

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

**“PROGRAMA PILOTO DE CUIDADO EMOCIONAL DEL NIÑO
HOSPITALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL
HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS”**

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

POR

GABRIELA MARIA ESTRADA REYNOSO

Previo a optar el título de

PSICÓLOGA

En el grado académico de

LICENCIATURA

Guatemala, agosto 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 Vallecios Palma

REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

ANTE CONSEJO DIRECTIVO



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.071-2008

CODIPs. 1101-2009

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

04 de agosto de 2009

Estudiante

Gabriela María Estrada Reynoso
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO CUARTO (34°) del Acta DIECISIETE GUIÓN DOS MIL NUEVE (17-2009) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 30 de julio de 2009, que copiado literalmente dice:

"TRIGÉSIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"PROGRAMA PILOTO DE CUIDADO EMOCIONAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

GABRIELA MARÍA ESTRADA REYNOSO

CARNÉ No.200316946

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



Nelveth S.

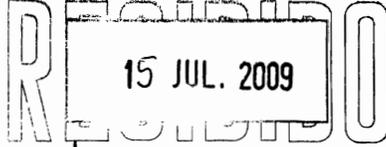


ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma [Signature] hora 16:15 Registro 71-08

Reg. 071-2008
EPS. 042-2008

08 de julio del 2009

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- de **Gabriela María Estrada Reynoso**, carné No. **200316946**, titulado:

“PROGRAMA PILOTO DE CUIDADO EMOCIONAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.”

De la carrera de 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
COORDINADORA DE EPS



/Dg.
c.c. **Control Académico**
EPS



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"

TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 71-2008

EPS. 042-2008

29 de junio del 2009

Licenciada

Claudia Rossana Rivera Maldonado

Coordinadora del EPS

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Respetable Licenciada:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- de **Gabriela María Estrada Reynoso**, carné No. **200316946**, titulado:

“PROGRAMA PILOTO DE CUIDADO EMOCIONAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.”

De la carrera de **Licenciatura en Psicología**

Así mismo, 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 Estuardo Espinoza
Revisor



/Dg.

c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 071-2008
EPS. 042-2008

17 de abril del 2009

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 **Gabriela María Estrada Reynoso**, carné No. **200316946**, titulado:

“PROGRAMA PILOTO DE CUIDADO EMOCIONAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS.”

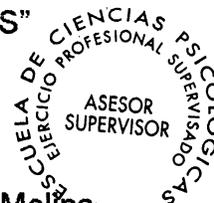
De la carrera de Licenciatura en Psicología

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 Molina USAC
Asesora-Supervisora



/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

c.c. Control Académico
EPS
Archivo
Reg.71-2008
CODIPs.273-2008
De Aprobación de Proyecto EPS

12 de marzo de 2008

Estudiante
Gabriela María Estrada Reynoso
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto **SEGUNDO (2o.)** del Acta **CERO SIETE GUIÓN DOS MIL OCHO (07-2008)** de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 27 de febrero de 2008, que literalmente dice:

“SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **“PROGRAMA PILOTO DE CUIDADO EMOCIONAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

GABRIELA MARÍA ESTRADA REYNOSO

CARNÉ No. 200316946

Dicho proyecto se realizará en ciudad caapital, asignándose a la Licenciada Miniam 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 Leonor Feralta 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, 26 de junio de 2009

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

Respetable Licenciada:

Por este medio hago constar que la estudiante **GABRIELA MARÍA ESTRADA REYNOSO**, con numero de carné universitario no. 200316946, realizó de manera satisfactoria su Ejercicio Profesional Supervisado de la carrera de Licenciatura de Psicología, titulado: "PROGRAMA PILOTO DE CUIDADO EMOCIONAL DEL NIÑO HOSPITALIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS", en las fechas correspondientes del 14 de febrero del año 2,008 al 13 de febrero del año en curso. Mencionado trabajo se realizó de manera satisfactoria por parte de la señorita ESTRADA REYNOSO.

Y para el uso que la interesada convenga, extendiendo la presente a los 26 días del mes de junio del año 2,009.

Atentamente,



Licda. María Teresa Gaitán Juárez
Jefe de Sección de Psicología
Depto. de Medicina Interna
Hospital General San Juan de Dios

MADRINAS DE GRADUACIÓN

**Licda. María Teresa Gaitán
Psicóloga
Colegiado No. 1028**

**Licda. Sonia del Carmen Molina
Psicóloga
Colegiado No. 066**

DEDICATORIA

A mi padre, madre y abuelita, por ser ejemplos claros de fortaleza, nobleza y sabiduría.

AGRADECIMIENTOS

A la fuerza suprema del universo, por acompañarme en cada instante de mi vida y darme la oportunidad de la expresión.

A mi madre, Elsa Reynoso, por su amor, ternura y dedicación perenne.

A mi padre, Augusto Estrada, por gestar en mi la pasión por el conocimiento.

A mi abuelita, Herlinda Sandoval, por enseñarme las bondades de la humildad.

A Alan Morales Monteros, por reír conmigo en las alegrías y acompañarme en las tristezas, gracias por su amor y apoyo.

A mis amigos y amigas, por creer en mí.

A Silvia Martínez, por ser parte de mi familia.

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, espacio lleno de enseñanzas.

Al Hospital General San Juan de Dios, lugar donde encontré tesoros invaluable.

INDICE

SÍNTESIS DESCRIPTIVA

INTRODUCCIÓN

I. CAPÍTULO I, ANTECEDENTES	
I.1. Monografía Del Lugar.....	4
I.2. Descripción De La Institución U Organismo Requeriente.....	5
I.3. Descripción De La Población Atendida.....	12
I.4. Planteamiento del Problema.....	13
II. CAPITULO II, REFERENTE TEÓRICO	
II.1. Abordamiento Científico Teórico Metodológico.....	14
II.2. Objetivos	
II.2.1. Objetivo General.....	22
II.2.2. Objetivos Específicos.....	22
II.3. Metodología De Abordamiento.....	23
III. CAPÍTULO III, PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS	
III.1. Subprograma De Servicio.....	25
III.2. Subprograma De Docencia.....	29
III.3. Subprograma de Investigación.....	31
IV. CAPÍTULO IV, ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
IV.1. Subprograma De Servicio.....	37
IV.2. Subprograma De Docencia.....	39
IV.3. Subprograma de Investigación.....	40

V. CAPÍTULO V, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

V.1. Conclusiones

V.1.1. Conclusiones Generales.....	43
V.1.2. Subprograma De Servicio.....	43
V.1.3. Subprograma De Docencia.....	44
V.1.4. Subprograma de Investigación.....	45

V.2. Recomendaciones

V.2.1. Recomendaciones Generales.....	46
V.2.2. Subprograma De Servicio.....	46
V.2.3. Subprograma De Docencia.....	46
V.2.4. Subprograma de Investigación.....	47

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

SÍNTESIS DESCRIPTIVA

En el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado, se describen los antecedentes generales de la institución, la población y el tipo de atención que se brindará, especificando los subprogramas por medio de los cuales se abordará la problemática seleccionada. Asimismo se describe la metodología y la planificación de actividades que se dirigen a niños y niñas internadas en los servicios de Medicina, Cirugía, Quemados, Hematología y Nefrología ubicados en el departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios. Este proceso sistematizado tiene un objetivo general y objetivos específicos para los cuales se utilizarán los procedimientos, técnicas y estrategias que se consideren idóneos para determinado subprograma (Servicio, Docencia e Investigación) y según la población participante. También se expone la fundamentación teórica sobre la cual se extrajo la base sólida para el actuar científico y responsable de la encargada del proyecto.

La ejecución del proyecto pretende incorporar un programa piloto de cuidado emocional del niño(a) hospitalizado haciendo participe al personal que se relaciona directamente con el paciente (personal sanitario, psicología, estimulación temprana, maestras, madre/padre o encargado). De esta manera se intenta hacer menos traumática la hospitalización del mismo, mejorar la adaptación y recuperación de la enfermedad desde un abordaje psicosocial. El período de ejecución será de un año, iniciando en febrero de 2008 para finalizar en febrero de 2009.

INTRODUCCION

Guatemala cuenta con un alto porcentaje de factores desfavorables para el desarrollo saludable de sus ciudadanos, perjudicando la salud física y psicológica del mismo. Gran parte de su población total está compuesta por adolescentes y niños que merecen ser reconocidos y cuidados. Por tal razón se ha decidido emprender un programa piloto en el Hospital General San Juan de Dios, en el departamento de pediatría; con los niños y niñas que lamentablemente padecen de alguna o varias enfermedades de todo tipo; puede ser desde un resfriado mal cuidado hasta un cáncer terminal. Para un niño(a), la experiencia de la hospitalización puede perjudicar su recuperación y puede generar trauma psíquico. Por lo tanto, el reconocimiento de las causas de estrés psicológico, es extremadamente importante en el manejo general y el cuidado del niño. La enfermedad puede ser de índole temporal o permanente y este factor produce una reacción emocional adversa que puede ser sumamente prolongada.

Como promotores de la salud, es responsabilidad de los médicos, personal de enfermería, psicólogas, maestras, madres/padres o encargados, hacer el mayor esfuerzo para brindar una atención pediátrica más humanizada y compasiva. Se pretende propiciar la sensibilización del personal para favorecer el bienestar anímico de los pacientes, para ofrecer comodidades a las familias y proveer áreas destinadas para el crecimiento y desarrollo físico y emocional, así como brindar oportunidades de juego para los niños internados. Tal vez no todo el personal sanitario reconoce la necesidad emocional de los niño(a)s y por tal razón no se comportan de la mejor manera. Este hecho despertó la necesidad de elaborar, implementar y promocionar un programa piloto de cuidado emocional al niño hospitalizado desde una perspectiva psicosocial.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1 Monografía del lugar

La República de Guatemala forma parte de América Central y tiene una extensión de 108,890 kilómetros cuadrados. Limita territorialmente; al Norte, Noroeste y al Oeste con México, al Noreste con Belice y el Mar Caribe, al Este con Honduras, al Sureste con El Salvador, y al Sur con el Océano Pacífico, sus puertos son Puerto Barrios, Puerto Quetzal, Santo Tomás de Castilla. Cuenta con diferentes climas que van desde el cálido hasta el frío. El idioma oficial es el español y cuenta con 21 idiomas mayas (entre ellos akateko, kaqchikel, k'iche', mam, xinka y garífuna). Políticamente se divide en 22 departamentos. Su cabecera departamental es la Ciudad de Guatemala, fue creada en 1,825 y su fiesta titular es el 15 de Agosto, Día de la Virgen de la Asunción, su unidad monetaria el Quetzal. Su fiesta nacional es el 15 de septiembre, Día de la Independencia. Los principales productos de exportación son el café, azúcar, plátano y vegetales; los principales productos de importación son la maquinaria, materiales y fertilizantes.

Guatemala es básicamente montañosa, pero en el Norte se encuentra el Petén, una zona baja y selvática abundante en maderas preciosas, árboles productores de chicle y petróleo. Dos ramales montañosos entran en Guatemala: uno por Niquihuil, en San Marcos (sistema de la Sierra madre) y el otro por Huehuetenango (sistema de los Cuchumatanes). El primero, de 260 km., corre paralelo al Pacífico y desarrolla la altiplanicie central, asiento de las ciudades de Guatemala, Antigua, Sololá, Santa Cruz del Quiché y Chimaltenango; Guatemala tiene numerosos volcanes, de los cuales el más elevado es el Tajumulco (4,220.36m.). Los ríos guatemaltecos corren por las vertientes del Pacífico y del Atlántico (Golfo de Honduras y Bahía de Campeche). El paz marca parte de los límites con El Salvador; el Suchiate y el Usumacinta (éste último fue importante medio de comunicación de los mayas) marcan la frontera con México; el Polochic tributa al lago Izabal, que a su vez desagua por medio del río Dulce en la bahía de Amatique. Muchos de los lagos son de origen volcánico y gran belleza. El Atilán, a 15,62 m de altitud y con diversas islas, es el más famoso. La precipitación anual promedio es de 1,316mm. Por su

ubicación tropical y relieve montañoso, Guatemala goza de variedad de climas, pero sin extremos de frío o calor.

El Jefe de estado actual es el Ingeniero Álvaro Colom, la Constitución de la República se encuentra vigente desde el 14 de enero de 1986. El sistema ejecutivo está compuesto por el Presidente y Vicepresidente, elegidos directamente para un término de cuatro años, no reelegibles. El Presidente es asesorado por el Consejo de Ministros. El sistema legislativo está integrado por el Congreso unicameral (158 diputados elegidos por sufragio directo, 64 por distritos electorales y el resto por lista nacional, por un término de cuatro años). El sistema Judicial: Corte Suprema de Justicia (por lo menos siete magistrados, elegidos por el Congreso para un período de cuatro años; nombra a los jueces de los tribunales inferiores). Existen la Corte de Constitucionalidad y el Tribunal Supremo Electoral.

1.2. Descripción de la institución u organismo requeriente

El área metropolitana está dividida por zonas, de las cuales la zona 1 es una de las principales, sus zonas más cercanas son la zona 2, 3, 5, 8, y el anillo periférico, en ella se encuentra establecido el Centro Histórico (algunos organismos del gobierno, el parque y mercado central), centros comerciales, diferentes centros educativos y asistenciales, tanto públicos como privados; el Hospital San Juan de Dios, ubicado en la 1ra. Avenida 10-50 de la zona 1, es una institución de dependencia nacional, con carácter asistencial, docente y de investigación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; el Director Ejecutivo del hospital es el Dr. Ludwig Ovalle, la Jefa de la Unidad de Psicología es la Licda. María Teresa Gaitán, quien funge el rol de jefa inmediata y asesora de EPS. Ésta unidad depende del departamento de medicina, siendo el encargado el Dr. Rómulo López. El Hospital está rodeado por “La liga contra la Tuberculosis”, APROFAM, El Paraninfo, el centro de Educación Especial “Álida España” y la iglesia de Las Misericordias, entre otros. El Hospital brinda atención médica, psicológica, social y educativa. Su cultura de servicio al paciente es la siguiente:

VISIÓN

Ser una entidad pública de vanguardia con vocación docente asistencial y de investigación, para brindar atención médica integral de tercer nivel a la población guatemalteca, con personal técnico y profesional especializados, utilizando la mejor tecnología.

MISIÓN

Somos un hospital Nacional Docente de tercer nivel del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala, responsable de brindar atención médica integral, oportuna, eficiente y eficaz que contribuye en la salud de la población.

OBJETIVOS

- Contribuir a la salud asistencial de la población guatemalteca por medio de una atención de cobertura con calidad y calidez.
- Colaborar con las diferentes facultades de medicina y otras especialidades para incrementar la capacidad médica de sus estudiantes.
- Investigar y vigilar el proceso epidemiológico y farmacológico de enfermedades infectocontagiosas y productos medicinales utilizados en pacientes.

RECURSOS

La institución está compuesta por siete niveles de los cuales en el sótano y el primer nivel se encuentran el área administrativa y ejecutiva. Del segundo nivel al sexto se encuentran los servicios de adultos y maternidad, en el séptimo se encuentra una biblioteca, salones de conferencia y habitación para los residentes de turno entre otros. Pediatría ocupa dos niveles. Cada piso cuenta con salidas de emergencia (escaleras que se encuentran a los costados), elevadores y rampas. Cada servicio cuenta con estación de enfermería, área de limpieza, servicios sanitarios y duchas. El Hospital cuenta con parqueo propio para el personal con ocho entradas. Las clínicas médicas, psicológicas y sociales están equipadas con camillas, escritorios, mesas, sillas, estantes, lokers. La institución cuenta con imprenta, fotocopiadoras, centros de cómputo, televisores en algunas áreas de consulta externa, farmacias y kioscos.

El Hospital tiene las siguientes especialidades: Cardiología, Cirugía Ambulatoria, Cirugía de Tórax, Cirugía Plástica, Clínica de Ulceras, Coloproctología, Dermatología, Endocrinología, Fisioterapia, Gastroenterología, Hematología, Infectología, Maxilofacial, Medicina Interna, Nefrología, Neumología, Neurocirugía, Neurología, Odontología, Oftalmología, Oncología, Otorrinolaringología, Psicología, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología y Ortopedia, Urología, Pediatría y Ginecoobstetricia. Además Unidad de Epidemiología, así como los comités de Farmacovigilancia, Manejo de Desechos Sólidos, Gestión de Riesgo y Desastres, Intrahospitalario, Calidad, Infecciones Nosocomiales, Investigación. El Banco de Sangre, Laboratorio Clínica, Radiología, Fisioterapia y Rehabilitación,

Clínica Cesado de Fumado, Clínica del Adolescente, Clínica Multidisciplinaria de la Diabetes, Trabajo Social, Trasplantes, Cáncer de Mama, Tamizaje Neonatal, Clínica Multidisciplinaria Espina Bífida, Clínica Familiar Luis Ángel Guzmán, son otros de los servicios que brinda el Hospital. La Unidad de Epidemiología es el departamento que se encarga de dirigir un proceso de vigilancia epidemiológica que contribuya a la parte clínica y administrativa en la mejor toma de decisión basado en la evidencia de tipo epidemiológico. Las actividades que realiza son: vigilancia activa y pasiva de las enfermedades de notificación obligatoria, sala situacional mensual, asesoría a los diferentes servicios, educación e investigación. La Unidad de Farmacovigilancia se encarga de procedimientos establecidos para la detección de los efectos indeseables o perjudiciales que se presentan con el uso de los medicamentos a dosis recomendadas en grandes grupos de población o en subgrupos específicos. Las actividades que realizan son: Desarrollo de la ficha de notificación de errores de medicación, realización de auditoría médica, elaboración de boletines explicativos sobre farmacovigilancia, uso racional de medicamentos informativos sobre cualquier evento relacionado con medicamentos, desarrollo de la boleta de notificación de fallas de calidad y falta de efectividad, seguimiento de notificación de reacciones adversas a medicamentos. Todas estas consideraciones son de importancia para realizar la tarea del uso racional de medicamentos. Es importante recalcar que todos los servicios médicos son gratuitos. Los horarios de visitas a pacientes es de 14:30 a 15:30 hrs. Los días martes, jueves y domingo. El horario de atención médica es de 07:00 a 18:00 hrs a diario y sábado de 08:00 a 12:00.

Para poder visualizar el contexto general de la evolución del Hospital, se presenta una breve reseña histórica.

En 1630, procedentes de México arribaron a la Muy Noble y Muy Leal ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala, hermanos hospitalarios de la Orden San Juan de Dios, bajo la dirección del Padre Fray Carlos Cívico de la Cerda, así como otros religiosos, su objetivo fue el de presentar la solicitud de administrar el hospital de la ciudad. A la solicitud se acompañó no sólo la promesa de asistir a enfermos y la atención del hospital, sino la de cumplir con lo dispuesto por el Rey de España en 1632, de tratar con servicios médicos a los habitantes de América, como a españoles.

La devastación causada por los terremotos de Santa Marta en los años 1773 y 1774 en Santiago de los Caballeros, en el Valle de Panchoy la destruyó de su sitio como Capital, y su lugar fue cedido a la Nueva Guatemala de la Asunción, en el Valle de la Ermita. El “Hospital General San Juan de Dios” fue puesto al servicio público en octubre de 1778, no se sabe con certeza el día que ocurrió, pero siempre se ha celebrado el 24 de octubre, día de San Rafael Arcángel, patrono desde entonces, como fecha de aniversario. Los primeros profesionales de la medicina en atender en la nueva Capital fueron, Don Toribio Carvajal, cirujano y Don Mariano Rodríguez del Valle, este último llegó a ser sustituido por el doctor José Felipe Flores. También se puede mencionar a los doctores Manuel Vásquez de Molina, Joseph Antonio de Córdova, Juan Antonio Ruiz de Bustamante, Manuel de Merlo, Alonzo de Carriola y Francisco Deplanquez.

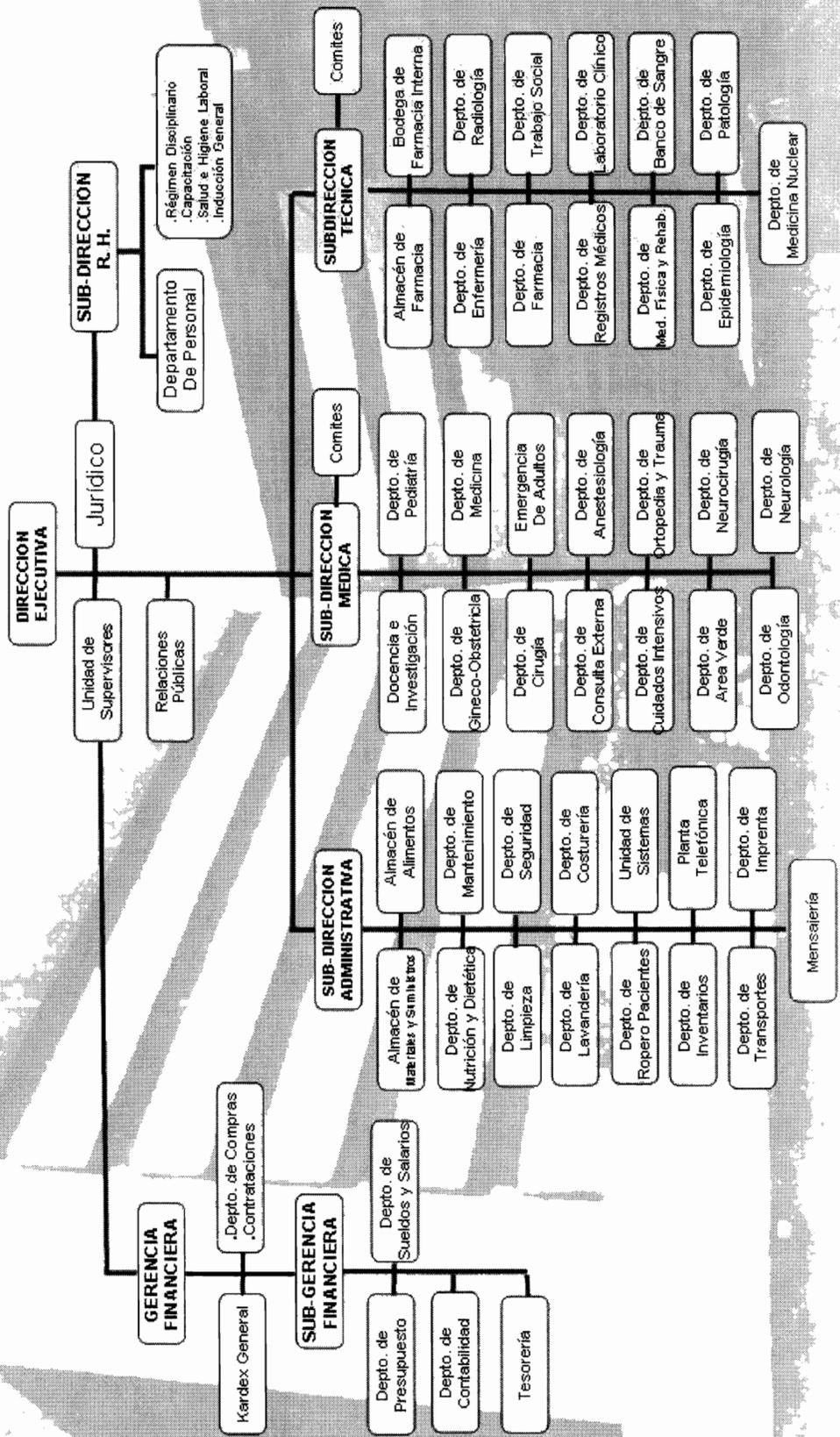
Ya en el siglo XX y debido al terremoto del 4 de febrero de 1976, el Hospital se vio en la necesidad de trasladar algunas de las áreas de atención médica al Parque de la Industria, en la zona 9 capitalina. Las atenciones trasladadas fueron: Emergencia, Ginecología y Obstetricia, Medicina, Pediatría y Traumatología, entre otras.

Fue en el año 1981 que se trasladó el Hospital a las actuales instalaciones, en la zona 1. Con el paso de los años se ha ido mejorando diferentes áreas, como la estructura física, que permite a los usuarios una mejor estadía. Ampliaciones y remozamientos incluyen: maternidad, consulta externa de la pediatría, trasplantes, traumatología pediátrica, cuidados intensivos y clínica del adolescente, biblioteca virtual para residentes. Se han implementando además nuevas unidades en las especialidades de, cardiología, quemados infantiles, trasplantes, hematooncología pediátrica, hematología de adultos, etc. Estos son algunos de los logros y avances que se han tenido el Hospital General San Juan de Dios. Además cuenta con aproximadamente 3 mil empleados, distribuidos de la siguiente forma: Mil 300 personal de auxiliares de enfermería y enfermeras graduadas, 500 médicos y mil 200 trabajadores administrativos y de apoyo.

El Hospital General San Juan de Dios es dirigido por la Dirección Ejecutiva, que cuenta con el apoyo de la Subdirección Médica, Subdirección Técnica,

Asesoría Jurídica, Gerencia Financiera, Gerencia de Recursos Humanos,
Gerencia de Mantenimiento y Comunicación Social y Relaciones Públicas.

ORGANIGRAMA HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS



1.3. Descripción de la población a la cual está dirigido el EPS

Como fue expuesto con anterioridad, el Hospital General San Juan de Dios brinda atención especializada a la población necesitada, no importando su etnia, edad, sexo, condición socioeconómica y/o procedencia. Esta institución cuenta con tres grandes áreas de servicio: Adultos, maternidad y pediatría, estos se subdividen en servicios específicos. Estas tres grandes áreas cuentan con consulta externa, encamamiento y emergencia. De toda la población, el proyecto de EPS estuvo dirigido a los servicios de Medicina, Cirugía, Quemados, Hematología y Nefrología del departamento de pediatría. Las enfermedades con mayor frecuencia según el servicio son:

SERVICIO	ENFERMEDADES MAS COMUNES
Medicina	Traumas por accidente, anomalías congénitas, diabetes infantil, asma bronquial, neumonías severas, bronco espasmos, problemas de oídos y ojos.
Cirugía	Anomalías del tubo neural, tumores cerebrales y en la médula, apendicitis, heridas de arma de fuego, apendicitis
Quemados	Quemaduras de I y II grado ocasionadas por accidentes, negligencia o maltrato.
Hematología	Leucemias, hemofilia, púrpura, tumores cancerígenos, ganglios, cáncer de huesos.
Nefrología	Problemas de los riñones.

A través del eje de investigación y la observación realizada en el eje de servicio se evidenció el fenómeno de somatización. Motivo por el cual se desarrolló el proyecto.

Planteamiento del o los problemas

Guatemala es un país multiétnico, formado por 21 grupos sociolingüísticos del tronco maya; por ladinos (mestizos) poseedores de rasgos propios según sus lugares de procedencia y por la población de etnia con una marcada cultura afrocaribeña (garífunas). Cuenta con agradables atractivos culturales y naturales. Su historia está cargada de hechos sorprendentes, mitos y leyendas dignas de ser exploradas. Sin embargo, existe la contraparte. Desde la época preclásica, pasando por la época colonial y republicana hasta la actualidad, Guatemala ha sufrido diversos y abundantes cambios sociológicos, económicos y políticos que sumergen el presente en un vasto subdesarrollo afectando al ciudadano en todas las esferas de su desarrollo. Este fenómeno silenciosamente ha ido afectando la vida del guatemalteco a lo largo del tiempo, desencadenando deterioro en su salud mental y física. Uno de los sectores más vulnerables a estos factores son los niños y niñas, volviéndose fácilmente en víctimas; una de las principales manifestaciones de este hecho puede ser observado en los altos índices de enfermedad en niños (as), las cuales se han venido proliferando por factores como la contaminación, ausencia de control prenatal, mala alimentación del niño o de la madre durante el embarazo, padres drogodependientes, alcohólicos, negligentes, agresores, entre otros.

En el departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios se brinda atención especializada a niños de cero a 12 años de edad. Sin embargo, el personal médico y paramédico tiende a identificar al paciente como un número de camilla, una enfermedad e incluso como un objeto. Por lo tanto, no se brinda un trato adecuado, impactando negativamente en la recuperación del mismo. Los niños (as) hospitalizados (as) manifestaron diversos cambios en el estado de ánimo y a nivel de conducta tales como, miedo, ansiedad, tristeza, estrés, depresión, angustia, sentimientos de soledad y abandono o culpa. Estas alteraciones en el estado anímico del niño, provocaron en muchos de los casos recrudescimiento de la enfermedad física, obstaculizando gravemente el proceso de recuperación de la salud.

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

2.1 Abordamiento científico teórico metodológico

Guatemala y la gente que la conforma ha sido víctima y ejecutora, irónicamente, de un sinfín de injusticias socioculturales, políticas y económicas, afectando de esta manera a sus ciudadanos en el presente. Uno de los sectores más vulnerables son los niños y niñas, volviéndose presa fácil de agresores, deficiencias educativas, negligencia y enfermedades.

Los niños y las niñas, por ser seres humanos en formación, absorben cualquier enseñanza, ya sea esta negativa o positiva, aprenden rápidamente y demandan atención debido a su calidad de seres dependientes. Lamentablemente, no siempre cuentan con la suerte de nacer totalmente saludables, con padres cariñosos y responsables o que se encuentren en una condición socioeconómica estable como para satisfacer todas sus necesidades; el ambiente cercano a su hogar también influye en ellos. Éstos factores se vuelven un cúmulo de atentados en contra de su saludable desarrollo; evidenciándose a través de los altos índices de enfermedad, ya sea ésta física o psicológica. En Guatemala, existe un alto porcentaje de cáncer infantil, hidrocefalia, problemas del tubo neural, anomalías congénitas, neumonía, entre otras. En el Hospital General San Juan de Dios, en el Departamento de Pediatría, se ha observado el impacto que tiene la enfermedad física en el desarrollo normal de los niños y las niñas. La reacción ante el padecimiento, la reacción de la familia, la atención de los médicos y el equipo paramédico, en definitiva contribuyen negativa o positivamente en la recuperación de la enfermedad.

González (2002) afirmó que la situación por la que atraviesa un niño (a) hospitalizado (a) está más que cargada de factores negativos de todo tipo. Por un lado, los que se derivan de la misma situación de hospitalización, que conlleva a la ruptura con los ambientes y círculos que rodean al niño: la familia, escuela, sociedad, y el ingreso brusco en un centro médico donde el niño se encuentra, de pronto, en un ambiente que no conoce y que lo atemoriza. Por otro lado, los que se derivan de la circunstancia anómala de la enfermedad: la enfermedad en sí con sus características propias y sus limitaciones naturales, el aislamiento o polarización de la atención, el

aburrimiento, el miedo y los temores de todo tipo, la depresión, la tristeza o desesperanza, le provocan diversas reacciones psicológicas. La enfermedad es, casi siempre, una fuente generadora de ansiedad, es un hecho que parece irrefutable. Hay razones que fundamentan la afirmación anterior y pueden sistematizarse en tres diferentes niveles:

1. Nivel Biológico: toda enfermedad genera una cierta ruptura en nuestro organismo cuyo funcionamiento resulta por ello, impedido y esto provoca consecuencias de inadecuada adaptación.
2. Nivel Ambiental (social): la separación de sus familiares, el aislamiento al que es sometido el paciente, el modo en que se recibe, su adaptación a las normas hospitalarias y el tener que abandonarse a manos de personas desconocidas, exigen de él un sobre esfuerzo (una activación) que muy bien pudiera desencadenar respuestas de ansiedad.
3. Nivel Psicológico: la enfermedad acaba siempre por poner al niño(a) a prueba, el enfermo (a) anticipa con mucha facilidad lo peor, negativizando (temores) lo que pueda suceder en el futuro.

El impacto psicológico de la enfermedad y la subsiguiente hospitalización, tiene primordial importancia, porque podría tener una influencia significativa en el desarrollo emocional ulterior del niño y favorecer (activar) actitudes negativas hacia los servicios de salud y desencadenar miedos irracionales relacionados con la vivencia durante la estadía en el hospital; cabe señalar que, para el niño como protagonista, la experiencia hospitalaria es generadora de gran ansiedad, angustia, sufrimiento y posiblemente trauma psíquico. Puesto que, la enfermedad produce sensaciones internas inusuales, un repentino conocimiento de procesos corporales desconocidos, así como una inexplicable pérdida de control de partes o funciones del cuerpo. De este modo, la experiencia de enfermedad y hospitalización crea en el niño(a) la necesidad de su comprensión y adaptación y, consecuentemente, reacciona ante ello. Para esto es necesario tomar en cuenta que “El modo de reaccionar ante la enfermedad depende de tantas variables que el futuro comportamiento del paciente es un hecho casi siempre imposible de predecir. La personalidad del enfermo, del médico y de los cuidadores, la edad y sexo del paciente, el tipo de hospital, el nivel socioeconómico del niño(a), las expectativas ante la propia curación etc., condiciona el modo de reaccionar del ser humano ante

su enfermedad" (González, 1990, p. 42.). En el 2005, Chan realizó un estudio, en donde encontró y posteriormente afirmó que existen tres etapas comunes que son base de la aparición de consecuencias psicológicas:

1. Hospitalización: es el primer obstáculo que el niño(a) atraviesa por ser internado y es una etapa en donde él manifiesta una fase de crisis por la separación de sus familiares y/o su ambiente natural. Presenta miedo a lo desconocido.
2. Intervención: etapa en donde sufre por ser sometido a diferentes normas, exámenes por parte de los médicos, hecho que su temprana edad no le permite encontrar una explicación lógica a lo que le realizan, generándole un estado de inseguridad, angustia, agresividad, y terrores nocturnos. Estos cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos, rápidos o graduales.
3. Permanencia: es la etapa en donde el personal médico analiza la enfermedad del niño y deciden cuanto tiempo perdurará dentro del hospital, esta incertidumbre provoca cambios en el estado de ánimo y trastornos adaptativos.

Tras esta exposición intentamos fundamentar la necesidad de la realización de un programa de atención psicológica integral para el niño(a) hospitalizado(a) y la aplicación de otros diferentes procedimientos y estrategias para prevenir, evitar y reducir los efectos psicológicos negativos que la hospitalización suele generar tanto en el paciente pediátrico como en su familia. La hospitalización de un niño(a), por cualquier motivo, siempre es un evento traumático para él (ella) y su familia. Los niño(a)s hospitalizados requieren más cariño y cuidados de los padres o familiares cercanos, debido a que experimentan sentimientos desoladores por haberlos colocado en un ambiente extraño, nuevo, en la mayoría de las veces hostil. Los hospitales muchas veces no son los mejores ambientes para un niño enfermo, sobre todo en países como este donde las instituciones sobreviven con grandes dificultades y carencias. Atender cada una de las necesidades de los subsistemas que componen un hospital se vuelve imperante, puesto que, el personal en contacto directo con el paciente, debe permanecer informado, orientado, satisfecho y, ¿por qué no?, también cuidado emocionalmente. De este hecho se desprenderá una mejor atención al necesitado.

“En el caso de hospitalización de un niño(a) por largos períodos, se observan fenómenos como depresión, desinterés por aprender, lentitud del crecimiento físico y desórdenes psicológicos que van de leves a severos” (Chúa y Pozuelos. Mayo-Agosto 2004. Visita Permanente en la atención del niño hospitalizado. El Sanjuanero). Los niños hospitalizados por lo general demuestran un descenso en su capacidad de respuesta emocional hasta que regresan a casa. En los hospitales los profesionales de la salud son todos extraños, no sustituyen a la madre o familia y los importantes vínculos de la afectividad y socialización se reducen, alterando no sólo la recuperación física, sino la salud integral del infante. Aún la hospitalización de poco tiempo puede perjudicar a los niño(a)s. Varios investigadores han encontrado que niños preescolares hospitalizados pasan por estadios bien definidos a los que denominan “ansiedad de separación” (a pesar de contar con la visita permanente, varios de los niño(a)s presentan esta conducta. En la primera etapa (de protesta) los niño(a)s tratan activamente de recuperar a sus madres llorando, sacudiendo las camillas, oponiéndose a comer e ingerir medicamentos. En la segunda etapa (de desesperación) disminuyen los movimientos activos, gritan de forma monótona e intermitente y se vuelven apartados é inactivos. Debido a su quietud, confunde que hayan aceptado su estancia de forma positiva. En la tercera etapa (de separación) los niños aceptan el cuidado de varias personas y están más dispuestos a comer, sonreír, colaborar, jugar y ser más sociables. Incluso pueden, ante la visita de padres o familiares, mostrar desinterés por los mismos. (Chúa y Pozuelos. Mayo-Agosto 2004. Visita Permanente en la atención del niño hospitalizado. El Sanjuanero).

Los médicos están acostumbrados a ver al paciente como la enfermedad que presentan, olvidándose de la dimensión emocional y tratándolos despersonalizadamente. Tanto médicos, como personal paramédico y demás personal sanitario; necesita tener una guía de abordaje responsable que atienda a las necesidades sanitarias del paciente pediátrico. Para empezar a comprender la dinámica psicológica del niño (a), analizaremos tres etapas propuestas por las que pasan los niños al ser internados González (1990),

- Fase de crisis: esta se produce como consecuencia de la separación del hogar, de la escuela y de la comunidad. Esta fase se encuentra caracterizada por un choque emocional en donde se desarrolla la negación y suelen haber niveles variables de ansiedad
- Fase de transición: las emociones y los sentimientos de los niños (as) se van sustituyendo por el miedo a lo impredecible, las preocupaciones se van vinculadas a la soledad y se hace necesario hacer un compromiso con la familia.
- Fase de aceptación: los niños aprenden a aceptar y a vivir con las limitaciones que su enfermedad le impone dentro del hospital.

El bienestar psicológico del niño(a) dentro del período de la hospitalización debe ser una experiencia que permita favorecer de alguna manera el desarrollo infantil, además se puede enfocar la posibilidad de intervenir para prevenir, disminuir o eliminar los efectos perjudiciales. Esta doble vertiente del beneficio que contiene la experiencia de hospitalización se puede considerar basándose en la intervención psicológica a varios niveles:

Intervención con niño(a)s (Programa de Atención al Niño)

Se debe tomar en cuenta que si la madre/padre o encargado no puede estar en la visita permanente, es importante que el (la) niño(a) disponga de varias figuras de apego para poder compensar ausencias temporales de alguna de ellas. También puede ayudar a calmarle y a sentirse seguro, disponer de objetos con los que esté familiarizado (su juguete o libro preferido). A medida que el niño(a) se adapte es oportuno incentivarle para que realice algunas actividades por si solo. Por ejemplo comer, caminar, manipular objetos, etc. Asimismo es recomendable que los cuidadores sean siempre los mismos. “El niño (a) debe de estar acompañado de figuras de apego. Informarle del tratamiento con un lenguaje adecuado a su edad; llevar acabo esta instrucción genera un sentimiento de confianza hacia las personas”. (<http://html.rincondelvago.com/hospitalizacion-de-ninos.html>).

Para trabajar con el niño(a) es preciso que todas las personas en contacto directo con él (ella) posean diferentes técnicas de intervención que permitan el adecuado afrontamiento, manejo y recuperación de la enfermedad y de su estado emocional. Algunas de las técnicas de afrontamiento que se pueden utilizar ante la hospitalización infantil son: el modelado, técnicas con imágenes, relajación,

modificación de autodeclaraciones y de expectativas y creencias irracionales, el juego, los cuentos, entre otros.

Intervención con Padres (Programa de Atención a la Familia)

Cuando un niño(a) tiene la experiencia de una enfermedad o de estar hospitalizado es muy importante la preparación y participación de madre/padre (la persona en visita permanente) o encargado, porque el niño percibe la experiencia como amenazadora; cuando el niño(a) es muy pequeño(a) su madre/padre o encargado es su principal fuente de confianza y seguridad debido a que está pasando por momentos de gran vulnerabilidad, esto provoca influencias positivas en las reacciones del paciente ante el tratamiento y la relación entre éste y el personal. De esta manera se trata de que la madre/padre o encargado, en colaboración con los profesionales consigan minimizar los efectos perjudiciales y potenciar los efectos beneficiosos de la experiencia de hospitalización.

Orientación para Padres

La hospitalización puede llegar a producir un trauma si la experiencia en el hospital es hostil, dolorosa y solitaria; debido a esto es fundamental orientar a los padres puesto que, "la mayoría de los padres pueden sentir que no han sido entrenados para ayudar a los niños (as) que sufren un trauma. En muchos de los casos los padres mismos se sienten confundidos y no saben cómo afrontar sus propias reacciones psicológicas" (Shapiro, 2002, p.324). Como punto de partida se debe tomar en cuenta que no se debe mentir ni engañar al niño (a) sobre los motivos por los que va a ser hospitalizado ya que solo se conseguirá aumentar su temor al ver que no ocurre lo que se le había dicho y disminuirá su confianza en el adulto. Los padres tienen que afrontar y aceptar la enfermedad, logrando esto a través de la información adquirida acerca de la condición de salud del pequeño(a), además es recomendable relacionarse con otros padres en casos similares.

Hay que asegurarse de que el niño(a) sobre todo si es pequeño no piense que se le va a abandonar o que está en el hospital por algún castigo. La madre/padre o encargado debe estar en todas las experiencias estresantes para el niño(a) como curas y estar el máximo tiempo posible para lo que ahora existe el Programa de Visita Permanente. También es bueno comentarle al niño(a) que las actividades

cotidianas van a cambiar para lo que los padres han de informarse. Por ejemplo; que va a encontrarse en una habitación diferente y que compartirá con otros niño(a)s, que posiblemente tendrá que estar en la cama, comer alimentos en su propia bandeja o a diferentes horas de las que estaba acostumbrado, etc., se le debe explicar que se encontrará con diferentes personas (médicos, enfermeras, maestras, otros profesionales) cuya intención será ayudarlo a que pueda volver a realizar sus actividades habituales. También que encontrará a otros niño(a)s a los que les ocurrirá algo parecido o diferente pero que también necesitarán ayuda y que seguramente hará amigos. La madre/padre o encargado debe estar informado acerca del diagnóstico, plan de tratamiento y progresos médicos de su hijo(a). La comunicación satisfactoria con el personal médico y paramédico ayuda a los padres a adquirir control sobre la situación y a aliviar sus preocupaciones y expresar sus sentimientos. Pero en el caos diario de la vida hospitalaria madre/padre o encargado, personal médico y paramédico no logran comunicarse bien, encuentran dificultad para dialogar un solo idioma. Cada quien está inmerso en sus propias preocupaciones como para entender y brindar el soporte psicológico necesario al niño(a) en cuestión. Debido a esto, es preciso trabajar varios aspectos con la madre/padre o encargado, tales como: el afrontamiento y aceptación de la enfermedad del niño(a): los la madre/padre o encargado debe estar informado por el personal médico y paramédico y/o por otras fuentes y es recomendable que se relacionen con otros padres en situaciones similares, actividad que probablemente mejore la actitud de los padres hacia el niño(a) y si no es así, se debe orientarlos para evitar actitudes negativas delante de los niño(a)s y para que permitan la intervención psicológica por medio de diversas técnicas como la ludoterapia, cuentoterapia etc. La madre/padre o encargado han de familiarizarse con el entorno hospitalario y han de familiarizar al niño(a) también. Cuando se está internado en un hospital, suelen crecer los grados de estrés, para esto es fundamental la comunicación entre medico-padres, es muy importante recibir un apoyo emocional y fomentar la confianza de los padres en el hospital (en el personal médico y paramédico etc.)

Intervención con personal médico y paramédico (Programa de Atención al Personal Sanitario)

Para que ocurra un cambio importante, se debe tratar de influir sobre las actitudes de todo el personal en lo que se refiere a las necesidades de los niño(a)s hospitalizados y a las normas que determinan las prácticas del cuidado infantil. El personal médico y paramédico son las personas al cuidado continuo del niño(a), así que, la recuperación del paciente, en gran medida, está sujeta a la relación que se establezca con dichas personas. El equipo de salud mental puede intervenir a este nivel sin descuidar la atención específica para los niños y niñas internados. Trabajando todos en equipo y en un mismo idioma, se pueden generar cambios valiosos a la idea que se tiene de atención integral. Pero ¿qué sucede cuando los profesionales de la salud no están en la condición sociopsicológica para brindar atención de calidad? Algunos de los profesionales de la salud pueden estar padeciendo del Síndrome de Burnout también llamado síndrome de “estar quemado” o de desgaste profesional, se considera como la fase avanzada del estrés profesional, y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario. (<http://www.arearh.com/salud%20laboral/sindromeburnout.htm>). Por lo general, los trabajadores de la salud sufren de este síndrome debido al contacto continuo con personas gravemente enfermas, a veces con consecuencias de muerte, y con los familiares de éstos que se encuentran angustiados. En estas circunstancias se producen intensos sentimientos de amor, miedo, duelo, etc. que se dan de forma repetitiva. También le podemos agregar a esta sobrecarga emocional la sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, de personal, de material, etc. Precisamos trabajar a este nivel para poder lograr el objetivo de brindar mejor atención a los niños y niñas hospitalizados. Si el personal se vuelve consiente de lo que sucede y cómo puede mejorar, tendrá mayor disposición para colaborar con el programa.

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general:

- Elaborar, implementar y promocionar un programa piloto de cuidado emocional para niños hospitalizados desde una visión psicosocial.

2.2.2 Objetivos específicos

➤ Subprograma de Servicio

- Brindar atención psicológica individual a los niños y niñas internados con el fin de disminuir el impacto psicológico de la hospitalización.
- Orientar y apoyar a los encargados o tutores de los niños y niñas con respecto a la hospitalización, sus efectos y consecuencias psicológicas probables.

➤ Subprograma de Docencia

- Sensibilizar al personal médico, paramédico, estudiantes de psicología, estimulación temprana, maestras y madres de familia acerca de los procesos psicológicos que se dan en un niño enfermo, impacto del tratamiento y la hospitalización; por medio de la realización de talleres de psicoeducativos.

➤ Subprograma de Investigación

- Identificar y contrastar las reacciones afectivas en niños hospitalizados y adultos en visita permanente, de los servicios de medicina, cirugía, hematología, nutrición y nefrología.

2.3 Metodología de abordamiento:

Se abarcaron varias poblaciones para el desarrollo del proyecto, las cuales se definen en cada subprograma, puesto que, las necesidades varían según el servicio. Para el registro de las actividades se hizo uso de: F4 (registro de pacientes de consulta y reconsulta), diario de campo, registros internos por servicio y/o subprograma y realización de evoluciones en los expedientes del hospital. El horario de atención fue de 8:00 a 12:00 de lunes a viernes en los meses de febrero a julio y de 13:00 hrs. a 17:00 hrs. De agosto a febrero del 2009.

➡ Subprograma de Servicio

Éste subprograma abarcó dos poblaciones en general: niños y niñas internados en pediatría y madre/padre o encargado en visita permanente.

- Se brindó atención psicológica individual a niños y niñas por medio de Terapia de Juego, Cuentoterapia, Musicoterapia, Atención Clínica y Terapia Artística.
- Se atendió a madres de forma individual por medio de Terapia de Apoyo.

➡ Subprograma de Docencia

Éste subprograma abarcó dos poblaciones diferentes, las cuales son: madres/padres o encargado en visita permanente y personal paramédico.

- Para Madres, Padres o Encargado en visita permanente: se realizó talleres acerca de diversos temas como: afecto, hospitalización, patrones de crianza.
- Para Personal Paramédico: Se realizó divulgación verbal acerca de importancia del “cuidado emocional del paciente pediátrico” y su influencia en la recuperación.

➡ Subprograma de Investigación

En éste subprograma se pretendió identificar las principales problemáticas psicosociales de los niños y niñas de cada servicio, características de personalidad de padre/madre o encargado en visita permanente y las actitudes predominantes del personal paramédico.

En resumen, las personas participantes fueron: niños y niñas internados en los servicios de medicina, quemados, cirugía, hematología y nefrología. Madre/padre o encargado en visita permanente, maestras, personal médico y paramédico y equipo de psicología. Se excluyó la sala de Cuidados Intensivos y Emergencia debido a que fueron sujetos de otro programa. Nutrición y cunas fue excluido al principio del proyecto, sin embargo, se recibieron varias consultas de parte de los mismos y se abordaron pacientes de dichas áreas a partir de agosto de 2008 a febrero de 2009. Traumatología no fue incluida debido a su calidad de servicio con psicóloga específica.

Los Criterios de Inclusión: Todos los niños y niñas, madre/padre o encargado en la visita permanente, personal médico y paramédico que permanecieron en los servicios antes mencionados y que mantuvieron actitud colaboradora. Los Criterios de Exclusión: Madre/Padre o encargado en visita permanente y profesionales que no desearon colaborar. Padres y pacientes de Cuidados Intensivos, emergencia y traumatología. El Período de Ejecución: febrero 2008 a febrero 2009.

CAPÍTULO III

Presentación de actividades y resultados

3.1 Subprograma de servicio

La finalidad primordial de éste, consistió en brindar atención psicológica individual a los niños y niñas internados en el Departamento de Pediatría, con el objetivo de disminuir el impacto psicológico de la hospitalización. Puesto que, se ha comprobado mediante investigaciones, que la experiencia hospitalaria del niño o niña afecta en la recuperación de su afección física.

Una de las principales reacciones ante la hospitalización es la ansiedad, respuesta emocional que experimentan como un sentimiento de desasosiego, preocupación y miedo vago o intenso de origen desconocido. Un niño y/o niña ansioso(a) experimenta una sensación general de aprehensión afectiva de la que se desconoce el origen preciso. Éste es uno de los puntos cruciales en donde se interviene a nivel psicológico, pues es la enfermedad y la hospitalización la que está provocando estrés y entonces, las funciones psicológicas que suscitan influyen positiva o negativamente en el curso de la misma, según sea al caso.

Asimismo, se logró orientar y apoyar a las madres/padres o encargados en visita permanente; atendiendo de esta manera, las necesidades psicosociales del paciente pediátrico. Se pudo observar que, la persona en visita permanente (madre/padre o encargado) influye activa y directamente en el estado emocional y manifestaciones comportamentales del paciente ante la hospitalización y ante los procedimientos médicos. Recordemos que el niño o niña es un ser humano en la etapa más dependiente de su vida y por tal razón la persona que lo acompaña se vuelve principal fuente de protección, seguridad y afecto, de mencionado hecho se desprende el motivo por el cual la persona en visita permanente puede influir positiva o negativamente según sea la condición emocional, cognitiva y actitud ante la situación de la misma.

Las actividades y metodología empleadas dependieron de diversos factores, tales como, el grado de colaboración de la persona en visita permanente y del paciente pediátrico, su estado físico y la problemática psicológica identificada. Generalmente, la persona en visita permanente, encontró dificultad para aceptar la intervención por parte de psicología, cuando el niño o la niña se encontraba imposibilitado (a) físicamente para quedarse solo o para trasladarse a otro lugar, incluso con ayuda para el traslado. La persona encargada de cuidarlo (a), no deseaba dejar al paciente sin asistencia inmediata. En dicho caso, se trabajó en el lugar de permanencia del niño o la niña y en caso contrario, se le invitó al paciente a asistir a la Clínica de Psicología. Entre las técnicas utilizadas para el abordaje psicológico estuvieron la cuentoterapia, la musicoterapia, la ludoterapia (directiva y no directiva) y la terapia artística. En la mayoría de los casos, las actividades llevadas a cabo fueron aceptadas de manera positiva, se logró crear una atmósfera cálida y hubo buen nivel de identificación con el “quehacer” de la psicóloga. Cuando la estadía de los pacientes superaba la semana fueron atendidos en más de una ocasión (reconsulta) y se administraron las citas a partir de la evolución biopsicológica de los mismos. Asimismo, cuando la estadía de los pacientes era menor de la semana, éstos fueron atendidos una única vez.

A continuación se presenta a nivel cuantitativo, la atención psicológica a pacientes pediátricos y personas adultas en visita permanente.

CUADRO NO.1

Atención psicológica a personas adultas en visita permanente a nivel de primera consulta y re-consulta.

	Femenino	Masculino
1era. Consulta	987	100
Reconsulta	355	13
Total	1342	113

Fuente: Ejercicio profesional supervisado en el departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

En la primera consulta se abordó a personas adultas en visita permanente con la finalidad de identificar si la necesidad psicológica era de calidad emergente, prioritaria o esencial, se entrevistó a la persona adulta primero para obtener datos generales del caso. Se brindó apoyo emocional, técnicas de afrontamiento ante enfermedad y hospitalización del pariente. Puesto que, se identificó, en la mayoría de los casos, indicadores de desestabilización emocional, mediano a alto nivel de ansiedad, pensamientos intrusivos y tendencia al sentimiento de desasosiego. En los casos en donde se evidenció mayor nivel de descompensación de homeostasis psíquica se brindó seguimiento dos días por semana, semanal o quincenal, según el caso.

CUADRO NO.2

Atención Psicológica a pacientes pediátricos a nivel de primera consulta y reconsulta

	Femenino	Masculino
1era. Consulta	739	236
Reconsulta	432	400
Total	1171	636

Fuente: Ejercicio profesional supervisado en el departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

En la primera consulta se abordó a los y las pacientes pediátricos (as) por referencia de personal médico, personal paramédico y/o captación en el servicio mediante la observación de conductas inapropiadas. En la primera consulta, por lo general, se entrevistó primero a persona adulta en visita permanente con el fin de obtener datos generales o para recopilar información para la Anamnesis, seguidamente se abordó al paciente pediátrico con técnicas que se consideraron oportunas para el caso. El lugar de trabajo fue variado, puesto que, en ocasiones el paciente no pudo asistir a la clínica de psicología y se trabajó en el área de encamamiento. En dicha intervención se exploró dinámica psíquica, familiar y reacciones emocionales ante la enfermedad y hospitalización. Se brindó seguimiento a pacientes que así lo requerían. Se llevó registro de pacientes atendidos a nivel de primera consulta y consulta.

3.2 Subprograma de Docencia

Se realizaron talleres de información educativa para personas adultas en visita permanente acerca de procesos psicológicos que se dan en un niño enfermo, el impacto a nivel subjetivo y físico del cual son objeto debido al trato del personal médico y paramédico, manifestaciones físicas provocadas por el tratamiento, reacciones emocionales ante la hospitalización y maneras de afrontarlo.

La metodología empleada varió según las necesidades específicas del servicio y de la persona abordada. Se propició la interacción de doble vía (participación activa), puesto que, se observó que de ésta manera la información llegaba al receptor con mayor eficacia. Se promovieron los talleres en apoyo con la trabajadora social y la psicóloga encargada de la Unidad de Psicología de Pediatría.

En cuanto al abordaje grupal de pacientes pediátricos, se utilizaron técnicas ludoterapéuticas, tales como mímica, sociodrama, psicodrama, entre otros. Asimismo, se utilizó la cuentoterapia, herramienta que fue bien recibida por los pacientes. La terapia artística tuvo gran impacto debido a su cualidad de libre expresión y actividad semidirectiva. Se identificó que al utilizar ésta técnica las personas con actitud hostil, lograron vencer la barrera de relación con el otro y disminuyeron sus mecanismos de defensa.

CUADRO NO.3

Atención psicológica a pacientes pediátricos y personas adultas en visita permanente a nivel grupal

	Femenino	Masculino
Pacientes Pediátricos	129	11
Personas adultas en visita permanente	333	257
Total	462	268

Fuente: Ejercicio profesional supervisado en el departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

La cantidad de pacientes pediátricos atendidos es casi una tercera parte de la cantidad de personas adultas en visita permanente, puesto que, los pacientes pediátricos reciben clases todos los días en jornada matutina. Existe una escuelita en el departamento de pediatría conformada por cuatro maestras, que se encargan de brindar atención educativa a pacientes, iniciando a las nueve de la mañana para terminar a las 12:00 del medio día.

3.3 Subprograma de Investigación

Se atendieron a nivel individual, un total de 1,807 pacientes pediátricos y un total de 1,455 personas adultas en visita permanente a manera de primera consulta y reconsulta, de los cuales fueron elegidos 500 niños (as) y 500 personas en visita permanente, los participantes fueron seleccionados. Se tuvo como finalidad, identificar y contrastar las reacciones afectivas sobresalientes de mencionados (as) participantes de cada uno de los servicios de Medicina, Nutrición, Hematología y Cirugía, para de esta manera evidenciar la predominancia de las mismas según el servicio.

La observación fue de tipo participante, pues, mientras se llevaba a cabo mencionada técnica, el investigador estaba interactuando con el observado(a). Cuando el período de hospitalización de los pacientes era de una semana o menos, se abordó al paciente y a la persona adulta en visita permanente, una única vez y durante mencionada sesión se registraron los aspectos presentados según los parámetros de observación previamente establecidos. Habitualmente, se identificó en la segunda o tercera fase de la sesión. Siendo la primera fase el establecimiento de rapport y primera exploración psíquica, la segunda fase consistió en el llenado de la entrevista inicial y la tercera fase se confirmaron los aspectos observados en la primera y segunda fase de la sesión. Si el período de hospitalización superaba la semana, las sesiones de abordaje fueron más cortas pero más constantes. Generalmente, se identificaba la reacción afectiva predominante en la segunda sesión. Pues se exploró con mayor profundidad la dinámica psicológica, por medio de las técnicas descritas en la sección de subprograma de servicio.

CUADRO NO.4

Hallazgos psicológicos realizados en pacientes pediátricos de los diversos servicios del departamento de pediatría

SERVICIO	Déficit cognitivo		Ansiedad		Depresión		TOTAL	
	No de pacientes	%	No de pacientes	%	No de pacientes	%	No de pacientes	%
Medicina	21	13%	119	72%	25	15%	165	100%
Nutrición	67	68%	18	18%	13	14%	98	100%
Hematología	7	6%	22	19%	85	75%	114	100%
Cirugía	9	7%	109	89%	5	4%	123	100%
TOTAL	104	-	268	-	128	-	500	-

Fuente: Ejercicio profesional supervisado en el departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

Como podemos observar en el cuadro anterior (no.4), en el servicio de **MEDICINA** la reacción afectiva prevaleciente en un 72% es la ansiedad ante la hospitalización y la condición de salud, siguiéndole la Depresión (episodio depresivo transitorio) en un 15% y en un 13% se identificó Déficit Cognitivo no relacionada a enfermedad orgánica. En el servicio **NUTRICIÓN** se identificó Déficit Cognitivo en un 68%, Ansiedad en un 18% y un 14% de Depresión.

En el servicio de **HEMATOLOGÍA**, se identificó en 75% Depresión, en un 19% Ansiedad y en un 6% Déficit Cognitivo.

En el servicio de **CIRUGÍA**, un 89% de Ansiedad, un 7% de Déficit Cognitivo y un 4% de depresión.

CUADRO NO.5

Hallazgos psicológicos realizados en personas adultas en visita permanente de los diversos servicios del departamento de pediatría

SERVICIO	Agresión		Ansiedad		Depresión		TOTAL	
	No de pacientes	%						
Medicina	51	30%	77	45%	43	25%	171	100%
Nutrición	43	42%	26	25%	33	33%	102	100%
Hematología	32	30%	27	25%	48	45%	107	100%
Cirugía	58	48%	38	32%	24	20%	120	100%
TOTAL	184	-	168	-	148	-	500	-

Fuente: Ejercicio profesional supervisado en el departamento de pediatría del Hospital General San Juan de Dios.

En el servicio de **MEDICINA**, se presentó en un 45% Ansiedad, un 30% de Agresión y un 25% Depresión.

En el servicio de **NUTRICIÓN** se presentó en un 42% de Agresión, un 33% de Depresión y un 25% Ansiedad. En el servicio de **HEMATOLOGÍA** un 45% de Depresión, un 30% de Agresión y un 25% de Ansiedad. En el servicio de **CIRUGÍA** un 48% de Agresión, un 32% de Ansiedad y un 20% de Depresión.

En soporte a la información tipificada y procesada que se presentó, se incluyen aspectos cualitativos como parte de los hallazgos de la investigación:

- **Servicio de Medicina**

Los niños entienden el ingreso al hospital de maneras muy distintas. Todo depende de la edad que tenga, del carácter, de su desarrollo psicomotor, condición emocional premorbida, de cuántos días tendrá que permanecer en el hospital, de la enfermedad que padezca, si siente dolores y molestias, si su físico ha cambiado, y qué tipo de compañía le hacen.

En éste servicio se presentan diversas patologías físicas, lo cual, hizo que el trabajo diario fuera de alto nivel de actividad. Regularmente se hacía una visita a cada camilla en donde se identificaba el nivel de necesidad psicológica a través de la entrevista, escucha activa, técnicas de juego, entre otros. El paciente pediátrico y/o de la persona adulta en visita permanente se mostraba, por lo general, un tanto hostil al principio, sin embargo, durante el transcurso de la intervención se disminuían los niveles de ansiedad y mecanismos de defensa. Se lograba de ésta manera, identificar las necesidades específicas. En ocasiones tomó más de una sesión identificarlas.

Se iniciaba con la recolección de datos para la anamnesis, se realizaba evolución en expediente para evidenciar progreso, estancamiento o retroceso de paciente. Se identificaron diversas reacciones emocionales ante hospitalización y características psicológicas premorbidas, como por ejemplo, ansiedad por separación, duelos no resueltos, problemas de aprendizaje, episodios depresivos, episodios mixtos (ansiedad-depresión) conductas acting out, etc. Estas dimensiones subjetivas fueron abordadas desde la diversos enfoques y técnicas psicoterapéuticas.

Las respuestas de ansiedad fueron bastante comunes (ver cap. III), pues están integradas al modo de reacciones defensivas innatas en el repertorio de conductas de los niños y las niñas hospitalizados, en general, de todas las personas. Esta respuesta se evidenció como un mecanismo de vigilancia del paciente pediátrico ante la actividad agitada del servicio y el comportamiento del personal.

Se intervino a nivel de soporte emocional y orientación educativa a personas adultas en visita permanente. Los casos fueron captados, como se mencionó anteriormente por grado de necesidad psicológica identificada, sin embargo, también se atendieron pacientes por referencia verbal y/o escrita (hoja de interconsulta ya existente en el HGSJD).

El avance del paciente atendido, determinó si era necesario realizar hoja de referencia a la Clínica de Atención Integral al Adolescente, Clínica de Psicología de consulta externa, clínica de estimulación temprana o clínica de neuropsicología. La estadía de los niños y las niñas variaron según la evolución médica.

- **Servicio de Hematología**

En el presente servicio, generalmente, la estadía de los niños y las niñas afectados era más tardía debido al tipo de tratamiento que requieren. Por lo tanto, el seguimiento psicológico fue más consecuente e intensivo. Investigaciones internacionales han demostrado que los pacientes oncológicos tienen mayor propensión a padecer de Depresión en comparación a pacientes con otro tipo de enfermedad. En el Departamento de Pediatría se observó mencionado fenómeno. Los pacientes pediátricos presentan cambios físicos severos debido a quimioterapia (por Ej. Caída del cabello), se ven obligados a soportar los dolores de la enfermedad y del tratamiento, su psiquismo es afectado agresivamente por distorsiones a nivel de autoimagen, autopercepción, autoconcepto, autoestima y el miedo a la muerte.

Dichas variables se abordaron a nivel individual y grupal con los pacientes y las personas adultas en visita permanente, trabajando la adaptación a la hospitalización, aceptación de enfermedad y el tipo de tratamiento. A nivel más profundo se brindó soporte emocional para sobrellevar el mencionado proceso de recuperación o mantenimiento. En casos críticos, es decir, en fases terminales de la enfermedad se brindó apoyo psicológico según principios de tanatología. Se explicó el por qué de los cuidados paliativos a personas adultas en visita permanente. La experiencia, sin duda alguna, fue de gran aprendizaje a nivel profesional y personal, pues se demuestra el poder de la voluntad

humana, hubo casos en donde los pacientes sentían fuertes deseos de vivir y “curiosamente” después del refuerzo de mencionado sentir (a través de la psicoterapia) los resultados de los exámenes eran satisfactorios. Por ejemplo, la noticia de cáncer en remisión.

▪ Servicio de Nefrología

En el servicio de nefrología se trabajó adaptación a la hospitalización, aceptación de procedimiento de diálisis, normas de higiene durante el proceso y manejo de estresores debido a condición de salud. Los pacientes en espera de trasplante de riñón y sus familiares (personas adultas en visita permanente) presentaron altos niveles de ansiedad y depresión (episodios mixtos), pues la espera de un trasplante y lo que conlleva genera manifestaciones contradictorias. Los exámenes de diagnóstico para el trasplante son extensivos pero necesarios para determinar el estado médico del paciente. Además, existe la incertidumbre en relación a la aceptación o rechazo del riñón nuevo. El rechazo es una reacción normal del cuerpo a un objeto extraño. Cuando se coloca un riñón nuevo en el cuerpo de una persona, el cuerpo considera el órgano trasplantado como una amenaza e intenta atacarlo. El sistema inmune fabrica anticuerpos para intentar destruirlo, sin caer en cuenta de que el órgano trasplantado es beneficioso. Para permitir que el órgano se adapte satisfactoriamente en un cuerpo nuevo, se deben administrar medicamentos para forzar al sistema inmunológico a aceptar el trasplante. Y es precisamente en ésta coyuntura en donde se intervino activamente, desde el enfoque psicológico. Existe estrecha relación entre la condición emocional (psíquica) y la respuesta inmune, según se encuentre el paciente a nivel subjetivo el sistema inmune accionará a la adaptación del nuevo órgano. Generalmente el donador es un familiar y por lo tanto fue preciso explorar la “compatibilidad psicológica”¹ entre el receptor y el donante, con el fin de identificar los posibles obstáculos subjetivos para un transplante de éxito. Si el donante, o ya sea, el receptor presentaban conflictos de relación el éxito del trasplante se vio nublado. En contraposición, los involucrados que tenían una relación funcional

¹ Se le llamó “compatibilidad psicológica” al grado de empatía y ausencia del sentimiento de enojo, rencor y rechazo entre ambas partes. Según jefa de la unidad de psicología, existe una fuerte conexión entre la “compatibilidad psicológica” y el éxito del transplante.

y satisfactoria alcanzaron los resultados esperados después del trasplante. En uno de los tres casos se comprobó la hipótesis descrita. El paciente pediátrico y la madre tenían una relación disfuncional, el hijo presentaba altos niveles de ansiedad, sentimiento de enojo, alta vulnerabilidad emocional y conducta agresiva con la madre. Esto en consecuencia de la relación de pareja patológica. Dos de los tres casos fueron satisfactorios y ambos presentaron características psicológicas similares tales como bajo nivel de ansiedad, ausencia del sentimiento de enojo hacia figura parentales, buen nivel de afecto y apoyo entre los miembros de la familia.

En todos los casos se intervino de manera activa si la persona en visita permanente presentaba actitud colaboradora y respetuosa, en el caso que se expuso, en donde falló el trasplante, la madre se mostró todo el tiempo hostil e incitó al hijo a tomar esta postura. El riñón fue rechazado a las 24 hrs. del trasplante.

Se abordó a los pacientes desde diferentes enfoques y técnicas ludoterapéuticas. El arteterapia, nuevamente fue de gran aporte a nivel anímico debido a su calidad de libre expresión de afectos.

▪ Servicio de Cirugía

En el presente servicio hubo varios pacientes ingresados debido a Herida por Arma de Fuego (HPAF). Identificándose, en varios de los casos Estrés post-traumático. En estos casos se trabajó de manera paralela con persona en visita permanente y paciente la técnica de desensibilización sistemática.

En estos casos la adaptación al hospital fue más lenta en comparación al servicio de medicina.

Asimismo, se atendieron pacientes en espera de cirugía y se les brindó preparación psicológica pre-operatoria, a las 36 horas de salir del quirófano se abordaron mediante la técnica de cuentoterapia, pues, ésta técnica no requiere el movimiento del paciente y posee los ingredientes necesarios (como la imaginación mental) para llegar a la dimensión subjetiva.

Se brindó seguimiento a los pacientes y personas en visita permanente de prolongada estadía en el Hospital.

- **Servicio de Nutrición**

Este servicio fue incluido en el proyecto a partir del mes de agosto, debido al incremento de pacientes referidos por parte de la trabajadora social del mismo. En el presente servicio se identificó problemas en el desarrollo del niño y niña y déficit cognitivo. Además, se identificó el aumento de “madres adolescentes”, las cuales fueron abordadas desde un enfoque integral. Los pacientes pediátricos, en su mayoría fueron referidos al programa de estimulación temprana.

CAPÍTULO IV

Análisis y discusión de resultados

La experiencia de la hospitalización para un niño y niña es un cambio abrupto en su vida. 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. Ésta vivencia puede generar *diversos cambios en el estado de ánimo y a nivel de conducta* en el niño y niña. Se puede manifestar el miedo, ansiedad, tristeza, estrés, depresión, angustia, sentimientos de soledad, abandono y/o culpa. Estas alteraciones en el estado anímico del niño, pueden conducir a su vez a un recrudecimiento de la enfermedad física, obstaculizando gravemente el proceso de recuperación de la salud y esto a su vez, puede *generar trauma psíquico*. Asimismo, durante el diagnóstico institucional se identificó que el personal médico y paramédico no posee las herramientas psicológicas básicas para una oportuna y calificada atención al paciente y su familia. Por lo tanto, nace la necesidad de elaborar, implementar y promocionar un programa piloto de cuidado emocional del niño y la niña hospitalizado. A continuación se describen los hallazgos encontrados analizados por subprograma.

4.1. Subprograma de servicio

Éste subprograma se enfocó en brindar atención psicológica individual a los niños y niñas internados con el fin de disminuir el impacto psicológico de la hospitalización. En el mencionado proceso de apoyo se encontró que las necesidades psicológicas no son identificadas oportunamente y por lo tanto, no se brinda tratamiento. El proceso de elección del paciente a recibir atención psicológica se derivó de tres maneras, en ocasiones el o la paciente fue captado mediante la observación de la psicóloga, fue referido por el personal médico, paramédico o por maestras encargadas de la escuela del departamento. Se observó el hecho de que los pacientes únicamente eran referidos cuando se evidenciaban físicamente signos de problemas a nivel

psicosocial, tal el caso de, maltrato físico, negligencia, abuso sexual, quemaduras de 1er y 2do grado, casos de cáncer y/o abandono al tratamiento prescrito. En su mayoría, estos casos eran evaluados por la psicóloga una sola vez, quien realizaba la evaluación y brindaba soporte emocional u orientación al momento de la primera entrevista. Sin embargo, se notó la falta de seguimiento. Además, se observó que varios pacientes no referidos presentaban conducta no normal dentro del servicio y muchas de las veces se les dieron egreso sin darle seguimiento psicológico.

El lugar de trabajo fue variado, se ocupó la camilla, el área de maestras o la clínica de psicología. Según la evolución psicológica, el paciente era referido a consulta externa.

La segunda finalidad primordial del subprograma de servicio fue de orientar y apoyar a los encargados o tutores de los niños y niñas con respecto a la hospitalización, sus efectos y consecuencias psicológicas probables. En el hospital General San Juan de Dios se cuenta con el Programa de Visita Permanente, el cual no es cumplido en su totalidad, según el normativo, debido a que la mayoría del personal médico y paramédico desconoce los beneficios del mismo y por lo tanto, no se da una correcta información a los padres de familia acerca de su estancia hospitalaria. Siendo ésta una de las razones por las cuales se consideró necesario el abordaje psicológico. Se atendieron a las personas adultas en visita permanente siempre y cuando estuvieran dispuestas a colaborar y la necesidad de atención psicológica se hacía evidente, ya sea por el paciente pediátrico a quien cuidaban o por su apariencia general y/o conducta en el servicio. Las personas atendidas en este subprograma, en su mayoría, fueron atendidas simultáneamente con el paciente pediátrico. Los y las participantes opinaron que su permanencia en el hospital contribuye tanto en el tratamiento como en la recuperación de sus hijos (as). En varias ocasiones las personas adultas en visita permanente admitieron que durante su permanencia, no cuentan con los servicios básicos de alimentación, lugar adecuado para dormir ni para su higiene personal. Cuestión que contribuía en un estado emocional de insatisfacción y hasta apatía. Se encontró respuesta colaboradora en la mayoría de los y las participantes.

4.2. Subprograma de docencia

El objetivo bajo el cual se desarrolló el presente subprograma, consistió en sensibilizar al personal médico, paramédico, estudiantes de psicología, estimulación temprana, maestras y madres de familia acerca de los procesos psicológicos que se dan en un niño/niña enfermo (a), el impacto a nivel subjetivo y físico del cual son objeto debido al trato del personal médico y paramédico, manifestaciones físicas provocadas por el tratamiento, reacciones emocionales ante la hospitalización y maneras de afrontarlo. Para lo cual, se realizó un cronograma, conjuntamente con la trabajadora social de los servicios de hematología, medicina y cirugía. Dentro de los temas abordados, se impartieron talleres y charlas relacionados a la educación afectiva, en donde se abordó el tema de la importancia del apego, afecto, crianza a través de las caricias positivas incondicionadas. Cuando se abordó mencionado tema se encontró resistencia, pues varias personas no quisieron participar al principio, luego se obtuvo respuesta positiva. Se abordó el tema de patrones de crianza, para poder aportar en el rompimiento de las cadenas intergeneracionales. Se encontraron evidentes conductas aprendidas en la infancia y reproducidas en la edad adulta. Se abordó el tema de manejo de estrés, técnicas de manejo de emociones, etc. La metodología empleada fue diferente, según el servicio, por lo general, se impartieron cada 15 días, se utilizaron técnicas vivenciales y didácticas para el desempeño de las actividades. Se recibió buena respuesta de parte de las personas adultas en visita permanente.

Las actividades de docencia fueron de gran beneficio, puesto que, se evidenciaron cambios de conducta en las personas que asistieron consecuentemente a las actividades, cuando se observa un cambio en la conducta se evidencia la eficacia del proceso de enseñanza-aprendizaje.

En cuanto al abordaje grupal de pacientes pediátricos, se utilizaron técnicas ludoterapéuticas, tales como mímica, sociodrama, psicodrama, entre otros. Recordemos que para el niño es mucho más enriquecedor y gratificante aprender por medio del juego. Asimismo, se utilizó la cuentoterapia,

herramienta que fue bien recibida por los pacientes. La terapia artística tuvo gran impacto debido a su cualidad de libre expresión y actividad semidirectiva. Se identificó que al utilizar ésta técnica las personas con actitud hostil, lograron vencer la barrera de relación con el otro y disminuyeron sus mecanismos de defensa. La cantidad de pacientes pediátricos atendidos es casi una tercera parte de la cantidad de personas adultas en visita permanente, puesto que, los pacientes pediátricos reciben clases todos los días en jornada matutina. Existe una escuelita en el departamento de pediatría conformada por cuatro maestras, que se encargan de brindar atención educativa a pacientes, iniciando a las nueve de la mañana para terminar a las 12:00 del medio día.

4.3. Subprograma de investigación

En éste subprograma se pretendió identificar y contrastar las reacciones afectivas en niños hospitalizados y adultos en visita permanente, de los servicios de medicina, cirugía, hematología y nutrición. A continuación se presentan los hallazgos realizados.

En el servicio de **MEDICINA** la reacción afectiva prevaleciente es la Ansiedad, puesto que, por medio de la pauta observación se identificaron los signos de nerviosismo, inquietud, fatigabilidad (no asociada a diagnóstico médico), irritabilidad, dificultad para concentrarse, alteraciones del sueño (no asociado a diagnóstico médico), sudoración, palpitations o taquicardias y sequedad de boca, mareos e hiperventilación. En segundo lugar se identificó la Depresión pues se observaron los siguientes signos: pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas, sentimientos de desesperanza, aburrimiento persistente y falta de energía, pérdida de interés en las actividades diarias, tristeza persistente, lloriqueo y llanto excesivo, aislamiento social, comunicación pobre (no asociado a problemas del lenguaje), alta sensibilidad al fracaso y al rechazo, alteración notoria en los patrones de comer y de dormir y concentración. En tercer lugar se evidenció déficit cognitivo, pues se presentó dificultad en la psicomotricidad gruesa, en el lenguaje, no orientado en tiempo, espacio o persona, dificultad para recordar, dificultad en la lateralidad y en las relaciones sociales.

El contexto del servicio en mención, es de carácter agitado, se presenta mucho movimiento día a día, el tipo de atención del personal médico es hostil, en su mayoría. El personal paramédico se muestra indiferente y se limita a realizar lo indicado en su orden de turno, por lo general, las enfermeras no interactuaban con el paciente. Vivir este ambiente a diario, sin duda alguna, impacta en la capacidad de adaptación y afrontamiento de la enfermedad.

En cuanto a las personas en visita permanente, se identificó que la reacción afectiva prevaeciente fue la Ansiedad como primer lugar, luego la Agresión y por último la Depresión. Los signos manifestados por las madres clasificadas en la agresión fueron: gritos, arranques de rabia, pleitos, actos de rebeldía, amenazas verbales y físicas.

En el servicio de **NUTRICIÓN** se identificó como reacción afectiva prevaeciente el Déficit Cognitivo, pues la mayoría de los niños y niñas observados presentaron dificultad en las relacione sociales, dificultad en la lateralidad, deterioro en la capacidad adaptativa, dificultad para recordar, no orientado y dificultad para responder a preguntas sencillas. En segundo lugar se identificó la Ansiedad, presentándose de tal manera que, en la mayoría de los casos los síntomas se confundían con patologías físicas. En tercer lugar se identificó la depresión como estado rasgo de los niños y niñas en mencionado servicio. En cuanto a las personas en visita permanente se identificó como primera prevalencia la agresión, siguiéndole la Ansiedad y como tercer estado rasgo la Depresión.

En el servicio de **HEMATOLOGÍA**, se identificó como reacción afectiva predominante ante la hospitalización y la enfermedad, la Depresión, cuestión que es totalmente comprensible y justificable, pues el tratamiento de quimioterapia no es fácil de afrontar. Además el niño y su familia se enfrentan ante el posible hecho de una muerte cercana. En segundo lugar la Ansiedad respuesta normal ante la incertidumbre. En tercer lugar Déficit Cognitivo asociado a factores no asociados a la enfermedad.

En el servicio de **CIRUGÍA**, se presentó como reacción emocional prevaeciente la Ansiedad. Cabe mencionar que en la mayoría de los casos estos niños fueron internados debido a un accidente y/o de manera imprevista. En segundo lugar se identificó Déficit Cognitivo y en tercer lugar la depresión.

En cuanto a las personas adultas en visita permanente se identificó como primer lugar la agresión de hacia el (la) paciente. En segundo lugar la ansiedad y en tercer lugar la depresión.

La experiencia vivenciada en el Hospital General San Juan de Dios, ha sido gratificante y desafiante, pues las bases teóricas aprendidas durante la formación académica profesional se pusieron a prueba en el ejercer del proyecto de epesista al momento de contextualizar las técnicas de abordaje al ambiente hospitalario, a las características generales del personal médico y paramédico y a las necesidades específicas del servicio y paciente al que se le intervino a nivel psicológico. Al inicio del proyecto se observaron los posibles retos profesionales, sin embargo, hasta el momento de presentarse ante ellos emergió la verdadera responsabilidad del qué hacer de la psicóloga. Se presentaron casos en los que fue difícil manejar el rol de psicóloga e investigador simultáneamente, pues existe una fina línea en la observación y exploración de la psicodinámica propia del conflicto emocional o trastorno psicológico premorbido y la observación de los elementos descritos en la pauta de observación con fines de evidenciar las reacciones afectivas ante la hospitalización, en tales casos se tomó un “tiempo fuera” para analizar bajo qué líneas se necesitaba reestructurar la intervención, para de esta manera, poder continuar efectivamente. Con la práctica diaria, se logró la capacidad para manejar mencionados roles. Otro de los desafíos principales consistió en el arte de la empatía y establecimiento de rapport, pues es muy común una actitud hostil y desconfiada de parte del paciente y la persona adulta en visita permanente debido a las circunstancias en las que se encuentran. Asimismo con el personal médico y paramédico. Sin duda alguna, estos desafíos no solo fortalecieron el rol profesional de la epesista sino también, su vida personal, pues con el hecho de aprender a ser espectadora/observadora al mismo tiempo que protagonista mejoró la capacidad de análisis, empatía y trascendencia de los propios valores y filosofía de vida, por supuesto que con la finalidad de adiestrarse en el saber discernir entre el sentido común y el conocimiento científico.

CAPÍTULO V

Conclusiones y Recomendaciones

Al concluir con las actividades que se realizaron en los tres subprogramas, se logró concluir en diversos aspectos y por lo tanto, se ofrecen algunas recomendaciones.

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusiones Generales

- El Programa Piloto de cuidado emocional del niño hospitalizado en el departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios, tiene varias ventajas para beneficio de la población en general, adicionales a la atención psicológica brindada por la encargada de unidad en mencionado departamento.
- El estado psicológico de los adultos en visita permanente, el personal médico y paramédico, contribuyen tanto en el tratamiento como en la recuperación de los/las pacientes pediátricos.
- La condición psicológica del/la paciente interfiere en la recuperación de su afección física.
- La psicóloga es la encargada de velar por la salud mental del paciente pediátrico y las personas adultas en visita permanente
- La psicóloga es la encargada de promover la salud mental del personal médico y paramédico del departamento de pediatría.

5.1.2 Subprograma de Servicio

- La atención psicológica específica a los pacientes pediátricos y personas adultas en visita permanente tuvo un impacto psicológico positivo, puesto que, de esta manera se logró influenciar favorablemente en el cambio de comportamiento y actitud ante la hospitalización.
- Los niños y niñas hospitalizados (as), por lo general demuestran un descenso en su capacidad de respuesta emocional, el proceso de

socialización se reduce, alterando no sólo la recuperación física, sino la salud integral del infante.

- A partir del seguimiento psicológico individual, los niños y las niñas aceptan el cuidado de varias personas y están más dispuestos a comer, sonreír, colaborar, jugar y ser más sociables.
- La hospitalización puede llegar a producir un trauma si la experiencia en el hospital es hostil, dolorosa y solitaria; debido a esto es fundamental intervenir de manera individual a las personas adultas en visita permanente, para que el o la paciente pediátrico (a) construya las sus figuras de apego dentro de la experiencia hospitalaria.
- Las técnicas psicoterapéuticas empleadas para minimizar la experiencia traumática de la hospitalización fueron consideradas como principal herramienta para la incidencia directa o indirecta en la recuperación de la condición física del paciente pediátrico, pues contribuyendo a la estabilidad emocional del o la paciente se fortalece el sistema, la actitud ante la hospitalización y padecimiento físico.
- Cuando la madre/padre o encargado adopta una postura de confianza y seguridad, ésta actitud provoca influencias positivas en las reacciones afectivas del o la paciente ante el tratamiento y la relación entre éste y el personal.

5.1.3 Subprograma de Docencia

- Las actividades grupales de información acerca de las patologías físicas, tratamientos y pronósticos generó una postura de confianza y seguridad ante la experiencia hospitalaria, beneficiando de ésta manera la actitud del o la paciente pediátrica.
- Los temas impartidos en relación a la experiencia hospitalaria, diagnóstico, tratamiento y pronóstico promovieron cambios de conducta y favorecieron la comunicación satisfactoria de las personas adultas en visita permanente con el personal médico y paramédico.
- La persona adulta en visita permanente informada y con apoyo psicológico grupal, adquiere la sensación de control sobre la situación y alivia, de

alguna manera, sus preocupaciones, pues cuenta con el espacio, tiempo y personas para poder expresar sus sentimientos.

- El personal médico y paramédico tiende a “evadir” la responsabilidad de una atención de calidad al paciente y las personas adultas en visita permanente, debido a agotamiento emocional e indiferencia relacionada al trabajo diario de la lucha entre la vida y la muerte.

5.1.4 Subprograma de Investigación

- La enfermedad es, en la mayoría de los casos, una fuente generadora de ansiedad, tristeza y angustia para el y/o la paciente pediátrica (o).
- La atención psicológica individual y continua reduce las reacciones afectivas desestabilizadoras ante la hospitalización.
- La hospitalización es vivenciada por los y las niñas como ruptura en el equilibrio de la vida cotidiana, generando inadaptación y fuertes emociones relacionadas al miedo.
- El modo de reaccionar afectivamente, ante la enfermedad depende de variables tales como, su personalidad, la del médico y de los cuidadores, la edad y sexo del y/o la paciente, el nivel socioeconómico del niño(a), las expectativas ante la propia curación, entre otras.
- Las variables específicas del niño o niña condiciona el modo de reaccionar ante su enfermedad.
- En el caso de una hospitalización de largos períodos, se observaron reacciones afectivas como la depresión, ansiedad y agresión.
- La salud mental, estabilidad o vulnerabilidad afectiva de la persona a cargo del cuidado del niño o la niña durante la hospitalización brinda de manera directa y/o indirectamente la base psicológica del comportamiento del infante ante la experiencia hospitalaria.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendaciones generales

- La psicóloga del departamento de pediatría debe tener comunicación constante con la Jefe de la Unidad de Psicología del Hospital General San Juan De Dios, con la finalidad de fortalecer el apoyo institucional los programas específicos implementados y ejecutados en los diferentes departamentos de mencionada institución.
- La psicóloga del departamento de pediatría debe tener constante comunicación con los profesionales de las diversas disciplinas que intervienen en el abordaje sanitario, con el fin de brindar una atención interdisciplinaria.
- Formalizar el programa de cuidado emocional del niño hospitalizado en el Departamento de Pediatría del Hospital General San Juan de Dios.
- Solicitar a la Jefa encargada de la Unidad de Psicología del Hospital General San Juan de Dios, la supervisión y monitoreo constante de las actividades de dicho programa.
- A partir del fortalecimiento del programa y las supervisión y monitoreo constante, se recomienda la creación de programas de cuidado emocional específicamente para cada servicio del Departamento de Pediatría.

5.2.2 Subprograma de servicio

- Brindar seguimiento constante y continuo a casos emergentes y prioritarios.
- Promover mediante el ejercicio ético, responsable y oportuno, el trabajo interdisciplinario.

5.2.3 Subprograma de Docencia

- Darle continuidad a las actividades grupales de las personas adultas en visita permanente, con el apoyo de los profesionales de las diversas disciplinas que intervienen en la promoción de la salud.
- Realizar un cronograma anual de capacitación por servicio para las personas adultas en visita permanente, personal médico y paramédico.
- Creación de espacios y tiempos para la discusión de casos en donde se establezcan rutas de acción desde el punto de vista psicológico del mismo.

5.2.4 Subprograma de investigación

- **Formulación de un equipo de integrantes de diversas disciplinas con el fin de desarrollar un programa de investigación anual en uno de los servicios del departamento de pediatría, motivando la exploración del fenómeno de relación entre las variables de salud mental y salud física.**

ANEXOS

HOSPITAL GENERAL SAN JUAN DE DIOS
 DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA
 UNIDAD DE PSICOLOGIA

CONTROL DE CITAS

Lunes ___ de _____ de 2008

NOMBRE	NO. DE EXP	EDAD	HORA	ASISTENCIA		MOTIVO DE CONSULTA
				SI	NO	

Martes ___ de _____ de 2008

NOMBRE	NO. DE EXP	EDAD	HORA	ASISTENCIA		MOTIVO DE CONSULTA
				SI	NO	

Miércoles ___ de _____ de 2008

NOMBRE	NO. DE EXP	EDAD	HORA	ASISTENCIA		MOTIVO DE CONSULTA
				SI	NO	

Jueves ___ de _____ de 2008

NOMBRE	NO. DE EXP	EDAD	HORA	ASISTENCIA		MOTIVO DE CONSULTA
				SI	NO	

Viernes ___ de _____ de 2008

NOMBRE	NO. DE EXP	EDAD	HORA	ASISTENCIA		MOTIVO DE CONSULTA
				SI	NO	

CIRUGIA PEDIATRICA/QUEMADOS

Se descarta maltrato infantil: Sí___ No___

I. DATOS GENERALES:

Nombre: _____
Edad: _____
Grado escolar: _____
No. De expediente: _____
Fecha de ingreso _____
Fecha elaboración informe: _____

II. INFORMACIÓN MÉDICA:

Grado de quemadura:	
Áreas del cuerpo afectadas:	
Motivo de la quemadura:	

III. INFORMACIÓN PERSONAL, SOCIAL Y FAMILIAR:

a. Área personal

b. Área familiar

c. Área Social

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Tipo de egreso:

Legal _____
Condicionado _____
Seguimiento consulta externa _____
Seguimiento Encamamiento Pediatría _____
Caso concluido _____

FICHA CLINICA

I. DATOS GENERALES

NOMBRE: _____
EDAD: _____ SEXO: _____ ETNIA: _____ LADINO _____
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____
DIRECCION _____ TEL: _____
FECHA DE INGRESO: _____ ECOLARIDAD: _____
REFERIDO POR: _____ FECHA DE ENTREVISTA: _____

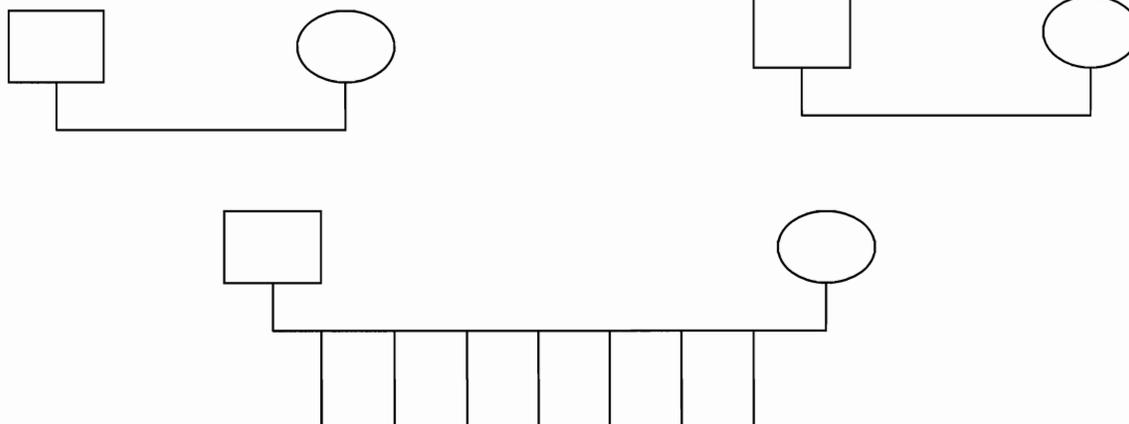
II. MOTIVO DE CONSULTA

III. HISTORIA DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

IV. HISTORIA FAMILIAR

Lugar que ocupa en la familia _____ No de hermanos _____
Nombre del padre _____ edad _____
Estado civil _____ ocupacion _____ religion _____
Nombre de la madre _____ edad _____
Estado civil _____ ocupacion _____ religion _____
Situación del hogar: Integrado _____ desintegrado _____ funcional _____
Disfuncional _____ otro: _____

Genograma:



V. HISTORIA DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO (Prenatal, Perinatal, duración, curso y control del embarazo)

Tipo de parto: _____ atendido en: _____
Embarazo deseado: si _____ no _____ planificado _____ no planificado _____
Peso: _____ complicaciones: _____
Coloración: _____ lloró al nacer: _____
Leche materna: _____ duracion: _____ vacunacion: _____
Succionó: _____ control de cabeza: _____ se sentó: _____ gateó: _____

Se paró: _____ caminó: _____ habló: _____ control de esfínteres: _____
_____ patrón de sueño: _____
Pesadillas: _____ Brucismo: _____ terrores nocturnos: _____ sonambulismo: _____

VI. HISTORIA ESCOLAR/SOCIAL:

Ha repetido grados? _____ cuantos? _____ cuales? _____
A que edad inició su estudio _____ cómo ha sido su rendimiento académico? _____
Es tímido _____ agresivo _____ callado _____ introvertido _____ extrovertido _____

VII. DESARROLLO DE HÁBITOS:

Calidad de la alimentación: _____
Peso actual: _____ estatura: _____ apetito: poco _____ mucho _____ normal _____
Estreñimiento: _____ encopresis _____ enuresis: _____

VIII. HISTORIA PERSONAL DEL PACIENTE

Enfermedades padecidas: _____

Intervenciones quirúrgicas: _____

Accidentes sufridos: _____

Convulsiones tipo: _____ frecuencia: _____

Control médico: _____ medicamentos: _____

Actitud de la familia ante el menor: _____

Otro tratamiento psicológico: _____

IX. OBSERVACIONES

SERVICIO PSICOLOGICO A NIVEL GRUPAL

FECHA: _____

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

TIPO DE ACTIVIDAD

CLASIFICACION DE LA ACTIVIDAD

Charla _____
Taller _____
Exposición _____
Terapia de grupo _____
Grupo de Autoayuda _____
Sociodrama _____
Obra de títeres _____
Musícoterapia _____
Cuentacuentos _____
Otro _____

Informativa _____
Educativa _____
Recreativa _____
Motivacional _____
Terapéutica _____
Celebración _____
Otro _____

OBJETIVO DE LA ACTIVIDAD:

METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO:

PARTICIPANTES:

Edades	Genero		Total
	Femenino	Masculino	
0-6 años			
7-12 años			
13-19 años			
20-45 años			
46-60 años			
61 años y mas			
TOTALES:			

DIFICULTADES ENCONTRADAS:

ENCARGADO O ENCARGADOS DE LA ACTIVIDAD

PAUTA DE OBSERVACIÓN

▪ **Paciente pediátrico**

ANSIEDAD	INDICADOR	PRESENTADO
	1. Nerviosismo, inquietud o impaciencia	
	2. Fatigabilidad *	
	3. Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco	
	4. Irritabilidad	
	5. Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse *	
	6. Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador*	
	7. Sudoración,	
	8. Palpitaciones o taquicardia*	
	9. Problemas gastrointestinales*	
10. Sequedad de boca, mareos, hiperventilación*		

DEPRESIÓN	INDICADOR	PRESENTADO
	11. Pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas.	
	12. Desesperanza	
	13. Aburrimiento persistente y falta de energía.*	
	14. Pérdida de interés en sus actividades favoritas; o incapacidad para disfrutar de ellas	
	15. Tristeza persistente, lloriqueo y llanto excesivo	
	16. Aislamiento social, comunicación pobre.	
	17. Ataques de rabia u hostilidad persistente.	
	18. Alta sensibilidad al fracaso y al rechazo.	
	19. Alteración notoria en los patrones de comer y de dormir	
20. Concentración deficiente.		

* No asociado a Diagnóstico médico

	INDICADOR	PRESENTADO
DEFICIT COGNITIVO	21. Dificulta en la psicomotricidad gruesa*	
	22. Dificultad en la psicomotricidad fina*	
	23. Dificultad en el lenguaje*	
	24. Dificultad para responder a preguntas sencillas	
	25. No orientado en tiempo	
	26. No orientado en espacio y persona	
	27. Dificultad para recordar	
	28. Deterioro de la capacidad adaptativa.	
	29. Dificultad con la lateralidad	
	30. Dificultad con la relaciones sociales	

* No asociado a Diagnóstico médico

▪ **Persona adulta en visita permanente**

ANSIEDAD	INDICADOR	PRESENTADO
	1. Nerviosismo, inquietud o impaciencia	
	2. Fatigabilidad †	
	3. Dificultad para concentrarse o poner la mente en blanco	
	4. Irritabilidad	
	5. Tensión muscular, temblor, cefalea (dolor de cabeza), movimiento de las piernas e incapacidad para relajarse *	
	6. Alteraciones del sueño: dificultad para conciliar o mantener el sueño o sensación al despertarse de sueño no reparador*	
	7. Sudoración,	
	8. Palpitaciones o taquicardia*	
	9. Problemas gastrointestinales*	
	10. Sequedad de boca, mareos, hiperventilación*	

DEPRESIÓN	INDICADOR	PRESENTADO
	11. Pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas.	
	12. Desesperanza	
	13. Aburrimiento persistente y falta de energía.*	
	14. Pérdida de interés en sus actividades favoritas; o incapacidad para disfrutar de ellas	
	15. Tristeza persistente, lloriqueo y llanto excesivo	
	16. Aislamiento social, comunicación pobre.	
	17. Ataques de rabia u hostilidad persistente*.	
	18. Alta sensibilidad al fracaso y al rechazo.	
	19. Alteración notoria en los patrones de comer y de dormir*	
	20. Concentración deficiente.	

* No asociado a Diagnóstico médico

	INDICADOR	PRESENTADO
AGRESIÓN	21. Gritos a pacientes pediátricos o personal medico/paramedico	
	22. Molestar a otras personas dentro del servicio	
	23. Mostrarse iracundo o resentido.	
	24. Pleitos.	
	25. Amenazas verbales y físicas.	
	26. Accesos de cólera	
	27. Actos de rebeldía ante la autoridad y las normas sociales.	
	28. Dejar de hablarle al paciente pediátrico	
	29. Deterioro en la actividad social demás personas en programa de visita permanente	
	30. Daños a cosas materiales, por ejemplo, equipo medico o juguetes de los pacientes pediátricos	

Observación:

Se interpretó como reacción afectiva, cuando se identificaron 5/10 indicadores.