si entendemos la salud como un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no meramente como ausencia de enfermedad, estaremos de acuerdo con la “necesidad de incorporar, dentro de las ciencias de la salud, el componente social y el psicológico.”⁴

⁴Latorre Postigo, José Miguel y Beneit Medina, Pedro José, *Psicología de la salud, aportaciones para los profesionales de la salud*, LUMEN, 1995, p.17

La definición anteriormente citada, es un concepto que no ha variado desde 1948, siendo constituida por los miembros de la Organización Mundial de la Salud. Por tanto, desde hace más de 50 años, se ha evidenciado la necesidad de trabajar la salud de una manera integral, dejando a un lado el paradigma de que salud es igual a bienestar físico.

1.2.2.1 Salud en Guatemala

El discurrir del tiempo y el mejor análisis del reto que se enfrenta en salud, ha provocado que aparezca un equipo multidisciplinario el cual a través de enfoques variados emprende la difícil tarea de resolver los problemas de salud en todas sus etapas.

La formación de recursos humanos en salud, ha sido uno de los escollos que se han tenido que salvar para mejorar la atención médica de la población. Esto ha hecho que dicha actividad se transforme en “una meta cuya culminación en un balance adecuado a nuestra demografía haga posible poner al alcance de todo guatemalteco el servicio necesario para la salud.”⁵

Toda realidad actual está basada en un esfuerzo a través del tiempo; es por eso que en nuestro medio han ido surgiendo distintas profesiones. La evolución de las profesiones se ha dado en nuestro país desde el año de 1883, comenzando por “la comadrona”⁶, que era una persona (en su mayoría de casos, del sexo femenino) que asistía, y estaba presente en el parto, cuando regularmente la madre daba a luz en su hogar.

Posteriormente, esta profesión fue fusionada a la enfermería, en el acuerdo “2390 del 10 de junio de 1940.”⁷ En el cual se establece que para poder

⁵Rivera Álvarez, Ramiro, *Evolución de la salud pública en Guatemala*, Departamento de artes gráficas – Ministerio de salud pública y asistencia social, 1985, p.95

⁶ Idem p.96

⁷ Idem.p.97

ejercer el papel de comadrona, las mujeres deben tener cierta cantidad de estudios. Las enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería pasaron por el mismo proceso, teniendo como requisitos, el haber aprobado los estudios (únicamente en los centros autorizados por el Ministerio de Salud), haber realizado prácticas hospitalarias, etc. Pero no solamente el personal de enfermería forma parte de éste equipo multidisciplinario, sino también profesionales como: terapistas ocupacionales, técnicos de radiología, técnicos de laboratorio, y además técnicos en saneamiento ambiental. Todo esto sin mencionar los médicos residentes, que son profesionales egresados de la universidad.

Si bien es cierto, que los datos anteriores reflejan que el modelo imperante en Guatemala, es el modelo biomédico, también es cierto que en la mayoría de hospitales y centros de salud públicos, han iniciado con programas de Psicología, haciendo más grande el equipo de profesionales, tomando en cuenta la salud de manera integral, es decir, no solamente el bienestar físico de las personas, sino también, su bienestar social, mental y ¿por qué no decirlo?, su bienestar espiritual.

Tanto así que en hospitales públicos, como el IGSS, el San Juan de Dios y el Roosevelt, ya se cuentan con equipos de psicólogos, que ayudan al bienestar de los pacientes, y dan a los mismos más opciones para poder tratar alguna dolencia.

1.2.2.2 Historia y evolución de los modelos de salud

Para poder describir toda la evolución de los modelos de salud, se utilizará como referencia el artículo de la Revista "AGO.USB."⁸

⁸ Stefano, Alpi y Quiceno, Margarita, "Salud y enfermedad desde el modelo mágico al bio-psico-social de la psicología de la salud" in *AGO.USB*, Vol. 6 (Dic. 2006) Medellín, Colombia p. 165-174

- Modelo mágico (hombre primitivo (10,000 A.C.)

Los primeros intentos del hombre para combatir la enfermedad tuvieron explicaciones mágicas. El hombre primitivo creía que las enfermedades eran causadas por espíritus contrariados, quienes castigaban así a los infractores de normas sociales o a los violadores de algún tabú. Las causas de las enfermedades etimológicamente hablando dependían de la introducción de un cuerpo extraño en el organismo, la pérdida del alma, la envidia de un enemigo, o la mirada de una persona envidiosa. Hierbas medicinales y alucinógenas, ceremonias y rituales, danzas y cánticos, fueron utilizados prácticamente en todas las culturas de la tierra para tratar la enfermedad, entrelazados con métodos puramente empíricos como: baños, masajes, etc.

- Modelo naturalista (Egipto 4,000 A.C.)

Los papiros médicos egipcios evidenciaban un enfoque racional en medicina y cirugía, basado en la observación clínica y en la separación inicial y parcial entre magia, religión y medicina. La medicina egipcia consideraba que el cuerpo humano estaba compuesto por un sistema de conductos para el transporte del aire, sangre, alimentos y esperma, de tal manera que las enfermedades dependían de la obstrucción o desbordamiento de la circulación normal. Para ellos la enfermedad residía en el proceso patológico de descomposición del contenido fecal en los intestinos, y de aquí su gran preocupación por medidas profilácticas encaminadas a limpiar intestinos mediante ayuno y dietas o el uso regular de purgantes.

- Grecia (2,500 A.C.)

“Hacia el año 460 A.C en la pequeña isla de Cos en Grecia, nació Hipócrates, médico que con sus enseñanzas y obras habría de influenciar la medicina

occidental por casi 2,000 años.”⁹ Hipócrates consideró que la enfermedad era simplemente una manifestación de la vida de un organismo, resultado de cambios en el substrato material y no una intervención de dioses o espíritus malignos. Estableció que cada enfermedad tenía su causa natural y que para eso debía de hacer un diagnóstico específico. Le dio una gran importancia para la salud humana al emplazamiento de la vivienda, los vientos a que estaban expuestos sus habitantes, la proximidad del mar, de los ríos o de los pantanos y la calidad del agua. Consideró la enfermedad como un proceso integral del individuo, que comprendía lo físico y lo psicológico; y señaló que la existencia del organismo estaba determinada por cuatro factores: sangre, flema, bilis amarilla y bilis negra, siendo la salud y/o enfermedad el resultado del equilibrio o desequilibrio de estos cuatro factores.

- Modelo Pre-experimental (Roma 2,000 A.C.)

Seis siglos posteriores a la muerte de Hipócrates, durante el reinado de Marco Aurelio, llegó a Roma el médico griego Claudio Galeno. La base de la medicina galénica fue anatómica y experimental; fue el primer médico que llevó a cabo estudios fisiológicos experimentales con animales. Produjo lesiones cerebrales y medulares en monos, para trazar la trayectoria de los nervios; así determinó, entre otros hallazgos, el mecanismo fisiológico de la voz, al descubrir la relación entre cerebro y laringe. Su concepción de la enfermedad fue loísta, como su maestro Hipócrates; su teoría de los temperamentos trató de clasificar los seres humanos en cuatro tipos: flemáticos, coléricos, sanguíneos y melancólicos. Primer esbozo de teorías factoriales de la personalidad planteadas en el siglo XX por autores diversos como Pavlov, Catell y Éysenck.

- Modelo de la medicina hebrea medieval (siglo II A.C. – VI D.C.)

⁹Idem. P. 19

Los médicos hebreos consideraban al corazón como sede del alma, lo que concuerda con las enseñanzas aristotélicas. La sangre era para ellos el principio vital. Los maestros del Talmud sabían que el miedo produce palpitaciones cardíacas y alteraciones del pulso y que el contagio directo de las enfermedades ocurría a través de alimentos en mal estado, dulces, secreciones, bebidas, vestidos, el agua sucia, etc. Los métodos de tratamiento eran la dieta, compresas calientes y frías, sudoración, curas de reposo, baños, cambios de clima, hidroterapia y gimnasia. Se usaban hierbas para tratar el estreñimiento. Su principal aporte está en la prevención mediante medidas higiénicas, siempre en relación con lo religioso. Las medidas de higiene abarca también a la construcción de ciudades y la convivencia social. Los mejores remedios era el aire y la luz del sol, conocían la desinfección de instrumentos con fumigación, lavado e ignición.

- Modelo de la medicina árabe (siglo VIII hasta el X D.C.)

La medicina árabe fue un nexo de unión entre la sabiduría del mundo clásico y la medicina del renacimiento. Los antiguos textos clásicos, perdidos para los médicos occidentales, eran conocidos y fueron transmitidos por los árabes. El uso del yeso en el siglo X fue un avance significativo. Con la adición de agua a un polvo de sulfato cálcico deshidratado se producía un material sólido. La medicina islámica alcanzó un gran desarrollo comparada con la occidental, y supo mantener los principios médicos y filosóficos grecolatinos; sin embargo, la cirugía fue despreciada, por su inseguridad y escasa eficacia.

- Modelo Espiritualista (1,000 hasta 1,400 D.C.)

En la Edad Media, la influencia de la religión tuvo como consecuencia, que muchos de los aportes médicos y científicos de las culturas clásicas fueran desatendidos. Factores históricos como las cruzadas y la concentración de muchas personas en ciudades, con pésimas condiciones sanitarias, produjeron

catástrofes epidemiológicas como la peste negra, que llevaron a la muerte entre el 25% y el 75 % de la población europea. Se pensaba que la enfermedad era castigo por algún pecado cometido o resultado de brujería o posesión.

En el diagnóstico médico, eran elementos centrales la observación de la orina, y la interpretación de los sueños. Los tratamientos médicos estaban basados en la expulsión de los humores corrompidos, por medio de purgas, ventosas, enemas, etc.

- Modelo Experimentalista (1,400 D.C.)

Los movimientos humanistas en el Renacimiento, revivieron el espíritu de la antigüedad clásica, y en el área médica renace el interés por la experimentación. Una persona sana era como un reloj, cuyos mecanismos funcionaban perfectamente; mientras una persona enferma era como un reloj cuyas partes no funcionaban como debían. Este postulado cartesiano influyó fuertemente las ciencias de su época, empujando a la medicina hacia la biología y la clínica, haciendo que los médicos estudiaran, de aquí en adelante, el cuerpo sin cabeza.

- Modelo del germen (siglo XIX)

En el siglo XIX la ciencia médica desarrolla una explosión de descubrimientos sin precedentes para la humanidad, cambiando así las concepciones del origen de las enfermedades. Planteamientos de personajes como Pasteur y Koch revolucionaron el tratamiento de las enfermedades y permitieron el desarrollo de las primeras vacunas y unidos a los aportes de los primeros epidemiólogos, el desarrollo de la industria alimenticia y de la ingeniería sanitaria, permitieron un cambio dramático en la esperanza de vida de las poblaciones humanas.

- Modelo bio-médico (Siglo XVII al XX)

El vínculo entre la medicina y la biología se hizo mucho más estrecho: aumentaron notablemente los conocimientos acerca del sustrato material de la

enfermedad y fueron finalmente entendidos muchos procesos que ocurren en órganos, tejidos, células y componentes bioquímicos del ser humano (sano o enfermo). Se encontraron también nuevos recursos químicos y físicos para hacer diagnósticos y tratamientos; esto permitió el desarrollo del modelo bio-médico, que constituye la base conceptual de la medicina científica moderna. A mediados de los años 50, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud, en su asamblea constitutiva como: el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad”¹⁰. Por primera vez se reconocían explícitamente como componentes de la salud dos áreas relevantes del ser humano, lo psicológico y lo social, que se integraban a lo biológico, para posibilitar un concepto integral de salud.

- Modelo bio-psico-social (1977 en adelante)

“El modelo fue desarrollado por Éngel, con relación a lo psicológico el modelo se perfila con los siguientes elementos

- a. El objeto de estudio del comportamiento humano incluye cogniciones, respuestas fisiológicas y conductas manifiestas.
- b. Los ecosistemas en que el individuo está inmerso, el ambiente físico y social en que el individuo se mueve, determinan en gran parte no sólo la adaptación, sino la desadaptación.
- c. La capacidad de adaptación de un individuo a su ecosistema es función de los recursos biológicos y psicológicos que posee y de las exigencias del propio ecosistema.
- d. La salud se puede evaluar a través de las manifestaciones del individuo, esto es, a través de su comportamiento.

¹⁰Idem. P.17

- e. El comportamiento interactúa recíprocamente con la salud del propio individuo, de manera que el nivel de salud es en parte función del comportamiento del sujeto y esto a su vez está condicionado por las características psicológicas, biológicas y del ecosistema del propio individuo.
- f. La salud entendida como bienestar de un organismo, es función de las características estructurales de éste, del ecosistema en el que está inmerso y en suma de la estructura organizativa de su propia experiencia, y como tal se manifiesta a través del comportamiento.”¹¹

Es un modelo interdisciplinario, y esto implica considerar tanto la salud como la enfermedad, a una manera de estados multideterminados por un amplio abanico de variables en el cual se deben incluir los de tipo físico, bioquímico, los de tipo psicológico, emocionales, las sociales y demográficas. En el proceso de salud-enfermedad, es la psicología de la salud como campo de la psicología, la que se ha interesado por un enfoque integral que valore los diferentes factores que se relacionan con dicho proceso, en contraposición con el reduccionismo de los modelos biomédicos tradicionales. Pero antes de profundizar en este tema, es necesario conocer otros aspectos relevantes, que servirán como base para ésta investigación.

1.2.3 Salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud mental como: “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la constitución de la OMS (La salud es un estado de

¹¹ Idem. p.171

completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.”¹²

Pero al tocar el tema de la salud mental, es importante abordar otros temas de mucha importancia, temas que son actualmente puntos focales desde la perspectiva de la psicología de la salud. Concibiendo un concepto de salud mental que implica desarrollo de estilos de vida y de características personales, interpersonales, sociales y laborales.

1.2.3.1 Personas normalmente sanas

Frecuentemente, los profesionales y estudiantes de la psicología y carreras afines a ésta, se preguntan ¿qué es la conducta anormal?, habría que partir del hecho, de que todos los días las personas tratan de comprender a sus semejantes, y no siempre pueden determinar por qué alguien hace o siente algo. En realidad, uno mismo no siempre comprende por qué se siente y comporta de determinada manera. En la actualidad, los teóricos de las ciencias sociales consideran que se pueden observar varios componentes para hablar de anormalidad, como lo son, “la infrecuencia estadística, violación de normas, aflicción personal e incapacidad o disfunción.”¹³

Desde este punto de vista, se considera a un individuo “normal” si muestra la suficiente capacidad para relacionarse con su entorno de una manera flexible, productiva y adaptativa, y si sus percepciones de sí mismo y del entorno son constructivas y promotoras de equilibrio propio. Ahora bien, no existe una línea divisoria rígida que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está; existe toda una gama de grados de salud mental y no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia de que

¹² World Health Organization Op. Cit. p. 4

¹³ Mebarak, Moisés y Quintero, María Fernanda, “Salud Mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud”, en *Psicología desde el Caribe No. 23* (2009) Colombia, Universidad del Norte p. 89

se la posee. Tomando en cuenta el artículo citado, se resaltan algunas de las características de las personas normalmente sanas, tomadas del artículo “El concepto de Salud mental” de Pacheco, publicado en el 2005

- “Están satisfechas consigo mismas. No están abrumadas por sus propias emociones. Pueden aceptar las decepciones de la vida sin alterarse dramáticamente. Tienen una actitud tolerante y relajada respecto a la propia persona y a los demás. Son capaces de reírse de sí mismas.
- Se sienten bien con los demás. Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás. Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas. Son capaces de confiar en los demás y están abiertos experiencialmente a que los otros confían en ellos. Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta. Aceptan sus responsabilidades ante los problemas que se van presentando. Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario. Planifican el presente de cara al futuro, al que enfrentan, en vez de evadirlo, a pesar del posible temor que puedan sentir.”¹⁴

1.2.3.2 Personalidad y enfermedad

Existen trabajos que pretenden identificar factores de la personalidad que estarían asociados con la incidencia o prevalencia de determinadas enfermedades. El trabajo sobre los tipos de personalidad y su relación con las enfermedades empezaron en los años 50 del siglo XX alrededor del concepto de conducta tipo A. Las inquietudes sobre la relación entre personalidad y enfermedad han continuado hasta nuestros días. Por ejemplo, “Emons, Meijer y

¹⁴ Ibid. p.91

Denollet, hablan de la personalidad tipo D, caracterizada por la afectividad negativa y la inhibición social, que se relacionaría con el riesgo de padecer eventos cardiacos.”¹⁵

También hay trabajos que relacionan factores de la personalidad con la incidencia o con el curso del cáncer, pero la relación entre personalidad y enfermedad no tiene una vía única. Existe una complejidad de factores y fenómenos que deben ser tomados en cuenta.

1.2.4 Psicología de la salud

Existen innumerables definiciones con respecto a la Psicología de la salud, por ejemplo, ha sido definida como “el conjunto de contribuciones educacionales, científicas y profesionales de la psicología para la promoción y el mantenimiento de la salud, para la prevención y el tratamiento de la enfermedad y para la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, de la enfermedad, y de las disfunciones relacionadas, así como para el análisis y mejoramiento del sistema y de las políticas de atención de la salud”¹⁶.

Esta definición incorpora dentro de sus fundamentos todos los conocimientos de la psicología, es decir, que a la psicología de la salud, le interesan los conocimientos científicos relacionados con procesos como motivación, emoción, percepción y aprendizaje y aquellos aspectos relacionados con fenómenos como sensación, cognición y conducta. En síntesis, es de su interés todo conocimiento sobre la psicología del ser humano que permita comprender y manejar los factores individuales relacionados con la atención del proceso salud-enfermedad.

¹⁵Reyes Fernández, Benjamín, “¿Cuál es el aporte de la psicología dentro de la atención de la salud en Costa Rica?” en *REFLEXIONES*, No. 90 (2011), ISSN, Costa Rica. p. 95

¹⁶Stefano, Alpi y Quiceno, Margarita, Op. Cit. p.171

1.2.4.1 Aportes al concepto de la salud desde la perspectiva de la psicología de la salud

La asociación de Psicología Americana (APA) crea en 1978 la “Health Psychology”, la división de la psicología de la salud, hacia la cual confluyen distintas disciplinas de la psicología para el surgimiento de una nueva área que implica estudios de relevancia experimental, social, clínica y fisiológica, así como el desarrollo de estudios epidemiológicos, etc.

Esta temática sugiere, desde la perspectiva de la psicología de la salud, la necesidad de estudiar comportamientos específicos que están directamente relacionados con el desarrollo o mantenimiento de la salud.

En este sentido, en el desarrollo de la psicología de la salud, tal como muchos autores han mostrado, ha influido muchísimo la creciente evidencia investigativa de que gran parte de los actuales índices de mortalidad y enfermedad están relacionados con los estilos de vida de los seres humanos y condiciones psicosociales en general, como se puede observar en la forma como actuales características de la vida cotidiana, tales como el aumento de situaciones estresantes, factores de riesgo, la orientación del desarrollo psicoafectivo, el aumento de la pobreza y la violencia cotidiana, el abuso de alcohol y sustancias psicoactivas; están repercutiendo directamente sobre la salud y desarrollo de la enfermedad. “En este sentido Mantarazzo define la psicología de la salud (2002), de la siguiente forma: “Psicología de la salud es el agregado específico de las contribuciones profesionales, científicas y educacionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos etiológicos y de diagnósticos referentes a la salud, la enfermedad y

disfunciones relacionadas a ellas, y al análisis y mejoría del sistema de salud y de la formación de políticas en salud.”¹⁷

A pesar de que esta definición de Matarazzo de la psicología de la salud ha sido ampliamente aceptada, deberíamos aclarar que esta definición podría resultar muy general debido a que incluye cualquier dominio o tópico relacionado con la salud, no importando si funciona a un nivel primario, secundario o terciario en lo que se refiere al cuidado y tipo de intervención. Esto implica que esta definición, en determinado momento, no permitiría diferenciar entre psicología clínica y psicología de la salud.

Como ha sucedido en los últimos años en los hospitales públicos del país, en los cuales, el papel del psicólogo ha sido muy bien aceptado, aún no se ha diferenciado entre la labor de un psicólogo clínico y un psicólogo de la salud, dejando la labor del segundo al primero, haciendo casi imposible el cumplimiento de todas sus funciones.

En este sentido, la investigación en el área de la salud implica y nos exige mantener una permanente vigilancia sobre los estilos de vida de nuestra población, así como de los procesos y las dinámicas inherentes a los problemas psicosociales y a los distintos trastornos que nos afectan, para así poder realizar investigaciones realmente pertinentes a las necesidades de nuestro medio y entorno inmediato.

Se debe comprender y clarificar que la psicología de la salud trabaja y apunta sobre todo al nivel primario de intervención, en el cual el énfasis de la psicología recae sobre la salud en sí y no sobre la enfermedad. Esto significa que el énfasis de la psicología de la salud sería la promoción y el mantenimiento de procesos psicológicos y actitudes que afiancen la salud, lo cual, a su vez,

¹⁷Reyes Fernández, Benjamín Op. Cit. p 94

implica trabajar en prevención primaria de la enfermedad con personas en situaciones cotidianas.

En este punto, es pertinente aclarar que el concepto de la psicología clínica se ha entendido de maneras diferentes a lo largo de los últimos 50 años. Después de años de intentar definirla, la división de psicología clínica de la APA publicó un folleto con esta definición: “El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas, y en todos los niveles socio-económicos.”¹⁸

Por tanto, debiera clarificarse que la definición de la psicología clínica y de la salud, no es un tema estático que es definido solamente de acuerdo con criterios teóricos, sino que está enmarcado tanto en las condiciones particulares de cada persona como en el contexto socio-cultural en el que ésta se encuentre.

1.2.4.2 Aportes teóricos de la psicología al ámbito de la salud

Los aportes que la psicología como ciencia puede realizar al ámbito de la salud son abundantes. Dentro de estos se encuentran algunos modelos que pretenden explicar por qué las personas realizan conductas de salud o conductas preventivas de la enfermedad. Los modelos más difundidos actualmente son fundamentalmente cognoscitivistas, aunque tengan influencias de corrientes teóricas como la conductista o la Gestalt. Cada modelo cuenta con cierto grado de soporte empírico y su aplicación en el ámbito de la salud depende de la organización y la voluntad política dentro de cada entidad dentro del ámbito de la salud.

¹⁸ Ibid. p.96

La mayoría de los modelos que a continuación se detallan, han tenido un potente aporte innovador a la salud pública, y son “modelos explicativos de las conductas de salud y enfermedad”

- Modelo de Creencias en Salud (MCS)

El MCS se construyó a partir del aporte de múltiples autores, quienes se inspiraron en propuestas teóricas referidas a la motivación y percepción del individuo.

El MCS distingue dos tipos de variables que determinarían la conducta de salud: (1) el estado psicológico de preparación para realizar una acción específica y, (2) la amplitud con la que se crea que un curso de acción en específico es beneficioso, como un todo, para reducir la amenaza. Ahora bien, además de creer que un curso de acción es efectivo, un individuo puede creer que este tiene barreras, como que la acción sea costosa, displacentera, dolorosa o inconveniente.

Esto puede ser conflictivo pues el individuo está simultáneamente motivado para llevar a cabo la conducta y para evitarla. Desde los primeros años el MCS había expresado inquietudes sobre cómo encajaría éste dentro del proceso de toma de decisiones, considerando que éstas usualmente involucran una serie de etapas. Además, le preocupaba la definición operacional de las variables.

La conducta de salud sería cualquier actividad realizada por una persona que cree que está sana, con el propósito de prevenir la enfermedad o detectar la enfermedad en una etapa asintomática; en tanto que la conducta de enfermedad sería cualquier actividad realizada por una persona la cual se siente enferma, con el propósito de definir su estado de salud y de descubrir el remedio conveniente.

Ambas definiciones utilizan la enfermedad como concepto clave, lo que revela que el MCS, pese a su nombre, es más un modelo para la prevención y tratamiento de la enfermedad que un modelo para la promoción de la salud.

- El modelo transteorético

Este modelo pretende integrar constructos claves de otras teorías para estudiar el cambio de conductas. Se aborda especialmente el cambio intencional, que es aquel en el cual hay procesos de toma de decisiones. Dentro del modelo se incluye tanto la emoción, la cognición y la conducta, y se confía en el auto-reporte, pues como se ha demostrado anteriormente, es un medio bastante exacto para obtener información. El cambio se da en un proceso compuesto por “varias etapas, estas son:

a. La pre contemplación

La gente no tiene intenciones de realizar acciones en un futuro cercano, usualmente medido como los próximos seis meses. Las personas estarían en esta etapa por su falta de información sobre las consecuencias de su conducta, o podrían estar desmoralizadas por su falta de habilidad para cambiar en intentos anteriores.

b. La contemplación

La gente tiene la intención de cambiar en los próximos 6 meses, están más conscientes de los pros y contras del cambio.

c. La preparación

La gente tiene la intención de tomar acciones en el futuro inmediato, usualmente en el mes siguiente, tienen normalmente un plan de acción, como asistir a clases sobre salud, comprar un libro o hablar con el médico.

d. La acción

La gente ha hecho modificaciones específicas externas en su estilo de vida dentro de los pasados 6 meses, las personas deben lograr un criterio que los científicos y profesionales consideren suficiente para reducir el riesgo a enfermar.

e. El mantenimiento

La gente trabaja para prevenir la caída, pero no tienen procesos de cambio tan frecuentemente como las personas en acción. Se ven menos propensos a la recaída y crecientemente convencidos que pueden continuar con el cambio.”¹⁹

1.2.5 Niveles de intervención

Existen varios niveles de intervención para un psicólogo de la salud, entre ellos se identifican cuatro muy importantes, los cuales serán definidos a continuación, parafraseando la revista “Salud y enfermedad desde el modelo mágico al bio-psico-social de la psicología de la salud.”²⁰

- Promoción y mantenimiento de la salud

Se refiere al fomento de comportamientos tendentes a manejar la homeostasis de los sistemas biológicos y comportamentales de un individuo en los cuales no se hayan detectado factores de alto riesgo de enfermedad, concientizando a los individuos de la relación existente entre el estilo de vida y el proceso de salud-enfermedad.

¹⁹Reyes, Benjamín. Loc. Cit. p.p. 91-92

²⁰Stefano, Alpi y Quiceno, Margarita, Loc. Cit. P.172

Sugiere medidas de control más amplias que las sugeridas por la prevención primaria de la enfermedad, que está dirigido al control de un riesgo en particular.

- Prevención primaria de la enfermedad

Consiste en modificar comportamientos en individuos o grupos de población considerados de alto riesgo. A escala social, programas de seguridad industrial, educativos de salud, sanitarios, vacunación masiva, etc. En el plano individual, programas de modificación de comportamientos inadecuados y programas de entrenamiento para la autodetección de ciertas enfermedades.

- Tratamiento de la enfermedad

Es la intervención psicológica dirigida a individuos que ya están enfermos. Pueden ser métodos tendientes a elevar la efectividad del tratamiento médico, intervenciones conductuales e intervenciones psicológicas en el proceso de rehabilitación de funciones disminuidas por efecto de desequilibrios biológicos, como en el caso de trastornos neurológicos y psiquiátricos.

- Análisis y mejoramiento de las políticas de atención de la salud

Éste es el aporte fundamental de la psicología de la salud al proceso salud-enfermedad, porque busca prevenir y promover la salud, lo que implica un compromiso psicosocial en el sistema de atención de salud, diferente a las acciones de carácter biomédico, centradas en la atención de las enfermedades más que de la salud.

La creciente participación de la psicología en el campo de la salud, obedece en gran parte a sus posibilidades de intervención en la solución de un amplio número de problemas médicos, principalmente en lo que tiene que ver con la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades crónicas.

1.2.6 Familia y enfermedad

1.2.6.1 La enfermedad como crisis familiar

En la consulta con un paciente, aun cuando estemos a solas con él, no debemos olvidar que estamos trabajando también con la familia de la que éste forma parte. Es importante conocer qué imágenes sobre la salud y la enfermedad tienen los miembros de la familia.

En definitiva, percibir qué significa, en términos de las relaciones familiares, que uno de sus miembros esté enfermo, en “cualquiera de las dos dimensiones del enfermar humano, psíquica o física.”²¹

La enfermedad de un miembro de la familia supone una modificación y posterior readaptación del sistema familiar, más o menos profunda, en función del tipo de enfermedad que padezca. “Dependiendo de las concepciones de la familia sobre la salud, la enfermedad y los recursos con que cuenta para enfrentarse a esta última, se produce una desorganización familiar secundaria al impacto de la enfermedad. El grado de desorganización depende dos variables

- El tipo de enfermedad, que incluye características como dolor, incapacidad, tratamiento, evolución e ideología.
- La dinámica familiar, en función del grado de cohesión o no, y la capacidad de permeabilidad de la familia.”²²

De acuerdo con ello, la evolución de la enfermedad dependerá en mayor o menor medida del tipo de enfermedad y de la elaboración que la familia haga de esta situación. El equipo asistencial debe analizar los indicadores que le permitan conocer de antemano las posibles respuestas disfuncionales, para

²¹ Latorre Postigo, José Miguel y Beneit Medina, Pedro José Op. Cit. p.199

²² Idem. P. 199

poder así prevenirlas, y evitar que interfieran en la evolución del proceso de curación. Éstos indicadores se pueden agrupar en dos

- “Factores de tensión derivados de los conflictos básicos de la etapa del ciclo vital que está viviendo en ese momento.
- Factores de tensión derivados de situaciones externas, esperables o no, como pérdidas importantes, guerras, etc.”²³

En esta línea se debe examinar la posible existencia de una serie de factores de riesgo, que permiten conocer y prevenir la respuesta de la familia ante esta crisis. Estos indicadores se organizan en torno a varios aspectos, como el grado de permeabilidad de los límites familiares, el estilo de respuesta de la familia y la capacidad de la familia para resolver conflictos.

La relación de la familia con el exterior varía según la permeabilidad del sistema familiar. El grado adecuado de permeabilidad de una familia debe reunir varias características, como la capacidad de lograr contextos sociales inmediatos, mantener los límites entre los subsistemas familiares, etc.

La familia puede dar dos tipos de respuesta frente al enfermo, que son polos de una misma dimensión; “el estilo de respuesta centrípeto y estilo de respuesta centrífugo. En el primero, la familia se vuelca excesivamente en el enfermo. Sólo se habla y se vive para la enfermedad, ésta sale a relucir en cada momento, se está en un estado de constante tensión. En el centrífugo, por el contrario, nadie quiere saber nada, y no hacen caso del enfermo. En general, en esta situación aparece un miembro de la familia que se hace cargo del enfermo,

²³ Ibid. P.200

de tal modo que cuando la persona deja de estar enferma, el otro se queda sin control.”²⁴

La capacidad de la familia para hacer frente a la crisis reside fundamentalmente en su aptitud previa para enfrentarse a las situaciones y resolver los conflictos planteados en ellas. La anamnesis cuidadosa de la historia familiar nos informa sobre cómo reaccionó ésta ante otras crisis y su capacidad de readaptación. Varios expertos señalan a este aspecto la importancia del tipo de interacción que existe entre los miembros del sistema, y destacando la capacidad de cada uno de ellos para permanecer o no reactivo frente a la intensidad de las emociones vividas, así como su aptitud para comunicar sus pensamientos y sentimientos a los demás.

La intensidad de la crisis producida en el seno familiar por la aparición de la enfermedad, depende de la acción conjunta de varios factores, entre ellos el tipo de enfermedad, su evolución, tratamiento, grado de incapacidad, y de la propia dinámica familiar, “pero en todos los casos con mayor o menor intensidad y duración se van a encontrar tres fases cruciales

- La fase de desorganización

Ésta comienza cuando se comunica el diagnóstico de la enfermedad; en ocasiones incluso aparece antes, cuando se están realizando las pruebas previas. En estos momentos es cuando se suelen buscar soluciones defensivas ante el problema. Si existen conflictos en la familia, lo más probable es que éstos se agudicen. En ocasiones se observa en esta fase una reorganización precoz, que suele estar basada en una negación, y la crisis queda truncada. Esta reacción es siempre negativa y se debe estar alerta a ella, ya que la tensión que es negada aparecerá entonces en otra dimensión.

²⁴ Idem. P.199

La actitud del equipo asistencial es intervenir dando información no más allá de lo que la familia pide escuchar, e indagar cómo esta situación les ha afectado, actuando como marco de referencia y contención. Varios expertos afirman que cuando la familia ha tocado fondo es el momento en que ha aceptado la situación y busca las soluciones para superarla.

En esta etapa los profesionales que se hacen cargo del paciente y su familia deben ser capaces de acompañarlos y ser su apoyo en el dolor, ya que de lo contrario no se podrá establecer una relación interpersonal empática y eficaz, que permita transmitir las orientaciones técnicas pertinentes para poder enfrentar la enfermedad.

- Fase de recuperación

En esta fase aparecen diversos indicadores de que la familia está comenzando su recuperación, y emprende su reorganización. Puede ser la participación activa de un miembro hasta ahora más periférico, o se busca la comunicación con otras personas que han pasado por la misma circunstancia, o se consulta por el problema de otro miembro, lo que nos indica que comienza una descentralización del problema. Se debe estar atento a estos momentos, ya que en ellos se produce una mejor asimilación y aprendizaje del manejo de la enfermedad.

- Fase de reorganización

En esta fase, la familia consolida su estructura anterior o bien adquiere una nueva forma de organización o funcionamiento familiar. En el caso de las enfermedades crónicas, una buena solución es la consolidación de una nueva

redistribución de roles que permita el crecimiento y desarrollo de sus miembros.”²⁵

En estos momentos, se corren varios riesgos, ante los cuales el profesional de la salud, o bien, el equipo asistencial deben interferir, para evitar las respuestas disfuncionales.

El enfermo podría convertirse en el centro de la familia, impidiendo el crecimiento y desarrollo del resto de los miembros del grupo familiar, o bien, la familia se organizaría alrededor del vínculo establecido entre uno de los miembros y el enfermo, evitando que éste se haga cargo y participe de manera activa, de sus propios cuidados de salud. “La aparición de alguna o varias de estas condiciones pone de manifiesto que se ha realizado una reorganización precoz que no es adaptativa.” ²⁶

1.2.7 El paciente en el medio hospitalario

Los actuales hospitales distan mucho de ser similares a los primeros que existieron como tales. En su origen los hospitales servían para guardar una serie de enfermos y, casi siempre bajo el punto de vista y la dirección eclesiástica. Hay que remontarse, en efecto, a comienzos del siglo XIX para que surja la distinción entre enfermos e indigentes.

Anteriormente, los hospitales y hospicios tenían como destino único y común la lucha contra el pauperismo, a la vez obra de caridad y medida de policía, tendente tanto a un encierro como a la asistencia de la población indigente. Aún en el presente siglo se observan cambios importantes en la concepción de los hospitales, en los últimos 30 años se ha duplicado el número

²⁵ Ibid. Pag. 200

²⁶ Kornblit (1984) Somática familiar. “Enfermedad orgánica y familia” Barcelona, Gedisa. p.p 114

de admisiones hospitalarias, disminuyendo de forma significativa la estancia media de los pacientes.

Este hecho nos hace ver a los hospitales como grandes estructuras especializadas, con un amplio número de profesionales que desarrollan su actividad en ellos. Profesionales que desarrollan un trabajo especializado sobre aquellos problemas de salud que no pueden ser atendidos por otros cauces. Esta cuestión que a primera vista puede resultar positiva, se hace relativa cuando pensamos en el impacto que el hospital tiene sobre el paciente. Así, cuando una persona es incorporada a una estructura social compleja, como el hospital, sufre las consecuencias del compromiso con la institución social, cuya estructura y funcionamiento pueden engendrar y sostener pautas de conflicto, confusión y distrés.

La gran estructura de los hospitales hace que dentro de su organización existan diversos objetivos y, por lo tanto, distintos roles a desempeñar por cada uno de los grupos profesionales. Así, por ejemplo, el médico se centra en la recuperación física, la enfermera en los cuidados y el administrador en la organización interna.

El paciente responde a estos roles diferenciados con distintas expectativas, acomodando el rol de enfermo a cada uno de los grupos profesionales con los que trata; se le exige así una serie de cambios que no hacen sino aumentar el conflicto que ya sufre.

1.2.8 La hospitalización como acontecimiento estresante

Las experiencias estresantes generales en los marcos sociales e institucionales se producen, igual que las generadas en los marcos más individuales, en forma puntual o en forma crónica. Tanto en hospitales públicos como privados. Características como: “La involuntariedad, la indeseabilidad, el

carácter no programado y la incapacidad de control por parte del sujeto que lo padece.”²⁷ Así como los acontecimientos no programados, como la enfermedad y la hospitalización, constituyen acontecimientos de cambio de vida en el seno del sistema social y son determinados por éste hasta el punto de imponer una adopción de un nuevo rol en cada caso, y el impacto disruptivo de los demás papeles sociales representados por éste hasta el punto de imponer una adopción de un nuevo rol en cada caso, y el impacto de los demás papeles sociales representados por la persona durante su interacción social.

Pero, ¿cómo responde el paciente al acontecimiento de la hospitalización? “Rachman y Phillips (1975) señalan cinco respuestas características del paciente hospitalizado

- a. Ansiedad o miedo.
- b. Incremento de la irritabilidad.
- c. Pérdida del interés por el medio exterior.
- d. Infelicidad.
- e. Preocupación con los procesos corporales.

En cualquier caso son respuestas que claramente pueden clasificarse como respuestas de estrés.”²⁸ Según varios autores existen varias características concretas del hospital y de la hospitalización que pueden ser consideradas estresoras, entre ellas

- El paciente llega al hospital con la ansiedad y/o depresión como consecuencia de estar enfermo, y como todas las obligaciones de los diferentes roles sociales que dejará sin cumplir.

²⁷ Latorre Postigo, José Miguel y Beneit Medina, Pedro José Op. Cit. p.207

²⁸ Idem. P.207

- En segundo lugar los procedimientos de admisión anulan todas las características que son usualmente identificadores sociales de la persona. Es entonces cuando el paciente va dándose cuenta que tiene que ir adquiriendo el papel de buen paciente, de paciente pasivo.
- En tercer lugar, el paciente conducido a la habitación ve desaparecer totalmente el mundo privado e íntimo y se torna totalmente accesible a un conjunto de personas desconocidas para él.
- En cuarto lugar, algunas de las personas se someten a pruebas y análisis peculiares, sobre los cuales no tiene ninguna información y cuyos resultados probablemente nunca conocerá.
- En último lugar, la renuncia por parte del paciente a la iniciativa, a los derechos y, por supuesto a la reclamación activa. Al mismo tiempo, aprende que sus pensamientos y emociones no interesan demasiado, que son los síntomas corporales los que tienen importancia y que sus necesidades se verán atendidas si pueden traducirse o comunicarse como quejas físicas.²⁹

No solamente se producen respuestas de ansiedad y depresión en la hospitalización, sino que también pueden aparecer otras asociadas a un fenómeno de reactancia, fundamentalmente la ira, que puede manifestarse de una forma expresa o que puede quedar implícita y desplazarse a otros objetivos. El paciente hospitalizado pierde muchas libertades cuando ingresa al hospital, y este es el factor desencadenante del resto de factores anteriormente citados.

1.2.9 La adopción del rol del enfermo hospitalizado

A pesar de que el concepto de rol es fundamental en la psicología social, el caso del rol del paciente hospitalizado no ha sido tratado con demasiada profundidad.

²⁹ Idem. P.208

Como se ha mencionado anteriormente, el paciente al entrar en el medio hospitalario debe reajustar toda una serie de aspectos a la nueva situación. Uno de estos ajustes, quizás el más importante, sea adoptar el rol de paciente. Es decir, adoptar los comportamientos que están relacionados con el papel de paciente hospitalizado, ya que, generalmente, consiste en adoptar el papel de “paciente bueno.” “El paciente piensa que si se comporta de estas forma será mejor tratado (en algunas investigaciones así se demuestra) Esta forma de comportamiento consiste en no demandar atención, ni información, en ser pasivo, etc.”³⁰ Sin embargo, no todos los pacientes adoptan el papel de paciente bueno, ya que en este tipo se incluye “el 25% de los pacientes hospitalizados. El resto corresponde al paciente medio (50%) y al paciente problemático (25%).”³¹

Sin embargo, el adoptar el rol de paciente bueno no significa que vayan a tener menos problemas, ya que “portarse bien” conlleva perder el control de lo que les ocurre. Diversos estudios señalan los problemas que conlleva la pérdida del control. “Por ejemplo, los ancianos internados en hogares geriátricos en contra de su voluntad, y que pierden el control de su entorno, tienden a declinar más rápidamente y morir más pronto que los ancianos que colaboran en la decisión de ingresar, gozan de más control sobre sus actividades y aprenden modos más eficientes de enfrentarse con la realidad circundante.”³²

1.2.10 Aspectos psicológicos de la enfermedad

1.2.10.1 Representación mental de la enfermedad

El papel desempeñado por los factores psicológicos, sociales y culturales en la salud y la enfermedad humana constituye, desde los años 60, un importante objeto de estudio en las ciencias sociales y de la conducta. Resulta claro, sin

³⁰ Latorre Postigo, José Miguel y Beneit Medina, Pedro José Op. Cit. p.212

³¹ Idem P.209

³² Ibid. p. 213

embargo, que continuamente surgen nuevos campos de investigación en el campo de la salud y de la psicología.

Uno de los investigadores que más ha trabajado en éste campo es Howard Leventhal, Según José Beneit Medina y José Miguel Latorre Postigo. El interés fundamental de Leventhal se centra en la búsqueda de un modelo teórico que pueda explicar uno de los problemas más importantes dentro del ámbito de la psicología d la salud: la falta de seguimiento o adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos y a los programas de prevención de la enfermedad.

“El supuesto básico del que parte Leventhal es la consideración del paciente como un procesador activo que construye o elabora una definición o representación de su enfermedad y que, en función de esta representación, regula su comportamiento. A partir de esta premisa, los autores plantean un modelo acerca de cómo los sujetos se auto-regulan ante experiencias estresantes de enfermedad; es decir, cómo definen o representan la amenaza de enfermedad y cómo actúan para hacer frente a dicha amenaza.”³³

1.2.10.2 Componente psicológico en las enfermedades

Para entender adecuadamente la importancia del papel de la psicología en el marco de los servicios de los hospitales es necesario hacer una breve referencia a lo que puede ser denominado “el componente psicológico de las enfermedades”, aclarando que quizás la expresión “componente” no sea precisamente la más adecuada; a la larga una enfermedad no es una suma de diferentes componentes sino que es una situación compleja.

Una enfermedad no supone solamente un daño o una disfunción, sino un estado que puede ser reconocido por la propia persona, sus familiares o por el médico. Por otra parte, una vez reconocido, la adopción de lo que anteriormente

³³ Ibid p.216

se denominó “el rol del enfermo”, está influida por procesos de carácter cultural que se dan en los diferentes ambientes sociales y que resumen representaciones acerca del significado de ese rol y de lo que es esperable que se haga o no se haga. Entonces, puede haber muchas variaciones de la correspondencia entre las disfunciones y los comportamientos que se despliegan.

Como dice Francisco Calatayud, “en la época del auge de la medicina psicosomática, sobre la cual ya hemos hecho comentarios, se llegó a pensar que algunas enfermedades eran “psicosomáticas” y otras no lo eran. También se establecieron supuestas manifestaciones psicológicas que estaban en la causa de esas enfermedades, así como rasgos psicológicos típicos de las personas que las padecen. (...) En todas las enfermedades están presentes estados emocionales, comportamientos y valoraciones acerca de la condición patológica, las limitaciones que lleva aparejada, las exigencias de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, el pronóstico y el impacto para la vida futura. Cada paciente presentará entonces su propia “respuesta a la enfermedad” en la que se ponen de manifiesto no sólo las características regulares de la misma como hecho biológico, sino también y sobre todo, las del sujeto como persona actuando en una situación específica.”³⁴

Por tanto, estoy de acuerdo con él al decir que la incorporación de la psicología en los hospitales, debe ser sin subordinación a ningún otro servicio, para poder establecer los objetivos que deben ser perseguidos, decidir las prioridades para el uso del fondo de tiempo, precisar los procedimientos y las técnicas de trabajo que se van utilizar, mantener un sistema de intercambio permanente de experiencias, para poder manejar los resultados y supervisar la labor que los psicólogos allí realizan. Debe haber una suerte de distribución del trabajo que tenga consistencia y reconocimiento de las afinidades, para integrar

³⁴ Morales Calatayud, Francisco, Introducción a la psicología de la salud, Buenos Aires, PAIDÓS, 1999 p.198

grupos de trabajo. Según Francisco Morales Calatayud, “los objetivos de la psicología en los hospitales deben ser agrupados en cuatro direcciones principales, en íntima vinculación:

- a. La asistencia directa a los enfermos y sus familiares
- b. La docencia, mediante la enseñanza regular de contenidos de psicología a estudiantes de medicina y de enfermería, de profesiones de nivel medio de la salud, de residentes de especialidades médicas y de alumnos de pregrado posgrado de psicología (relaciones con los pacientes, técnicas de comunicación de información, relajación, etc.)
- c. La investigación, que debe estar orientada al esclarecimiento de aspectos psicológicos tanto de los problemas de salud que se presentan con más frecuencia, como de la atención de los mismos.
- d. La acción institucional, que comprende los problemas de la satisfacción de los usuarios con los servicios, el diseño del ambiente hospitalario, la evaluación y el mejoramiento de los sistemas de información, la adecuación de reglamentos y rutinas, la optimización del funcionamiento de determinados servicios y equipos de trabajo y otros muchos aspectos relacionados y que varían de una institución hospitalaria a otra.”³⁵

Todo este trabajo debe realizarse tanto en hospitales públicos como privados, ya que en ambos, hay pacientes que buscan una mejora en su salud, y con un programa de psicología, la salud podrá considerarse de manera integral.

³⁵ Ibid. P. 201-202

CAPÍTULO II

2. Técnicas e Instrumentos

2.1 Enfoque y modelo de investigación

El enfoque de la presente investigación es un enfoque mixto, desde el cual se comprobó la importancia del acompañamiento psicológico para usuarios de hospitales privados en Guatemala, considerando la salud de manera integral. Evidenciando así la importancia que tiene el papel del psicólogo en el ámbito de la salud privada, dado que para lograr el bienestar óptimo de la persona es necesario involucrar tanto el sistema fisiológico como el sistema psicológico. Las categorías correspondientes al proyecto de investigación y trabajo de campo son salud integral, salud privada, psicólogo, paciente, enfermedad y salud.

A través de la investigación se pretendió apoyar a los pacientes y familiares para afrontar situaciones difíciles que surgen a lo largo del proceso de la enfermedad, facilitando su adaptación a la misma y favoreciendo que la persona pueda alcanzar un nivel óptimo de vida dentro de sus circunstancias.

2.2. Técnicas

2.2.1 Técnicas de muestreo

La muestra con la que se realizó la presente investigación está conformada por pacientes hospitalizados en el Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, ubicado en la zona 15. El tipo de muestra fue por conveniencia, evaluando un total de 50 pacientes del área pediátrica con edades entre 2 a 16 años y sus familiares de 25 a 45 años. La muestra se realizó en ésta área, debido a que es el encamamiento con mayor flujo de pacientes y con la mayor diversidad de diagnósticos.

2.2.2. Técnicas de recolección de datos

- **Observación Participativa**

Se utilizó dicha técnica durante toda la fase de recolección de datos, es decir, durante la aplicación de Test, cuestionarios y al tener contacto directo con los pacientes hospitalizados en la unidad pediátrica del sanatorio el pilar, y con los familiares y/o cuidadores. Esta técnica se utilizó con el fin de documentar historias vivenciales de los usuarios que demandan acompañamiento psicológico para tratar sus dolencias en el hospital privado de Guatemala, durante los meses de junio julio del 2016, en las instalaciones del sanatorio Nuestra Señora del Pilar.

- **Pruebas psicométricas**

Las pruebas aplicadas evaluaron los niveles de estrés y de ansiedad de los pacientes, con el objetivo de proponer que sea integrado el aspecto de salud mental en el tratamiento para usuarios del hospital privado.

La aplicación de los instrumentos se realizó en forma individual en la habitación del paciente, tanto a los pacientes como a sus familiares y/o cuidadores, utilizando la observación directa al momento de la aplicación de escalas. Las escalas de evaluación fueron preguntas cerradas y se realizaron de tipo “encuesta”. Se aplicaron durante los meses de junio y julio del 2016, en las instalaciones del sanatorio Nuestra Señora del Pilar.

- **Cuestionario**

Técnica que se utilizó para recolectar de forma organizada información específica de las variables de la investigación, con el objetivo de evidenciar la necesidad de un programa de desarrollo integral para mejorar la salud de los pacientes en el hospital privado de Guatemala, busca revelar las manifestaciones motoras y cognitivas del evaluado. El mismo fue aplicado, a

pacientes hospitalizados, entre 2 a 16 años y a familiares de los mismos con edades correspondientes de 25 a 45 años, en las instalaciones del Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, ubicado en zona 15, durante los meses de junio y julio del 2016.

- **Taller**

Bajo un enfoque participativo, y con el fin de que el paciente hospitalizado en el Sanatorio recibiera el mejor tratamiento para la mejora de su salud de manera integral, se llevaron a cabo los talleres dirigidos al personal que atiende directamente a los pacientes hospitalizados en el área pediátrica y sus familiares. Esto con el objetivo de brindar el acompañamiento psicológico apropiado para mejorar la salud integral de los mismos. El taller se llevó a cabo dentro de las instalaciones del sanatorio Nuestra Señora del Pilar, durante el mes de julio del 2016.

2.2.2 Técnicas de análisis de datos

La información que se recabó de las diferentes técnicas de recolección de datos utilizadas, se sistematizó por medio de datos cualitativos como la interpretación de las historias vivenciales a través de la observación participativa. Asimismo se analizaron los datos por medio de tablas y gráficas que evidenciaron los datos cuantitativos de la información obtenida de los instrumentos de respuesta directa. Dada la naturaleza y objetivo principal de esta investigación, para el procesamiento e interpretación de información, se utilizaron las medidas de tendencia central: media y moda, permitiendo medir las escalas de manera cuantitativa, analizando los diversos elementos de la investigación. La aplicación de protocolos y cuestionarios, son de pregunta cerrada, por lo que no generan mayor fluctuación ni varianza en las respuestas, más allá que el índice encontrado, por lo que se procedió a determinar las semejanzas y diferencias de los resultados emitidos por los usuarios.

2.3 Instrumentos

- **Diario de campo – Registro de observación**

Las notas de campo son observaciones puntuales recogidas de forma inmediata por el investigador mientras se realiza el trabajo de observación. Los apuntes realizados en el momento de la actuación, para posteriormente registrar mediante notas o informes más extensos. Tienen que ver con los acontecimientos experimentados mediante la escucha y la observación directa en el entorno, como una forma de interpretación interactiva que describe la acción y se registra en un lenguaje cotidiano de los fenómenos observados, decisiones metodológicas, observaciones teóricas e información relevante. En un cuaderno, se reportaron los avances y resultados preliminares de la investigación, en él se incluye con detalle las observaciones, ideas y datos de las acciones que se llevaron a cabo para el desarrollo de la investigación y su aplicación siguió un orden cronológico de acuerdo al avance del proyecto.

- **Test de Hamilton y AAA.**

Los 2 tests a utilizar en el proceso de investigación están constituidos de la siguiente forma: El test de Hamilton consta de 21 ítems y proporciona una puntuación global de gravedad del cuadro y una puntuación en 3 factores: melancolía, ansiedad y sueño. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem. Existen distintos puntos de corte o normas de interpretación. Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía, (ítems 1, 2, 7, 8,10 y 13); ansiedad (ítems 9,10 y 11) y sueño (ítems 4,5, y 6).

El AAA es el Auto reporte de Ansiedad para Adolescentes, es una guía clínica cuya finalidad es identificar el cuadro clínico en niños y adolescentes que permite el diagnóstico y manejo de los trastornos de ansiedad en sus dos

componentes: manifestaciones somáticas y síntomas cognoscitivo-conductuales y afectivos. Consta de 41 reactivos, donde el evaluado debió marcar con una equis la situación que aplica en su caso particular. Dentro de la evaluación se elaboraron preguntas sencillas y fáciles de entender en el contexto del niño y adolescente, basado en los criterios del DSM-IV para la apreciación de cada uno de los criterios diagnósticos.

- **Cuestionario de ansiedad**

Basado en el cuestionario de Autoevaluación del Dr. José Manuel Hernández y la Escala de Ansiedad de Goldberg, el cuestionario de Ansiedad consta de 15 preguntas directas que la persona a quién se le aplica deberá contestar en una escala de 1 a 5 las situaciones que pueden ocurrirle, siendo 1: “nunca o casi nunca me pasa” y 5 “siempre o casi siempre me pasa”.

Si la puntuación obtenida en tus respuestas va de 1 a 3, el grado de ansiedad es bajo. Si la puntuación se sitúa entre 3 y 4, el grado de ansiedad es de tipo medio. El nivel de ansiedad puede interferir en el rendimiento y, sobre todo, va a ocasionar una vida incómoda durante este tiempo. Si la puntuación está entre 4 y 5, el grado de ansiedad es alto. La vida cotidiana se verá afectada y se recomienda apoyo psicológico.

- **Planificación del taller**

El taller es un espacio de construcción colectiva que combina teoría y práctica alrededor de un tema, la principal característica es transferir conocimientos y técnicas a los participantes. Un taller es un programa educacional corto e intensivo, para una cantidad relativamente pequeña de personas, en un área de conocimientos determinada que hace énfasis en la participación para la resolución de problemas.

Para la implementación de los talleres se realizaron grupos de 10 personas, permitiendo que padres de familia de los niños hospitalizados y el personal médico conocieran el proceso de acompañamiento psicológico, y lograran apropiarse de los aprendizajes como fruto de las reflexiones y discusiones que se dieron alrededor de los conceptos, así como las mejores metodologías a utilizar para beneficiar a los pacientes de manera integral en cuanto a la mejora de su salud.

2.4 Operacionalización de los objetivos

Objetivo	Categorías / Concepto principal	Técnicas	Instrumentos
Documentar historias vivenciales de usuarios que demandan acompañamiento psicológico para tratar sus dolencias o las de sus familiares en el centro de salud privado de Guatemala	Historias vivenciales de pacientes hospitalizados.	Observación Participativa	Notas de campo
Proponer que sea integrado el aspecto de la salud mental en el tratamiento de los hospitales privados.	Salud mental.	Pruebas psicométricas	Auto-reporte de ansiedad para adolescentes. (AAA) y Test Hamilton
Evidenciar la necesidad de un programa de desarrollo integral para mejorar la salud de los pacientes en el hospital privado de Guatemala.	Programa de desarrollo integral para mejorar la salud	Cuestionario	Cuestionario de ansiedad
Brindar el acompañamiento psicológico apropiado para mejorar la salud integral de los pacientes hospitalizados.	Acompañamiento psicológico apropiado.	Taller	Taller de intervención en crisis

CAPÍTULO III

3. Presentación, análisis e interpretación de los resultados

3.1 Características del lugar y de la muestra

3.1.1 Características del lugar

El Sanatorio Nuestra Señora del Pilar, fue inaugurado el 12 de octubre de 1963 con el objeto de prestar servicios de salud personalizados que permitan dar bienestar y la mejor atención profesional a los pacientes. Es un hospital privado con servicios de medicina general, medicina nuclear, pediatría, densitometría ósea, dermatología, hemodinamia, medicina preventiva, sala cuna, intensivo pediátrico e intensivo para adultos. La población atendida es de clase económica media alta y alta, aunque cuentan con un programa de beneficencia para asociados españoles residentes en Guatemala.

Al Sanatorio Nuestra Señora del Pilar son referidos pacientes de aproximadamente 600 médicos especialistas en toda la región, cuentan con lo último en tecnología avanzada y capacidad para 115 pacientes hospitalizados en habitaciones privadas o semiprivadas. Se encuentra ubicado en la zona 15 de la ciudad capital de Guatemala.

3.1.2 Características de la muestra

La muestra con la que se realizó la investigación fueron niños hospitalizados en la unidad de pediatría, con edades entre los 2 a los 16 años; así como sus padres y/o parientes responsables, con edades entre 25 a 45 años. Ambas muestras se realizaron con ambos sexos y se tomó ese encamamiento por ser el área con mayor flujo de pacientes y con la mayor diversidad de diagnósticos. Cabe resaltar que el hospital privado no cuenta con un programa de apoyo psicológico, por lo que se refiere que la muestra no recibe dicha atención a necesidades de tipo emocional que puedan presentar en un proceso de hospitalización.

3.2 Presentación y análisis de los resultados

Interpretación de historias vivenciales de pacientes sus familiares

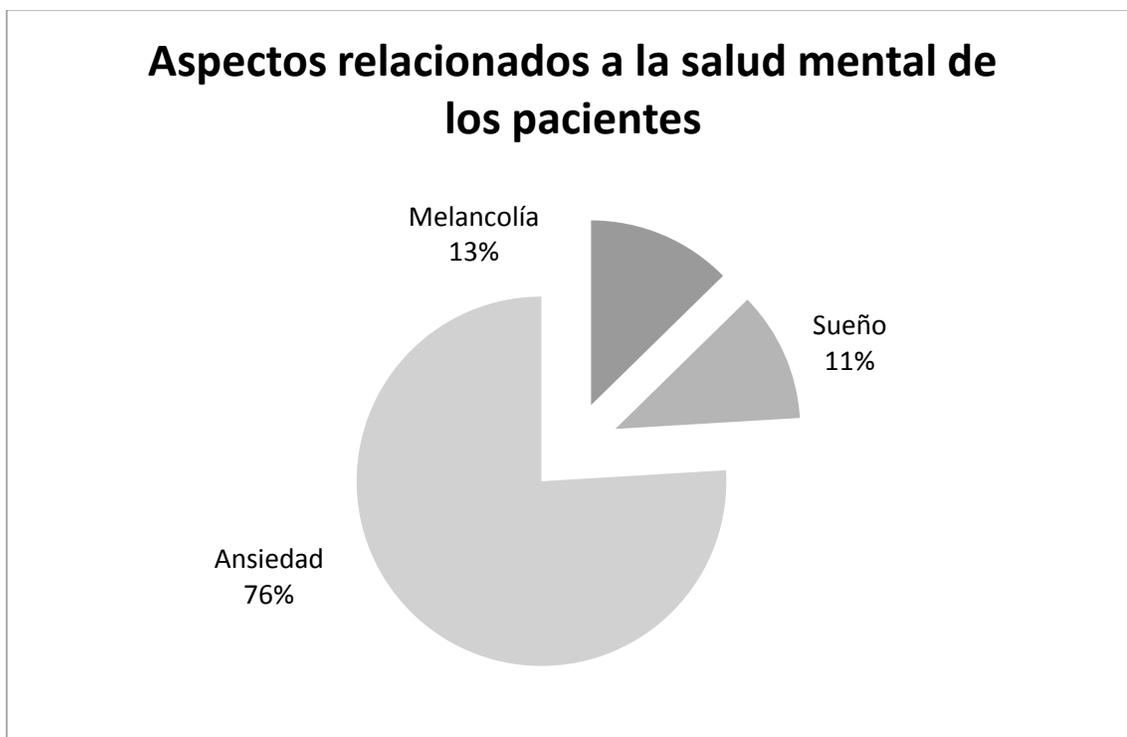
A partir de la observación participativa e interacción con los pacientes y sus familiares, se evaluó la manera en que el apoyo familiar incide de manera directa en la recuperación de los mismos, a continuación, se presenta un cuadro, en el cual se evidencian las interpretaciones realizadas de estas observaciones.

Familiares	Pacientes
<ul style="list-style-type: none">• Los familiares muestran preocupación constante por el estado de salud y el estado anímico de los pacientes hospitalizados.• Muchos de los familiares, generan situaciones emocionales, como ansiedad, desesperación y en algunas ocasiones también enojo.• El factor económico también representa un elemento, que genera inestabilidad en los familiares de los pacientes.• Existe mayor preocupación por los familiares hospitalizados que presentan, además de los síntomas sintomáticos de la enfermedad, reacciones emocionales que retrasan su proceso de recuperación.	<ul style="list-style-type: none">• La preocupación de los familiares, percibida por los pacientes hospitalizados, generan altos niveles de ansiedad en los mismos.• Situaciones como la angustia, el miedo y la desesperación son factores que se desencadenan en mayor cantidad cuando los pacientes hospitalizados no cuentan con el apoyo total de la familia.• Los pacientes hospitalizados que cuentan con familiares que constantemente los acompañan y apoyan en su proceso de recuperación, tienden a presentar mejor equilibrio emocional, lo que ayuda a que su proceso de recuperación sea más eficiente.

Fuente: Diario de campo/ observación participativa. Junio 2016.

Test Hamilton

Gráfica No. 1



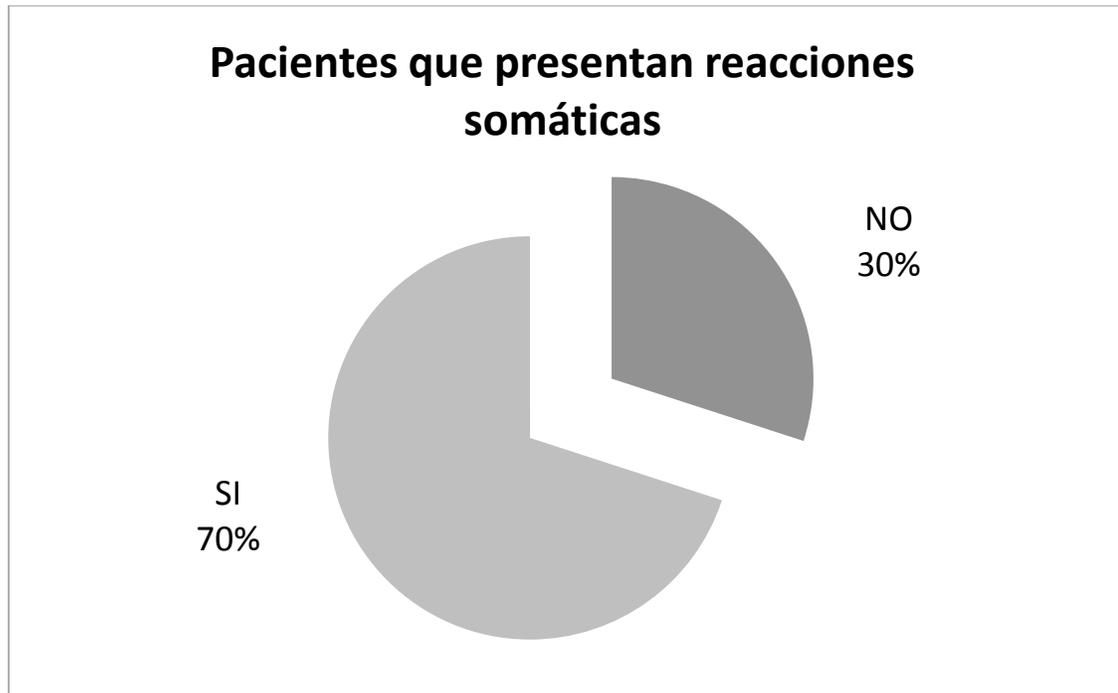
Fuente: Datos obtenidos del Test Hamilton. Junio 2016

La característica con mayor incidencia en la evaluación de resultados del test Hamilton fue la ansiedad, generalmente evidenciada por la adaptación al nuevo entorno y aceptación de las posibles secuelas que pueda dejar el motivo de la hospitalización.

Es importante recalcar que la ansiedad manifestada por los pacientes puede complicar o retardar el proceso de recuperación de los mismos, por lo tanto, si se tratase la salud de manera integral, los pacientes hospitalizados en la entidad privada podrían verse beneficiados en cuanto a la recuperación de su salud.

Auto-reporte de ansiedad para adolescentes (AAA)

Gráfica No. 2



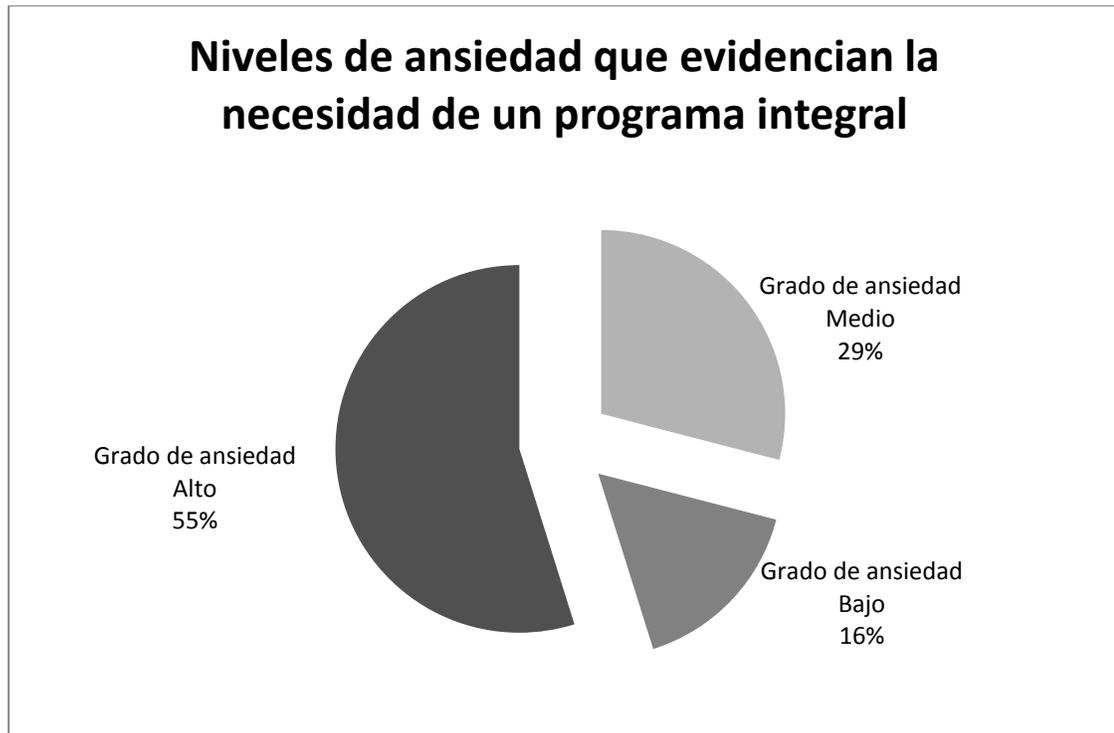
Fuente: Datos obtenidos del auto-reporte de ansiedad para adolescentes. Junio 2016.

Existen varios factores emocionales o reacciones somáticas como mala respiración, dolores de cabeza, mareos, insomnio y malestar generalizado, que afectan la estabilidad emocional de los pacientes hospitalizados, dichas reacciones son desencadenadas por situaciones que generan ciertos niveles de estrés.

De estas situaciones se puede referir que generalmente no son tomadas en cuenta en un proceso de hospitalización; debido a que en hospitales privados tiende a separarse el aspecto emocional del aspecto físico de los pacientes. Por lo antes mencionado, está claro que el acompañamiento psicológico no sólo puede ser uno de los servicios que la entidad brinde a los pacientes sino debiese ser integrado para ayudar a la mejora integral del paciente.

Cuestionario de Ansiedad para Adolescentes

Gráfica No. 3



Fuente: Datos obtenidos del cuestionario de Ansiedad. Junio 2016.

En un ambiente hospitalario es común que tanto familiares como pacientes se sientan ansiosos frente a la situación que están viviendo, ya que constantemente están expuestos a factores no solamente físicos sino también económicos y ambientales. El hecho de tener un familiar en este estado hace que la preocupación y los estados de ansiedad aumenten considerablemente, haciendo imprescindible el apoyo familiar como un factor que incide en la mejora de la salud. Por lo tanto el apoyo familiar incide de sobremanera la mejora de la salud del paciente y tener un programa de psicología adecuado ayudaría a fortalecer este vínculo familiar, reduciendo niveles de ansiedad que podrías afectar al paciente hospitalizado.

3.3 Análisis general

Según distintas teorías, el ser humano se compone por distintas esferas, entre ellas pueden mencionarse: la biológica, social, emocional, religiosa, etc. Se sabe que para que las personas alcancen un nivel de bienestar óptimo, es necesario que tanto sus procesos físicos como los emocionales sean abordados de manera integral, enfocándose así, no solamente en el tratamiento de la enfermedad como tal, sino en el acompañamiento psicológico que les permitirá manejar y controlar los factores somáticos a los que se enfrentan debido a su condición.

Según la teoría de esta investigación, se menciona en determinadas ocasiones que los pacientes hospitalizados se enfrentan constantemente a situaciones de tipo emocional que afectan su proceso de recuperación, como la ansiedad, el miedo, la angustia y el estrés; que son desencadenadas por la adopción del nuevo rol al que deben someterse los mismos, por estos acontecimientos no programados como lo son, la enfermedad y la hospitalización.

Estas situaciones son regularmente ignoradas por el personal de asistencia médica, lo que provoca que los procesos hospitalarios sean en su mayoría de veces más lentos. A partir de las entrevistas, pruebas y cuestionarios trabajados con la muestra se pueden evidenciar aspectos psicológicos comunes en cada uno de ellos. El cuestionario de ansiedad lanza indicadores de niveles de ansiedad altos, sobre todo en familiares de pacientes hospitalizados.

Por su parte el auto reporte de ansiedad para adolescentes infiere que la mayoría de pacientes hospitalizados se ven afectados constantemente por reacciones de tipo somático que sin duda afectan su recuperación; y por último el test Hamilton muestra la necesidad que tienen los pacientes de recibir acompañamiento psicológico en su proceso de recuperación sin importar el grado de la enfermedad al que se enfrentan.

Todos estos resultados muestran básicamente la necesidad que tiene la entidad de salud privada de mejorar sus procesos de atención a los pacientes, implementando un programa de acompañamiento psicológico y realizando campañas de información respecto al tema con el personal médico, familiares y pacientes hospitalizados; esto se debe a que las distintas reacciones somáticas y el estado anímico que pueden presentar los pacientes son aumentados por los fuertes grados de ansiedad en los familiares y en ellos mismos.

Los resultados aparte de evidenciar todas las necesidades de tipo psicológico que demanda un paciente hospitalizado, pone en relieve que en el ámbito de la salud privada en Guatemala no se cuentan con programas que integren la salud de los pacientes de una manera holística, considerando como único aspecto para la mejora de los mismos, el tratamiento físico de los síntomas.

No obstante, y siendo mencionado en reiteradas ocasiones, un abordaje psicológico apropiado puede ayudar de una manera considerable a la mejora de la salud de los usuarios de la entidad privada de salud, que desde el momento de ingresar al hospital pierde muchas libertades, debiendo reajustar toda una serie de aspectos ligados a la nueva situación, sobre todo, la adopción del “rol” como paciente o enfermo hospitalizado.

Por tanto la incorporación de una figura que sea responsable de los aspectos psicológicos de los usuarios o más bien de un equipo multidisciplinario que vele por establecer los objetivos que deben ser perseguidos, decidir las prioridades para el uso del tiempo y precisar los procedimientos y las técnicas de trabajo que se usarán en aras de mejorar genuinamente y efectivamente la salud de los pacientes hospitalizados en la entidad privada, se convierte en algo imprescindible para la institución, si realmente lo que se busca es mejorar la salud integral de los mismos.

CAPÍTULO IV

4. Conclusiones y recomendaciones

4.1 Conclusiones

- La preocupación intensa de los familiares por el estado anímico del paciente, se convierte en altos niveles de ansiedad, que son transmitidos al mismo desencadenando otras situaciones de tipo emocional como el miedo, la angustia y la desesperación, que afectan su proceso de recuperación.
- Regularmente en un proceso de hospitalización en una entidad privada no se toma en cuenta el aspecto de la salud mental, siendo este conveniente para que las enfermedades que presentan los pacientes, sean tratadas de manera adecuada. Esta ausencia se debe a que estos procesos separan el abordaje de situaciones físicas con el abordaje de situaciones emocionales.
- En el ambiente hospitalario de salud privada no se cuenta con programas integrales que involucren el acompañamiento psicológico que necesitan los pacientes para atender sus dolencias emocionales. Siendo su modelo de abordaje, un modelo biomédico de la salud, que se enfoca específicamente en el tratamiento de la enfermedad a nivel sintomático, dejando a un lado las reacciones somáticas que se desencadenan por los altos niveles de ansiedad que presentan los mismos.
- En el ámbito de la salud privada, no existe la figura del psicólogo como un profesional de la salud que brinde un acompañamiento apropiado para mejorar la salud integral de los pacientes hospitalizados y que contribuya a la reducción de los niveles de estrés y ansiedad presentados por los mismos.

4.2 Recomendaciones

- Dentro de la atención que se le brinda a los pacientes hospitalizados en el ámbito privado, es importante que se generen campañas de información dirigidas a todas las personas involucradas en el proceso, personal médico que tiene contacto directo con el paciente y familiares o cuidadores, para que puedan identificar las conductas que inciden en la mejora de la salud de los pacientes, haciendo más efectivo el proceso de recuperación de la salud.
- Se propone que dentro del abordaje que se le da al paciente hospitalizado, se integre el aspecto de la salud mental sabiendo que este es un factor importante en el tratamiento de las enfermedades que presentan los pacientes, ya que estas desencadenan aspectos emocionales como la tristeza, el dolor y la ansiedad, no importando el diagnóstico dado.
- Se recomienda que en el ambiente hospitalario de salud privada sean implementados programas especializados en el acompañamiento psicológico que necesitan los pacientes, cambiando su modelo de abordaje de un modelo específicamente biomédico a un modelo de salud integral que tome en cuenta no solo los factores sintomáticos, sino todos los factores somáticos que afectan el proceso de recuperación de los mismos.
- El hospital privado debe contribuir a la reducción de los niveles de estrés y ansiedad presentados por los pacientes hospitalizados, por medio de programas de intervención en crisis que permitan que los pacientes afronten de mejor manera las situaciones emocionales que viven en su proceso de hospitalización.

Bibliografía

Cruz noj, Edy Fernando y Juarez González, Lilian Jeannette, “**Efectividad de un programa psicoprofilactico en la reducción de ansiedad en pacientes pre-operatorios con fracturas faciales**”, Tesis de Psicología USAC 2006.

Latorre Postigo, José Miguel y Beneit Medina, Pedro José, “**Psicología de la salud, aportaciones para los profesionales de la salud**”, Buenos Aires. Editorial Lumen, 1994. p.p. 351.

Mebarak, Moisés y Quintero, María Fernanda, “**Salud Mental: Un abordaje desde la perspectiva actual de la psicología de la salud**”, en Psicología desde el Caribe No. 23 (2009) Colombia, Universidad del Norte p. 89.

Morales Calatayud, Francisco, “**Introducción a la psicología de la salud**”, Buenos Aires. Paidós, 1999. p.p.250.

Oblitas Guadalupe, Luis, “**Psicología de la salud y calidad de vida**”, México. Cengage learning Editores, 2006. p.p. 494.

Rivera Álvarez, Ramiro, “**Evolución de la salud pública en Guatemala**”, Departamento de artes gráficas – Ministerio de salud pública y asistencia social, 1985, p.95.

Saforcada Enrique, “**Psicología sanitaria, Análisis crítico de atención de la salud**”, Buenos Aires. Paidós, 2004. p.p. 255.

Stefano, Alpi y Quiceno, Margarita, “**Salud y enfermedad desde el modelo mágico al bio-psico-social de la psicología de la salud**”, in AGO.USB, Vol. 6 (Dic. 2006) Medellin, Colombia p.p. 165-174.

Tamayo y Tamayo, Mario, **“Metodología formal de la investigación científica”**, México. Editorial Limusa S.A. 1988. p.p 159.

Anexos

Test de Hamilton – Escala 1

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 21 apartados. Detrás de cada frase marque con una cruz la casilla que mejor refleje su situación.

N= Nunca
A= Algunas Veces
B= Bastantes Veces
C= Casi Siempre
S= Siempre

TEST DE HAMILTON – ESCALA 1	N	A	B	C	S
1. Me siento triste, desamparado, inútil. Me encuentro pesimista. Llora con facilidad					
2. Me siento culpable. Creo haber decepcionado a los demás. Pienso que mi enfermedad es un castigo					
3. Me parece que no vale la pena vivir. Desearía estar muerto. Pienso en quitarme la vida					
4. Me siento incapaz de realizar mi trabajo. Hago mi trabajo peor que antes. Me siento cansado, débil. No tengo interés por nada.					
5. Me encuentro lento, parado. Me encanta concentrarme en algo y expresar mis ideas.					
6. Me encuentro tenso, irritable. Todo me preocupa y me produce temor. Presiento que algo malo puede ocurrirme					
7. Me siento preocupado por notar palpitaciones, dolores de cabeza. Me encuentro molesto por mi mal funcionamiento intestinal. Necesito suspirar. Sudo copiosamente. Necesito orinar con frecuencia					
8. Me siento preocupado por el funcionamiento de mi cuerpo y por el estado de mi salud. Creo que necesito ayuda médica					
9. A veces me siento como si no fuera yo, o lo que me rodea no fuera normal					
10. Recelo de los demás, no me fío de nadie. A veces me creo que alguien me vigila y me persigue donde quiera que vaya					
11. Tengo dificultad para conciliar el sueño. Tardo mucho en dormirme					
12. Tengo sueño inquieto, me despierto fácilmente y tardo en volver a dormirme					
13. Me despierto muy temprano y ya no puedo volver a dormirme					
14. Me siento intranquilo e inquieto, no puedo estar quieto. Me retuerzo las manos, me tiro los pelos, me muerdo las uñas, los labios.					
15. Tengo poco apetito, sensación de pesadez en el abdomen. Necesito alguna cosa para el estreñimiento					
16. Me siento cansado y fatigado. Siento dolores, pesadez en todo mi cuerpo. Parece como si no pudiera conmigo					
17. No tengo ninguna apetencia por las cuestiones sexuales. Tengo desarreglos menstruales.					
18. Peso menos que antes. Estoy perdiendo peso					
19. No sé lo que pasa, me siento confundido.					
20. Por las mañanas (o por las tardes me siento peor)					
21. Se me meten en la cabeza ideas, me dan constantes vueltas y no puedo librarme de ellas.					

Auto reporte de ansiedad para adolescentes (AAA)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Fecha: _____ Expediente: _____

Instrucciones: por favor lee con cuidado cada una de las oraciones y marca con una X qué tanto se aplica en tu caso para nunca, algunas veces o siempre, en las últimas dos semanas. No hay respuestas buenas, ni malas.

		Nunca	Algunas veces	Siempre
1	Cuando tengo miedo no respiro bien			
2	Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza			
3	Me molesta estar con personas que no conozco			
4	Cuando duermo en una casa que no es la mía siento miedo.			
5	Me preocupa saber si le caigo bien a las personas			
6	Cuando tengo miedo, siento que me voy a desmayar			
7	Soy nervioso(a)			
8	Sigo a mis papás a donde ellos van			
9	Las personas me dicen que me veo nervioso(a)			
10	Me pongo nervioso(a) cuando estoy con personas que no conozco			
11	Cuando estoy en la escuela me duele la panza			
12	Cuando tengo mucho miedo, siento que me voy a volver loco(a)			
13	Me siento preocupado(a) cuando duermo solo(a)			
14	Me preocupo de ser tan bueno(a) como los otros niños(por ejemplo, en la escuela)			
15	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas no fueran reales			
16	En las noches sueño que cosas feas le van a pasar a mis papás			
17	Me preocupo cuando tengo que ir a un lugar desconocido			
18	Cuando tengo mucho miedo, mi corazón late muy rápido			

19	Tiemblo			
20	En las noches sueño que me va a pasar algo malo			
21	Me preocupa pensar como me van a salir las cosas			
22	Cuando tengo miedo, sudo mucho.			
23	Me preocupo mucho			
24	Me preocupo sin motivo			
25	Estar solo(a) me da miedo			
26	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco			
27	Cuando tengo miedo, siento que no puedo tragar			
28	Las personas me dicen que me preocupo mucho			
29	No me gusta estar lejos de mi familia			
30	Tengo miedo de tener ataques de pánico			
31	Me preocupa pensar que algo malo les pase a mis papás			
32	Me da pena estar con personas que no conozco			
33	Me preocupa que pasará conmigo cuando sea grande			
34	Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar			
35	Me preocupa saber si hago las cosas bien			
36	Me da miedo estar en un hospital			
37	Me preocupo por las cosas que pasaron			
38	Cuando tengo miedo, me siento mareado(a)			
39	Me pongo nervioso(a) cuando tengo que hacer algo adelante de otros niños o adultos			
40	Me pongo nervioso(a) cuando voy a fiestas, bailes, o alguna parte donde hay personas que no conozco			
41	Soy tímido			

Cuestionario de Ansiedad

(Basado en el cuestionario de Autoevaluación del Dr. José Manuel Hernández y Escala de Ansiedad de Goldberg)

La entrevista tomará muy poco tiempo, y la información obtenida en el estudio será confidencial:

EDAD: _____ Sexo: _____

El 1 indica que “nunca o casi nunca me pasa”.
El 5 indica que “siempre o casi siempre me pasa”.

	SITUACIONES QUE PUEDEN OCURRIR	1	2	3	4	5
1	Estoy muy preocupado por mi familia					
2	Tengo palpitaciones, opresión en el pecho, me falta el aire, respiro muy rápido					
3	Me siento entumecido, torpe, rígido					
4	Siento miedo, estoy inquieto, duermo mal: no puedo dormir, tengo un sueño irregular					
5	Siento molestias en el estómago: nauseas, mareo. Tengo diarrea					
6	Como a deshoras, continuamente o demasiado, fumo a todas horas. Más de lo habitual en mí					
7	Se me “cierra el estómago”, no puedo comer					
8	Me asaltan pensamientos como: de acá no salgo más, mis hijos están solos, etc.					
9	Tartamudeo, me cuesta explicarme					
10	Me tiemblan las manos, tengo hormigueos por los brazos y piernas					
11	Me siento inseguro: No me acuerdo de nada, no me vienen las palabras					
12	Tengo la boca seca, no puedo tragar					
13	Sudo, siento escalofríos, tengo sofocos					
14	Estoy triste, tengo ganas de llorar					
15	Hago movimientos repetidos con algunas partes de mi cuerpo. Tengo tics nerviosos					

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

Datos Relevantes Diario de Campo
Observación Participativa – Análisis Cualitativo

No.	Iniciales del Paciente	¿Cree que afecta su estado de ánimo a la recuperación del paciente?	¿Cómo te hace sentir el hecho de estar hospitalizado?	Análisis
1	M.G.	“Sinceramente creo que todo el estrés que estoy viviendo por la operación que le hicieron a mi hijo, se lo transmito a él y no deja que avance su recuperación”	“Lo que más me cuesta es el cambio radical que han tenido mis papás en su humor, me cuesta adaptarme a eso”	El estado de ánimo de los padres es percibido de forma clara por el paciente hospitalizado. Los niños hospitalizados reconocen las emociones de sus familiares y manejan sentimientos de culpa por esto.
2	J.R.	“yo creo que sí, el constantemente me pregunta qué es lo que tengo y porque estoy tan triste”	“Mal, siento que es mi culpa que mi mamá esté tan preocupada y triste”	La percepción que tiene el paciente del estado anímico de los padres es un factor por el que se siente preocupado.
3	M.F.	“he visto que mi hijo se preocupa cada vez que discuto con los doctores, pero me enoja que no me den una respuesta clara de su condición”	“estoy preocupado porque no sé bien que es lo que tengo y creo que mis papás saben y no me quieren decir”	La ansiedad que tiene la madre es transmitida al niño de forma directa.
4	L.V.	“Estoy ansiosa de saber cuándo le van a dar de alta, constantemente le pido a mi hijo que demuestre que se siente mejor porque ya no quiero que esté acá”	“Me quiero ir ya a mi casa, extraño mi cuarto y mis juguetes”	El miedo y la tristeza afectan el estado anímico del paciente.
5	P.G.	“sí, a veces creo que no tengo las palabras para hacer que mi hijo se sienta más seguro”	“estoy triste y desanimado, me da miedo que me vuelvan a inyectar”	El factor económico juega un papel importante en el proceso de aceptación.
6	J.J.	“Estoy preocupado por el factor económico, creo que no nos va a alcanzar pagar la cuenta”	“no me gusta que mis papás discutan por el dinero del hospital”	

7	G.H.	“Estoy preocupado por la cuenta porque ya lleva varios días hospitalizado, me gustaría poder trasladarlo a otro hospital pero su condición es muy crítica, creo que nuestro hijo percibe esto”	“Me cuesta sentirme mejor de ánimo cuando miro que mis papás están tan preocupados por el dinero de la cuenta”	El factor económico genera inestabilidad tanto en el paciente como en el familiar.
8	T.B.	“Creo que la recuperación de T.B. depende también de su estado de ánimo, nosotros estamos tranquilos pero veo que él está muy preocupado por volver enyesado al colegio”	“Me siento triste porque no voy a poder jugar al regresar al colegio, quisiera quedarme más tiempo acá hasta que me quiten el yeso”	El dolor y el miedo de volver a la realidad, hacen que se genere frustración y ansiedad.
9.	L.M.	“Siento que mi hijo está deprimido y eso no le ayuda a recuperarse porque no quiere comer y no quiere tomarse los medicamentos”	“Ya estoy aburrido de estar acá, no me gusta la comida, quiero irme a mi casa”	La poca aceptación del rol como paciente, hace que no colabore con los procesos de hospitalización.
10	A.M.	“Estoy enojada con los doctores, no me dan respuestas claras y rápidas, quería que mi hija se sintiera mejor y creo que más le afecta estar acá”	“No me gusta nada, no me siento bien, siento que no me recupero pronto”	El sentimiento de desesperación por parte de los familiares y del paciente es notorio.
11	V.P	“Creo que es en estos momentos que más tengo que apoyarla, si yo estoy tranquila mi hija también lo estará”	“Me gusta que a pesar de estar acá mi mamá esté tranquila y me apoye en mi recuperación”	El apoyo familiar y la tranquilidad ayudan a la recuperación del paciente.
12	M.P.	“Si afecta, nosotros confiamos en Dios de que todo va a salir bien, estamos tranquilos y eso lo sienten tanto los doctores como nuestro hijo”	“Me gusta cómo me tratan los doctores y las enfermeras, me cuidan como si fuera familiar de ellos, mis papás están bastante tranquilos”	Es importante transmitir el sentimiento de tranquilidad y equilibrio para ayudar a la recuperación del paciente.