

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR MEDIO DE TERAPIAS  
ALTERNATIVAS A PACIENTES DE INTENSIVO,  
INTERMEDIO Y EMERGENCIA DE PEDIATRÍA DEL  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

**MARTHA GENOVEVA GARCÍA REYES**

**GUATEMALA, MAYO DE 2009**

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

**ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR MEDIO DE TERAPIAS  
ALTERNATIVAS A PACIENTES DE INTENSIVO,  
INTERMEDIO Y EMERGENCIA DE PEDIATRÍA DEL  
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

**MARTHA GENOVEVA GARCÍA REYES**

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

**PSICÓLOGA**

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

**LICENCIATURA**

**GUATEMALA, MAYO DE 2009**

## **MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO**

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín

**DIRECTORA**

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes

**SECRETARIA**

Doctor René Vladimir López Ramírez

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo

**REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS**

Ninette Archila Ruano de Morales

Jairo Josué Vallecíos Palma

**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES**

**ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico  
EPS  
Archivo  
REG.125-2008  
CODIPs. 808-2009

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

20 de mayo de 2009

Estudiante  
Martha Genoveva García Reyes  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO CUARTO (24º) del Acta ONCE GUION DOS MIL NUEVE (11-2009) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 14 de mayo de 2009, que copiado literalmente dice:

**"VIGÉSIMO CUARTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR MEDIO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS A PACIENTES DE INTENSIVO, INTERMEDIO Y EMERGENCIA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**MARTHA GENOVEVA GARCÍA REYES**

**CARNÉ No.200380081**

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por la Licenciada Sonia del Carmen Molina y revisado por el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza. 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 o Tesis, con fines de graduación profesional."

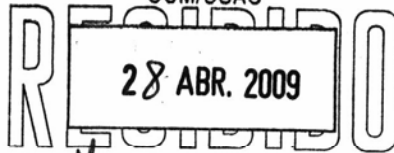
Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA

Melveth S.



Firma *[Signature]* hora 18:30 Registro 125-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 125-2008  
EPS. 196-2008

23 de abril del 2009

Señores  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Respetables Señores:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Martha Genoveva García Reyes**, carné No. **200380081**, titulado:

**"ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR MEDIO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS A PACIENTES DE INTENSIVO, INTERMEDIO Y EMERGENCIA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS".**

De la carrera Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Rafael Estuardo Espinoza, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado  
COORDINADORA DE EPS



/Dg.  
c.c. Control Académico  
EPS



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usaepsic@usac.edu.gt

Reg. 125-2008  
EPS. 196 -2008

21 de abril del 2009

Licenciada  
Claudia Rossana Rivera Maldonado  
Coordinadora del EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Rivera:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Martha Genoveva García Reyes**, carné No. **200380081**, titulado:

**"ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR MEDIO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS A PACIENTES DE INTENSIVO, INTERMEDIO Y EMERGENCIA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS".**

De la carrera Licenciatura en Psicología

Asimismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva **APROBACIÓN**.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciado Rafael Eduardo Espinoza  
Revisor



/Dg.  
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 125-2008  
EPS 196-2008

10 de marzo del 2008

Licenciada  
Claudia Rossana Rivera Maldonado  
Coordinadora del EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
CUM

Respetable Licenciada:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Martha Genoveva García Reyes**, carné No. **200380081**, titulado:


**"ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR MEDIO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS A PACIENTES DE INTENSIVO, INTERMEDIO Y EMERGENCIA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS".**

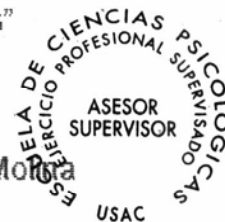
De la carrera Licenciatura en Psicología

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi **APROBACIÓN** para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licenciada Sonia Del Carmen Mora  
Asesora-Supervisora



/Dg.  
c.c. EPS



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"  
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico  
EPS

Archivo

Reg.125-2008

CODIPs.673-2008

De Aprobación de Proyecto EPS

16 de abril de 2008

**Estudiante**

**Martha Genoveva Garcia Reyes**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**  
**Edificio**

**Estudiante:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto **QUINCUAGÉSIMO SÉPTIMO (57o.)** del Acta **DIEZ GUIÓN DOS MIL OCHO (10-2008)** de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 10 de abril de 2008, que literalmente dice:

**"QUINCUAGÉSIMO SÉPTIMO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR MEDIO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS A PACIENTES DE INTENSIVO E INTERMEDIO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**MARTHA GENOVEVA GARCIA REYES**

**CARNÉ No. 200380081**

Dicho proyecto se realizará en la ciudad capital, asignándose a la Licenciada Miriam de Martínez, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requeriente, y a la Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**

Atentamente,

**"ID Y ENSEÑAD A TODOS"**

  
**Licenciada Blanca Lechón Peralta Yanes**  
**SECRETARIA**



/rut



TELEFONOS  
2530423 - 29  
2530438  
2530443 - 7  
2323741  
2323744

Hospital General "San Juan de Dios"  
Guatemala, C. A.

CABLE  
"HOSPGRAL"  
GUATEMALA

OFICIO No. \_\_\_\_\_

GUATEMALA 2 DE ABRIL DE 2009

LICENCIADA

CLAUDIA RIVERA

COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO

EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO E.P.S.

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, CUM

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciada Rivera:

Tengo el agrado de informarle que la estudiante MARTHA GENOVEVA GARCIA REYES, carné 200380081, realizó de manera satisfactoria su Ejercicio Profesional Supervisado en este Hospital, en las fechas correspondientes del 1 de Marzo de 2008 a 28 de Febrero de 2009, tiempo durante el cual ejecutó el proyecto denominado "ATENCIÓN PSICOLOGICA POR MEDIO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS A PACIENTES DE INTENSIVO, INTERMEDIO Y EMERGENCIA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS". Considero importante mencionar la importancia del trabajo realizado en estas áreas del hospital, ya que esta asistencia no se había brindado, dejando beneficios con los programas trabajados.

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo, atentamente,



Licenciada María Teresa Gaitán

Jefe de Sección de Psicología

Hospital General San Juan de Dios

C. c. archivo

## INDICE

Pags.

- Resumen
- Introducción

### **CAPITULO I ANTECEDENTES**

1.1	Monografía Del Lugar	1-4
1.2	Descripción De La Institución	4-16
1.3	Descripción De La Población	17-18
1.4	Planteamiento Del Problema	18-20

### **CAPITULO II REFERENTE TEORICO METODOLOGICO**

2.1	Marco Teórico metodológico	21-41
2.2	Objetivos	41-42
2.2.1	Objetivo general	41
2.2.2	Objetivos específicos (por subprograma)	42
2.2.3	Metodología del abordamiento (por subprograma)	42-45

### **CAPITULO III PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS**

3.1	Subprograma de servicio	46-50
3.2	Subprograma de docencia	51-54
3.3	Subprograma de investigación	55-59

## **CAPITULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS**

4.1	Subprograma de servicio	60-65
4.2	Subprograma de docencia	65-67
4.3	Subprograma de investigación	67-69
4.4	Análisis de contexto	69-71

## **CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

5.1	Conclusiones	
5.1.1	Conclusiones generales	
5.1.2	Subprograma de servicio	
5.1.3	Subprograma de docencia	
5.1.4	Subprograma de investigación	
5.2	Recomendaciones	
5.2.1	Recomendaciones generales	
5.2.2	Subprograma de servicio	
5.2.3	Subprograma de docencia	
5.2.4	Subprograma de investigación	

•	Glosario	59-60
•	Bibliografía	61-62

## RESUMEN

Con este trabajo se buscó proporcionar atención psicológica a las personas que recibían atención médica y a las personas que brindaban un servicio médico en el área de intensivo, intermedio y emergencia de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, para lograr un manejo adecuado de las emociones presentadas durante la crisis de la enfermedad manifiesta.

Se realizó de forma individual actividades de intervención psicológica con los niños hospitalizados en el área de intensivo, intermedio y emergencia del hospital, en las cuales se aplicó terapias alternativas y cognitivo conductual, acompañando de manera profesional a los familiares de los pacientes en la crisis emocional que presentaron. Se consideró importante que las personas que laboraban en las áreas de cuidado crítico tuviesen la capacitación y orientación psicológica para manejar de una manera adecuada las emociones, estrés o fatiga que viven en el ambiente de trabajo, debido a la desesperanza de los diagnósticos críticos de los pacientes que atendían; se creó un ambiente motivador minimizando así cualquier problemática emocional.

Se realizó la aplicación de un programa Piloto: “La Musicoterapia para bajar parámetros de estrés y fatiga en el ambiente de trabajo de intensivo de pediatría”

## INTRODUCCIÓN

A continuación se presenta el proyecto que se realizó de marzo 2008 a febrero 2009 titulado: “ATENCIÓN PSICOLÓGICA POR MEDIO DE TERAPIAS ALTERNATIVAS A PACIENTES DE INTENSIVO, INTERMEDIO Y EMERGENCIA DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS”, el cual se creó tomando en cuenta la necesidad de atención y orientación psicológica que tenían las personas que estaban hospitalizadas en el área de Intensivo e Intermedio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, familiares de los pacientes y el personal médico que laboraba en el área; se tomó en cuenta que es el área donde están los niños o niñas que sufren de enfermedades crónicas, los cuales tenían un alto porcentaje de morir.

Se planteó trabajar con los pacientes terapias alternativas las cuales permitieron a los mismos recuperarse y favorecer el tratamiento que los médicos administraban, bajando niveles de ansiedad, angustia, estimulando y estableciendo una actitud de recuperación de la salud física.

Con la aplicación de terapias alternativas se instaló un plan piloto con la técnica de Musicoterapia el cual brindó al personal médico un ambiente de relajación que baje los niveles de estrés o agotamiento en las labores dentro del servicio de intensivo.

# CAPITULO I

## ANTECEDENTES

### 1.1 Monografía Del Lugar

Guatemala tiene una extensión territorial de 108,889 Kilómetros cuadrados, limita al norte y oeste con México; al este con Belice, el Mar Caribe y Honduras; al suroeste con El Salvador y al sur con el Océano Pacífico.

La agricultura es una de las principales fuentes de su economía, los primordiales cultivos de exportación son: el café, el banano, la caña de azúcar y el algodón.

Cuenta con 22 Departamentos: Alta Verapaz, Chimaltenango, Chiquimula, Guatemala, Huehuetenango, Izabal, Jalapa, Jutiapa, Quetzaltenango, Petén, El Progreso, El Quiché, Retalhuleu, Sacatepéquez, San Marcos, Santa Rosa, Suchitepéquez, Totonicapán y Zacapa.

La población guatemalteca tiene diversidad de tradiciones entre ellas celebraciones navideñas. La danza de máscaras, ejecutada en Navidad en el pueblo de Chichicastenango, es una manifestación de la mezcla de tradiciones mayas y cristianas.

La población Guatemalteca es plurilingüe y multicultural ya que su población está constituida por cuatro culturas: Maya, Xinca, Garifuna y Ladina, las cuales cuentan con 22 idiomas, entre ellas se puede mencionar K'iche, Mam, Kaachikel, etc.; teniendo como idioma oficial el español. Cuenta con un clima templado; su unidad monetaria es el Quetzal y la religión predominante es Católica.

La familia extensa es la base de la sociedad de Guatemala y ejerce una influencia poderosa en el comportamiento individual. Tradicionalmente, el padre es el cabeza de

familia, pero la madre controla la casa y es considerada el corazón de la familia. En áreas rurales, las familias extensas suelen compartir la misma casa o vivir cerca unos de otros en una célula familiar, que suele albergar a los padres, a los hijos casados y sus familias, a los hijos no casados y a los abuelos. En áreas urbanas la unidad nuclear cada vez es más frecuente en las familias, aunque ésta puede incluir a los abuelos. Los adultos no casados suelen vivir con sus padres, a menos que por causas laborales tengan que vivir en otro lugar. Los hijos adultos son responsables del cuidado de sus padres cuando éstos envejecen.

Las familias guatemaltecas, por lo general, viven en áreas urbanas o ciudades, en casas en lugar de apartamentos, cuando pueden permitírselo. Las viviendas de los grupos indígenas de las tierras altas siguen diversas tradiciones; pueden ser casas de adobe o de bambú, con tejados de lámina, a menudo sin agua corriente y electricidad. Muchos guatemaltecos (el 71%) viven en la pobreza; en las clases pobres es frecuente que los niños trabajen para contribuir al mantenimiento de sus familias.

Las mujeres de Guatemala suelen trabajar fuera de casa. En torno al 31% de la población económicamente activa es femenina. En la casa, las mujeres por lo general se ocupan de la comida, las tareas domésticas, las obligaciones religiosas, el cuidado de la ropa y la educación de los hijos, además de ayudar a las parejas trabajando fuera de casa y así tener entrada económica extra y lograr con ello cubrir los gastos de la familia en todos los sentidos.

Pueden vender productos en los mercados, bordar o tejer artículos para la venta o trabajar en grupos comunitarios. Guatemala tiene una población (según estimaciones para 2004) de 14.280.596 habitantes, con una densidad de 132 hab/km<sup>2</sup>, aunque la

mayoría se concentra en la región montañosa del sur del país. Los grupos indígenas, entre los que destacan el quiché y el kaachikel, viven en las tierras altas dedicados a la agricultura, la artesanía textil, la ganadería y el comercio local. En la década de 1990 Guatemala alcanzaba la tasa de natalidad más alta de Centroamérica; en 2004 era de 34,60 nacimientos por cada 1.000 habitantes.

Guatemala, la capital es la ciudad más grande, con una población (según estimaciones para 2001) de 1.022.000 habitantes. Otras ciudades importantes son: Quetzaltenango (población estimada para 2001, 152.228 habitantes), centro de una región productora de cereales; Escuintla (114.626 habitantes); Puerto Barrios (39.379 habitantes), principal puerto de la costa caribeña; Mazatenango (43.316 habitantes); Retalhuleu (40.062 habitantes); Chiquimula (33.028 habitantes); y Antigua (27.000 habitantes).

Del total de la población activa, compuesta por unos 4,52 millones de personas, aproximadamente el 39% trabaja en la agricultura, el 20% en la industria y el 38% en el sector servicios. Los sindicatos más importantes son: Unidad de Acción Sindical y Popular (UASP), Confederación Unidad Sindical de Guatemala (CUSG) y Confederación General de Trabajadores de Guatemala (CGTG).

La población guatemalteca se ha visto afectada por diversos fenómenos telúricos y climatológicos. Entre los telúricos se puede destacar el terremoto ocurrido en 1976 el cual devastó la infraestructura del país principalmente la capital. La tormenta tropical Mitch azotó al país en noviembre de 1998, dejando grandes pérdidas materiales y humanas; en septiembre del año 2005 la tormenta tropical Stan afectó algunas regiones del sur del país. Cada una de estas situaciones ha afectado no solamente la situación



económica del país sino también la psique de la población; obligándoles a enfrentar pérdidas que les provoca trauma psicológico que muchos de ellos aún no han resuelto.

Algunas Organizaciones Internacionales han prestado la ayuda material, económica y humanitaria debido a la falta de recursos con los que cuenta el Estado y sus dependencias, estas impiden sufragar las necesidades.

Actualmente la población enfrenta diversas situaciones que provocan inseguridad por ejemplo: el alto índice de violencia la cual proviene principalmente de los grupos juveniles llamados maras, los cuales están en constante crecimiento tanto a nivel de integrantes como a nivel de presencia en el país, estos han dejado muchos muertos tanto en el interior como en la capital.

## **1.2 Descripción De La Institución**

Hospital General San Juan de Dios ubicado en Avenida Elena, entre 9ª y 10ª Calle, Zona 1. Guatemala, Guatemala. Es una dependencia de referencia nacional, con carácter asistencial, docente y de investigación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Autoridades: Director Ejecutivo Dr. Héctor Ricardo Fong Véliz, Subdirector médico Interino Dr. Juan Carlos Reyes, Jefe de Departamento de Medicina Interna Dr. José Rómulo López Gutiérrez, Jefatura de Psicología, Licda. María Teresa Gaitán Juárez.

La población a la que se le brinda el servicio tiene procedencia de las Zonas: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 16, 17 y 18, Municipios: Palencia, San Pedro Ayampúc, San José El Golfo, Chinautla, Fraijanes, Petapa, San José Pinula. Departamentos: Alta Verapaz, Baja Verapaz, Jalapa, Huehuetenango, Escuintla, El Progreso, Chiquimula, San Marcos, Totonicapán.

Según monografía del Hospital General San Juan de Dios, escrita por el periodista José Vicente Salazar, este se origina a lo largo de la historia de la ciudad, fundada como capital de Guatemala. Pero por las catástrofes dadas fueron trasladadas de un lugar a otro y al mismo tiempo surgió la necesidad de los enfermos españoles y de los que descendían de ellos los cuales estaban en la calle y morían sin ser atendidos. En ese entonces el Obispo Francisco Marroquín se compadeció de ellos, fundando el hospital llamándolo Santiago. Pero no había quien atendiera, médicos ni paramédicos; los sacerdotes, complacidos llevaban consuelo a los enfermos y algunos de ellos empíricos trataban sus problemas para aliviarlos.

Los hermanos sanjuaneros participaban en el cuidado de los enfermos y en la administración de los hospitales improvisados y del hospital Santiago. El 27 de septiembre de 1669 se le cambió de nombre al hospital Santiago por Hospital General San Juan de Dios, después de esto el hospital mejoró notablemente, a la vez la Universidad de San Carlos de Guatemala había egresado a los primeros médicos que fueron bastiones de la medicina preventiva y curativa.

En 1773 un terremoto destruyó el edificio del hospital, los médicos y hermanos sanjuaneros improvisaron las instalaciones en ranchos de pajas, por lo que no dejaron de atender a heridos y enfermos. Debido a esto se decide el traslado de la ciudad al

valle de la Virgen de la Ermita y se inicia la construcción del edificio en la parte del terreno en el que se encuentra actualmente, con vista a la Avenida Elena, en donde anteriormente se encontraba el cementerio que posteriormente fue trasladado al lugar donde se ubica en la actualidad.

El hospital empezó a funcionar cinco años después de que inició la construcción en 1778, según los estatutos se estableció gratuitamente la consulta para los pobres, quedando después en desuso por falta de personal médico. Sin embargo en 1882 vino el primer grupo de enfermeras especializadas en administración y manejo de hospitales; las hermanas de la caridad de San Vicente de Paúl. El terremoto del año 1976 causó grandes daños estructurales al hospital viéndose en la necesidad de trasladarse al parque de la industria trabajando durante siete años consecutivos en los salones del mismo. El 24 de mayo de 1983 fue nuevamente construido el edificio por completo, desde entonces sigue prestando sus servicios contando con un notorio avance tecnológico lo cual permite hacerle frente a las diversas necesidades de la población y específicamente en los problemas físicos, psicológicos y sociales.

### **Misión**

Somos el primer Hospital Nacional del tercer nivel de atención del Ministerio De Salud Pública de Guatemala, responsable de brindar asistencia médica integral de calidad, con calidez humana, oportuna, eficiente y eficaz, para contribuir en la salud de la población.

### **Visión**

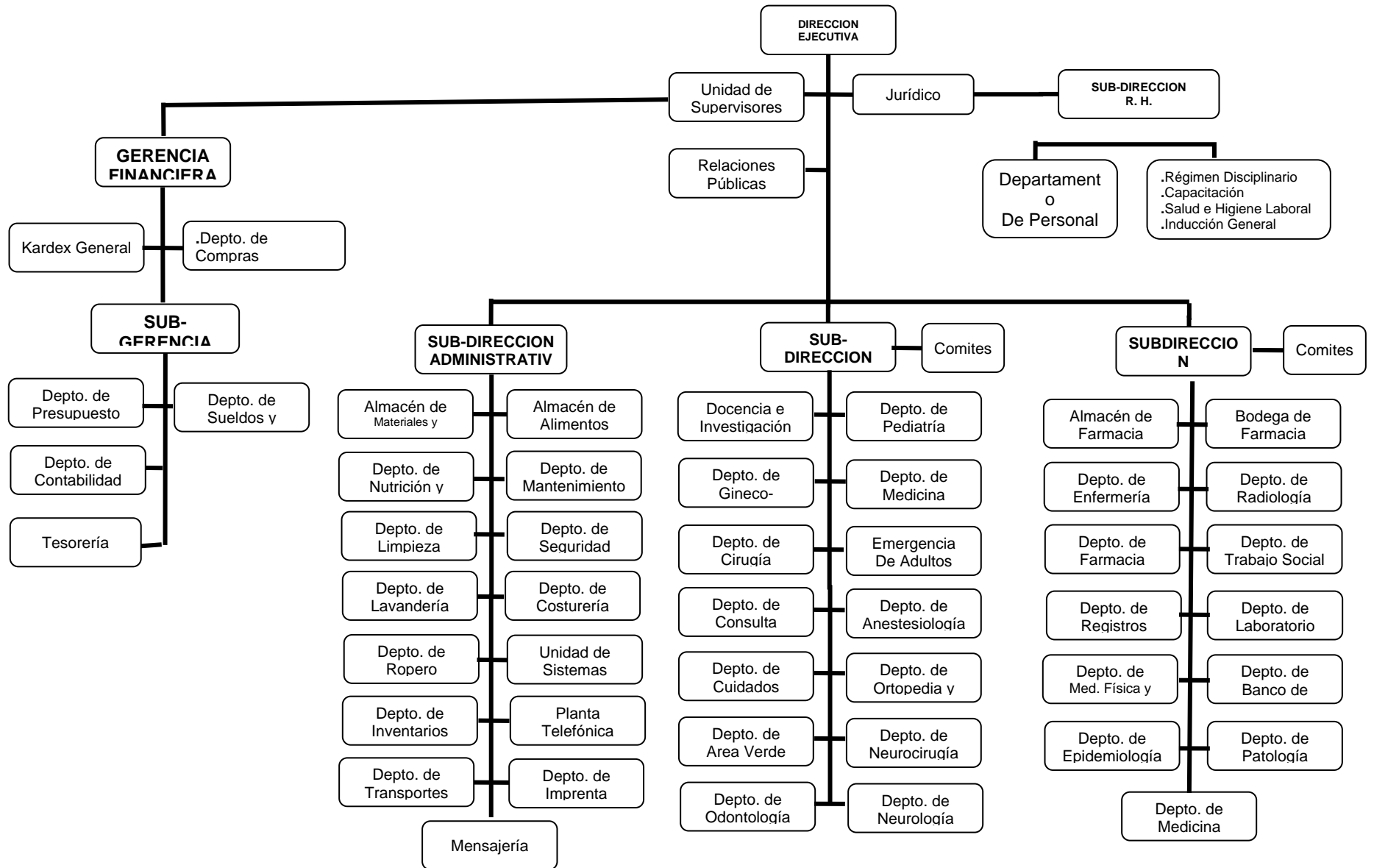
Ser una entidad pública de asistencia médica, con la disponibilidad de brindar a la población guatemalteca, sin discriminación, atención integral, oportuna, de calidad, con

calidez humana, eficiente y eficaz, utilizando tecnología de punta con personal técnico y profesional especializados.

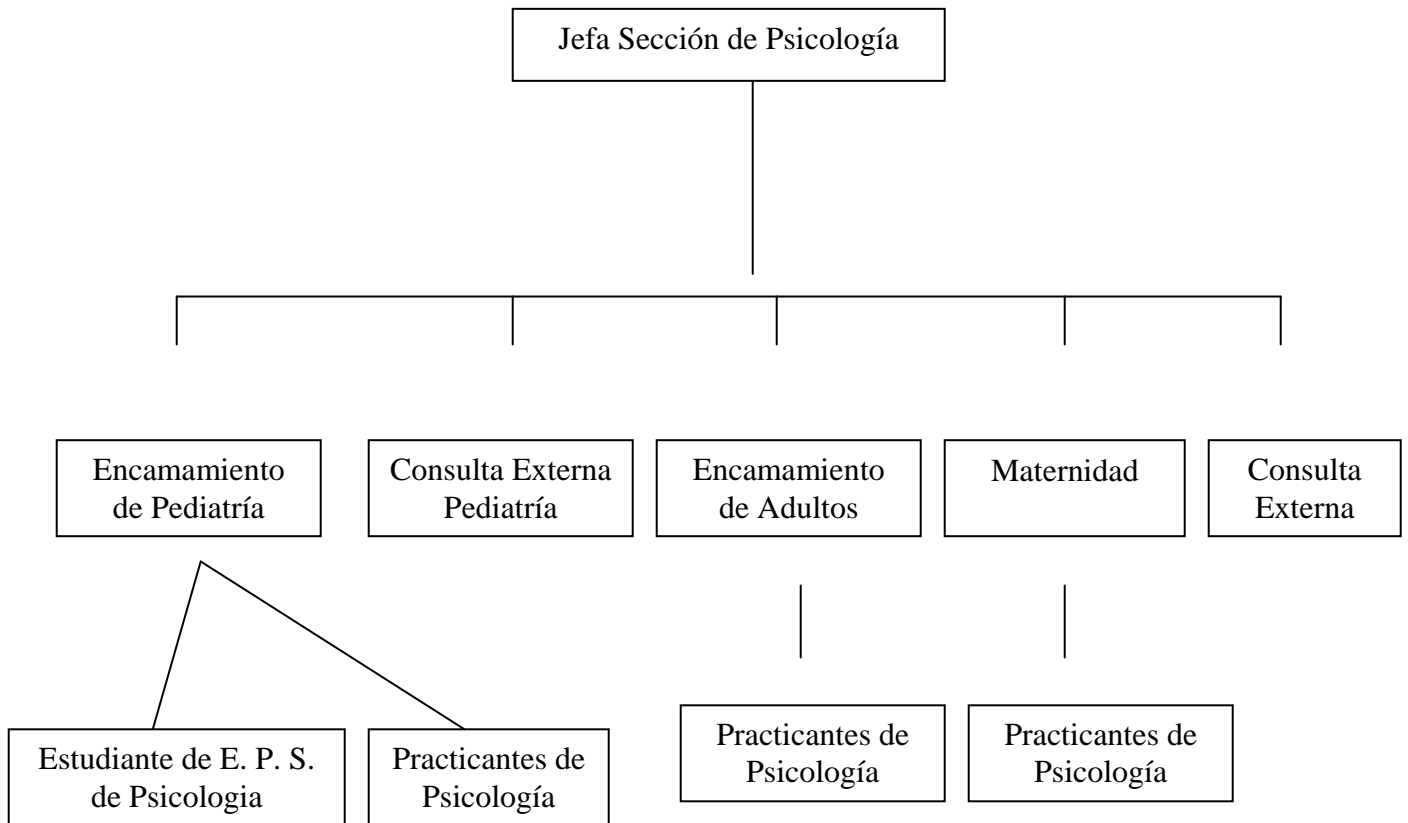
### Objetivos

- Operacionalizar las políticas y objetivos del Plan de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Prestar atención médica en calidad y cantidad a los usuarios de las áreas de influencia alcanzando la cobertura programada.
- Ofrecer un sistema de información confiable y eficaz de sus actividades.
- Brindar apoyo a los puestos y centros de salud de su jurisdicción.
- Coordinar acciones extra institucionales tendientes a la movilización del recurso para su mejor aprovechamiento.
- Obtener la eficiencia y la eficacia de los recursos.
- Desarrollar al personal priorizando en el desempeño de sus funciones.
- Identificar y promover los mecanismos necesarios para la investigación, docencia y asistencia.
- Promover la investigación tendiente a resolver problemas de salud de desarrollo profesional y otros.

# ORAGANIGRAMA HOSPITAL GENERAL



## Organización Interna



### **Descripción de los cargos y funciones de la sección de psicología:**

La sección de Psicología depende administrativamente del departamento de medicina interna del hospital. Está integrada por un jefe psicólogo y cuatro psicólogas, Adhonerem todas en calidad de subjefes.

Las funciones del jefe son:

1. Planificar, organizar y coordinar los programas de la sección tomando en cuenta los aspectos de:
  - Promoción de la salud mental en área hospitalaria, consistente en las actividades de docencia al personal. (médicos, enfermería, paramédicos y personal administrativo).

- Prevención hacia la salud mental, referente a las realizaciones de actividades conjuntas a los programas educativos del hospital, principalmente las lleva a cabo en las consultas externas de adultos, gineco-obstetricia, pediatría y los servicios de encamamiento, adultos, pediatría, gineco-obstetricia, emergencia e intensivos, destinados a promocionar orientación e información a las personas usuarias de los servicios.
  - Recuperación, la cual consiste en la aplicación directa a los pacientes de las técnicas psicoterapéuticas, por ejemplo: técnicas de evaluación psicológicas, psicoterapia individual y psicoterapia de grupo.
  - Investigación, tomando en cuenta como punto de referencia los fenómenos que muestren las más altas incidencias.
2. Supervisar y evaluar los programas que lleven a cabo los psicólogos de la sección.
  3. Promover y organizar reuniones periódicas con el personal de psicología a efectos de atender los asuntos administrativos, analizar el proceso del trabajo y discutir aquellos casos o situaciones especiales, derivados de cada uno de los programas donde existe atención integral (médicos, trabajo social, enfermería y personal administrativo).
  4. Promover y organizar actividades que auspicien la superación profesional y científica de la persona.
  5. Asistir y participar en reuniones docentes, técnicas o administrativas.
  6. Rendir informes, formar parte del comité de auditoría cuando sea requerido y del comité de credenciales para el ingreso del aspirante.

7. Ser responsable directo de los programas de psicología: tesis de graduación, seminarios, supervisión de estudiantes y estudiante de ejercicio profesional supervisado (EPS) en carreras técnicas y licenciaturas.
8. Ser representante del hospital ante cualquier evento de psicología.

## **NIVELES DE COMUNICACIÓN**

**Verbal:** Este tipo de comunicación es fundamental, para la realización de todas nuestras actividades durante el período de servicio.

**Escrito:** Esta comunicación se realiza a través de circulares, memorando y notas de registro en diferentes formas o tipos como: notas de referencia, hojas de consulta, evoluciones, a través de informes psicológicos y/o administrativos.

**Sesiones de trabajo:** Se llevan a cabo de una forma integral, con todo el equipo de la sección de psicología y reuniones de jefaturas de servicios y programas.

## **NIVELES DE COORDINACIÓN CON EQUIPOS MULTIDISCIPLINARIOS**

Las reuniones de coordinación se realizan a nivel de jefatura de los diferentes servicios del hospital. Contando con el apoyo de la sección de relaciones públicas, quien facilita la comunicación. Existen reuniones periódicas entre la jefatura de psicología y sus representantes de los diferentes servicios. La comunicación es a nivel interno y multidisciplinario, así como con otras entidades, dependiendo de la necesidad del paciente.

## **SERVICIOS Y PROGRAMAS**

- Emergencia de medicina
- Emergencia de cirugía



- Emergencia de pediatría
- Encajamiento de adultos
- Cirugía
- Medicina
- Traumatología
- Neurocirugía
- Intensivo
- Pediatría
- Maternidad
- Consulta externa de adultos y pediatría
- Laboratorio
- Farmacia
- Fisioterapia
- Anestesiología
- Patología
- Psicología
- Trabajo social
- Cuidados intensivos de adultos y pediatría
- Clínica familiar
- Clínica del adolescente de pediatría y maternidad.

## **PROGRAMAS DE PSICOLOGÍA DE SERVICIO ESTUDIANTIL**

**PEDIATRIA:** Evaluación, diagnóstico y tratamiento del desarrollo del niño

**MATERNIDAD:** Prevención, atención y orientación hacia la mujer

**ADULTOS ENCAMAMIENTO:** Evaluación, diagnóstico y tratamiento del adulto

**CLINICA DEL ADOLESCENTE:** Evaluación, diagnóstico y orientación al adolescente.

### **HORARIOS DE ATENCIÓN**

Emergencias: Las 24 horas

Consulta Externa: De 7:00 a 15:00 hrs. Lunes a viernes.

Visita: Martes, Jueves y domingo de 14:30 a 16:00 horas.

Psicología: 8:00 a 13:00 horas, de lunes a viernes

### **NORMATIVOS Y REGLAMENTOS**

Normas para los estudiantes de psicología:

1. Duración de la práctica será de 12 meses.
2. La sección aceptará estudiantes de 3ro, 4to. Y 5to. Grado de carrera de licenciatura y último grado de carreras técnicas.
3. El mínimo de estudiantes que la sección está capacitada para recibir es de 15, en el estricto horario de 8:00 a 12:00 horas de lunes a viernes.
4. Cada estudiante está sometida a una prueba verbal antes de ser aceptado, con el objeto de asegurarse que tiene buenas costumbres.
5. El supervisor deberá presentar su plan específico de práctica.
6. El estudiante podrá ser rotado de servicio según las necesidades del hospital.
7. El psicólogo que tenga a su cargo estudiantes deberá presentar un informe a la jefatura en caso necesario.

8. El estudiante deberá presentarse bien vestido, con la bata blanca, con la debida identificación y demostrar buenas costumbres, reglas de moral, ética y buena educación.
9. El estudiante deberá regirse estrictamente al reglamento del hospital. Con dos llamadas de atención verbales y una por escrita la práctica será cancelada.
10. Deben permanecer dentro de las instalaciones del hospital únicamente en el horario de práctica sin excepciones.
11. Si se presenta una emergencia nacional o del hospital, el estudiante deberá incorporarse de inmediato a las actividades que la sección prepare para este tipo de servicio.

## HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS





### 1.3 Descripción De La Población

La población a la cual se dirigió el proyecto está integrada por los pacientes del Área de Intensivo e Intermedio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, niños y niñas entre un día a 12 años de edad; además, se atendió a los familiares de los pacientes hospitalizados que permanecen en espera en las afueras del hospital, así como al personal médico que labora en el área de servicio. Se atendió a pacientes que permanecían en el área de emergencia esperando que los médicos los atendieran, con técnicas lúdicas se brindaba apoyo a los niños en el momento de espera y en el momento que el personal medico realizaba los procedimientos en atención.

Los pacientes tuvieron un nivel socioeconómico medio y bajo predominantemente, los padres de los niños obtuvieron ingresos trabajando de una manera informal por su cuenta. En pocos casos los padres adquirieron estudios de nivel medio, la mayoría no completó la primaria y algunos son analfabetos; se emplean en maquilas o son empleadas domésticas. Provenientes de las diferentes zonas de la ciudad capital y algunos de los departamentos por ejemplo: Jutiapa, Jalapa, Cobán, Petén; de los cuales una gran parte alquilaron su vivienda, en menor parte es casa propia y la población en su mayoría es proveniente de asentamientos. Contaban con servicios básicos de agua, luz y acceso a la salud. Se atendió a padres adolescentes dando orientación junto con la trabajadora social del cuidado idóneo a los niños y se refería a Clínica del Adolescente que se encuentra en el mismo hospital.

Se logró observar que los asistentes del HGSJD eran indígenas y en menor grado de la étnia ladina y el idioma predominante fue el español, de religión católica o evangélica. Estos padres tenían más hijos en casa lo que les causaba conflicto estar

dentro del hospital porque descuidaban a los que estaban en casa y cuando iban a sus casas, que por lo general se encontraban fuera de la capital, referían sentirse como padres irresponsables por dejar a sus hijos o hijas hospitalizados. Se orientaba y buscaba brindar ayuda para mantener un equilibrio.

En el Área de Intensivo e Intermedio de pediatría del Hospital San Juan de Dios se presentaron problemáticas médicas como: Sepsis Neonatal, Shock Séptico, Neumonía, Masa Cerebral, Trauma Cráneo Encefálico Grado III, Meningitis, Anemia, Cardiopatía, Fallo Hepático, Arritmia Cardíaca, Síndrome Epiléptico, Diarrea Líquida Aguda entre otros.

El cuarto de intensivo tenía capacidad para 12 pacientes en sus cuartitos, contaban con aparatos de tecnología para controlar a las personas hospitalizadas, en el área de Intermedio hubo capacidad para 12 pacientes aproximadamente, están un solo cuarto y separados por cortinas.

Estos pacientes cambiaban constantemente ya que algunos murieron y otros pasaron a las diferentes áreas de encamamiento dentro del Hospital cuando estos evolucionaron favorablemente.

#### **1.4 Planeamiento Del Problema**

Muchas circunstancias pueden provocar malestar al paciente en la práctica médica como situaciones de crisis en las que se pueden incluir el dolor que la enfermedad causa, la ansiedad que manejan por no entender que está pasando, la intervención con aparatos que les producen dolor al ser introducidos.

Los infantes que son hospitalizados en ese momento sufren un sismo en su desarrollo normal, interrumpiendo la vida familiar, sus estudios, relación con sus amigos,

el juego, aislados del mundo externo debido al momento crítico en su salud, corriendo un alto riesgo de morir (Manual de la Psicología de la Salud,)

Según refiere la psicóloga del área de pediatría del Hospital, los pacientes del intensivo e intermedio manejan mucha ansiedad ya sea por el nivel de dolor o por la intervención del personal médico; además, existe angustia al estar conectados a aparatos que les lastiman, en ocasiones crean dependencia por ejemplo: cuando están conectados a un ventilador artificial y es necesario retirárselo porque han mejorado y pueden respirar solos, sufren pánico porque no quieren que se les retire ya que piensan que no podrán respirar.

De acuerdo a información del médico Jefe del área y observaciones realizadas en la visita de reconocimiento se puede mencionar que la mayor parte del tiempo los pacientes están sedados porque se alteran o asustan cuando se ven conectados a aparatos, escuchan el ruido producido por los mismos; en ese momento ellos intentan quitarse los cables que tienen en su cuerpo arriesgando así su vida.

En estas áreas en donde se encuentran los niños más graves del hospital, algunos logran evolucionar de manera favorable y otros mueren. El riesgo de morir es alto y debido a ello, los familiares de los pacientes presentan crisis emocional en la cual se evidencian angustia, coraje, violencia familiar, se culpabilizan de la enfermedad de los niños o niñas, desesperanza, sufren un proceso de duelo, inestabilidad en su hogar; por estar pendiente del paciente hospitalizado, descuidan al resto de la familia que ha quedado en casa. Los padres, según dice el médico jefe del área, se culpan entre sí de la enfermedad o accidente que obliga a su hijo/a estar hospitalizado.



La pobreza es una de las limitaciones que presentan las familias de los pacientes, en ocasiones el hospital no cuenta con el medicamento que necesitan los pacientes, siendo la familia la que tiene que comprarlo, debido a su pobreza, muchas veces tienen que endeudarse para conseguirlo. Adicionalmente, cada día manejan angustia y ansiedad por la incertidumbre de saber cómo ha evolucionado su hijo o hija.

Tomando en cuenta lo difícil que es para los padres o familiares de los pacientes estar a la espera de una buena noticia por parte de los médicos, el hospital ha implementado la información de la evolución de la enfermedad de los pacientes. Todas las mañanas uno de los médicos en compañía de la psicóloga da información a los padres o familiares de cómo está evolucionando el paciente firmando así una hoja que hace constar que está enterado.

El personal médico que labora en el área de intensivo e intermedio maneja mucha fatiga, estrés y ansiedad por la carga física; además, de la carga emocional que viven teniendo que enfrentarse al deterioro de la salud y en ocasiones la muerte de sus pacientes. Esto en momentos les crea insensibilidad, reprimen emociones y cuando las exponen no logran manejarlas de la manera más adecuada.

## CAPÍTULO II

### REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

#### 2.1 Abordamiento Científico Teórico

##### EL NIÑO HOSPITALIZADO

La hospitalización significa para el niño alejarse de manera más o menos prolongada de sus actividades cotidianas y del contexto familiar, escolar y social a que se encuentra acostumbrado, en estas circunstancias, los padres constituyen el punto de conexión entre el pasado y el presente, entre el ambiente habitual en que se desenvuelve el niño y el ambiente nuevo que ofrece el hospital. Es en ellos en quienes en última instancia se encuentra la seguridad, el consuelo y la ayuda, tan necesarias en circunstancias difíciles como éstas.

##### CALIDAD DE VIDA EN EL NIÑO HOSPITALIZADO

Las intervenciones de la medicina en el contexto de la calidad de vida del paciente pediátrico hospitalizado van más allá de la modificación del curso "natural" de la enfermedad e incluyen el acompañamiento al niño y a su familia, la anticipación a la presentación de la enfermedad, su manejo integral, la recuperación de las funciones biológicas y sociales después de esta y la preparación para la muerte, como estrategias que disminuyan la vulnerabilidad y potencien la capacidad del niño y de su familia en el proceso de recuperación durante la estancia hospitalaria.

La calidad de vida en el niño hospitalizado se altera porque el proceso de hospitalización aumenta la vulnerabilidad del niño originándole un "trastorno de adaptación caracterizado por síntomas ansiosos y depresivos como respuesta al

dolor, al medio ambiente institucional, a los procedimientos médicos y quirúrgicos y a la separación del núcleo familiar" (Campo, Molinello y Escallón, 1997).

## **ACTITUDES DEL NIÑO(A) FRENTE A LA HOSPITALIZACIÓN**

Cuando un niño es hospitalizado, cambia su vida abruptamente. El hospital pasa a ser su espacio vital, durante días, semanas o meses. Se convierte en su mundo. Desaparecen la casa, la escuela, el barrio, los hermanos y los amigos. Se interrumpen las actividades usuales de juego, estudio y descanso.

En el nuevo ambiente, el niño se ve obligado a asimilar múltiples cambios. De repente tiene que interactuar con muchas personas a quienes nunca vio. Entre ellos están los profesionales de la salud (médicos, enfermeras, nutricionistas, psicólogas y estudiantes), quienes revestidos de un estatus especial examinan su cuerpo y lo someten a diversas intervenciones, que no dejan de ser molestas o dolorosas.

Están además los cambios de horario, la separación de su familia, el malestar que siente por su enfermedad, las restricciones para desplazarse, el reposo obligado, los ruidos y otras incomodidades, que contribuyen a explicar porqué para muchos niños la experiencia de la hospitalización llega a convertirse en un verdadero trauma.

Desde hace mucho tiempo se sabe que la permanencia en un medio institucional restrictivo, como el hospital, hace que el niño asuma diferentes actitudes, como serian:

1. El niño hospitalizado se siente enfermo, abandonado por su familia, el niño no entiende por qué para estar bien, tiene que estar sólo. Si el niño se siente sólo, es más propenso a estar triste, se desarrolla estrés y bajan las defensas.

2. El niño hospitalizado se siente con dolor, con desconcierto, depresión, miedo, rabia y aislamiento social. En un estudio realizado en 1997 en el Hospital Universitario de Cartagena se observó que el 25% de los niños menores de 6 años presentaron manifestaciones de ansiedad y depresión durante las primeras 72 horas de su hospitalización. Una segunda evaluación realizada 7 días más tarde mostró que el porcentaje de niños en quienes se observaron estos síntomas de desadaptación se elevó al 75%. Estos resultados sugieren que contrario a lo que podría esperarse debido a fenómenos de habituación, la afectación emocional de los niños como consecuencia de la hospitalización puede incrementarse a medida que ésta se prolonga.

3. El niño hospitalizado busca compañía y afecto de un familiar u otra persona.

4. El niño hospitalizado tiene respuestas negativas a una mala hospitalización: trastornos de conducta, retardo en el desarrollo, depresión y llanto; puede perder el deseo de vivir.

En las expresiones de las niñas y los niños, se palpa esa nostalgia ante la separación de la familia. Lloran prolongadamente cuando su madre les deja, una vez ha terminado el tiempo reglamentario de visita y la llaman repetidamente como si pudieran hacerla regresar. Dicen los niños y las niñas, que si fueran directores del hospital, dejarían que los padres acompañaran siempre a sus hijos.

“Existen numerosas observaciones sobre trastornos emocionales que se originan en los niños como consecuencia de la pérdida del contacto con sus seres queridos. Entre ellos se destaca llanto prolongado, retraimiento, depresión, estrés y sentimientos de soledad, abandono o culpa. Estas alteraciones en el estado anímico del niño, pueden conducir a su vez a un recrudecimiento de su enfermedad física, obstaculizando gravemente el proceso de recuperación de la salud.(<http://www.evagiberti.com/articulos/elniñohospitalizado-ansiedades-y-defensas-de-sus-familias.html>)Por lo tanto la conclusión es siempre la misma: cuando los niños están acompañados de sus seres queridos, se sienten mejor y este bienestar anímico contribuye a una más rápida recuperación de su salud física.

A la tristeza que siente el niño o la niña, por la ruptura con el ambiente que le es familiar, se une el aburrimiento. El medio hospitalario es pobre en estímulos, su ritmo de actividades es monótono y repetitivo. Los horarios se establecen atendiendo casi exclusivamente a las exigencias de atención de la enfermedad y se olvidan con frecuencia las necesidades fundamentales de los niños, su interés por jugar, aprender, moverse, explorar, comunicarse con otra persona de su misma edad. Muchos niños manifiestan el deseo de tener algún juguete con que ocuparse, de leer o escuchar la música que les gusta, de salir al aire libre o recibir recreación de algún tipo. Desafortunadamente, la única alternativa que les queda muchas veces a los niños(as), es sentarse largas horas frente a un televisor.

El niño hospitalizado tiene respuestas positivas a una buena hospitalización: si hay buenos vínculos afectivos, el niño entiende que lo quieren y se adapta mejor. Si el niño entiende la hospitalización, tiene mejor disponibilidad para el tratamiento.

Estos efectos contraproducentes de la hospitalización se pueden mitigar si se tuviera en cuenta que la conducta ética en medicina tiene como pilares el respeto por el niño, la búsqueda de su beneficio y el reconocimiento de su derecho a alcanzar su pleno desarrollo. Por lo tanto durante la estancia hospitalaria se debe hacer énfasis en el acompañamiento interdisciplinario, la escucha terapéutica, la interpretación del síntoma y el signo desde la perspectiva cultural de la familia del niño, la comunicación directa con el enfermo y la reivindicación del vínculo afectivo como facilitador de la recuperación y efecto protector frente a la comorbilidad y a la recurrencia. Posterior a la estancia hospitalaria la estrecha colaboración con padres, familiares y amiguitos reincorpora con menos traumatismos al pequeño a sus actividades cotidianas, recuperando su capacidad y su bienestar.

Aunque el paciente cuente con un equipo multidisciplinario para manejo durante su estancia intrahospitalaria, su médico tratante, el médico general o el pediatra que le remitió, debería estar al tanto de su evolución postoperatoria, del manejo de las complicaciones del tratamiento, así como del diagnóstico y secuelas a largo plazo, como estrategia de la reducción del temor del niño y la familia, ante la despersonalización y la comprensión inadecuada por el personal médico, paramédico y auxiliar en los servicios de atención de mayor nivel de complejidad, en los cuales el niño es bien estudiado pero no bien tratado.

En los hospitales falta sensibilizarse mucho más ante lo que viven los niños cuando se enferman y tienen que ser internados. Sólo intentando comprender sus sentimientos podrá lograrse una mejoría real de la calidad de la atención que se les

brinda, una atención que responda adecuadamente a sus más íntimas necesidades y sea consecuentemente respetuosa de sus derechos.

Anticiparnos a la enfermedad incluye dos frentes de trabajo, las comorbilidades subclínicas que emergen favorecidas por el estrés de la hospitalización o por el choque de la noxa biológica y de la desadaptación social sobre el niño y las comorbilidades adquiridas en el hospital por una disminución en la capacidad de mantenerse sano el niño.

Las condiciones de salud del paciente hospitalizado, hacen que pueda existir algún grado de limitación en el desarrollo integral del niño comparado con otro sano; esto no quiere decir que no pueda seguir con su vida cotidiana, por tanto el médico no es el único encargado de propender por una mejor calidad de vida en el niño hospitalizado, por el contrario es trabajo de todos y de muchos.

Diagnosticar y manejar la patología motivo de la estancia hospitalaria, apoyar a un niño enfermo y consolar a una familia con una medicina humanizada, ayudando a vivir a pesar del sufrimiento, no dejando agotar la esperanza en un Dios bondadoso, es, en suma, un abordaje coherente que pretende mejorar la calidad de vida del niño hospitalizado.

## **CÓMO MEJORAR LA HOSPITALIZACION DE LOS NIÑOS Y NIÑAS**

1. Explicar cuidadosamente y por anticipado cada intervención con términos y conceptos adecuados al nivel del desarrollo del niño.
2. Fomentar la permanencia nocturna de la madre con el niño lactante y preescolar.

3. Buscar que para todos los niños las visitas sean diarias.
4. Favorecer programas recreativos, antes y después de intervenciones, que ayuden a los niños a expresar la ansiedad jugando.
5. Si es necesaria la hospitalización deben tenerse presentes las necesidades de padres y niños.
6. Explicarle a los padres, que es posible que en el hospital sus hijos presenten conductas regresivas, a pesar de su esfuerzo por apoyarlos, para que no sientan esto como fracaso personal.
7. Ofrecer oportunidades de relación psicoterapéutica de apoyo para niños y padres.
8. El acompañamiento de la madre en pre y post-anestesia, da al niño la sensación de continuidad.
9. Posibilitar a padres y niños hacer preguntas antes y después de las intervenciones, para subsanar la ansiedad y superar concepciones erróneas.
10. Buscar que los niños no pierdan su rol escolar.

### **CÓMO SIENTEN LOS FAMILIARES LA HOSPITALIZACIÓN DE LOS NIÑOS(AS)**

La hospitalización de un niño o una niña trae consigo fuertes cambios en la situación de su familia, que deben tenerse en consideración si se quiere contribuir a que la estancia en el hospital sea realmente una experiencia positiva.



La hospitalización puede tener efectos emocionales negativos en los niños(as) y sus familias, si no se introducen medidas especiales para "humanizar" la atención que se les brinda a los niños(as) hospitalizados. Las personas emocionalmente significativas para los niños no parecen tener un lugar o una función dentro del proceso de hospitalización, que respete al mismo tiempo sus necesidades y las de los niños. Falta involucrar más a los padres (o personas responsables) como ayudantes vitales en el cuidado de sus hijos dentro del hospital y falta también brindarles condiciones de alojamiento, información y comunicación con el personal de salud, que les hagan sentirse acogidos y valorados.

Es importante entender que la decisión de hospitalizar al niño se toma generalmente con un cierto temor e incertidumbre por parte de los padres. Hospitalizar puede significar separarse del niño(a), dejarlo solo. Los horarios de visita y las restricciones al acompañamiento, limitan la posibilidad de contacto y esto es vivido por muchos padres con inmensa frustración, temen que en su ausencia el niño no sea bien tratado, se le ignore o que el funcionario de turno olvide darle la medicina o tratamiento que necesita. Temen que algo falle y ellos no estén presentes para ayudar. Temen que el niño sufra en su ausencia, e incluso que muera.

A veces ocurre que los familiares llevan alimentos u otros objetos, no permitidos, a escondidas, quizá queriendo demostrar su cariño o intentando mitigar el sufrimiento del niño. Otras veces estos, cuestionan los procedimientos médicos o de enfermería, con la intención de proteger al niño de experiencias dolorosas. Todo esto puede ocasionar tensiones entre los familiares y los funcionarios de salud.

Muchos padres o familiares sufren ante la carencia de información y el no saber cómo ayudar a su niña o niño hospitalizado. Con frecuencia se abstienen de preguntar, pues temen ser «regañados». Otras veces preguntan pero no entienden las explicaciones que se le dan. De esta manera se ven obligados a asumir una posición de pasividad, que los predispone a malinterpretar el sentido de las acciones de los funcionarios de la salud.

## **INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON PACIENTES HOSPITALIZADOS**

### **La Musicoterapia**

La Musicoterapia se basa en el principio de que todos los malestares tienen su origen en el cerebro, el cual manda señales al organismo, produciendo como consecuencia diversos padecimientos.

Mediante la Musicoterapia se envían al cerebro sensaciones que lo llevan a la relajación, por lo tanto se anulan los impulsos que producen la enfermedad, obteniendo en la mayoría de las ocasiones resultados sorprendentes.

La música también provoca reacciones en el sistema nervioso, despertando su dinamismo e influyendo principalmente en la memoria y en la actividad intelectual. (Bruscia, K. 1997)

Los musicoterapéutas permanecen en constante investigación de los padecimientos físicos y mentales de la sociedad para hacer las terapias más específicas para cada persona. Cada sesión es diferente, todo depende de la finalidad de la terapia y de las preferencias personales del paciente, así como de las sesiones individuales o grupales.

La música tiene características que juegan un rol determinante en la terapia musical como:

La música es frecuentemente una "llave" a los recuerdos: un CD puede recordarle un momento de su infancia por ejemplo.

La música es una significación inherente: todo el mundo es generalmente capaz de determinar el ritmo (triste o alegre) de una pieza musical.

La música es una fuente de interacción: hacer música en compañía, escucharse, colaborar, etc.

La música provoca movimientos: los niños tienen el reflejo espontáneo de comenzar a bailar, lo mismo que los pacientes pasivos pueden también estar incitados a reaccionar.

Mucha gente piensa que está prohibido hablar durante una sesión de terapia musical; sin embargo, eso no es totalmente cierto, ya que es posible que el paciente hable aunque no es necesariamente obligatorio.

Los cambios en la anatomía cerebral y las conexiones entre las neuronas relacionadas con la música, muestran que las zonas que se activan en los intérpretes y su localización son distintas respecto de las personas comunes. Además, el grado de emotividad y percepción que transmite una pieza musical depende de si el oyente tiene o no conocimientos en la materia.

Desde hace años se sabe que los sonidos que producen la voz humana o ciertos instrumentos no sólo recrean el oído y conmueven la sensibilidad de quien los escucha, sino que mejoran su salud psicológica y emocional, un efecto que aprovecha con fines curativos en la denominada Musicoterapia.

También se sabe que el cerebro humano es un órgano plástico que se moldea con los estímulos culturales que recibe desde la infancia, y que es verídico el llamado "efecto

Mozart”, que hace que los bebés que escuchan música del compositor austriaco en el vientre de la madre a partir de la semana 23-24 de gestación lloren menos, duerman más, ganen mejor peso y tengan mejor plasticidad cerebral después de nacer. No obstante, se desconocía que el impacto de la música en las personas que habitualmente ejercen este arte no sólo hace que su estructura cerebral sea diferente a la del resto, sino que también lo sean sus mecanismos emocionales.

Los especialistas que ponen en práctica este método recomiendan una variedad de música clásica para tratar de mejorar la digestión, la depresión, la ansiedad y el insomnio, entre otros padecimientos.

Por ejemplo, para combatir el insomnio y quedarse dormido plácidamente se recomiendan canciones de cuna y los nocturnos de Chopin.

Para la ansiedad se puede escuchar la sinfonía Linz K425 de Mozart, el primer movimiento de la sinfonía N° 5 de Schubert, el concierto de Aranjuez de Rodrigo y las Cuatro Estaciones de Vivaldi.

Contra la depresión y melancolía, el Concierto para Violín de Beethoven, además de Melodías Acuáticas de Haendel y el Concierto para Piano N° 2 Rachmaninov, entre otras.

Y para relajarse se recomienda Claro de Luna de Debussy, Canon en Re de Pachelbel y Harp of the Healing Waters de Erik Berglund.

## **Musicoterapia**

La Musicoterapia rompió con los rígidos esquemas tradicionales permitiendo el descubrimiento de los ritmos naturales en el ser humano, único punto de partida para la comunicación con el enfermo. El precursor de la Musicoterapia fue Emile Jacques Dalcroze. Sostenía que el organismo humano es susceptible de ser educado

eficazmente conforme al impulso de la música. Unió los ritmos musicales y corporales, siendo sus discípulos pioneros de la Terapia Educativa Rítmica. Actualmente se ha convertido en una terapia para el tratamiento, rehabilitación y educación de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales y emocionales.

La acción de la música es una eficaz terapia que actúa sobre el sistema nervioso y en las crisis emocionales, aumentando o disminuyendo las secreciones glandulares, activando o disminuyendo la circulación de la sangre y, por consiguiente, regulando la tensión arterial. La música actúa dentro de nosotros, de nuestra mente por medio de vibraciones naturales que encontramos en cualquier tipo de manifestación material. En este caso, estas vibraciones se filtran en nuestra mente y a su vez ésta envía la orden afectando a nuestro organismo.

### **La Musicoterapia Hoy: La Etapa Científica**

Edgar Willems, pedagogo, educador, y terapeuta ha realizado profundos estudios los cuales giran alrededor de la preocupación por investigar y profundizar acerca de la relación hombre-música a través de las diferentes épocas y culturas. Karl Orff, tomó como base de su sistema de educación musical, el movimiento corporal, utilizando el cuerpo como elemento persuasivo y el lenguaje en su forma más elemental. Para Orff la creatividad unida al placer de la ejecución musical permite una mejor socialización y establecimiento de una buena relación con el terapeuta, así como un aumento de la confianza y autoestima.

En Estados Unidos desde la Primera Guerra Mundial, los hospitales de veteranos contrataban músicos como ayuda terapéutica, preparando así el camino para la Musicoterapia. Esta valiosa experiencia sirvió para que los médicos la

tomaran en cuenta y en 1950 se fundó la Asociación Nacional de Terapia Musical, la cual edita una revista, realiza un congreso anual e inicia la formación de terapeutas musicales. En la actualidad esta formación se da en varias universidades de este país y los musicoterapeutas tienen alto rango de acción profesional.

En Inglaterra se fundó en 1958 la Sociedad de Terapia Musical y Música Remedial dirigida por Juliette Alvin. Luego cambió su nombre por Sociedad Británica de Musicoterapia que extiende el grado de musicoterapeutas y también edita un boletín. Desde 1958 en la Academia de Viena, se dictan cursos especializados en Musicoterapia con práctica en hospitales psiquiátricos y neurológicos. En Salzburgo, Herbert Von Karajan, fundó un instituto de Musicoterapia, con una orientación hacia la investigación Neuro y Psico-Fisiológica.

En América Latina se han desarrollado en los últimos tiempos varias asociaciones tales como: La de Argentina fundada en 1966 y en 1968. Se realizaron allí las primeras jornadas Latinoamericanas de Musicoterapia. En el transcurso del mismo año se fundó la Asociación Brasileña, al año siguiente la uruguaya, peruana y venezolana. En el año de 1970 se fundó la Sociedad Antioqueña de Musicoterapia y en el año de 1972 la colombiana. En febrero de 1987 se refundieron estas dos Sociedades en una, que controle y estimule los trabajos en este campo de Terapia Musical.

Recientemente, el Hospital de Niños Benjamín Bloom de El Salvador puso en marcha un programa de Musicoterapia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Surgió cuando unos familiares de un niño con problemas neuromusculares, ingresado en la UCI del hospital, le obsequiaron una caja musical para que se entretuviera mientras estaba ingresado. A partir de entonces el infante empezó a mostrar mejoras en su estado de salud general, mostrando algunos signos alentadores de recuperación, caso contrario

de otros menores que estaban ingresados por el mismo problema, pero que no tenían música en su cuna (estos niños pasaban un promedio de dos semanas en la UCI, mientras que el bebé que escuchaba la cajita con música salió de la UCI en ocho días). En vista de estos resultados el personal sanitario tomó como punto de partida la documentación e investigación de los beneficios de la Musicoterapia, además emprendieron la gestión para la adquisición de radio caseteras portátiles para los niños enfermos ingresados en Unidades de Cuidados Intensivos.

La Musicoterapia constituye un método para liberar a las personas de situaciones de angustia, tristeza, duda, a través de la inducción de ciertos estados emocionales que influyen correctivamente sobre el ánimo deteriorado. Se ha demostrado científicamente que la música puede ejercer acciones sobre diversos órganos y sistemas, como el ritmo cardíaco, la tensión arterial, la secreción de los jugos gástricos e intestinales, la tonicidad muscular, el funcionamiento de las glándulas sudoríparas, el equilibrio térmico de la piel, etcétera.

Las experiencias obtenidas demuestran que la Musicoterapia es útil en situaciones que afectan profundamente al enfermo, produciendo en él sentimientos de angustia por el destino de su vida, temores y fobias a ciertas situaciones inconscientemente traumáticas, miedo a la impotencia, la invalidez o la soledad. Los sitios de aplicación de la Musicoterapia deben ser los mismos en que comienza y transcurre el proceso de enfermedad y curación del hombre tratado.

## **RISOTERAPIA**

Probablemente se ha tomado la risa como algo cotidiano, algo que se da todos los días y de manera natural, por lo tanto sin importancia, a pesar de que a todos gusta reír. ¿Pero se piensa cuántas veces por día ríe? ¿Cuándo fue el último ataque

de risa que no le dejó respirar de tantas carcajadas? Hoy en día la risa es mucho menos cotidiana de lo que se cree.

Es por esto que la Risoterapia sirve para incentivar la risa y volverla algo de todos los días de manera natural. En la Risoterapia se busca estimular la risa de manera grupal a través del juego, de la danza, de masajes y de técnicas diversas para lograr que la risa salga de nosotros de manera natural.

Es un hecho científico que la risa en forma de carcajada, sin ningún esfuerzo reduce el envejecimiento, elimina tensiones, estrés y ansiedad, combate la depresión, disminuye trastornos respiratorios, de insomnio, reduce el colesterol, y muchas cosas más.

La Risoterapia busca eliminar todo tipo de bloqueos mediante la risa. Los bloqueos pueden ser de corte emocional, traumáticos, sexuales, etc. En las sesiones grupales de Risoterapia se busca que los participantes interactúen con el fin de relacionarse a tal modo que rían y rían, para liberar toda la energía negativa que poseen y poder lograr en el grupo un clima de liberación total.

La risa es conocida por estas propiedades desde hace siglos, y actualmente se utiliza en varios centros terapéuticos y hospitales como medio de contribuir a la salud mental de los individuos.

Es increíble cómo algo que parece tan cotidiano y natural contribuye tanto a nuestro bienestar emocional. Reír nunca sobra.

## **LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA**

Principales conceptos teóricos (a)- METAS Y RACIONALIDAD: Los hombres son más felices cuando se proponen metas y se esfuerzan por alcanzarlas racionalmente. Las principales metas humanas se pueden englobar en: Supervivencia y La felicidad. Esta



última puede ser perseguida a través de una o varias de las siguientes sub metas: aprobación/ afecto, Éxito y Competencia personal en diversos asuntos, Bienestar físico, emocional o social.

En este punto, Ellis, destaca la fuerte concepción filosófica de su terapia (siguiendo en gran medida la tradición estoica) donde los humanos son seres propositivos en busca de metas personales, que constituyen a su vez, las "filosofías personales" de cada cual.

(b)COGNICIÓN Y PROCESOS PSICOLÓGICOS: Pensamiento, afecto y conducta están interrelacionados, afectándose mutuamente. Afecto Conducta, los principales componentes de la salud y los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. Estos componentes determinantes son: Las Creencias Irracionales (Exigencias) en los procesos de trastorno psicológico, las Creencias Racionales (Preferencias) en los procesos de salud psicológica. (c)ÉNFASIS HUMANISTA-FILOSÓFICO DEL MODELO: Las personas, en cierto modo, sufren por defender filosofías vitales centradas en perseguir sus metas personales de modo exigente, absolutista e irracional. Las personas son más felices, de modo general, cuando persiguen sus metas de modo anti-exigente, anti-absolutista, preferencialmente o de manera racional.

En resumen, no son los acontecimientos externos por lo general (salvo eventos externos o internos extremos: p.e "terremoto", "dolor extremo") los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos.

El que esos eventos tengan una mayor o menor resonancia en sus consecuencias, es decir produzcan estados emocionales perturbadores extremos e

irracionales o racionales dependerá fundamentalmente de las actitudes valorativas (creencias) de ese sujeto particular.

Esos acontecimientos serán valorados en tanto y en cuanto impliquen a las metas personales del sujeto.

## **LA TANATOLOGÍA**

Tanatología es la disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos y está enfocada, no sólo, a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el personal médico que lo atiende, un lazo de confianza, esperanza y buenos cuidados que ayuden a morir con dignidad.

Los objetivos de la tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo, deben evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida como su acortamiento deliberado. Es decir, deben de propiciar una "muerte adecuada", que se puede definir como aquella en la que hay: Ausencia de sufrimiento, persistencia de las relaciones significativas del enfermo, intervalo permisible y aceptable para el dolor, alivio de los conflictos, ejercicio de opciones y oportunidades factibles para el enfermo, creencia del enfermo en la oportunidad. Consumación, en la medida de lo posible, de los deseos predominantes y de los instintivos del enfermo. Comprensión del enfermo de las limitaciones físicas que sufre. Todo lo anterior, será dentro del marco del ideal del ego del paciente. De esta manera, se llega a la conclusión de que el deber de la tanatología como rama de la medicina, consiste en facilitar toda la gama de cuidados paliativos terminales y ayudar a la familia del enfermo, a sobrellevar y elaborar el duelo producido por la muerte. (Longaker, Christine, 1998)

## EL DUELO

El duelo es la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo, se trata de una reacción principalmente emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo afectivo se rompe. (Martínez Roca Bayés, 2001)

El duelo es el nombre del proceso psicológico, pero hay que tener en cuenta que este proceso no se limita a tener componentes emocionales, sino que también los tiene fisiológicos y sociales. La intensidad y duración de este proceso y de sus correlatos serán proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. Freud define al duelo como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción equivalente”.

En el duelo el sujeto ha experimentado una pérdida real del objeto amado y en el proceso, que se prolonga un tiempo necesario para la elaboración de esta pérdida, este pierde el interés por el mundo exterior sustrayendo la libido de todo objeto que no remita al objeto perdido.

Por elaboración del duelo se entiende el transcurso del proceso desde que la pérdida se produce hasta que se supera. Esta elaboración puede comenzar antes de la pérdida en el caso de que ésta se pueda prever con cierta antelación. Relacionado con la elaboración previa o duelo anticipatorio estaría el pre duelo, si bien son conceptos diferentes.

Determinantes en la elaboración del duelo: algunos determinantes que influyen en la elaboración del duelo en caso de muerte son los siguientes:

- Tipo de relación afectiva con el fallecido.
- Duración de la enfermedad mortal y la agonía, caso de existir.

- Grado de parentesco.
- Carácter de la muerte.
- Aspecto del cadáver.
- Grado de dependencia.
- Sexo del superviviente.
- Soporte social, redes sociales.
- Fe religiosa o planteamiento filosófico vital.
- Presencia o no de otras experiencias de duelo.

A esto habría que añadir el factor cultural y social, que puede hacer que la elaboración del duelo difiera mucho, si bien no deja de ser fundamental el tipo de vínculo y el apego que el deudo tenía con el ser fallecido. Otro factor a considerar es la presencia de terceros a los que la pérdida les afecte, con lo que se puede dar un duelo solidario.

En los casos en los que cueste superar la elaboración del duelo, este puede convertirse en un problema e incluso en lo que los psicoterapeutas llaman duelo patológico. Si esto sucede o antes de que suceda, conviene acudir a un profesional (psiquiatra o psicólogo) para que dé las indicaciones oportunas.

La manifestación externa del duelo sería el luto, que es su expresión más o menos formalizada y cultural. El duelo psicológico tiene en el luto su correlato más social. El duelo también se puede exteriorizar con llantos, rabia, ataques violentos y un buen número de reacciones, todas ellas normales en esos momentos. Hay que tener en cuenta que los especialistas reconocen que para una buena elaboración y superación del duelo no es aconsejable querer huir de esas sensaciones de dolor, pues no se pueden enfrentar si no se sienten. Lo contrario sería la negación de la pérdida, lo que llevaría a comportamientos desadaptativos.

Etapas del duelo:

1.- Fase inicial o de evitación: Reacción normal y terapéutica, surge como defensa y perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe. Shock e incredulidad, incluso negación que dura horas, semanas o meses. Sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente. Inicia el proceso de duelo el poder ver el cuerpo y lo que oficializa la realidad de la muerte es el entierro o funeral, que cumple varias funciones, entre ellas la de separar al muerto de los vivos.

2.- Fase aguda de duelo: Dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la imagen del muerto, incluso pseudo-alucinaciones, la rabia emerge suscitando angustia. Trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con la persona amada y reconocer la ambivalencia de toda relación; todas las actividades del doliente pierden significado en esta fase. Va disminuyendo con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios y puede durar 6 meses o más.

3.- Resolución del duelo: Fase final, gradual reconexión con vida diaria, estabilización de altibajos de etapa anterior. Los recuerdos de la persona desaparecida traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia.

Se describen 4 tareas para completar el duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida.
- Experimentar la realidad de la pérdida.
- Sentir el dolor y todas sus emociones.
- Adaptarse a un ambiente en el cual falta el ser que murió, aprender a vivir sin esa persona, tomar decisiones en soledad, retirar la energía emocional y reinvertirla en nuevas relaciones.

El duelo no es una enfermedad en sí mismo, aunque puede convertirse en una si su elaboración no es correcta. Diferentes autores han dado diferentes tipologías de duelo, si bien se carece de una tipología comúnmente aceptada por todos. Se ha hablado, por ejemplo de duelos complicados, crónicos, congelados, exagerados, reprimidos, enmascarados, psicóticos... y una larga lista.

1.- Duelo bloqueado: Ocurre una negación a la realidad de la pérdida, donde hay una evitación del trabajo de duelo, y un bloqueo emocional-cognitivo que se manifiesta a través de conductas, percepciones ilusorias, síntomas somáticos o mentales o relacionales.

2.- Duelo complicado: Síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro de un contexto de pérdida.

3.- Duelo patológico: La persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno o varios de los miembros de la familia a detener la vida laboral, social, académica, orgánica.

## **2.2 Objetivos:**

### **2.2.1 Objetivo General**

- Proporcionar atención Psicológica a las personas que reciben atención médica y a las personas que brindan un servicio médico en el área de intensivo e intermedio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, para lograr un manejo adecuado de las emociones presentadas durante la crisis de la enfermedad manifiesta.

### **2.2.2 Objetivos Especificos**

#### **SERVICIO:**

- Realizar de forma individual actividades de intervención psicológica con los niños hospitalizados en el área de intensivo e intermedio del hospital, en las cuales se aplique terapias alternativas y cognitivo conductual.
- Atender a las familias de los pacientes hospitalizados y al personal médico, orientándoles en terapia individual.
- Crear un ambiente motivador para el personal médico que labora en el área de intensivo e intermedio del hospital, minimizando así el estrés y fatiga.

#### **DOCENCIA:**

- Implementar actividades de grupo con temas de Salud Mental con el personal médico que labora en el área de intensivo e intermedio del hospital y familiares de pacientes.
- Orientar al personal médico en el manejo de emociones, el estrés, ansiedad y fatiga que existe por el trabajo delicado con los pacientes.

#### **INVESTIGACIÓN:**

- Aplicación de un programa Piloto: “La Musicoterapia en el área de Intensivo e Intermedio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios”.

### **2.3 Metodología De Abordamiento**

El Ejercicio Profesional Supervisado se realizó durante el año 2008 en el servicio de Intensivo e Intermedio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, se ejecutó a través de los Subprogramas de docencia, investigación y servicio.

**Servicio:**

- Tipo: Deductivo- Inductivo, cuantitativo.
- Método: Descriptivo, Prospectivo.
- Técnicas: Observación, Entrevistas.
- Instrumentos: Estudio de Casos, Lista de cotejo, Cuestionario.

El subprograma se ejecutó a través de la atención individual y grupal, indagando con el médico sobre la historia de la enfermedad; se solicitó autorización del médico para la implementación de las diferentes Terapias Alternativas Psicológicas, seleccionada de acuerdo a la necesidad del niño o niña, tales como: Terapia Tactil, Musicoterapia, Técnicas de Relajación, Terapia Racional Emotiva; buscando de esa manera que logren relajarse y minimicen el nivel de dolor, miedo, angustia y ansiedad que manejan, permitiendo así una actitud positiva para su recuperación.

Se realizó en ocasiones y a algunos pacientes entre 20 a 30 minutos Masaje relajante, mensajes positivos para minimizar el nivel de dolor, ansiedad, angustia que manejan. Si los pacientes no se encontraban sedados se platica con ellos proponiendo actividades lúdicas que se puedan realizar.

Se acompañó al médico la mayoría los días en el proceso de información de la evolución de la enfermedad de los pacientes a los familiares. En este momento se identificaba la necesidad de intervención individual con los familiares de los pacientes, se les citaba para iniciar un proceso terapéutico y acompañar en la situación de crisis; además, se promovía a los familiares de la atención psicológica, que si la necesitaban podían solicitarla. En el área de emergencia se asistió a los pacientes con técnicas lúdicas y así minimizar en ellos la ansiedad o temor que manejaban; se colaboraba al



personal médico para realizar procesos a los cuales los niños estaban sometidos al dolor.

Se brindó atención individual y grupal a los padres de familia y familiares de los pacientes hospitalizados a través de Terapia de Apoyo, Terapia Racional Emotiva, Terapias de Grupo y orientación psicológica en terapia individual ; de esa forma lograron canalizar de manera adecuada sus emociones reprimidas, el manejo de duelo, bajar los niveles de angustia o ansiedad..

**Docencia:**

- Tipo: Deductivo- Inductivo, Cualitativo.
- Método: Descriptivo, Prospectivo.
- Técnicas: Observación, Entrevistas, Estudio de Casos, Lista de cotejo, Cuestionario.

Se trabajó por medio de Técnicas Cognitivo Conductual, Musicoterapia, Técnicas de Relajación, desensibilización, Terapia de Grupo, Terapia Racional Emotiva con el personal médico que labora en el área de intensivo e intermedio del hospital, programando las actividades de acuerdo a su calendarización, en las cuales los temas orientaron al manejo de emociones, estrés, ansiedad, etc. Constantemente recibían mensajes positivos para estimular en ellos actitudes positivas que favorecían a la relación con los compañeros de labores, los pacientes y los familiares de los pacientes, minimizando la fatiga que surge por el intenso trabajo.

**Investigación:**

- Tipo: Deductivo- Inductivo, Cualitativo.
- Método: Descriptivo, Prospectivo.
- Técnicas: Observación, Entrevistas, Estudio de Casos.

Se realizó una instalación de equipo de audio en el área de Intensivo del hospital; según planificación, se tendría visita de Músicos Profesionales de Orquesta para la ejecución de obras específicas para la relajación de los pacientes, actividad que no se llevó a cabo ya que no autorizaron la asistencia de los mismos por parte de la sinfónica. Se investigó la respuesta que la población de enfermeras y médicos tuvieron ante la aplicación del mismo. Clasificando las preguntas de la encuestas en conocimiento de la técnica, actitud ante la aplicación, resultados en el entorno de la aplicación de la música.

## CAPÍTULO III

### PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

#### 3.1 Subprograma De Servicio

Las actividades se enfocaron para realizar de forma individual la intervención psicológica con los niños hospitalizados, familiares y personal médico del área de intensivo e intermedio del hospital.

Cada niño o niña hospitalizado/a lucha para poder vivir, maneja miedos por no saber qué pasa, por el sismo que vive entre su mundo y él o ella. Al escuchar y reconocer una voz “amiga”, le permite contar con alguien en ese momento difícil para él o ella; creando así, un vínculo de seguridad y de información de lo que pasa a su alrededor. Cada niño(a) ha sido aislado de su mundo normal y la intervención le permite tener otro tipo de contacto con alguien ajeno a él o ella; tomando en cuenta que en la mayoría de las ocasiones los médicos se limitan a la aplicación de medicina o revisar su estado de salud.

Cuando se inició la actividad de terapia táctil y de apoyo se estipuló un horario y en ocasiones los médicos estaban pasando visita en ese momento, o las enfermeras estaban bañando a los niños/as. Para solucionar la problemática presentada se realizó el trabajo con los niños o niñas cuando no existían interrupciones, entonces el horario variaba.

Esta actividad permitió que los pacientes se relajen y el médico no aplique tanto medicamento para sedarlo y desarrollar seguridad, tranquilidad en el paciente. Los niños muestran menos miedos, se identifican con la Epesista y al momento de la intervención se muestran colaboradores.

Cada familia está pasando por una crisis, se identificó que existía la necesidad de parte de ellos de asistir a su hijo o hija hospitalizado/a, pero, también existían más hijos en casa. Cuando los niños/as llegaban por un accidente la mayoría de los padres se sentían culpables y era en la intervención psicológica donde se orientaba y ayudaba a ver de una forma diferente las cosas, a superar el sentimiento de culpa. Para apoyarlos en la situación difícil por la que atravesaban debido a la enfermedad; se estableció Rapport informando la función del psicólogo en la actividad de plan educacional y se ponía a su disposición el servicio, los padres y el médico mostraron confianza, refiriendo que saben que ante cualquier situación emocional, la presencia de la Epesista ayudaría a controlarla.

La oportunidad de saberse útiles en la terapia de grupo, contar su experiencia, saber que en su situación no estaban solos, que habían más padres preocupados por sus hijos, permitió minimizar la angustia, reforzando lazos familiares; identificaban que otros lograron superar ese momento de enfermedad, esto les permitió desarrollar esperanza y minimizar la atención sobre su problema para ayudar al más necesitado; por ejemplo, cuando se da la noticia a un padre o una madre de la muerte de su hijo o hija, se apoyan entre todos.

Uno de los problemas que se encontró al realizar las sesiones de grupo con los padres fue no contar con el espacio físico adecuado y con el mobiliario para realizar las reuniones semanales, entonces se decidió utilizar el espacio que los padres tenían asignado para esperar, este se encontraba en un pasillo fuera de emergencia.

Cada trabajador de la salud contaba con su inteligencia emocional y algunos se agotaban más que otros, las personas con más fortaleza colaboraron para motivar a los que se cansaban antes. Existía el entusiasmo cada inicio de semana, esperando lo que

recibirían para ser motivados, manifestando colaboración para la realización de las actividades; los mensajes se elegían de acuerdo a las situaciones que se observaba durante los días anteriores. No se contó más con el gasto semanal de los materiales y se hizo intercambio de un detalle comestible de parte de ellos para no dejar de realizar la motivación semanal.

Se logró minimizar el estrés y la fatiga del personal médico, creando vínculos de apoyo en el trabajo y expresan de alguna manera sus emociones reprimidas, estas podían ser de coraje por regaños de sus superiores o de frustración por no tener mejor resultado con un paciente.

En atención individual en terapia al personal, las enfermeras manifestaban entender puntos específicos que alimentaban la problemática que cada una pasaba de forma individual en su familia, pero que compartían posturas que pensaban que solucionaría su problemática. No se contó con mucho tiempo libre de parte de ellas para atenderles en terapia individual, ya que se tiene mucho trabajo en los servicios, entonces se atendió en tiempo de refacción.

Se asistía en el momento que se daba una noticia desfavorable del diagnóstico del niño (a) esto permitió que los padres sintieran apoyo y tenían la oportunidad de expresar sus emociones y al médico le daba tranquilidad saber que el paciente sería orientado en el manejo de las emociones en ese momento de crisis.

Los pacientes que necesitaban esperar para recibir atención médica ya no se aburrían, ya que se entretenían con pintar, armar rompecabezas, laberinto y plática divertida con la Epesista. Se apoyaba al médico cuando tenían que poner yeso, suturar; mientras se aplicaba la técnica de relajación con el paciente el médico realizaba el

procedimiento. En ese momento se lograba minimizar la ansiedad de los padres, niño o niña y del personal médico en general.

Se asistió a los padres de familia cuando les daban la noticia de la muerte de su hijo o hija por medio de la terapia que aplica la disciplina que estudia el fenómeno de la muerte en los seres humanos y está enfocada, no sólo, a establecer entre el enfermo en tránsito de muerte, su familia y el personal médico que lo atiende, un lazo de confianza, esperanza y buenos cuidados que ayuden a morir con dignidad. Los objetivos de la Tanatología se centran en la calidad de vida del enfermo, deben evitar tanto la prolongación innecesaria de la vida como su acortamiento deliberado.

Tomando en cuenta el momento de crisis que las madres pasan cuando sus hijos están hospitalizados se celebró el Día de la Madre para que con la celebración se distrajeran y estimularan. Se observaron contentas y agradecidas por la atención especial ese día y por la entrega de la refacción y el regalo significativo que se le entregó; tomaban fuerzas emocionales para luchar.

Dentro del hospital se les motivó a través de una celebración a los pacientes que están hospitalizados, en el Día del Niño enfatizando la importancia de mantener la ilusión de hacer nuevas cosas y la diversión. Esta actividad ayudó a levantar el ánimo de los pacientes hospitalizados, olvidándose de dolores o procesos dolorosos tanto físicos como emocionales. Esos momentos divertidos y de ilusión que se les brindó les da fuerza para seguir en el camino de recuperación.

También se brindó un obsequio como regalo de Navidad a las enfermeras y los médicos, compartieron el espíritu navideño y se motivaron en medio del trabajo arduo que se realiza en las áreas.

Tabla 1

Pacientes de Intensivo, Intermedio y Emergencia de Pediatría del Hospital San Juan de Dios

ACTIVIDAD	NIÑOS	PADRES	PERSONAL MÉDICO	TOTAL
Terapia Tactil Y De Apoyo	669			669
Plan Educacional		897		897
Terapia De Grupo Con Padres De Familia		634		634
Terapia Individual		281		281
Atención En Emergencia		795		795
Actividad Motivacional	300	390	1,083	1,773
<b>Total</b>	<b>9969</b>	<b>2,997</b>	<b>1,083</b>	<b>5,049</b>

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado Realizado En El Hospital San Juan De Dios, Del Mes De Marzo De 2008 A Febrero De 2009.

### 3.2 Subprograma de docencia

Las enfermeras son las que pasaban más tiempo con los pacientes y se relacionaban con los padres de familia al momento de la visita, era conveniente que lograran dar el mejor trato a los padres, ya que por ignorancia o ansiedad ellos podían llegar a cometer algún error o no entender las indicaciones para ver a sus hijos. Algunas enfermeras no mostraban la disposición de aplicar la amabilidad y se manifestaban hostiles, se siguió brindando apoyo y comprensión, esperando modificaran su conducta, lo cual se logró.

Se les orientó en aplicar algunos detalles para mejorar la atención a los pacientes y los familiares de ellos, entonces las enfermeras han puesto en práctica la sonrisa y la amabilidad para lograr más respuestas positivas.

Antes de aplicar la musicoterapia se consideró importante informar a los médicos sobre los beneficios de la misma. Esta terapia alternativa ayudaría al grupo de médicos para desarrollar su trabajo de una mejor forma, ya que al escuchar la música bajarían niveles de ansiedad.

Se realizó la implementación teórica y se realizó un ejercicio de relajación con música instrumental y sonidos de naturaleza. Cada uno expresaron después de la actividad que querían que se hiciera más seguido, ya que les permitió relajarse y desconectar su atención en las alarmas y el estrés de trabajo, les permitió renovar fuerzas para trabajar.

En el área de intensivo en ocasiones las enfermeras estaban agotadas emocionalmente, relacionándose así de forma inadecuada en el trabajo. Por medio de dinámicas se consiguió sensibilizar para permitirse exteriorizar los pensamientos y emociones que les impedían tener relaciones interpersonales de manera adecuada. Se



reforzaron lazos de amistades y compañerismo, identificando y reforzando las cualidades de las demás y recibiendo apoyo de sus mismas compañeras.

Se observó que en ocasiones las relaciones entre las enfermeras se desarrollaban de una manera hostil y la jefa de ellas identificó ese tipo de situación, solicitó la intervención psicológica para implementar el tema de Inteligencia Emocional, logrando así reconocer qué tipo de emociones han manifestado a sus compañeras y no les ha permitido tener un turno de trabajo armonioso. Además se capacitó con algunas herramientas para combatir el estrés o la problemática con una compañera; actuando de una forma pasiva y brindando a los demás la tranquilidad que le hace falta.

Cada una de ellas identificó su forma de enfrentar las situaciones en el trabajo y refirieron que en ocasiones mezclan los problemas de la casa en el trabajo y actúan de una forma inadecuada.

Las actividades que se realizaron les permitieron identificar traumas o conflictos emocionales que les impide relacionarse de manera adecuada con las demás personas; expresando emociones reprimidas y brindaron apoyo a sus compañeras dando consejo o alternativas de soluciones a los problemas que planteaban

En el subprograma de servicio se logró la identificación de la persona encargada del área psicológica, cada situación en la que el médico consideraba necesaria la intervención y apoyo emocional refería el caso. Al momento de dar la noticia a los padres de la muerte de su hijo o hija se contaba con la presencia de la Epesista para después dar apoyo psicológico.

Así como los médicos realizaban visita a cada paciente para ver la evolución de su enfermedad, se realizaba una visita a los servicios para registrar cómo estaba desarrollándose el paciente emocionalmente; además, ver traslados, ingresos o

fallecidos a las áreas en atención; esto permitió llevar un control de los pacientes con los que se trabajó, identificar a los padres de familia y conocer el diagnóstico médico de cada paciente. De acuerdo a la enfermedad que el paciente padeció se brindaba la atención psicológica; por ejemplo: un niño que ingresaba por un accidente, se investigaba y si se observaba negligencia de parte de los padres se daba orientación sobre el cuidado adecuado, etc.

La atención a los pacientes que estaban hospitalizados y a su familia se daba seguimiento al momento de ser trasladados a otro servicio, se le hacía la ínter consulta a la psicóloga de piso, se le daba un informe verbal o escrito de los que se había trabajado con el paciente y la familia.

El grupo de médicos rotaban cada mes, pero mientras pertenecían al servicio de intensivo e intermedio se atendían cualquiera de las necesidades psicológicas y si hacían una consulta mientras estaban en otro servicio, se refería a la psicóloga encargada del área. De igual forma con las enfermeras.

Tabla 2

Personal de Intensivo, Intermedio y Emergencia de Pediatría del Hospital San Juan de Dios

ACTIVIDAD	ENFERMERAS	MÉDICOS	TOTAL
Psicoterapia Individual	6	6	12
Conferencia E Implementación Del Plan Piloto En Musicoterapia		90	90
Charla: “Actitud Para El Trato Y Trabajo Con El Paciente”	17		17
“Efectos De La Musicoterapia”		12	12
“Inteligencia Emocional”	28		28
“Te Doy Lo Que Tengo”	13		13
<b>Total</b>	<b>64</b>	<b>108</b>	<b>172</b>

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado Realizado En El Hospital San Juan De Dios, Del Mes De Marzo De 2008 A Febrero De 2009.

### 3.3 Subprograma de investigación

La musicoterapia actúa fundamentalmente como técnica psicológica, es decir, que su soporte terapéutico reside en la modificación de los problemas emocionales, de las actitudes, de la energía dinámica psíquica que, en última instancia, será el esfuerzo predominante para modificar cualquier patología que sufra el ser humano.

Antes de la aplicación del plan piloto se implementó al personal médico del área de Cuidados Intensivos, sobre la técnica y sus beneficios (se describe en el servicio de docencia).

Al inicio de la aplicación se encontró resistencia de parte de algunas personas del equipo médico y poca colaboración por no conocer del programa y no estar acostumbrados a escuchar música clásica. Referían que era aburrido, quitaban la música cuando la Epesista salía del servicio y que tenían mucho volumen.

Al pasar de los días se pudo identificar apoyo de algunas enfermeras y de algunos médicos logrando adaptarse al tipo de música que se aplicaba y colaboraban en la realización del programa. Los niños recibían mejor atención ya que el personal estaba con mejor disposición. Por referencia de padres de familia y observación en los servicios las enfermeras trasladaban con amabilidad hacia los padres la información sobre los cuidados higiénicos que se necesitaban al momento de las visitas. Algunos miembros del personal médico refirieron que el ambiente de trabajo y las relaciones entre ellos se desenvolvían con menos hostilidad. El paciente que no estaba sedado manifestaba que le gustaba escuchar la música al momento de preguntarle.

Después de un tiempo de estar aplicando la técnica se creó una encuesta basándose en los objetivos de la investigación, tratando de mostrar los resultados de la

población meta ante la aplicación de la técnica. Tomando en cuenta que al inicio del proyecto la población meta eran los pacientes hospitalizados en el área de intensivo; por cuestiones médicas y decisión del jefe del área se tomó como muestra al personal médico; ya que el equipo no era adecuado para que la música llegara a los cubículos de los pacientes, mas bien lo escuchaba más el personal. Se repartieron 38 encuestas y al principio solo regresaron 12 contestadas, manifestando haberlas perdido, se volvió a pasar pero se pedía el mismo día, ya que tienen mucho trabajo y por lo mismo refieren no tener tiempo para contestarla o perderla.

Por medio de la recopilación de datos a través de las encuestas se exploró la actitud de la población meta ante la aplicación del plan piloto de la técnica de Musicoterapia en el área de cuidados intensivos de pediatría del hospital, el conocimiento que tenían sobre la misma y los efectos que surgieron entre ellos.

Uno de los problemas que se encontró en la aplicación del plan piloto de la técnica de musicoterapia fue no contar con una persona que cuidara el equipo de sonido, debido a eso botaron el aparato (MP4) y se arruinó, se llevó a reparar y se volvió a instalar. A pesar del apoyo que se logró después con la aplicación de la técnica y por la falta de tiempo para dedicarse a cuidar el equipo de parte del jefe de grupo, ya que existía mucho trabajo dentro del intensivo, alguna persona que se logró identificar su identidad, borró por razones desconocidas la música que se tenía grabada. Esto deja de opción a que el personal médico ponga cualquier radio secular. Ya que el aparato de sonido no fue donado para escuchar música como recreación se decidió en octubre retirar el equipo para evitar problemas posteriores.

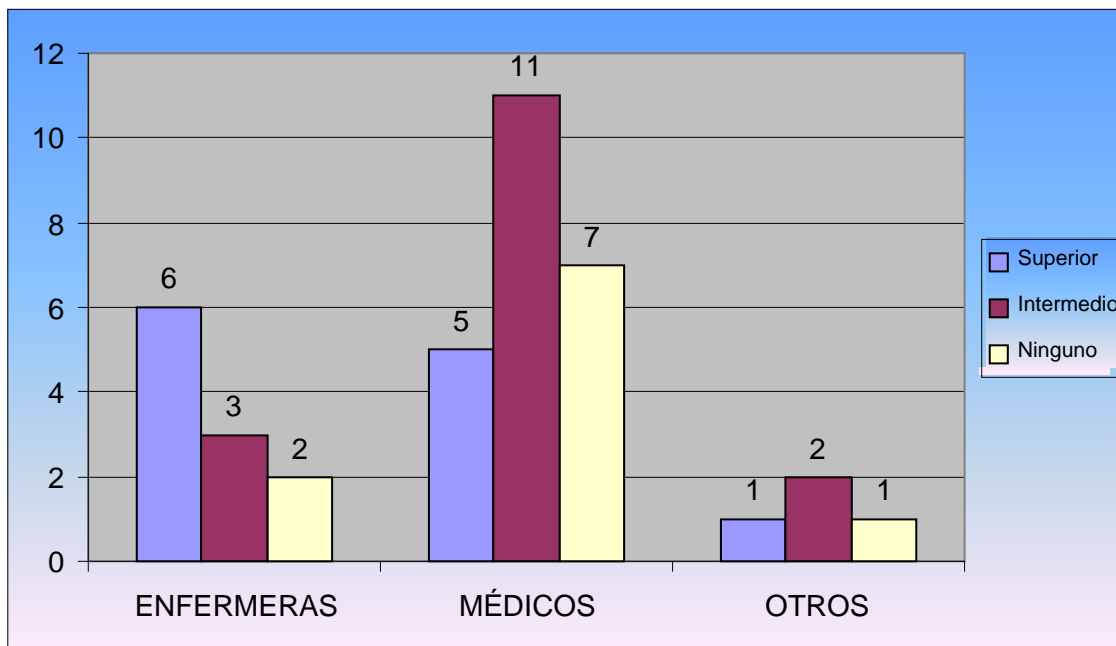
Se recogieron las encuestas y se agruparon las preguntas por categorías para analizar el conocimiento que tienen de la técnica, los efectos que esta causó en cada

uno, la actitud ante la aplicación de la misma y así poder concluir y dar recomendaciones.

**Gráfica 1**

**Personal de Intensivo, Intermedio y Emergencia de Pediatría del Hospital San Juan de Dios**

- Conocimiento de la técnica



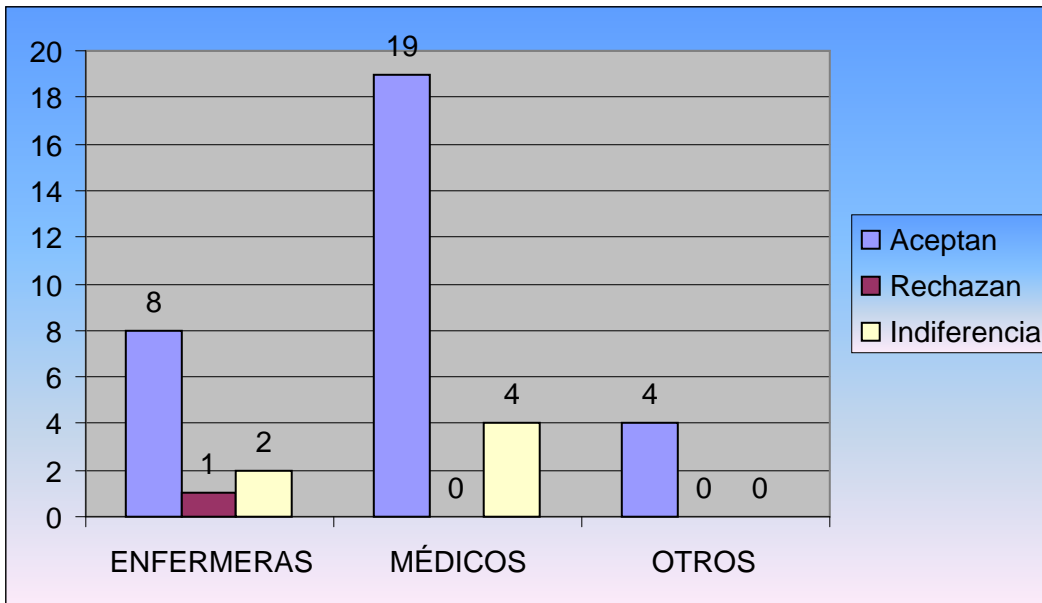
Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado Realizado En El Hospital San Juan De Dios, Del Mes De Marzo De 2008 A Febrero De 2009.

Se puede identificar que la población de enfermeras es la que tiene más conocimiento de la técnica, logrando con ello una respuesta favorable ante la aplicación de la misma. Entre los médicos el mayor porcentaje tiene un conocimiento intermedio. Se puede notar que la población de otros, como personal de farmacia, infectología, técnicos de terapia respiratoria, el 50 por ciento mostró tener un conocimiento intermedio, siendo poco significativo al aplicar la técnica.

Gráfica 2

Personal de Intensivo, Intermedio y Emergencia de Pediatría del Hospital San Juan de Dios

- Actitud ante la aplicación de la técnica



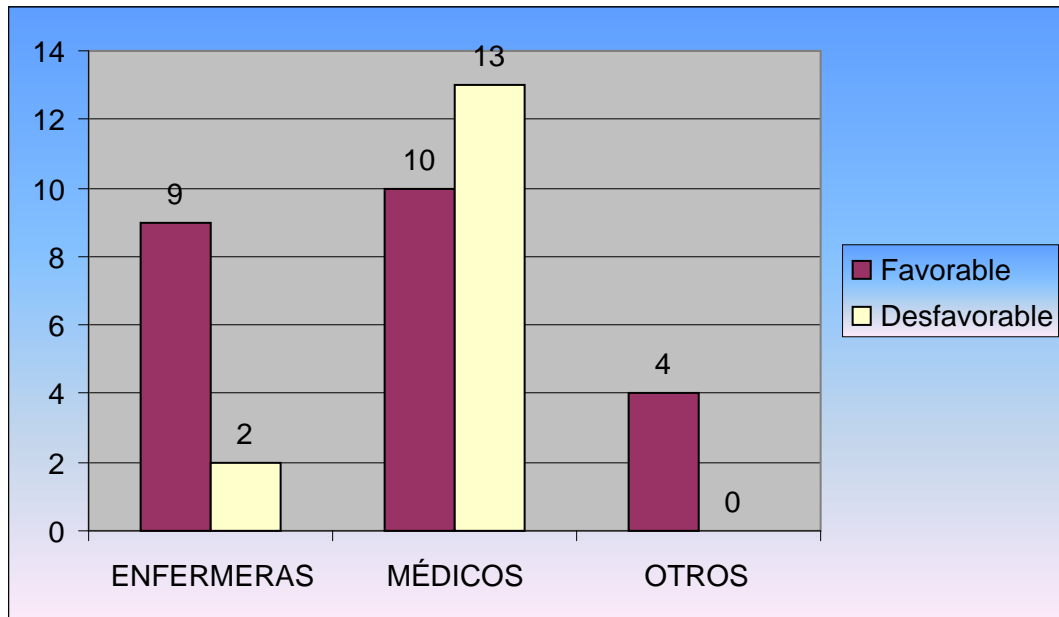
Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado Realizado En El Hospital San Juan De Dios, Del Mes De Marzo De 2008 A Febrero De 2009.

Se identifica que el 81.57% de la población encuestada aceptaron la aplicación de la técnica y el 2.63% rechazó la aplicación de la misma.

Gráfica 3

Personal de Intensivo, Intermedio y Emergencia de Pediatría del Hospital San Juan de Dios

- Resultado de la aplicación de la técnica en servicios de intensivo e intermedio



Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado Realizado En El Hospital San Juan De Dios, Del Mes De Marzo De 2008 A Febrero De 2009.

Se observa que el 60.53% de la población encuestada manifestó resultados favorables con la aplicación del plan piloto de musicoterapia en los servicios, ayudando así a un mejor desempeño laboral. El 39.47% de los encuestados mostraron un resultado desfavorable en la aplicación de la misma.



## CAPÍTULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Subprograma de Servicio:

Cuando se llegó al servicio del área de intensivo e intermedio se identificó que los servicios no se atendían a nivel psicológico, ya que la psicóloga destinada a estas áreas también tenía asignadas las áreas de pisos y no se daba abasto para atender toda la población.

Se inició un proceso de atención en el cual se logró brindar acompañamiento emocional psicológico de una forma profesional y responsable, no solo como apoyo moral, sino, poner en practica las herramientas que proporcionan las diferentes teorías de la psicología, buscando así, la integración de la psicología al trabajo multidisciplinario que se brindaba a la población en estos servicios y de esta manera lograr la modificación de algunas conductas inadecuadas que se manejan en el personal al momento de brindar el servicio debido a la represión de emociones encontradas cuando se enfrentan día a día a situaciones de alto sufrimiento por enfermedades, accidentes en los cuales con muchos de ellos solo quedaba esperar y ver fallecer a un paciente.

Cada semana se contó con apoyo emocional y orientó a los familiares, tomando en cuenta la difícil situación por la cual ellos estaban pasando, se identificó muchas emociones que no se manejaban de forma adecuada y en atención de psicoterapia individual se ayudaba a exteriorizar las emociones que se reprimían y tener una mejor relación y comunicación con su pareja y los demás familiares; se sugería no dejar de ir a su casa ya que estaban todo el tiempo en el hospital esperando alguna noticia de sus hijos o hijas.

Visitando su casa en ocasiones les permitía no descuidar a los hijos/as que tenían allá para evitar que ellos se enfermaran o mostraran algunas problemáticas por la ausencia de las madres; algunos hermanos de los pacientes hospitalizados tenían una edad en la cual entendían que sus hermanos estaban enfermos y era grave, se orientaba a los padres realizar algunas actividades con ellos en casa como cartas, dibujos y mandar en ellos buenos deseos y todo el amor que sentían por sus hermanos y de esa forma colaboraban para que sus hermanos se curaran.

Todos los días en las mañanas los padres o familiares de los pacientes hospitalizados en los servicios recibían información de parte de los médicos encargados; se participaba escuchando para conocer el diagnóstico médico del niño o niña y así identificar la gravedad de la enfermedad, brindando posteriormente apoyo psicológico y preparar a los padres o familiares ante el posible fallecimiento del paciente.

Se observaba con más frecuencia 2 actitudes: unos reprimían el dolor y se tornaban agresivos, canalizando de esa forma el coraje que les causaba la impotencia ante el sufrimiento y dolor de los niños/as. Otro grupo de padres se desmoronaban en el llanto, la aflicción y sus esperanzas las volcaban hacia un ser supremo “Dios”, para poder soportar la agonía de ver a sus hijos/as con una enfermedad grave con lo cual en cualquier momento los médicos les podrían dar la noticia de la muerte de los mismos.

Al escuchar la versión de la historia de lo que había sucedido con el niño o niña antes de llegar al hospital, se identificaba en algunos casos negligencia por parte de los padres y en otras la dinámica disfuncional de las familias. Partiendo de esos testimonios se brindaba atención individual a las parejas para orientarles en temas como patrones de crianza, manera adecuada de enfrentar las situaciones de crisis por la que atravesaban en ese momento.

La dinámica de las familias se forma de acuerdo a la experiencia de los padres, desafortunadamente, no ha existido una orientación adecuada entre la sociedad para minimizar las problemáticas posteriores. En ocasiones debido a la inadecuada comunicación entre los padres, ellos se culpaban entre si por el accidente o enfermedad de sus hijos/as; siendo está la forma de menguar la culpa por la negligencia si esta existía.

Basándose en la disciplina de la Tanatología que se encarga de proporcionar cuidados en todos los sentidos a las personas que se involucran en un proceso de muerte; los médicos, familiares y paciente que padece la enfermedad que le lleva a la muerte. Es importante que el personal médico conozca y maneje herramientas que permita una muerte digna en los pacientes.

La muerte es parte del vivir, es un cambio de estado que causa impacto en la vida de los seres humanos, por esa separación permanente que sucede con un ser querido, tanto física como emocional, es entonces donde se corta el vinculo y vivencia de experiencias con alguien que ocupa un lugar importante en la vida de este familiar.

Se estructuró un modelo de proceso de despedida con los niños que estaban con altas posibilidades de morir en el cual el padre y la madre de manera individual pasaban con el niño o niña antes de morir, esto si era posible antes, sino se realizaba con el cadáver del niño o niña.

El padre o madre entraba y como primer paso se dirigía al niño diciéndole todo lo que le amaba y cuanto le significaba él o ella en su vida. Segundo: le identificaba las actividades especiales que vivió con el niño o la niña y esas se les llamaba tesoros, con estos tesoros se le hacia énfasis que era lo que se quedaba con ellos acá en la tierra y que el niño o la niña escogía que tesoros se llevaba; como paso final se les pedía que le

dieran su bendición si manifestaban creencia en Dios que todos los casos lo manifestaron, con la bendición se lograba despedirse y llegar al desprendimiento con su hijo o hija.

En ocasiones fue difícil llegar a la etapa de separación con el niño o niña que aún tenía vida y cuando era demasiado tarde el proceso se desarrollaba con el cadáver. Siempre que fue posible se acompañaba guiando a los padres con estos tres pasos. Si morían en momentos que no se estaba presente por ser de noche o tarde los médicos les permitían entrar y despedirse de su hijo/a.

Cada semana se atendió a los padres y familiares en terapias de grupo en las cuales se tocaban temas como: atención en crisis, cómo manejar las emociones en esos momentos de crisis. En estas reuniones se reafirmaban lazos familiares y formaban alianzas para que la intervención médica fuese más fácil por contar con el apoyo de los padres; se aclaraban dudas de algunos trámites necesarios en el hospital, se refería algunos casos necesarios a la trabajadora social para ayuda en la compra de algún medicamento o el trámite final con la morgue.

Se desarrollaron algunas actividades que motivaran a los pacientes y al personal que laboraba en estas áreas, celebraciones del Día de la Madre, Niño, Navidad y las que cada semana que se pudo se daba una tarjetita con reflexión, calcomanía, galleta, chocolate, etc. Ayudaba a distraerse un poco y tener esperanza en que todo se podía mejorar.

Con los pacientes que estaban hospitalizados se desarrollaba masajes con los cuales se lograba influir en su forma de pensar minimizando la ansiedad que manejaban, se realizó con algunos pacientes porque dependía del diagnóstico y la autorización del

médico encargado de grupo para realizar la actividad, ya que en algunos casos se perjudicaba el pronóstico al estimularlos.

Si era posible aplicar el masaje y terapia de apoyo con los pacientes en intensivo e intermedio, al momento que ellos despertaban de la sedación, los pacientes manifestaban menos ansiedad ya que el ambiente les era familiar, identificaban a su médico de cabecera, a sus padres que también se involucraban en la estimulación táctil y auditiva así como a la psicóloga que les había apoyado en el proceso de recuperación.

Los mensajes positivos y el decirles “tranquilo los doctores te están cuidando para que te mejores” y la esperanza de recuperarse para regresar a casa, les permitía tener otra actitud ante la situación.

La estructura de pensamiento influye en el estado de ánimo de acuerdo con lo que plantea la teoría Racional Emotiva que no son los acontecimientos externos por lo general los que producen las consecuencias conductuales, emocionales y cognitivas. Más bien el propio sujeto, aplicando su proceso de valoración personal sobre esos eventos, es quién en última instancia produce esas consecuencias ante esos eventos. Tomando en cuenta que los niños/as necesitaban entender que pasaba, se les explicaba de acuerdo a su nivel de comprensión y así su ambiente ya no lo miraban amenazan porque conocían y entendían los procedimientos médicos.

En emergencia el trabajo que se desarrolló con apoyo emocional, técnicas de relajación y juego permitió bajar niveles de ansiedad, angustia, dolor físico. Los médicos referían sentirse en confianza para realizar los procesos de curación aunque estos fuesen dolorosos porque en el momento que él o ella desarrollaba su trabajo médico se brindaba apoyo emocional al paciente y se distraía con la plática, quitando la atención del miembro fracturado, herido, etc.

Al momento de área roja que es cuando hay un herido por arma de fuego, algún paciente con paro respiratorio, quemado, fractura expuesta, accidente entre otros, se asistía a los padres o familiares para encontrar el control emocional, ya que se necesitaba que dieran información, la angustia era mucha por lo que se hacía difícil que el personal médico interviniera; además, la señorita de registro necesitaba información de datos personales del paciente. Otras ocasiones en las cuales los niños o niñas estaban concientes se daba prioridad al niño o niña para tranquilizarlo y así permitía con facilidad la intervención del personal médico. Se le pedía a la familia que esperaran afuera para que no alteraran más a la o él paciente.

Algunas personas manejan niveles de ansiedad más altos que otros, y ante el accidente presentado pierden el control de emociones; el pánico se observó de forma frecuente ya que se desconocía la gravedad del caso o pronóstico. Se considera natural que ellos respondieran de manera desesperada o alterada debido al suceso ocurrido por miedo a lo desconocido.

#### **4.2 Subprograma de Docencia:**

Tomando en cuenta que en estas áreas se maneja mucho estrés algunas personas que laboraban en ellas solicitaban orientación psicológica para manejar de forma adecuada alguna problemática de tipo familiar, personal, pareja o laboral. Se escogió espacios cortos para brindar el servicio ya que no era posible atender 45 minutos o una hora.

Al inicio del proyecto se presentó una calendarización de charlas para desarrollar con el personal médico, el cual fue imposible llevar a cabo debido al poco tiempo con el que se contaba, porque los servicios son de áreas críticas.

Entre las charlas que se lograron realizar están la implementación teórica de musicoterapia, en la cual participaron algunos de los médicos que laboran en el área de intensivo. Con las enfermeras de intensivos se logró desarrollar solo dos charlas con temas como: “Actitud para el Trato y Trabajo con el Paciente”, “Te Doy de lo que Tengo”; con las enfermeras de intermedio solo se desarrolló una charla con el tema: “Inteligencia Emocional”.

Al analizar este subprograma se puede identificar que se careció de aplicación y en próximas oportunidades se buscó aplicar más, tomando en cuenta que es necesario en el tipo de personal ya que se enfrentan a muchas emociones fuertes al momento de trabajo.

A raíz del desarrollo de las charlas de inteligencia emocional en el área de emergencia las enfermeras pusieron en práctica el manejo de emociones de forma inteligente; comunicando a sus compañeras las actitudes que les molestaban y que interferían en el desempeño laboral según refieren un grupo de las mismas. Se observó más colaboración en la realización de las actividades de psicología debido a la integración activa de las enfermeras con un papel responsable de agentes de la salud mental en el desarrollo de terapia de apoyo. Al observar la mejor disposición del paciente al colaborar en la realización de procedimientos médicos ellas referían sentirse satisfechas por cooperar y aplicar este mecanismo de atención en pacientes alterados, logrando hacer con rapidez su trabajo. Además, colaboraban bajando mecanismos de defensa ante la actitud agresiva de algunos padres de familias, comprendiendo su estado emocional, trataban de calmarlos con apoyo y orientación.

En el área de intensivo algunas enfermeras referían: “me preocupo más por llenarme de cosas positivas para brindarle a mis compañeras y pacientes cosas

positivas; como usted dijo que doy de lo que tengo...”. Se observó que mejoró el trato y orientación a los padres de familia de los niños/as que estaban en el área.

#### **4.3 Subprograma de Investigación:**

En este subprograma se planteó implementar un plan piloto con la técnica de Musicoterapia en el área de Intensivo de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios. La musicoterapia es una especialidad paramédica joven, pero con suficientes fundamentos científicos de orden clínico-terapéutico que permite establecer claramente una metodología de trabajo y una serie de técnicas capaces de ser desarrolladas.

Desde el punto de vista científico “la Musicoterapia es una especialización científica que se ocupa del estudio e investigación del complejo sonido-ser humano, sea el sonido musical o no, tendente a buscar los elementos diagnósticos y los métodos terapéuticos del mismo”.

Desde el otro punto de vista:”la musicoterapia es una disciplina paramédica con la que se utilizó el sonido, la música y el movimiento, para producir efectos regresivos y abrir canales de comunicación con el objetivo de emprender a través de ellos el proceso de entrenamiento y recuperación del paciente para la sociedad”.

La musicoterapia permitió actuar fundamentalmente como técnica psicológica, es decir, que su soporte terapéutico residió en la modificación de los problemas emocionales, de las actitudes, de la energía o dinámica psíquica que, en última instancia, es el esfuerzo predominante para modificar cualquier patología que sufre el ser humano.

Tomando en cuenta que el nivel de exigencia del trabajo al que están sometidos los médicos y las enfermeras en el intensivo y si se le agrega las diferentes situaciones problemáticas de su vida personal y cotidiana física, social y emocional; es fácil de caer



en el inadecuado manejo de energía psíquica teniendo como consecuencia malas relaciones interpersonales.

Al inicio de la investigación la población meta eran los pacientes hospitalizados en esta área, se presentaron dificultades como: con qué parámetros se identificaría que el paciente se mantenía tranquilo por la música que escuchaba o por el medicamento que se le había aplicado; el jefe del área solicitó que se trabajara con el personal médico, buscando bajar parámetros de estrés, ansiedad y agotamiento.

Al inicio fue difícil que se adaptara el personal médico a la música que se ponía, ya que en la investigación se revela poco conocimiento de la técnica y costumbre de escuchar música clásica; como respuesta natural se obtuvo resistencia a un cambio, al final se lograron adaptar y se pudo tener resultados favorables en la mayoría, logrando un mejor rendimiento en su atención al paciente.

El personal médico al inicio de la aplicación de la música clásica le costó adaptarse ya que no estaban acostumbrados a escuchar dicha música; a medida que pasaron los días la música empezó a surtir efecto de relajación y se disminuyeron los comentarios: “que aburrida esa música, me da sueño...” “esa música me parece un ruido”. Los médicos que rotaban primero en intensivo, el siguiente mes pasaban a pisos y tenían que regresar a intensivo manifestaban que les hacía falta escuchar la música y que empezó a convertirse en una necesidad para alguna población del personal.

En la encuesta los médicos y las enfermeras hacían referencia que su interés por implementarse sobre la técnica la consideraban necesaria por brindar una mejor atención a sus pacientes de cuidados críticos, tomando en cuenta los resultados de esta aplicación en otros intensivos del mundo.

Con los niños que estaban en el intensivo y no tenían aplicada sedación se trabajaba terapia de apoyo. Al platicar con ellos se les preguntaba si escuchaban la música, si les gustaba y referían que sí; se aplicaban técnicas de relajación para que lograran descansar, dormir porque no lograban conciliar el sueño en ocasiones debido a la incomodidad de los aparatos a los que estaban conectados o al dolor que estos les causaban.

Es importante mencionar que la música de relajación no favorecía a los médicos que estaban pos turno, ya que el agotamiento físico era bastante y la música solo lo acrecentaba, mencionaban que preferían la “alegre” (estimulante).

Lastimosamente no se logró recaudar más fondos económicos para realizar una mejor y adecuada instalación del equipo de sonido como al principio se tenía pensado; que fuese bocina por cubículo. Por esta situación se presentaron algunos resultados desfavorables en el personal, en ocasiones el volumen alto o bajo de la música molestaba a algunas enfermeras o médicos, siendo subjetivo los parámetros del nivel de volumen.

#### **4.4 Análisis de Contexto**

Se logró contar con el apoyo del médico jefe de áreas de Cuidado Crítico desde el inicio y eso facilitó el desarrollo del proyecto, en el cual se implementó atención psicológica tanto a la población como al personal médico.

Se tuvo apoyo del personal médico en general para la realización de las actividades con los pacientes en el área de intensivo, intermedio y emergencia; de esa forma se lograba brindar una atención integral a la población que solicitaba el servicio. Cuando se participaba en visita y pedía información médica para apoyar emocionalmente a los padres o familiares la información para psicología fue accesible y entendible.

Por medio de este proyecto desarrollado se deja la inquietud a las autoridades de la necesidad de una psicóloga en el área, tomando en cuenta que la gravedad de las enfermedades que presentan estas áreas permite aflorar una gama de sentimientos en los padres, familiares, pacientes y personal médico.

La confianza en la calidad del trabajo por parte de psicología permitía involucrarse en casos delicados con trabajo social que requerían de investigaciones para determinar maltrato infantil; se referían casos a otras especialidades y se tomaba con mucha importancia la impresión clínica.

Se contó con apoyo económico de algunas personas ajenas a la institución como voluntarios que permitió llevar a cabo actividades de motivación con la población.

Al inicio el proyecto se dirigió solo a la población de intensivo e intermedio, pero al ver la necesidad de atender el área de emergencia se extendió logrando apoyar a los médicos con los pacientes que sufrían algún trauma.

En el área de intensivo con el desarrollo del plan piloto de la aplicación de la técnica de Musicoterapia, se logró convertir en necesidad para la población al momento que se retiró, identificando que al estar luchando contra la muerte para salvar la vida de un ser humano y aún más un niño/a llevaba a el personal médico a alterarse en su estado de animo por la presión que ejercían sus jefes y su compromiso humano; se distorsionaba su dinámica interna. Por medio de la música algunas personas lograron armonizar su energía interna y proyectarse con actitudes más favorables en el desempeño de su trabajo.

Los médicos iniciaron a pedir una grabadora con un disco de música de relajación a cada padre de familia o familiares de los niños o niñas hospitalizados en estas áreas

para que las utilicen en cada cubículo. Se observó que 6 de 12 niños cuentan con sus grabadoras y escucha música para minimizar sus parámetros ansiosos.

En el desarrollo de las psicoterapias individuales una de las debilidades con las que se cuenta es que no se tiene el espacio físico para trabajar de forma individual con los padres de familia y/o familiares de los pacientes. Las reuniones que se realizaron cada semana con los padres y familiares de los pacientes se hacían en un corredor de emergencia, no se contaba con sillas así que algunos se sentaban en el suelo y otros se quedaban parados.

La pobreza de la población eleva aún más la angustia ante la situación, porque los padres en ocasiones no cuentan con dinero para comer mientras están en el hospital o para medicamento cuando el hospital les pide ya que no tiene el mismo.

El poco o nada de tiempo con que cuenta el personal médico para recibir atención psicológica es marcada; existe alguno de ellos inadecuado manejo de emociones, mezclando las problemáticas personales con el trabajo, impidiéndoles atender con calidad y calidez humana a la población que solicita su servicio.

No tener apoyo económico de parte del hospital para realizar algunas actividades o brindar la atención psicológica dentro de las áreas de cuidado crítico permite desarrollar desesperanza, cansancio físico y emocional, angustia, traumas, duelos no resueltos, agresividad en la población, tanto en los pacientes como en los padres y personal médico. La falta de orientación cuando se identifica negligencia de los padres empeorará la situación del infante en sus casas si este sale del hospital con vida, si este fallece y sus padres tienen más hijos estos corren altos riesgos por la ignorancia de los padres en cuidados primordiales.

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 2.1 Conclusiones

##### 2.1.1 Conclusiones Generales

- La atención psicológica a padres o familiares de los niños o niñas hospitalizados en las áreas de intensivo e intermedio es importante ya que está pasando por momentos de crisis emocional, tomando en cuenta que las probabilidades de muerte en los niños/as son muy altas.
- Es importante mantener una relación directa con el médico para conocer y entender el diagnóstico, evolución y pronóstico de la enfermedad del niño y así brindar la atención adecuada a los padres y la familia del paciente.
- Al tomar en cuenta las necesidades personales de los médicos y enfermeras motivando y brindando atención con actividades en las cuales los miembros del grupo interactúen refuerzan sus relaciones interpersonales y se obtiene un mejor desempeño laboral y trabajo en equipo.

##### 2.1.2 Subprograma de Servicio:

- El apoyo emocional que recibió la población de emergencia de parte de psicología, permitió minimizar miedos y ansiedad en niños/as y padres o familiares de los miembros debido a la espera o a los procesos médicos dolorosos a los cuales se tenía que someter; además de facilitar el trabajo al médico con el paciente.
- El personal médico de intensivo, intermedio y emergencia colaboró de forma activa en el trabajo y atención psicológica con los padres de familia y pacientes. Se logró brindar al usuario una mejor atención minimizando su ansiedad, dolor

físico, desesperanza, se aclaraban dudas en cuanto al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad del niño o niña.

- Las actividades motivacionales que recibían el personal médico ayudó a desarrollar vínculos de confianza en el trabajo que se realizaba y apoyo en el desarrollo de la atención a pacientes y familiares por parte de psicología en los servicios.

#### **2.1.3 Subprograma de Docencia:**

- Las charlas dirigidas al personal médico permite implementar sobre temas de aspecto psicológico y hacer alianzas con ellos, obteniendo así, atención óptima hacia la población. Se abre el espacio en el cual se conoce el reglamento y protocolo de cada disciplina en cuanto al servicio que ellos brindan al usuario.
- En los servicios de cuidados intensivos y emergencia se necesita implementar y manejar la disciplina de Tanatología, tomando en cuenta que en estos servicios se manejan pronósticos desfavorables por los diagnósticos y descompensación en salud que presentan los niños o niñas.
- El personal es el encargado de la vida del paciente en el momento que lo ingresan, por tanto es relevante para el usuario la manera en la que se dirige un médico o enfermera a él. Capacitando al personal médico para brindar información sobre el diagnóstico, evolución y pronóstico de la enfermedad del paciente se logra una atención humanizada a la población guatemalteca.

#### **2.1.4 Subprograma de Investigación:**

- El personal médico se interesó en recibir implementación y aplicación personal de la técnica de Musicoterapia para ayudar al tratamiento con el paciente de cuidado crítico y lograr mejoría de la enfermedad física de los niños o niñas.

- A pesar del poco conocimiento teórico que se tenía sobre la aplicación de técnica de Musicoterapia en pacientes de cuidados críticos, se obtuvieron buenos resultados en el personal médico de intensivo e intermedio de Pediatría del Hospital San Juan de Dios.
- Es importante tomar en cuenta condiciones del ambiente que se maneja en cada turno para escoger la música que se aplicará.
- La instalación inadecuada permitió que se considerara la música un ruido y no fuese beneficioso para el mejor desempeño laboral; además de la poca costumbre de escuchar música clásica y sonidos de naturaleza que por tanto no estimulaba para bien en algunas personas de la población.

## 2.2 RECOMENDACIONES

### 2.2.1 Recomendaciones Generales

- Que se incluya el o la especialista para atención psicológica dentro del equipo de cuidados intensivos y emergencia para asistir en momentos de crisis, tomando en cuenta que en estas áreas se atienden los casos más graves a nivel médico.
- Brindar de manera constante apoyo emocional a los padres de familia o familiares de los pacientes hospitalizados en áreas de Cuidado Crítico y emergencia, resaltando que son parte del equipo que trabaja para la recuperación de sus hijos obteniendo de ellos apoyo, minimizando las actitudes de defensa que presentan ante el personal médico en ocasiones debido a su angustia.
- Orientar a los padres de familia en cuidados primordiales con sus hijos o hijas en casas para evitar posteriormente problemas de enfermedad o accidentes debido a la negligencia de los mismos.

### 2.2.2 Subprograma de Servicio:

- Atender y orientar psicológicamente al personal de médicos y enfermeras de forma individual en problemas personales, familiares, pareja, relaciones con compañeros(as) de trabajo que afectan de forma negativa en el desempeño con el grupo de trabajo y atención al paciente o familiar.
- Que los casos de intensivo, intermedio y emergencia se aborden de forma integral, donde el médico solicite la intervención de Psicología y Trabajo Social, tomando en cuenta que el nivel de crisis y vulnerabilidad que maneja el paciente y familiares del pacientes es alto.
- Trabajar un plan donde se permita preparar a los padres de los niños o niñas hospitalizados ante la muerte, tomando en cuenta el diagnóstico y pronóstico del paciente, y permitir así menos trauma ante la despedida de su hijo o hija.

### 2.2.3 Subprograma de Docencia:

- Coordinar con jefes de médicos y enfermeras para realizar reuniones periódicamente en los cuales se traten temas propuestos por el personal de acuerdo a sus necesidades psicológicas, buscando un excelente rendimiento laboral a nivel grupal.
- Desarrollar charlas donde se orienten a los padres de los pacientes hospitalizados para el manejo de emociones en el momento de crisis y como pueden apoyar al personal médico en la recuperación del niño(a) brindando soporte emocional y seguridad al niño(a) al momento de las visitas.
- Capacitar al personal médico y enfermería de servicios de intensivo, intermedio y emergencia para el mejor trato al paciente en el cual se tome en cuenta la



situación de ansiedad, angustia, dolor físico, desesperanza y culpabilidad que manejan la población asistida.

#### **2.2.4 Subprograma de Investigación:**

- Implementar al personal médico que rota por el servicio de intensivo, intermedio sobre la aplicación de Musicoterapia en pacientes hospitalizados en cuidado crítico, logrando así minimizar efectos desfavorables en el desempeño laboral dentro del área.
- Que se asigne a una persona para darle seguimiento al programa de Musicoterapia y así se cuide y utilice adecuadamente, el equipo de audio que fue donado específicamente para implementar esta técnica en área de cuidado crítico.
- Que se intente mejorar la instalación de audio con que se cuenta en el servicio de intensivo, colocando bocinas dentro de cada cubículo, logrando que los pacientes reciban de forma directa el sonido de la música permitiendo mejora en la evolución de la enfermedad de los niños(as).

## GLOSARIO

**Musicoterapia:** es el uso de la música y/o sus elementos musicales (sonidos, ritmo, melodía, armonía) realizada por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas.

**Comorbilidad:** Situación de padecer de dos o más enfermedades al mismo tiempo.

**Noxa Biológica:** Conocidas también como agentes patógenos (de los griegos Pathos= enfermedad y Genas= origen). Estas noxas actúan como causales de enfermedades, por ejemplo los virus. Los virus son microorganismos formados por un ácido nucleico y una cápsula proteica llamada capsómero. Causan enfermedades como: gripe.

**Semiología:** es el estudio de los signos y síntomas como manifestación de la enfermedad

## BIBLIOGRAFÍA

- Duran E, Jaramillo J, Peñaranda C y Urquijo I. La hospitalización Infantil: una visión desde la convención Internacional sobre los Derechos del niño. Tribuna de los derechos de los niños. Boletín trimestral de DNI-Colombia 4(9):13-9.
- Duran E, Jaramillo J, Peñaranda C y Urquijo I. ¿Como viven los niños y las niñas, la hospitalización? Tribuna de los derechos de los niños. Boletín trimestral de DNI-Colombia 4(9): 20-7.
- Campo, Molinello y Escallón. Trastorno de adaptación en niños hospitalizados. Revista de Pediatría 1997; 32.
- Bruscia, K. Definiendo Musicoterapia. Salamanca, Amarú. Colección MAP, 1997.
- Montoya, I., Benavides, G. y González, R. Preparación psicológica para la hospitalización infantil, Valencia, Nau Libres, 2000.
- Ortigosa, J. y Méndez, F. Hospitalización infantil, Repercusiones psicológicas. Madrid: Biblioteca Nueva, 2000.
- Palomo del Blanco, M. El niño hospitalizado. Características, evaluación y tratamiento. Madrid, Pirámide, 1995.
- <http://www.evagiberti.com/articulos/el-nino-hospitalizado-ansiedades-y-defensas-de-sus-familias.html>
- Dalai Lama Y Hopkins, Jeffrey: "Acerca de la muerte" Edit. Océano - 2003

- Longaker, Christine: "Afrontar la muerte y encontrar esperanza" - Ed. Grijalbo - 1998
- Martínez Roca Bayés, R. "Psicología del sufrimiento y de la muerte". Barcelona. (2001).

# ANEXO

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS  
DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA  
INTENSIVO E INTERMEDIO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
PLAN PILOTO DE MUSICOTERAPIA  
INVESTIGACIÓN, 2008

ENCUESTA A PERSONAL MÉDICO DE INTENSIVO E INTERMEDIO DE  
PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada uno de los enunciados y Conteste.

SEXO: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

1. ¿Sabe usted que es la Musicoterapia? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si su respuesta es afirmativa, responda que es lo que conoce y dónde escucho del tema por primera vez

\_\_\_\_\_

2. ¿Sabe los objetivos de la Musicoterapia?

\_\_\_\_\_

3. ¿Conoce qué beneficios se logran con la Musicoterapia?

\_\_\_\_\_

4. ¿Sabe cómo se desarrolla una sesión de musicoterapia?

\_\_\_\_\_

5. ¿Conoce el tipo de música y el tiempo de aplicación adecuado para realizar la Musicoterapia?

\_\_\_\_\_

6. ¿Conoce alguna Institución en Guatemala donde se realice Musicoterapia?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_, CUAL \_\_\_\_\_

7. ¿Conoce con qué tipo de paciente es conveniente realizar la Musicoterapia?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_,

CUALES \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. ¿Conoce a alguien que halla recibido sesiones de Musicoterapia? SI \_\_\_\_\_  
NO \_\_\_\_\_

9. ¿Quién es esta persona? AMIGO \_\_\_\_\_ FAMILIAR \_\_\_\_\_ PAREJA \_\_\_\_\_  
COMPAÑERO \_\_\_\_\_ OTRO \_\_\_\_\_

10. ¿Cuál es su actitud ante la aplicación de la Musicoterapia en el área donde labora?

ACEPTACIÓN \_\_\_\_\_ RECHAZO \_\_\_\_\_ INDIFERENCIA \_\_\_\_\_

11. ¿Qué efectos ha tenido en usted la Musicoterapia que se realiza en el servicio?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. ¿Considera que ha ayudado la Musicoterapia en la ejecución de su labor dentro del servicio?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Porqué? \_\_\_\_\_

13. ¿Esta dispuesto/a a realizar sesiones de Musicoterapia para fortalecer el tratamiento del paciente?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

¿Porqué? \_\_\_\_\_

14. ¿Conoce estudios sobre la Musicoterapia en pacientes hospitalizados?

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cuales \_\_\_\_\_

15. Considera usted que la Musicoterapia ha contribuido en la recuperación del paciente

SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_,

COMO \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_