

Universidad de Pamplona
Facultad de Salud
Departamento de Psicología



**Factores Psicoemocionales del Paciente Hospitalizado con Enfermedad Pulmonar
Obstructiva Crónica de la Ciudad de Pamplona N. S.**

Presentado por las Psicólogas en formación:

Laura Melisa Camargo Espinosa

Linda Rita Guerrero Bermúdez

Pamplona, 01 de diciembre Colombia 2017

Universidad de Pamplona
Facultad de Salud
Departamento de Psicología



**Factores Psicoemocionales del Paciente Hospitalizado con Enfermedad Pulmonar
Obstructiva Crónica de la Ciudad de Pamplona N. S.**

Dirigido por:

Ph. D Olga Mariela Mogollón Canal

Presentado por Psicólogas en Formación:

Laura Melisa Camargo Espinosa

Linda Rita Guerrero Bermúdez

Pamplona, Colombia 01 de diciembre Colombia 2017

Tabla de Contenido

Introducción.....	6
Objetivos.....	9
Objetivo General	9
Objetivos Específicos	9
Justificación.....	10
Problema de Investigación.....	13
Formulación Del Problema	13
Planteamiento del Problema	13
Descripción Del Problema	14
Estado del Arte	15
Antecedentes Internacionales	15
Primera investigación.....	15
Segunda investigación.....	16
Tercera investigación	17
Cuarta investigación.....	19
Antecedentes Nacionales	20
Primera investigación.....	20
Segunda investigación.....	20
Tercera investigación.	21
Antecedentes Locales	23
Primera investigación.....	24
Segunda investigación	24
Marco Teórico.....	27
Capítulo I. Psicología De La Salud.....	27
Antecedentes históricos de la psicología de la salud.....	27
Definición de la salud y su relación con la psicología.	28
Factores desencadenantes del problema de salud.....	29
Modelos de atención.....	30
Hábitos saludables del paciente.....	33

Hábitos de riesgo para el paciente.	34
Capítulo II. Factores Psicoemocionales Del Paciente Hospitalizado Adulto Mayor	35
Las técnicas de intervención	40
Capítulo III. La EPOC En Colombia	45
Síntomas más comunes.	45
Sintomatología y Tratamientos de la EPOC.....	45
Causas de la EPOC	46
La hospitalización en Colombia.	49
Afiliación y uso de servicios de salud.	50
Políticas farmacéuticas.	50
Metodología.....	52
Tipo de Investigación	52
Población	53
Muestra.....	53
Categorías	54
características individuales.	54
Se pregunta su (edad, género, con quien vive actualmente, nivel socioeconómico, lugar de procedencia).....	54
Físico corporal.....	54
Factores psicológicos.....	55
Ansiedad.....	55
Familia amigos	56
Factores emocionales.....	56
Técnicas de recolección de datos empleadas.	58
Entrevista Semiestructurada.....	58
Procedimiento	58
Observación.....	59
Triangulación poblacional.	60
Matrices	60
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	61
Conclusiones.....	67
Recomendaciones.....	71

Referencias	74
Apéndices.....	79
Apéndice A (Prevalencia de enfermedades mensualmente).	79
Apéndice B (Entrevista semiestructurada a Pacientes).	81
apéndice C (entrevista semiestructurada médicos y/o enfermeras).....	83
apéndice D (entrevista semiestructurada a familiares EPOC).	89
Apéndice E (Observación No Participante)	92
Apéndice F (Matrices)	93

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es uno de los problemas de salud de mayor prevalencia e impacto socioeconómico en el mundo a pesar de ser una enfermedad potencialmente prevenible. Por su elevada frecuencia, su curso clínico progresivo y sus requerimientos asistenciales constituyen un problema médico de primer orden, es una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial y consume elevados recursos sanitarios. Existe una prevalencia de la EPOC en individuos mayores de 40 años de 14.5 y 8.9%, respectivamente, según lo establecido por el estudio PLATINO (Proyecto Latinoamericano de Investigación en Obstrucción Pulmonar) y PREPOCOL (Prevalencia de EPOC en Colombia) citados por la Asociación Latinoamericana de Tórax ALAT (2011).

Desde la sintomatología de esta enfermedad se encuentra la presencia de obstrucción crónica al flujo aéreo por lo general progresiva y parcialmente reversible, al igual que una reacción inflamatoria pulmonar persistente principalmente frente al humo del tabaco y leña, esta puede estar o no acompañada de síntomas como: disnea, tos, expectoración, exacerbaciones, efectos extra-pulmonares y enfermedades concomitantes (ALAT 2011), Se debe agregar que desde el aspecto epidemiológico la EPOC tiene una tasa alta de morbilidad y mortalidad según los estudios realizados por WHO (2005) citado por el Ministerio de Salud y Protección Social MinSalud (2013), quien refiere que esta enfermedad es la cuarta causa de mortalidad en el mundo, para el 2020 será la tercera y para el 2030 se espera que la EPOC cause 8,3 millones de muertes que representaran el 10% de la mortalidad general en el mundo manteniendo un incremento sostenido, en donde aproximadamente un 90% de las muertes por EPOC se producen en países de bajos y medianos ingresos.

Desde el estudio realizado por PREPOCOL (2005) citado por MinSalud (2013) se estableció al cigarrillo como el principal condicionante de la enfermedad, junto a la exposición del humo de leña, quien no está muy distante en su capacidad de generarla, tanto en mujeres como en hombres. Hay que mencionar además que a nivel nacional 9 de cada 100 personas mayores de 40

años tenían EPOC, porcentaje que se distribuyó de la siguiente manera: 8,5% en Bogotá, 6,2% en Barranquilla, 7,9% en Bucaramanga, 8,5% en Cali y 13,5% en Medellín, para un total de 1'033.394 pacientes con EPOC. Ahora bien, según cifras de mortalidad presentadas por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística DANE (2010), del total de muertes ocurridas en Colombia, cerca de 4500 fueron por enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores atribuidas al consumo de tabaco.

La hospitalización para el paciente, según lo refiere Leiva (2010), trae consigo alteraciones emocionales como ansiedad, miedo, inquietud, preocupación, incertidumbre, depresión, desesperación, soledad, nostalgia, rabia, estrés y baja autoestima, por otra parte, Gómez, Monsalve & Soriano (2007), afirman que los pacientes hospitalizados, muestran ciertas alteraciones emocionales que se encuentran relacionadas con la ansiedad, el estrés, la depresión o el denominado síndrome de cuidados intensivos, acompañados de factores externos e internos como el ruido excesivo (Afectación del sueño y el descanso) y el dolor, igualmente un sentimiento de falta de control de sí mismos, en donde la sensación de seguridad se ve afectada debido a la necesidad de entender “qué está pasando”. Las vivencias experimentadas pueden continuar produciendo alteraciones emocionales incluso varios meses después de ser dados de alta llegando a desarrollar un trastorno por estrés postraumático.

Con respecto a la EPOC el ALAT (2011) argumenta que el curso clínico de esta enfermedad, se caracteriza por una lenta evolución que puede llegar a incapacitar al paciente frente a la realización de actividades de la vida diaria, en donde posteriormente se presentaron episodios de empeoramiento de los síntomas (exacerbaciones) que pueden obligar a este, a consultar los servicios de urgencias o internarse. Afectando la calidad de vida de los pacientes y generando un alto costo para los sistemas de salud.

Con respecto a lo anterior, surgió el interés para la realización de este estudio, partiendo de pacientes adultos mayores hospitalizados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de la ciudad de Pamplona, ya que esta población es la que presenta mayor índice de hospitalización,

según lo establecido por Medicina interna del Hospital San Juan de Dios de Pamplona (2016).(Apéndice A). Para esto se llevó a cabo una investigación cualitativa, que permitió describir los factores psicoemocionales vividos por la población, dando como resultado la creación de estrategias de intervención, que permitirán mejorar la calidad de vida de los pacientes, a través de la atención hospitalaria que estos reciben.

El desarrollo de la investigación se llevó a cabo con la aplicación de 15 entrevistas dirigidas a 5 pacientes EPOC, 5 familiares y 5 médicos y enfermeras, que prestan sus servicios al hospital San Juan de Dios de Pamplona. Se evidencio que los pacientes en estado de vulnerabilidad presentan síntomas psicológicos y físicos con respecto a la enfermedad, motivo por el cual necesitan no solo atención medica sino apoyo psicológico por parte del psicólogo y de los cuerpos médicos.

El desarrollo de la investigación se cumplió a cabalidad, con los diferentes objetivos planteados, llevando a cabo las herramientas y técnicas necesarias como lo fueron la entrevista semiestructurada y la observación no participante, donde participaron voluntariamente pacientes, familiares, médicos y enfermeras que hacían parte del proceso hospitalario de la EPOC; así mismo se cumplió en aplicar las 15 entrevistas dirigidas a las poblaciones mencionadas anteriormente. Es importante resaltar que la aplicación de esta investigación se pudo llevar a cabo junto con la colaboración del director del hospital, el jefe enfermera y el psicólogo clínico del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

Se debe agregar que éste documento contiene apartados como el problema de investigación, los objetivos del estudio, el estado del arte, marco teórico, dividido en tres capítulos, cuyos temas son: La EPOC en Colombia, psicología de la salud, factores psicoemocionales, seguido a esto la metodología, los respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones

Objetivos

Objetivo General

Explorar los factores psicoemocionales de pacientes adultos mayores hospitalizados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y sus familias de la ciudad de Pamplona, a través de una investigación cualitativa que permita un acompañamiento y apoyo en el proceso hospitalario.

Objetivos Específicos

Indagar las características sociodemográficas (edad, genero, con quien vive actualmente, lugar de procedencia y estrato socioeconómico) mediante una observación participante que permita la descripción de los pacientes hospitalizados. EPOC

Describir los factores psicoemocionales de los pacientes adultos mayores hospitalizados (EPOC) y su familia a través de una entrevista semiestructurada en donde se evidencia lo auto referido por el paciente y sus familiares

Identificar las características relacionadas con el paciente (EPOC), en cuanto al trato, atención, estado emocional, físico y experiencias personales, a través de una entrevista semiestructurada individual a los familiares, médicos y enfermeras que se encuentren en el servicio de urgencias

Establecer recomendaciones en cuanto a los factores psicológicos para la atención del paciente adulto mayor (EPOC) en su periodo de hospitalización, con miras a prevenir situaciones de crisis de la enfermedad

Justificación

Desde el contexto colombiano la salud según lo establecido por Guerrero (2011), las principales causas de muerte en la población adulta fueron la enfermedad isquémica del corazón, las agresiones y sus secuelas, las enfermedades cerebrovasculares y las enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores. En donde la primera causa de mortalidad entre las mujeres de todas las edades son las enfermedades isquémicas del corazón (15.2% de los decesos) posterior las enfermedades cerebrovasculares (9.4%) y desde la muerte entre los hombres se encuentran las enfermedades isquémicas del corazón (72.6 por 100 000 habitantes) como primera medida, seguidas por los homicidios (70.8 por 100 000 habitantes).

De igual manera según lo mencionan Guerrero, Gallego, Becerril & Vásquez, (2011) La principal causa de muerte de hombres y mujeres en edades comprendidas desde los 15 a los 44 años en el 2008 eran las agresiones físicas y homicidios. De acuerdo con lo anterior estos autores enumeran las principales causas de muerte tanto de hombre como de mujeres en el contexto colombiano, ubicando así las enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, diabetes mellitus, otras enfermedades del sistema digestivo, enfermedades hipertensivas, infecciones respiratorias agudas, residuo, enfermedades del sistema urinario, residuo de tumores malignos, en mujeres. Desde lo establecido para los hombres las principales causas son enfermedades isquémicas del corazón, agresiones (homicidios) y sus secuelas, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, accidentes de transporte inclusive sus secuelas, otras enfermedades del sistema digestivo, diabetes mellitus, infecciones respiratorias agudas, enfermedades del sistema urinario y tumor maligno del estómago.

Desde lo reportado del hospital san juan de dios y teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente las enfermedades que más generan hospitalización en la ciudad de pamplona son las relacionadas con enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores: EPOC enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus y celulitis, con relación a esta información estos

pacientes se toman como objeto de estudio de la presente investigación debido a la alta recurrencia de pacientes reportados con estas enfermedades desde la atención hospitalaria a esta población debido a que es la más recurrente, pero además de esto se quiere lograr un mejor apoyo y acompañamiento desde la psicología ya que, como es en gran cantidad, los pacientes EPOC hospitalizados en Pamplona, se genere una ayuda dando un bienestar desde la parte emocional y psicológica tanto para el paciente EPOC como para sus familiares y cuidadores. (Apéndice A, pág. 80)

Según Guerrero, Gallego, Becerril & Vásquez, (2011) La calidad de vida en el país a nivel de salud se ve afectada por diversos factores como la corrupción generalizada, la desigualdad biológica, social, económica y política principalmente generadoras de pobreza. El servicio de salud se considera como un negocio en el cual los individuos no cuentan con los recursos suficientes para pagar un servicio que en efecto debería ser de privilegio para todos ciudadanos beneficiarios en cuanto a la salud pública; por consiguiente existe una preocupación por la salud en cuanto al servicio y atención del paciente, no obstante la hospitalización es un evento que irrumpe en la vida diaria de las personas que se encuentran en un estado de salud delicado llevando a una serie de cambios que se van presentando en la persona ya sean físicos o psicoemocionales.

En cuanto a la organización mundial de la salud (OMS) (2013). La salud no solamente es la ausencia de afecciones si no el estado de completo bienestar emocional, físico y social, en donde el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.; por consiguiente la participación de la Psicología a partir de las redefiniciones del concepto de salud ha venido cobrando especial importancia Partiendo de factores psicológicos, interacciones del organismo, y del ambiente, es decir que la ausencia de enfermedad, tiene relación en cuanto a sentirse bien tanto consigo mismo como con el entorno social y ambiental (Buela-Casal y Carrobles, 1996, Godoy, 1999). A partir de este estudio se pretende explorar el estado de afectación psicoemocional de los pacientes ingresados en el área de hospitalización ya que a este contribuye el apoyo social teniendo en cuenta que nadie está exento en alguna situación de su vida a tener algún problema físico que conlleva a cambios emocionales.

Al tener un mejoramiento en la prestación de los servicios (atención y apoyo) en el hospital San Juan de Dios se dejara un aporte desde la psicología en pro del bienestar hospitalario ya que se evidenciara un avance en cuanto a la salud emocional del paciente hospitalizado (EPOC), y buen estado físico a futuro, por ende en las recomendaciones a realizar es importante resaltar el buen acompañamiento profesional y familiar, en primer lugar por medio de la interacción en conjunto tanto del cuerpo médico hacia los pacientes como la tolerancia y un adecuado trato por parte de los profesionales de la salud que son psicólogos, nutricionistas, auxiliares; en segundo lugar a los pacientes aparte de la atención física recibida es fundamental en los adultos mayores para su mejora que sus familiares estén presentes.

En situaciones críticas los más allegados al enfermo se desesperan y esa sensación hace que en varias ocasiones se presenten discusiones tanto con los del servicio de seguridad como con los médicos por consiguiente la población de pamplona se verá favorecida y tendrá un mejor desarrollo y atención en su salud.

Problema de Investigación

Formulación Del Problema

¿Cómo se relaciona la hospitalización con los factores psicoemocionales de pacientes adultos mayores (EPOC) en el hospital san juan de Dios Pamplona Norte de Santander?

Planteamiento del Problema

La investigación que se realizó con respecto a la exploración de aquellos factores psicoemocionales en los pacientes adultos mayores hospitalizados, se realizó cualitativamente donde se respondió a la pregunta, ¿Cómo se relaciona la hospitalización en los factores psicoemocionales de pacientes adultos mayores con (EPOC) en el hospital san juan de Dios Pamplona Norte de Santander?, llevando a cabo como primera medida identificar las características sociodemográficas de la población a abordar por medio de una observación participante, permitiendo la descripción de aquellos pacientes, así mismo se describieron los factores mencionados anteriormente del paciente a través de una entrevista semiestructurada en donde se evidencio lo auto referido por éste y sus cuidadores, de igual manera se realizó la observación participante, permitiendo la descripción del proceso hospitalario en el paciente EPOC, tu trato, atención, estado emocional, físico y experiencias personales de cada una de ellas relacionadas con el paciente (EPOC).

Lo mencionado anteriormente se realizó con la intención de establecer recomendaciones en cuanto a los factores psicoemocionales para la atención del pacientes adulto mayor EPOC en su periodo de hospitalización, con miras a prevenir situaciones de crisis de la enfermedad.

Descripción Del Problema

La población en general puede verse afectada en un periodo de su vida por algún problema de salud, ésta alteración perturba de manera negativa el estado funcional de la persona reflejando cambios y malestares no solo físicos si no también factores psicológicos y emocionales, Por esta razón los cuidados no adecuados ya sean médicos o funcionarios de salud influyen en la recuperación del paciente ,por consiguiente se tiene en cuenta el proceso de atención, manejo del hospital por parte de los profesionales contratados, ya que el trato inadecuado influye en el individuo que se encuentra vulnerable . En los últimos años se han estudiado aspectos implicados en los factores psicológicos desde una variedad de reacciones y síntomas como las diversas formas de actuar. Por ende, el diagnostico genera inicialmente miedo, negación, rabia, ya que experimenta algo que hasta el momento para la persona es desconocido.

Para este estudio es de gran importancia dar a conocer las problemáticas de salud en el sistema colombiano; no obstante, en la ciudad de Pamplona Norte de Santander con relación a los factores psicológicos vivenciados por los pacientes hospitalizados, es necesario describir la crisis en la cual se encuentra este sistema. Desde hace tiempo se ha venido evidenciando la crisis del sistema de salud en la población pamplonesa, no solo como consecuencia de las crecientes necesidades de recursos financieros para la atención de la comunidad, sino por las dificultades para que esta, equitativamente y con independencia de su nivel de ingresos, acceda a servicios de buena calidad.

Sin embargo, se considera que es de gran importancia analizar su funcionamiento, sus fallas, sus logros, y con base en ese análisis definir opciones para mejorar el sistema teniendo en cuenta que seguramente no hay un modelo ideal o perfecto. Siempre habrá costos y beneficios al escoger una opción y lo que importa es acertar con la alternativa de prestación de servicios de salud que minimice los costos y maximice los beneficios para toda la sociedad.

Donabedian (1980) citado por empaire, g, (2010) afirma que la calidad de la atención es aquel en que se espera brindar a través del cuidado que el paciente sea favorecido teniendo en cuenta las implicaciones de pérdidas y ganancias durante el proceso de atención. No obstante, el panorama actual en la salud no es el servicio más eficaz. Por esta razón, es necesario estudiar los factores psicoemocionales de la ciudad de Pamplona, puesto que si no se hiciera no tendríamos los elementos para mejorar y garantizar la calidad de vida de esta población.

Estado del Arte

En el siguiente apartado se expondrán diversos estudios investigativos que tienen relación con el tema de investigación. A través de esto se pretenderá establecer una visión más integral y clara de los factores psicológicos y emocionales del paciente hospitalizado desde el plano internacional, nacional y local.

Antecedentes Internacionales

De las investigaciones a nivel Internacional son consideradas relevantes para nuestra investigación.

Primera investigación

El estudio establecido por Gómez, Monsalve, Soriano y J de Andrés (2007), desde la investigación titulada Alteraciones emocionales y necesidades psicológicas de pacientes, en una Unidad de Cuidados Intensivos del Consorcio Hospital General Universitario de **Valencia, España**, en donde el objetivo de este fue la descripción de los diferentes problemas psicológicos y las necesidades manifestadas por los ingresados en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI). Es así como a través de las características de esta población se pudieron determinar ciertas alteraciones emocionales citadas con mayor frecuencia por los pacientes como la ansiedad, el estrés, la depresión o el denominado síndrome de cuidados intensivos, en donde factores como el ruido excesivo (Afectación del sueño y el descanso), el dolor y las medidas empleadas para la ventilación que impiden que los enfermos se puedan comunicar adecuadamente. Así un sentimiento de falta

de control de sí mismos, siendo las principales necesidades manifestadas la sensación de seguridad “saber qué está pasando”. Las vivencias experimentadas pueden continuar produciendo alteraciones emocionales incluso varios meses después del alta hospitalaria llegando a desarrollar un trastorno por estrés postraumático.

Las conclusiones a las que llegó este estudio fueron las siguientes: el estado emocional previo al ingreso en la UCI de los pacientes parece influir sobre el proceso de recuperación, durante la estancia en la UCI los pacientes pueden desarrollar diversas alteraciones emocionales (ansiedad, depresión, síndrome de cuidados intensivos, etc.), el traslado a una sala de cuidados generales una vez superado el período crítico puede provocar ansiedad en los pacientes, motivada por el abandono de un ambiente en el que se ha realizado un control continuo de su estado, el impacto emocional de este proceso puede estar presente en los pacientes incluso meses después del alta hospitalaria, llegando a desarrollar un PTSD, en función de esta evidencia se considera necesaria la integración de profesionales en atención psicológica en el equipo multidisciplinar de cuidados de la UCI para la atención integral del paciente, puesto que cuentan con una formación que les dota de las herramientas necesarias para la intervención en los diferentes momentos del proceso descritos.

Segunda investigación.

Por otra parte, desde los aportes establecidos por Cruz, Mejías, Machado, Ruiz (2014), desde la investigación titulada Caracterización emocional de niños escolares hospitalizados con enfermedades crónicas de la universidad de ciencias médicas, **Villa Clara, Cuba**, el objetivo fue la caracterización del bienestar emocional de niños con enfermedades crónicas ingresados en el hospital pediátrico de Villa Clara, obteniendo como Resultado la predominación de las emociones negativas como la ansiedad, el miedo, la tristeza y preocupación, y en cuanto a las emociones positivas resultaron muy escasas.

Las conclusiones a las que se llegó en esta investigación fueron las siguientes: con respecto a los niños estudiados en el Hospital Pediátrico "José Luis Miranda" se determinaron afectaciones al bienestar emocional, con presencia de depresión y de ansiedad. En cuanto a los síntomas que

más frecuentemente presentaron los niños fueron los temores, inseguridad, intranquilidad, dependencia, ira, impulsividad, dificultad para expresar cariño, aburrimiento y preocupaciones.

Tercera investigación

Caracterización de los pacientes hospitalizados por primera vez por exacerbación de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, **Universitat Pompeu Fabra, Barcelona**, Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, For, Balcells Vilarnau, Eva (2016).

There is little information about the first hospitalisation for an exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD), although it is an important event in the natural history of this disease. The aim of this thesis was to study the clinical profile of patients hospitalised for the first time for an exacerbation of COPD, with special attention to the psychological comorbidity and their relationship to health related quality of life (HRQoL), and also to investigate the extent and characteristics of underdiagnosis of COPD, at this time. Methods: The study included a large sample of patients hospitalised for the first time for an exacerbation of COPD (2004-2006). A total of 342 patients were extensively characterised using sociodemographic, clinical and functional variables. We evaluated the association between anxiety, depression or both, and HRQoL, after adjusting for potential confounders and identified effect modifiers of this association. We also investigated the characteristics and prognosis (re-hospitalizations and mortality) of patients with undiagnosed COPD. Results: (1) COPD patients had a wide range of severity, with a large proportion of patients with mild-to-moderate COPD, and current smokers; more than one third of patients had undiagnosed COPD; (2) undiagnosed COPD patients had less severe disease and lower risk of re-hospitalisation when compared with patients with known COPD; (3) this study showed a significant association between anxiety, depression, or both conditions and impaired HRQoL; clinically relevant factors modifying the magnitude of this association included work status, COPD severity, and the presence of comorbidities. Conclusions: The present thesis is the first study that describes the characteristics of a large and representative sample of patients hospitalised for the first time for an exacerbation of COPD. The thesis emphasizes that this first hospitalisation opens a window of opportunity for the COPD diagnosis and the initiation of appropriate therapy.

Translation.

Hay poca información sobre la primera hospitalización por exacerbación de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), a pesar de ser un evento importante en la historia natural de esta enfermedad. El objetivo de esta tesis fue estudiar el perfil clínico de los pacientes hospitalizados por primera vez por una exacerbación de la EPOC, con especial atención a la comorbilidad psicológica y su relación con la calidad relacionada con la salud de la vida (CVRS), y también investigar el grado y las características del infradiagnóstico de la EPOC, en este momento. Métodos: El estudio incluyó una amplia muestra de pacientes hospitalizados por primera vez por exacerbación de la EPOC (2004-2006). Un total de 342 pacientes fueron ampliamente caracterizados con variables sociodemográficas, clínicas y funcionales. Se evaluó la asociación entre ansiedad, depresión o ambos, y la CVRS, después de ajustar por posibles factores de confusión y se identificaron factores modificadores del efecto de esta asociación. Se investigaron las características y el pronóstico (rehospitalizaciones y mortalidad) de los pacientes con EPOC no diagnosticada. Resultados: (1) los pacientes con EPOC tenían un amplio espectro de gravedad, con una proporción importante de pacientes con EPOC leve a moderada, y de fumadores activos; más de un tercio de pacientes tenían EPOC no diagnosticada; (2) los pacientes con EPOC no diagnosticada tenían una enfermedad menos grave y menor riesgo de rehospitalización en comparación con los pacientes con EPOC conocida; (3) este estudio mostró una asociación significativa entre ansiedad, depresión, o ambas y deterioro de la CVRS; los factores clínicamente relevantes que afectaron a la magnitud de esta asociación fueron la situación laboral, la gravedad de la EPOC, y la presencia de comorbilidades. Conclusiones: La presente tesis es el primer estudio que describe las características de una muestra amplia y representativa de pacientes hospitalizados por primera vez por exacerbación de la EPOC; la tesis enfatiza que esta primera hospitalización abre una ventana de oportunidad para el diagnóstico de la EPOC y el inicio de un tratamiento adecuado.

Cuarta investigación

La siguiente investigación, titulada “Prevalencia de la enfermedad pulmonar Obstructiva crónica en una muestra aleatoria poblacional de 40 a 64 años de edad, es realizada según Martínez (2015), de la **universidad de Coruña, Brasil**

Este estudio pretende determinar la prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en una región rural gallega, según edad, sexo y hábito tabáquico

Los objetivos secundarios son: identificar el nivel de consumo de tabaco, determinar la relación de los factores sociodemográficos y clínicos con la presencia de EPOC y su severidad; definir la validez de la sintomatología respiratoria para el diagnóstico de EPOC; determinar el nivel de discordancia del patrón funcional respiratorio con la historia clínica; describir el nivel de actividad física y su relación con la EPOC y su severidad; y, identificar la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con la existencia o no de EPOC y su severidad. Material y métodos: estudio observacional de prevalencia, con muestra aleatoria poblacional de 952 adultos de entre 40 y 64 años. Los participantes rellenaron un cuestionario para recoger la información sociodemográfica (datos de identificación, variables antropométricas) y clínica (índice de comorbilidad de Charlson, síntomas y signos respiratorios). Además, se recogió la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) (SF-36), la actividad física (IPAQ) y la función pulmonar mediante espirometría forzada siguiendo los criterios de la ATS. La EPOC se definió según el criterio GOLD como el valor posbroncodilatador FEV1/FVC $<0,7$ y su severidad se midió con el porcentaje del FEV1 sobre el valor de referencia

El análisis estadístico fue mediante estudio descriptivo, comparación de medias por medio de la T de Student o test de MannWhitney según procediese. La asociación de variables cualitativas se estimó por medio del estadístico Chicuadrado. Para determinar la asociación de diferentes variables entre sí se utilizaron modelos de regresión logística. El proyecto se realizó tras la aprobación por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Comunidad Autónoma de Galicia (Código de CEIC 2008/264). Se solicitó el consentimiento informado por parte de los pacientes incluidos.

Antecedentes Nacionales

En el contexto Nacional se establecen las siguientes investigaciones con referencia al tema de estudio.

Primera investigación.

Aportes establecidos por Uribe, Figueroa (2013) con base a su investigación titulada Dolor, calidad de vida y estado anímico relacionados con la salud de pacientes ancianos hospitalizados en la Universidad Pontificia Bolivariana, **Bucaramanga Colombia** en donde el objetivo de fue establecer la relación existente entre la intensidad del dolor percibida, la ansiedad, depresión y calidad de vida de los adultos mayores hospitalizados, respecto a lo anterior se observó que, en la medida en que el dolor aumentaba, empeoraban las áreas de calidad de vida, así como los niveles de ansiedad y depresión.

Las Conclusiones de esta investigación fueron que ante el deterioro de la calidad de vida y su relación con las respuestas emocionales asociadas a ansiedad y depresión, conforme la intensidad del dolor, se deben realizar intervenciones de nivel primario y secundario que permitan el control del dolor, de esta manera se reduce el impacto en la salud mental de los adultos mayores, Del mismo modo, se sugiere la creación de programas intrahospitalarios que incorporen terapias integrales que, a su vez, atiendan la dimensión emocional y afectiva de los pacientes ancianos hospitalizados, para así una mejora de su calidad de vida.

Segunda investigación.

La investigación se titula, calidad de vida relacionada con la salud y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), la cual se realizó con la finalidad de evaluar las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes en relaciona a las emociones negativas en pacientes. El estudio fue descriptivo exploratorio, participaron 60 pacientes voluntarios entre los 35 y 88 años de edad de ambos géneros, con diagnóstico de enfermedad (EPOC) pertenecientes a diferentes prestadoras de Servicios de Salud)

de la ciudad la ciudad de **Medellín, Colombia**. En las características sociodemográficas de la muestra se observa que la mayoría presenta una edad media de 67.7 años con prevalencia en el género femenino, y que, además, el 50% de la muestra pertenece a un estrato bajo y medio.

Los instrumentos aplicados durante el proceso, acerca de la calidad de vida se evaluó mediante el Cuestionario de Salud sf36, según, Ware & Sherbourne (como se citó en Vinaccia, Quiceno, Zapata, Obesso, y Quintero 2006), el sf36 es un instrumento psicométrico que evalúa ocho dimensiones siguientes como la función física (limitaciones físicas), rol físico (interferencia en el trabajo y actividades diarias), dolor corporal (intensidad del dolor y su efecto en las actividades), salud general (valoración personal de la salud), vitalidad (sentimiento de energía), función social (interferencia en la vida social habitual), rol emocional (interferencia en el trabajo u otras actividades diarias), salud mental (depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta) y evolución declarada de la salud (valoración de la salud actual comparada con la de un año atrás), es decir, que se utiliza, para evaluar calidad de vida relacionada con la salud, en términos de funcionamiento físico y psicológico, por medio, de ítems detect an tanto estados positivos como negativos de salud.

La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, se utilizó para evaluar el nivel de ansiedad y depresión en la versión en castellano, asimismo, la Escala de Apoyo Social-As, tiene como función, hacer la evaluación funcional y global de apoyo social percibido en mayores de 18 años, puede aplicarse en forma individual o colectiva, además, está formada por 12 ítems. Para el procedimiento en primera instancia se informo acerca del objetivo a evaluar a los pacientes que decidieron participar luego del consentimiento se procedió a intervenir con las técnicas antes mencionadas. Los resultados de este estudio se vieron reflejados según, Vinaccia, Quiceno, Zapata, Obesso, y Quintero 2006), los alfa de Cronbach de cada uno de los instrumentos y de sus diferentes subescalas, se evidencian para cada una de las variables estudiadas y así, el valor de alfa en todos los ítems es superior a 0.5, lo que indica que el criterio de aceptación dentro del estudio fue alto.

Tercera investigación.

En segundo lugar, se investigo acerca de un estudio que se realizó en **Bogotá, Colombia**, en el 2011, con la finalidad de evaluar las relaciones entre resiliencia, percepción de enfermedad,

creencias y afrontamiento espiritual-religioso sobre la calidad de vida relacionada con la salud en 40 pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la ciudad de Medellín, según, INFOEPOC, como se citó en Vinaccia, Quiceno, (2011), la EPOC es un problema de salud pública de enormes proporciones que está aumentando no solo en Colombia sino, en todo el mundo por su morbi-mortalidad, además de costos sociales y económicos, lo cual indica, que la mortalidad ha aumentado 163%. La Organización Mundial de la Salud calcula que para el año 2020 la EPOC pasará de ser la quinta causa de vidas perdidas, debido, a que afecta a 600 millones de personas en el mundo, sólo superada por el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, situándose incluso por delante del SIDA.

Se lleva a cabo con la participación voluntaria de 40 personas de ambos géneros con EPOC en la unidad donde se encontraban hospitalizados los cuales se consideraron pacientes sin deterioro cognitivo. Los pacientes que aceptaron participar voluntariamente se les comunicó sobre los objetivos de la investigación para la obtención de la firma del consentimiento informado. Las pruebas psicotécnicas fueron aplicadas de manera individual con la ayuda del investigador a cargo. Los instrumentos aplicados fueron, el Cuestionario de Percepción de Enfermedad -IPQ-B, está formado por 9 ítems con un sistema de respuesta tipo likert que va de 0 a 10 puntos. Asimismo, comprende 8 dimensiones como: consecuencias, duración, control personal, control del tratamiento, identidad, preocupación, respuesta emocional y comprensión de la enfermedad. La pregunta del (ítem 9) que hace relación a los factores que considera la persona que causaron su enfermedad. Luego, la Escala de Resiliencia -RS: que consta de 25 ítems con un sistema de respuesta tipo likert que va de 1 a 7 puntos, comprendiendo dos dimensiones: competencia personal (17 ítems) y aceptación de sí mismo y de la vida (8 ítems) y una escala total de los 25 ítems. A mayor puntuación mayores niveles de resiliencia.

Seguidamente, la Escala de Resiliencia Breve -CD-RISC2, que deriva de la escala de resiliencia CD-RISC, que consta de 2 ítems y una sola dimensión con un sistema de respuesta tipo likert que va de 0 ("nada de acuerdo") a 4 ("totalmente de acuerdo"), significa que a mayor puntuación mayores niveles de resiliencia. En cuarto lugar, el Inventario de Sistema de Creencias -SBI-15R: El inventario está compuesto por dos factores: el factor I mide *creencias y prácticas religiosas y espirituales* (CPRE) con 10 reactivos, el rango total es de 0 a 30 puntos; y el factor II

mide el *apoyo social religioso*, derivado de la comunidad que comparte esas creencias (SSR) con 5 reactivos, el rango total es de 0 a 15 puntos, donde las puntuaciones comprenden un rango de 0 a 45 puntos.

La Escala de Estrategias de Afrontamiento Espirituales -SCS: esta escala fue desarrollada para, comprende dos factores: Factor I mide estrategias de afrontamiento religioso por medio de (9 ítems), y el factor II mide estrategias de afrontamiento no religioso que consta de (11 ítems). A mayor puntuación un mejor afrontamiento espiritual religioso o no religioso. Y, por último, el Cuestionario de Salud MOS SF-36: comprende 36 ítems con sistema de respuesta tipo likert que van de 1 a 5. Está conformado por 8 dimensiones: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental. Por otro lado, además de lo anterior, comprende dos Índices Sumarios, que son el índice de salud físico y el índice mental, esto indica que a mayor puntuación en las dimensiones e índices sumarios del cuestionario indica mayor calidad de vida.

Para los resultados se realizó un análisis de datos con las diferentes variables que comprendió la investigación como las variables socio-demográficas y clínicas, se evidencia una prevalencia del género femenino sobre el masculino con una edad media de 69 años, un nivel de estudios de básica primaria incompleta, en su mayoría ama de casa, El nivel del estrato socioeconómico colombiano fue bajo, en relación al sistema de salud la gran mayoría (87,5%) estaban adscritos al Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN), es decir que todos recibían tratamiento farmacológico y no psiquiátrico. Con respecto a las variables psicológicas, se observa que la resiliencia, las creencias y el afrontamiento espiritual religiosos, tuvieron puntuaciones mínimas.

Antecedentes Locales

De acuerdo a las consultas realizadas las investigaciones locales que se encontraron son las siguientes.

Primera investigación

Carlos Alberto Gutiérrez, Henry Alberto reyes (2006), **Cúcuta, Universidad de Pamplona** desde la investigación titulada atención psicológica primaria a pacientes con conductas suicidas del hospital universitario Erasmo Meoz- Cúcuta. En cuanto a los objetivos de la investigación: implementar estrategias que favorezcan la atención psicológica primaria en pacientes con conductas suicidas que ingresan al hospital Universitario Erasmo Meoz Cúcuta. Aborda desde el enfoque cualitativo, manejado desde una perspectiva descriptiva-interpretativa haciendo una caracterización de la situación a través del contacto directo con los actores implicados en el proceso de la investigación.

La población con la que se trabajó fue rotativa ya que en la unidad de urgencias y dadas las características de su funcionamiento se manejaba por turnos de 8 horas diarias cada una por lo tanto fue necesario trabajar con la unidad poblacional que hace parte del servicio de urgencias conformado por el personal médico y paramédico. Se utilizaron los instrumentos y técnicas para la recolección de la información como la observación, entrevistas semiestructuradas, análisis documental talleres, diario de campo. Resultados. Como finalidad fue aprovechar la máxima la información recolectada y organizarla de tal manera que facilite la implementación de las estrategias y mecanismos que favorezcan la atención psicológica primaria dirigida a pacientes con conductas suicidas donde se utilizaron categorías y subcategorías. Conclusiones. La atención ofrecida por la unidad de urgencias del hospital universitario Erasmo Meoz, solo trasciende el aspecto clínico y fisiológico, dejando a un lado el manejo psicológico del paciente ya que existe una ausencia de un psicólogo de planta por lo que no permite ofrecer una atención integral conformada por un equipo interdisciplinario que busca una recuperación integral del paciente tanto a nivel físico como psicológico.

Segunda investigación

Diana Pinilla, Mayra Rodríguez (2004) **Cúcuta, Universidad de Pamplona** Programa de potenciación de la afectividad a padres de niños hospitalizados por maltrato infantil en el área de

pediatría del hospital Erasmo Meoz como instrumento de prevención y mejoramiento de la calidad de vida familiar. Objetivos. Ejecutar el programa de potenciación de la afectividad de padres como instrumento de prevención y mejoramiento de la calidad de vida familiar con la aplicación de talleres sobre la importancia del afecto hacia el buen desarrollo familiar, introduciendo nuevas pautas con el propósito de sensibilizar a los padres. Metodología. Se elaboró bajo los métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa de tipo acción participación, desarrollándose en el área pediátrica del hospital Erasmo Meoz por medio de la observación directa e indirecta, se trabajó con una muestra representativa de ocho padres maltratadores los cuales fueron remitidos por la trabajadora social después de realizar un estudio de casos de los pacientes que ingresaban en el centro hospitalario con enfermedades de evidente maltrato y abandono por parte de sus padres, estos padres son pertenecientes a estratos socioeconómicos uno y dos, las técnicas utilizadas fueron observación estructurada, entrevista no estructurada, encuestas, participación y diseños de talleres, conferencias, anamnesis. Resultados. El estado general de la mayoría de estos niños evidencia desnutrición, rechazo en el crecimiento que puede llegar hasta el enanismo debido a las carencias de cuidados, el raquitismo, la anemia, atestiguando esa falta de cuidados unida a los malos tratos

De acuerdo a lo anterior el EPOC, se ha convertido en un tema de investigación por el cual se realizó un estudio, según, Vilarnau (2016), que incluyó una amplia muestra de pacientes hospitalizados por primera vez por exacerbación de la EPOC entre el periodo de (2004-2006). Un total de 342 pacientes fueron ampliamente caracterizados con variables sociodemográficas, clínicas y funcionales. Se evaluó la asociación entre ansiedad, depresión o ambos, y la CVRS, después de ajustar por posibles factores de confusión y se identificaron factores modificadores del efecto de esta asociación. Además, se investigaron las características y el pronóstico (rehospitalizaciones y mortalidad) de los pacientes con EPOC no diagnosticada.

Los Resultados, según Vilarnau (2016), En primer lugar, los pacientes con EPOC tenían un amplio espectro de gravedad, con una proporción importante de pacientes con EPOC leve a moderada, y de fumadores activos; más de un tercio de pacientes tenían EPOC no diagnosticada; en segundo lugar, los pacientes con EPOC no diagnosticada tenían una enfermedad menos grave y

menor riesgo de rehospitalización en comparación con los pacientes con EPOC conocida; y por último, en tercer lugar, este estudio mostró una asociación significativa entre ansiedad, depresión, o ambas y deterioro de la CVRS; los factores clínicamente relevantes que afectaron a la magnitud de esta asociación fueron la situación laboral, la gravedad de la EPOC, y la presencia de comorbilidades. Conclusiones: La presente tesis es el primer estudio que describe las características de una muestra amplia y representativa de pacientes hospitalizados por primera vez por exacerbación de la EPOC; la tesis enfatiza que esta primera hospitalización abre una ventana de oportunidad para el diagnóstico de la EPOC y el inicio de un tratamiento adecuado.

Marco Teórico

A continuación se presentan los capítulos de acuerdo a las temáticas relacionadas con los factores psicoemocionales de pacientes hospitalizados EPOC; el primer capítulo tiene como objetivo abordar la psicología de la Salud, su concepto y modelos de intervención, por otro lado se encuentra el segundo capítulo que habla sobre aquellos factores psicoemocionales en pacientes EPOC, donde dan a conocer factores como la rabia, desesperación, desesperanza, alegría, miedo, cansancio, ansiedad y depresión;

Por último, en el tercer capítulo se aborda la EPOC en Colombia haciendo parte de éste subtemas como el concepto de la EPOC enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los procedimientos, como esta enfermedad esta diagnosticada en el país de Colombia y el procedimiento de hospitalización tanto en Colombia como en estos pacientes.

Capítulo I. Psicología De La Salud

A continuación, se presenta el capítulo que da comienzo a los antecedentes históricos de la psicología de la salud, por lo tanto, este capítulo se lleva a cabo a través de diferentes autores que postulan los fundamentos que contiene esta rama de la psicología, además, de los conceptos significativos, en cuento al desarrollo que esta ha venido adquiriendo con el paso del tiempo, y aspectos importantes que permiten obtener claridad acerca del tema.

Antecedentes históricos de la psicología de la salud

Se considera que la salud, según, Richmond como se citó Nunes, García, y Scortegagna, (2006) “fue reconocida como la segunda revolución de la salud, donde se propuso implementar los cambios necesarios para responder a las nuevas exigencias del sector como, la superación del modelo biomédico que se enfoca en la salud relacionada al comportamiento humano”, lo cual indica, que es fundamental analizar el ambiente en el que conviven los seres humanos, el comportamiento, y los hábitos que adquieren, ya que estos pueden generar dificultades y deterioro

en la salud, o beneficios en la misma. De acuerdo a lo anterior, un estudio realizado en los estados unidos, Richmond como se citó Nunes, García, y Scortegagna, (2006), “Los principales factores de riesgo, responsables de la mayoría de las enfermedades y muertes prematuras, son el hábito de fumar, consumir alcohol y drogas, correr riesgos que dan origen a accidentes de tráfico entre los jóvenes”, es por ello, que teniendo en cuenta los resultados de esta investigación, ser una persona saludable es prevenir los riesgos que ocasionan afectaciones generales como físicas, emocionales y psicológicas.

Definición de la salud y su relación con la psicología.

La salud de acuerdo con la OMS (como se citó en Morrison y Bennett. 2008), afirma:

“un estado de total bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de una enfermedad o dolencia, considerando que los individuos se merecen, en un mundo ideal, estar en un estado positivo, tener una sensación general de bienestar y de funcionamiento pleno”

También se considera que la salud tiene una influencia intercultural, según, Morrison y Bennett. (2008), es decir, que considera que el término de la salud, varía en relación con las culturas, debido, al resultado que se obtiene del entorno cultural, político y económico de la época en la que vive una persona, es por ello que conductas y costumbres de los individuos consideradas aceptables logran favorecer o no, la salud de sí mismos y de los demás.

Según, Morrison y Bennett. (2008), algunas personas realizan valoraciones propias, con respecto a la salud, a través, de comparaciones de ellos mismos con los demás, así mismo, las culturas que promueven seres interdependientes tienen más probabilidades de considerar que la salud es un proceso relativo al funcionamiento social, aún más que el funcionamiento personal, por otra parte, de acuerdo con un estudio realizado por Bishop, como se citó en Morrison y Bennett. (2008), se observa que adultos de china consideran que la salud es un estado de armonía en el que los sistemas internos y externos se encuentran en equilibrio y solo en circunstancias en las que se desequilibran, peligra la salud, es por ello, que generalmente mantienen una vida calmada, de comportamientos saludables que favorezcan su bienestar en el diario vivir. Según, Muena, (2007) hay una relación entre los factores sociales y el proceso salud- enfermedad, donde tiene relevancia

el sistema de atención de salud, los modelos o patrones de comportamientos relacionado con la enfermedad, que son factores abordados de manera interdisciplinario.

Según Morales (2011) la psicología, como desempeño profesional y como ciencia se desarrolló, progresivamente, obteniendo el resultado de un proceso de construcción, en el cual, hace parte de los programas como la educación y la salud, por lo tanto, manifiesta que los estudios que se han hecho a través de esta rama permiten que los seres humanos sean capaces de dar solución y aportar al beneficio colectivo, a través de la intervención de los factores mencionados anteriormente. Además, Morales (2011) afirma: con el concepto de psicología de la salud; aparecen los primeros estudios de psicología institucional en ese sector, así como sobre temas psicológicos en salud reproductiva y materno-infantil, nutrición, salud de los escolares, entre otros temas. Lo cual indica, que se evidencia un avance en cuanto al evolución de la psicología en el área de la salud, debido, a que surge la necesidad de abordarla en este ámbito para intervenir las problemáticas de los pacientes, es por ello que inicia la preparación de los profesionales en pregrados para este ámbito.

Factores desencadenantes del problema de salud.

La salud y la enfermedad son influenciadas por comportamientos que llevan a riesgos o protegen contra ellos, Según Baum, Posluszny, Orford, Reynoso y Seligson, como se citó en Nunes, García, y Scortegagna, (2006) afirman que “los comportamientos que aumentan la salud son actividades que traen beneficios o que protegen a las personas contra las enfermedades. Por ende, la dieta, los ejercicios permiten minimizar condiciones subyacentes a las enfermedades, considerándose como comportamientos protectores”, por lo tanto, se deben realizar actividades que ayuden a tener una salud equilibrada enfocándose en los aspectos generales del individuo.

No obstante, existen comportamientos que deterioran la salud como “el abuso de drogas, la actividad sexual de alto riesgo, son comportamientos potencialmente dañinos y relevantes mediadores de procesos de enfermedad” Esto indica que la salud estudia los factores de comportamientos que deterioran el bienestar de las personas, predisponiendo a que surjan enfermedades, que causan afectaciones donde se involucran las actividades realizadas en el entorno del individuo, tales como, el uso de drogas, sedentarismo entre otros que no son positivas para las

personas., por esta razón, la definición de la salud ha cambiado con los años, según, el colegio oficial de psicólogos de España, Madrid como se citó en Ruiz, (2012) afirma que “la Psicología de la salud juega un papel importante ya que, considera abordar la interacción de aspectos biológicos, psicológicos y sociales, como determinantes de la salud o la enfermedad”, debido, a que se relacionan entre sí, haciendo parte del cuidado de la salud y del empeoramiento de la misma.

Según, el colegio oficial de psicólogos de España, Madrid como se citó en Ruiz, (2012) La psicología de la salud “es aquella corriente de la psicología que tiene como propósito analizar las conductas y el estilo de vida de las personas” lo cual indica que es una rama que ha avanzado, permitiendo que se desarrollen diversos aspectos a tener en cuenta para abordar las necesidades de los seres humanos, previendo las enfermedades. Asimismo, la psicología de la salud según Morales Calatayud, (2012) “se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamientos del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud, interesándose por el estudio de la condición de enfermedad y la recuperación y circunstancias interpersonales “es decir, que incluye acciones útiles para la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, prestación de los servicios y atención adecuada. Por ello se hablan de modelos acerca de la salud.

Modelos de atención.

Los modelos de la psicología clínica y de la salud, según, Juárez, (2010), son “contextos unidos al carácter cambiante del estado de salud, también indica, que los modelos pueden ser numerosos, y de gran utilidad según el proceso salud y enfermedad que lleva el paciente”, por lo tanto, cada método tiene sus propósitos y privilegios para trabajar el desarrollo integral de los pacientes. El primero de esos, según Rodríguez,(como se citó en Cardoza, Rondón 2014), el modelo biomédico tiene objetivo “estudiar el sistema estructural de la persona en cuanto a la enfermedad, donde, se incluye al paciente en su dimensión biológica”, esto indica, que se evalúa a la persona de acuerdo a su estado físico, ya que busca ayudar al individuo por medio del tratamiento a través, de fármacos y no se tiene en cuenta lo que siente la persona en el estado vulnerable de su enfermedad.

El modelo biomédico “es un proceso en el que la enfermedad se puede radicar mediante la intervención médica, según, Morrison y Bennett. (2008) afirma:

“los síntomas de la enfermedad tienen una patología subyacente que se espera que se pueda curar mediante una intervención médica, aunque la patología en sí sea inevitable. Una estricta adscripción al modelo biomédico llevaría a sus defensores a centrarse en hechos objetivos y a asumir una relación causal directa entre la enfermedad, sus síntomas o patología subyacente, y los resultados de los ajustes”.

Es decir, que esta idea básica de tratamiento no es efectiva debido a que no tiene en cuenta que todos los seres humanos no reaccionan igual ante un mismo tratamiento, y que el proceso de la enfermedad puede afectar más a unos que a otros durante un periodo más corto, con respecto a aquellas enfermedades que solo se pueden mejorar la calidad de vida de las personas, pero no curarlas, lo que ocasiona un desgaste físico y emocional en el paciente.

En segundo lugar, se aborda luego de considerar que el primer modelo no era del todo eficaz, el modelo biopsicosocial, según, Sperry (como se citó en Juárez (2011), “asume de manera clara la multiplicidad de las causas de la salud por lo tanto, es una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo”, por consiguiente, se aborda de manera multidisciplinar proporcionando una gran flexibilidad, de acuerdo a la exploración de múltiples causas presentes en los problemas de salud. Por consiguiente, en la psicología de la salud se utiliza el enfoque biopsicosocial, no obstante, según Engel, (como se citó en Morrison y Bennett. 2008) afirma: modelo biopsicosocial apunta hacia un modelo biomédico de la salud y de la enfermedad como un modelo que engloba y pone el énfasis en la interacción entre los procesos biológicos y las influencias psicológicas y sociales. Del cual se logra obtener una explicación integral, acerca de la experiencia de los seres humana en relación a la enfermedad por medio del modelo interdisciplinario que interviene en estados que implican factores psicológicos y sociales.

En países desarrollados, ha disminuido la mortalidad, según, Morrison y Bennett. (2008), por los programas de inmunización como en estados unidos, además, de los avances en la educación y en la agricultura, que provocaron cambios de la dieta, o el desarrollo de los sistemas

de alcantarillado y de retirada de residuos domésticos, garantizando la mejora de la salud pública. lo que significa que, favoreciendo el ámbito social y medioambiental, se contribuye al proceso en que las personas se encuentren mejores condiciones de salud. Es fundamental según Morrison y Bennett. (2008), la vinculación entre comportamiento individual, salud y enfermedad, proporciona una razón clave del crecimiento de la psicología de la salud debido, a su atención a las influencias personales y sociales sobre el comportamiento relacionado con la salud, lo cual indica que esta rama de la psicología permite abordar factores integrales con respecto a las vivencias de los individuos.

Motivo por el cual la salud como significado ha cambiado a medida que evoluciona según, Krause y Jay, (como se citó en Morrison y Bennett. (2008), las opiniones subjetivas sobre la salud estaban más relacionadas con el comportamiento saludable en los individuos. No obstante, Bennett, (como se citó en Morrison y Bennett. 2008), afirma que existía una complejidad en cuanto a diferenciar entre salud y ausencia de enfermedad, por ello, la salud se consideraba como un estado de equilibrio entre diversas facetas de una persona, incluyendo factores físicos, psicológicos, emocionales y de bienestar social. Aspectos que empezó abordar la psicología de la salud.

Dentro de la psicología de la salud considera propicio la integración de los comportamientos saludables o de riesgo al cual se exponen las personas, es por ello que existen áreas de aplicaciones, según, Oblitas, (como se citó en Cardoza, Rondón, 2014) “se desempeñan en las evaluaciones de las variables psicológicas que contribuyen al mantenimiento de la salud física como aquellas patologías para generar programas que beneficien la salud de las personas desde diversos aspectos”, indica, que se evalúa la relación que tiene lo físico, y lo emocional para la mejoría del paciente

En esta área existen programas que se desarrollan por medio de niveles según, Oblitas, (como se citó en Cardoza, Rondón, 2014) "la prevención primaria se brinda protección en salud en cuanto, al medio ambiente sano como, la higiene alimentaria y a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades haciendo énfasis en los estilos de vida saludables”, por ende, orienta el proceso de prevención para que se generen hábitos adecuados que garanticen el buen funcionamiento de la mente y el cuerpo de manera equilibrada.

Según, Salleras (como se citó en Cardoza, Rondón, (2014),”la prevención secundaria tiene como propósito evitar la cronificación de la enfermedad proporcionando el tratamiento, y prevenir el deterioro y su incapacitación., así, que atiende la enfermedad en su primera fase para que no se desarrollen y se pueda evitar complicaciones físicas y emocionales. De este modo, las conductas saludables según, Oblitas (2007) “son aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar”, ya que, los cuidados o riesgos que se tomen tendrán resultados que favorezcan o afecten su salud.

Practicar ejercicios físicos

estas actividades disminuyen el riesgo de desarrollar y de morir de una dolencia coronaria. También ayuda a controlar el peso, a normalizar el metabolismo de los carbohidratos y de los lípidos.

Nutrición adecuada

La práctica nutricional se caracteriza por una dieta equilibrada, que contenga todas las sustancias nutritivas esenciales, relacionada con el cuidado o prevención de la enfermedad.

Hábitos saludables del paciente.

Oblitas (2007) “Además de las actividades para prevenir y manejar enfermedades físicas, existen estilos que minimizan emociones negativas, ya que si no se regulan pueden provocar alteraciones psicológicas y fisiológicos de la salud” Es decir, que las personas que vivan bajo situaciones estresantes es más probable que aumenten conductas de riesgo y reduzca todo tipo de conductas saludables.

Optimismo.

Buen humor y risa: es una actitud que sirve para enfrentar acontecimientos, eventos de la experiencia personal y social, siendo positivos a través del buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo que tienen las, confiando en nuestras capacidades y posibilidades junto con la ayuda o apoyo social que podemos recibir.

Creatividad.

es la capacidad de crear, de producir cosas nuevas y valiosas resolviendo problemas en una forma original que resulta no solo satisfactorio, sino que por medio de este se logre la adaptación y ajuste a determinadas circunstancias de la vida, esta debe ser intencionada y apuntar a un objetivo. Por ende, es básica para el mejoramiento de la inteligencia personal ya que se trabaja la producción de una idea, un concepto, una creación o un descubrimiento que es útil tanto para creador como para otros.

Hábitos de riesgo para el paciente.

Según, Oblitas (2007), también las personas tienen Comportamientos De Riesgos Para La Salud, “donde se incrementa la probabilidad de padecer alguna enfermedad, reduciendo las expectativas de vida que tiene la persona”, por ende, es importante conocer algunas de las contribuciones de la Psicología de la salud en el campo del desarrollo humano. Y para ello, es necesario la intervención de profesionales. En la intervención de los psicólogos casi-médica, según Oblitas (2007), “se emplean técnicas que requieren de tipo de medicación para el funcionamiento del organismo. Como, la intervención conductual, intervención en la manipulación del medio, organizaciones de auto ayuda, adoptar comportamientos de seguridad” debido, a que es importante abordar la enfermedad a través, del modelo biopsicosocial abordando la parte física y emocional, logrando una recuperación conjunta en el proceso del tratamiento.

Para concluir se tiene en cuenta que la psicología de la salud es indispensable abordarla como prioridad para el bienestar del ser humano, más específicamente dentro de las entidades de salud, brindado así, un apoyo y acompañamiento al adulto mayor garantizando la atención en pacientes EPOC ya que, permite una mejora en la calidad de vida de estas personas.

Capítulo II. Factores Psicoemocionales Del Paciente Hospitalizado Adulto Mayor

En el segundo capítulo se abordan aquellos factores tanto psicológicos como emocionales en los pacientes hospitalizados EPOC, dando a conocer un concepto general sobre aquellos factores mencionados anteriormente del cual la psicología médica entra siendo en primera instancia un tema que da apertura a éste capítulo; si bien, ésta estudia las interacciones recíprocas entre procesos mentales y salud fisiológica y considera todos aquellos aspectos psicológicos presentes al enfermar, al recuperarse y cómo se adapta el individuo a la enfermedad. Considera que la salud y la enfermedad son atributos de la persona en su totalidad y que así deben ser considerados por todo médico. No basta con decir, como se hace a menudo, que hay enfermedades y enfermos cuando las cosas no suceden de acuerdo con los cánones de la ciencia, sino que se debe considerar la enfermedad como un acontecimiento personal en el que el individuo queda instalado. Organización mundial de la salud (OMS).

A continuación, se presenta la definición de estos factores psicoemocionales mencionados anteriormente:

Las emociones como la tristeza, el enojo y el miedo se tornan importantes, debido, a que crean respuestas de reflexión, de defensa y de alerta que forman parte de las formas de enfrentamiento ante eventos de la vida cotidiana. (Sánchez & Ruiz, 2009)

Tristeza.

Según Lelord, (como se citó en Sánchez & Ruiz 2009), es la emoción que se siente cuando se ha perdido algo importante, se ha sufrido una decepción o ha ocurrido alguna desgracia que afecta a la persona o a alguien importante para ella: cuando se siente soledad, es factible que surja la tristeza.

Enojo.

Según Averill y Berkowitz, (como se citó en Sánchez & Ruiz 2009), éste inicia por un evento no placentero que provoca reacciones Fisiológicas internas, reacciones motoras involuntarias, cambios faciales y pensamientos y recuerdos que llegan en el momento del evento

no placentero, también es exteriorizado en las siguientes formas: gritar, debatir, intentar a la fuerza, modificar actitudes y conductas que muchas veces, obtienen el éxito deseado

Miedo.

En este caso Lelord, (como se citó en Sánchez & Ruiz 2009), señala que es la emoción que surge ante la percepción del peligro, es de fuerte impacto Fisiológico, pues se acelera el ritmo cardiaco y la respiración, se contraen los músculos y tiemblan las manos de quien la experimenta. Todas estas manifestaciones están dirigidas a la activación del sistema nervioso simpático y parasimpático, es decir, no dependen de la voluntad.

Depresión.

Sentimientos de inutilidad, según Drane, (como se citó en San Juan & Betancourt (2012) considera el sentimiento de “inutilidad” como un acumulativo de varios fracasos en la vida de la persona, esto sin duda obstáculos que aún siguen presentes en sus pensamientos ¿Qué pasa cuando fracasamos?, es posible que nos haya tocado dos veces, tres o más, posiblemente no sea tu caso, pero muchas veces si no encontramos logros, consideramos que no existe una identidad personal ni autoestima.

Desesperación

Hay que mencionar además que según Ospino (2009), enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar.

Complementando lo anterior, existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

Entonces Ospino (2009), da a conocer aquellos factores como la personalidad del paciente la cual influye en los mecanismos de defensa que utilizará. Así, por ejemplo, las personas dependientes utilizarán la regresión a estadios precoces del desarrollo, y dirán: ¡Ayúdeme!, mientras que los que son muy independientes correrán el riesgo de negar la gravedad de la enfermedad.

Existen tipos patológicos de personalidad (trastornos de la personalidad) que interfieren en un grado importante con la actividad clínica. Varios estudios han de mostrado que un 10 % de los enfermos de servicios médicos y quirúrgicos tiene algún tipo de trastorno de la personalidad. En estos casos suele prolongarse la estancia media o surgen conflictos por demandas en excesivas exigentes o extemporáneas y se deteriora la relación médico-enfermo. Según el tipo de trastorno de la personalidad aparecen problemas más específicos. Personalidades inseguras tendrán miedo a perder el control sobre sus vidas; las que padecen, por ejemplo, un trastorno límite tenderán a dividir al personal en buenos y malos, haciendo más difícil su tratamiento; los pasivos agresivos tenderán a ser irritables y demandantes cuando enfermen.

Edad del Paciente.

Los adultos jóvenes tienen más riesgo de reaccionar ante una enfermedad con resentimiento o incredulidad, y de buscar diferentes opiniones con la esperanza de que el diagnóstico original fuese una equivocación. Los pacientes ancianos en general aceptan mejor sus problemas médicos.

Tipo de enfermedad.

Las enfermedades del corazón, como las arritmias o las enfermedades de las arterias coronarias, producen mucha ansiedad y el miedo ante la muerte es constante. La insuficiencia respiratoria o la dificultad para respirar producen un estado de ansiedad agudo que se resuelve cuando la situación revierte. El diagnóstico de cáncer produce miedo y las enfermedades retransmisión sexual, como el SIDA, producen, con frecuencia, además de miedo, sentimientos de culpa. Las enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal, artritis reumatoide o diabetes

mellitus, producen diversas respuestas que van desde su aceptación hasta su negación, rechazando el tratamiento.

La complejidad de la dinámica familiar afectará el comportamiento del paciente. Así, por ejemplo, la ansiedad del esposo será transmitida al paciente; otras veces, en caso de ganancias secundarias, la curación y el alta se retrasarán

Ahora bien, el paciente hospitalizado en la parte psicológica y emocional según Ospino (2009), Las personas con problemas de salud hospitalizadas, están sometidas a experimentar estados tensionales. El paciente necesita ayuda para recobrar su estado físico y para recobrar su equilibrio emocional. Someterse a exámenes, procedimientos, conocer o desconocer pronóstico, cambios corporales, la reacción de las personas cercanas, la experiencia los cambios en el modo de vida hacen parte de la adaptación a situaciones nuevas.

Ospino (2009), refiere que el paciente experimenta diferentes estados emocionales como: La ansiedad, caracterizada por ser una forma modificada del miedo, acompaña la enfermedad, tiene mayor fuerza en los hospitalizados, es el temor a lo desconocido, algunos pacientes se tornan exigentes y poco colaboradores. Se puede presentar retraimiento, mutismo, hiperactividad, bromear en exceso, hablar, llamar la atención, quejarse, llorar y fantasear.

Por otra parte, la ira, es una emoción frecuente en los hospitalizados, y se utiliza como una manera de dominar la ansiedad. Ser paciente significa estar desvalido, controlado por otros, agredido con sondas, enemas, catéteres, agujas y procedimientos. Cuando los cuerpos médicos, o algún familiar o allegado al paciente se puede sentir abandonado lo cual aumenta su frustración Ospino (2009).

En cuanto a los derechos del Paciente, se pueden dividir en cuatro grupos, los cuales son: La aceptación, la cual indica la aparición y conservación de un sentimiento e interés en los otros; La suficiencia, esta se relaciona con la necesidad de establecer y conservar una relación satisfactoria con los demás; el afecto, el cual representa la necesidad de establecer con otra persona una relación de concesiones mutuas basada en la simpatía, no se debe involucrar sentimentalmente con los pacientes y el individualismo en el cual el cuidador se debe mostrar comprensivo, deseoso de ayudar, interesado en el paciente, respetuoso de su intimidad e individualidad. (Ospino, 2009)

También el paciente tiene derecho a elegir libremente al médico en general, los profesionales o instituciones, disfrutar de la comunicación plena y clara con el médico apropiada a sus condiciones, a que en caso de inconsciencia o minoría de edad los representantes acepten-rechacen procedimiento, derecho a la confidencialidad de la historia clínica, derecho a que se le preste la mejor atención disponible, respetando los deseos del paciente, derecho a revisar y recibir explicaciones acerca de los costos por servicios. En caso de urgencia la atención no está condicionada a un pago, derecho a recibir o rehusar apoyo espiritual o moral, derecho a participar o no en investigaciones realizadas, derecho a enterarse de los objetivos métodos, posibles beneficios, riesgos e incomodidades, derecho a aceptar o rehusar la donación de órganos, derecho a morir dignamente y derecho a que se respete su voluntad en cuanto a este proceso.

Jerarquía de Valores en los Pacientes Hospitalizados

En cuanto a los valores en los pacientes hospitalizados se deben tener en cuenta los siguientes aspectos (Ospino, 2009):

Biológicos

Instinto sexual, socialización, atención y afecto, superación, económicos: no se trabaja, los ingresos disminuyen, intelectuales: el enfermo casi no utiliza su mente, se disminuye o afecta su capacidad de toma de decisiones, estéticos: los efectos al a enfermedad son antiestéticos, el paciente se deja de tener en cuenta como miembro de grupos, círculos, sociales: al principio es visitado,

luego de un tiempo los allegados pierden regularidad y empiezan a sentirse solos y aislados, morales y religiosos: proporcionar apoyo espiritual es muy importante en una enfermedad.

Las técnicas de intervención

Se describirán los abordajes de técnicas aplicadas a la ansiedad de acuerdo con la psicología positiva y su intervención terapéutica de tercera generación.

La intervención psicológica permite abordar las problemáticas y situaciones que experimentan los individuos, según, Bados. (2008), es aquella aplicación de principios y técnicas psicológicas empleadas por un profesional con el propósito de generarle a los demás un beneficio, ayudándoles a comprender sus problemas, a reducirlos o superarlos, además, de mejorar las capacidades personales. Es decir que se puede intervenir en la ausencia de problemas debido, a que también se potencializa el bienestar de las personas. Por consiguiente, para los trastornos de ansiedad, o síntomas ansiosos se pueden trabajar diversas técnicas, según, Infante, (2006), Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con importantes niveles de incapacidad, con un impacto considerable en el bienestar personal, además, de las relaciones sociales y laborales. Una de las terapias para intervenir la ansiedad es la aceptación y compromiso, debido, a que se han realizados estudios con respecto a su eficacia.

Al igual que la anterior en una investigación aplicada en Bucaramanga, Colombia, se intervino, a través, de la terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer de 35 años estadio II quien presentaba problemas emocionales caracterizados por sintomatología ansiosa y depresiva y en la cual se observaron conductas de evitación experiencial. Según, Pérez, y Uribe, (2016), en el proceso de intervención se aplicó para la medición de las conductas se llevaron a cabo auto registros y aplicación de las escalas clínicas, para analizar los datos, además, de un tratamiento descriptivo a través de gráficas, en las cuales se pudo observar el cambio en las conductas de la paciente. Para complementar el reporte verbal y la observación se aplicaron los siguientes instrumentos: Inventario de depresión de Beck-II, adaptación española (BDI-II). Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD), validada para población colombiana y Escala de ansiedad Estado-Rasgo (STAI E-A). Asimismo,

dentro de la intervención se aplicaron metáforas tales como: la metáfora del campo de hoyos, la de quitarse las gafas, del jardín, la del polígrafo, alimentar el tigre, el tablero de ajedrez las dos escalas, la caja, entre otros.

Según Pérez, y Uribe, (2016), en el desarrollo del estudio, se cumplieron todos los objetivos propuestos debido, a que se intervino, a través, del proceso terapéuticos de manera exitosa, es decir, que funcionaron como elementos de exposición que le permitieron a la participante experimentar los eventos privados sin dejar de realizar las actividades requeridas y deseadas en sus esferas vitales, lo cual indica, que la función verbal también se modificó de modo que las “quejas” ya no actuaban como mandos. Por otro lado, también se logró la disminución de los síntomas depresivos y de ansiedad los cuales, eran la queja principal de la paciente.

En una investigación, se realizaron intervenciones en varios estudios, para hacer frente a la ansiedad con el objetivo de aumentar la flexibilidad psicológica a través de procesos básicos de cambio. La Terapia de Aceptación y Compromiso según, Len, Homan, Morrison, Levin, y Michael (2014), tiene como objetivo tratar la evitación emocional, como una respuesta excesiva a los contenidos cognitivos y emocionales, y tratar también la falta de habilidad para hacer y tomar compromisos para cambiar la propia conducta. En el proceso de intervención de la investigación, se consideró propicio aplicar el cuestionario de aceptación y acción (AAQ y AAQ-II), con el propósito de sintetizar los trastornos de ansiedad y del espectro TOC. Esto incluyó una revisión de meta-análisis de estudios que examinan la relación entre el proceso central del cambio ACT (psicológica flexibilidad) y la sintomatología de la ansiedad. Al finalizar se evidenciaron relaciones positivas y significativas entre el AAQ y medidas generales de la ansiedad, donde los resultados de meta-análisis muestran que la ACT es eficaz, ocasionando una mejora progresiva en los pacientes.

Es necesario mencionar otros estudios que se han llevado a cabo como por ejemplo la intervención en cuanto, a mecanismos de cambio durante el entrenamiento de la atención y la atención en los individuos de alto rasgo ansioso mediante un estudio controlado y aleatorizado, el cual se ejecutó, según, (como se citó en Mcevoy, Graville, Hayes, Kane, y Foster, 2017), con el

propósito de abordar varios objetivos de estudio el primero, fue comparar las técnicas de manipulación de la atención que se deriva de la técnica de entrenamiento de la atención (ATT) y enfoques Mindfulness-Based (muscular, relajación progresiva) a un control de errantes en el pensamiento, en términos de su impacto sobre la ansiedad y otros cuatro mecanismos: distanciamiento, la atención centrada en la actualidad, falta de control y la peligrosidad, creencias metacognitivas y la flexibilidad cognitiva.

El segundo objeto de estudio, tenía relación con los efectos indirectos de las técnicas sobre la ansiedad a través de los mecanismos. Las medidas de ansiedad cognitiva y somática, el distanciamiento, la atención centrada en la actualidad, las creencias metacognitivas, y la flexibilidad cognitiva se administraron antes y después de la tarea de manipulación de la atención. Según, Mcevoy, Graville, Hayes, Kane, y Foster, (2017), en comparación estas medidas fueron asociadas con mayores cambios en la ansiedad cognitiva. Los modelos de efectos indirectos revelaron resultados significativos de la condición de estado de ansiedad. Los mecanismos se asociaron con cambios en la ansiedad, lo que sugiere que los mecanismos de cambio pueden ser más similares, a través, de esta técnica. Según, Wells (como se citó en Mcevoy, Graville, Hayes, Kane, y Foster, 2017), permite, facilitar el desacoplamiento del síndrome atencional cognitivo (CAS) desplazando la atención de auto inflexible a centró de atención, promoviendo así la plenitud mental individual y control de la atención.

Por otro lado, en Londres una investigación se realizó con una muestra de 100 mujeres y 23 varones donde las edades oscilaban entre 17-60 años, con la finalidad de determinar si la ansiedad y la evitación apego, predicen la atención, para ello, en el proceso de evaluar la atención plena, se aplicaron cuestionarios como el de ECR-R, según, Balint, Smolira, Kamstrup, Madsen, (2008) es un cuestionario de medida, que emplea una escala Likert de seis puntos, comprendiendo 36-artículos, donde las puntuaciones más altas significan más ansiedad relacionado con el apego ($\alpha = 0,92$) y la evitación relacionado con el apego ($\alpha = 0,92$). Asimismo, el cuestionario de NEO-PI-R como inventario de personalidad mide una 'faceta' de la neurosis, a través, de una escala de 8 ítems. Por ello, los participantes debían leer las declaraciones de los elementos, para así, poder evaluar su grado de acuerdo con cada uno. Las puntuaciones más altas indican más ansiedad rasgo ($\alpha = 0,76$). Por último, el cuestionario MAAS que mide la atención plena.

El resultado de esta aplicación revela, según, Balint, Smolira, Kamstrup, Madsen, (2008), que Individualmente, la ansiedad apego y ansiedad rasgo fueron predictores significativos, este último emergiendo como un poco más fuerte. Ni la evitación de fijación, ni su interacción con la ansiedad apego, surgieron como significativos, es decir, que la atención disminuyó en la ansiedad de fijación, la evitación de unión, su interacción, y la ansiedad rasgo. En general, el modelo representó el 18% de la varianza en la atención y resultó ser fiable [$F(4,122) = 6.57, p < 0,001$].

Según, Boettcher, Åström, Pålsson, Schenström, y Gerhard (2014), se hizo una investigación en Estados Unidos, la cual, tenía el propósito de evaluar la eficacia de un programa de tratamiento de atención basado en Internet, para las personas con trastornos de ansiedad. Se llevó a cabo por medio del Inventario de Ansiedad de Beck, el Inventario de Depresión de Bai y una escala tipo Likert, la muestra se obtuvo a través, de correos electrónicos y algunas llamadas, luego, a todos los participantes se les aplicaron las pruebas anteriormente mencionadas con el objeto de analizar el nivel de ansiedad en que se encontraban los participantes.

En el proceso de intervención se creó un grupo control, una de las estrategias que se realizó fue enviar la información por el correo electrónico, donde se les invitaba a seguir con el tratamiento, en el que más tarde se haría una post evaluación. Para finalizar a través de la escala Likert se midieron los niveles de ansiedad somática y cognitiva. Según, Boettcher, Åström, Pålsson, Schenström, y Gerhard (2014), se llegó a la conclusión de que las técnicas aplicadas permitieron de manera general que los participantes del estudio mostraran una mejoría en los niveles de ansiedad reportados al inicio del estudio, debido a que los niveles de ansiedad bajaron y el entrenamiento en la atención se llevó a cabo mediante ejercicios de conciencia que se introduce como una variable independiente.

Para concluir, la aplicación de estas técnicas generan en los participantes, una mayor funcionalidad, debido a que les permite tener satisfacción en el ciclo de vital en el que se encuentran, ya que las personas con trastornos de ansiedad, o síntomas ansiosos, pueden verse afectadas sus áreas, en cuanto al ámbito laboral, social, entre otras es decir, que las técnicas

presentadas en este capítulo están diseñadas para facilitar el proceso de intervención mejorando así, la calidad de vida del mismo.

Ahora bien, si se habla de adulto mayor, el envejecimiento en relación con la capacidad funcional, según, Rodríguez, (2011), es un proceso, que involucra cambios de diferente orden, biológicos, psicológicos, cognitivos y sociales, que se pueden concretar en la pérdida de la capacidad funcional, la cual se entiende como la destreza para desenvolverse de forma independiente. El adulto mayor, Según, Rodríguez, (2011), puede ser percibido como enfermos, asociados con el termino de fragilidad y dependencia, dejando a un lado a aquellos que tiene la capacidad de realizar sus actividades de la vida diaria de manera autónoma a pesar de la variedad de enfermedades crónicas que puedan presentar, lo cual indica, que esta etapa para cada persona varia, ya que, muchas de las complicaciones de salud, son consecuencias de hábitos anteriores que no beneficiaban su bienestar a futuro.

Envejecer es un cambio, Salgado, como se citó en Rodríguez (2011) afirma:

“Este cambio es morfológico y fisiológico, en consecuencia, del tiempo sobre los organismos vivos, proceso que trae como problemas de salud, disminución de la independencia y adaptabilidad, deterioro de los modelos familiares y sociales, retiro del trabajo, merma en la capacidad económica, disminución de las capacidades físicas y mentales”

Es por ello que, durante el proceso vital, es importante mantenerse saludable, en el caso de los adultos mayores que padecen de laguna enfermedad crónica como el EPOC, deben habituarse a diferentes entornos, donde no realicen las mismas actividades que puedan afectar su tranquilidad. Según, Zúñiga, Pasquel y Zamora, (2012), los adultos mayores ingresan más a las instituciones de salud del segundo nivel de atención, por problemas propios de su edad, relacionados con enfermedades crónico degenerativas. Lo que significa que la atención de aquellos pacientes es por la parte de urgencias.

Capítulo III. La EPOC En Colombia

En el siguiente capítulo se aborda un tema del cual es de total relevancia dentro de la investigación llevada a cabo, se tiene en cuenta el concepto de la EPOC enfermedad pulmonar obstructiva crónica, los procedimientos, como esta enfermedad esta diagnosticada en el país de Colombia y el procedimiento de hospitalización tanto en Colombia como en este tipo de pacientes.

Teniendo en cuenta que la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), la Organización Mundial de la Salud, OMS (2017), afirma:

No es una sola enfermedad, sino un concepto general que designa diversas dolencias pulmonares crónicas que limitan el flujo de aire en los pulmones. Los síntomas más frecuentes son falta de aire, expectoración excesiva y tos crónica. A medida que la enfermedad empeora, las actividades cotidianas, como subir unos cuantos escalones, pueden verse muy dificultadas, lo cual indica que esta enfermedad crónica está relacionada con varios síntomas que afectan a la persona no solo en su estado físico sino emocional

Síntomas más comunes.

Según, la Organización Mundial de la Salud, OMS (2017), Los síntomas más comunes son la disnea, o "falta de aliento", una excesiva producción de esputo y una tos crónica. Sin embargo, la EPOC no es sólo la "tos del fumador", sino una enfermedad pulmonar potencialmente mortal que conduce de forma progresiva a la muerte. Asimismo, OMS (2011), la EPOC es prevenible, pero incurable. El tratamiento puede ayudar a ralentizar su progresión, pero la enfermedad suele empeorar con el tiempo, y es por ello que generalmente se diagnostica en mayores de 40 años. Bronquitis crónica y enfisema son dos términos que han dejado de utilizarse y quedan englobados en el diagnóstico de EPOC.

Sintomatología y Tratamientos de la EPOC.

Se encuentran dos formas según, Hadjiliadis (2016): la Bronquitis crónica, la cual implica una tos prolongada con moco Enfisema, el cual implica un daño a los pulmones con el tiempo, por lo cual la mayoría de las personas con EPOC tienen una combinación de ambas afecciones.

Causas de la EPOC

Hadjiliadis (2016) considera que la principal causa es el tabaquismo, pues cuanto más fume una persona, mayor probabilidad tendrá de desarrollar EPOC. Pero algunas personas fuman por años y nunca padecen esta enfermedad. Sin embargo, en algunos casos, los no fumadores que carecen de una proteína llamada alfa-1 antitripsina pueden presentar enfisema. Ahora bien, otros factores de riesgo para la EPOC son: La exposición a ciertos gases o emanaciones en el sitio de trabajo, exposición a cantidades considerables de contaminación o humo indirecto de cigarrillo, uso frecuente de fuego para cocinar sin la ventilación apropiada

Síntomas.

Es importante tener en cuenta los síntomas, según Hadjiliadis (2016), donde éstos pueden ser: Tos con o sin flema, fatiga, muchas infecciones respiratorias, dificultad respiratoria (disnea) que empeora con actividad leve, dificultad para tomar aire, sibilancias, dado que los síntomas de EPOC se presentan lentamente, es posible que algunas personas no sepan que tienen la enfermedad.

En cuanto a aquellas pruebas y exámenes para la EPOC, Hadjiliadis (2016), nos dice que es una prueba de la función pulmonar llamada espirometría, donde ésta consiste en soplar con tanta fuerza como se pueda dentro de una máquina pequeña que evalúa la capacidad pulmonar. Los resultados se pueden analizar inmediatamente.

También, usar un estetoscopio para auscultar los pulmones puede servir. Sin embargo, algunas veces los pulmones suenan normales incluso cuando una persona tiene EPOC, es importante saber que las imágenes de los pulmones como radiografías y tomografías computarizadas, pueden ser útiles. Con respecto a un examen de sangre llamado gasometría arterial se puede llevar a cabo para medir las cantidades de oxígeno y dióxido de carbono en la sangre.

Según, Hadjiliadis (2016), la EPOC, es un padecimiento crónico y por lo tanto no tiene cura. sin embargo, hay muchas medidas que se pueden tomar para aliviar los síntomas e impedir

que la enfermedad empeore. Debido, a que los hábitos influyen, en caso de que algún paciente relacionado con esta enfermedad fumara lo mejor sería dejarlo. Según OMS (2011), los afectados por enfermedades pulmonares crónicas se ahogan al realizar la menor actividad. Luchan por mantenerse físicamente activos y corren el riesgo de morir prematuramente. "Enfermedad pulmonar obstructiva crónica" (EPOC) es una expresión genérica que designa las dolencias que dañan los pulmones y provocan sensación de asfixia en el enfermo.

La bronquitis crónica y el enfisema son dos clases corrientes de EPOC, Según OMS (2011), no todos los casos son diagnosticados correctamente, por ende, la EPOC, es una enfermedad que para 2030 será ya la tercera causa más importante de mortalidad. Los principales factores de riesgo son el consumo de tabaco, la contaminación del aire, donde la inhalación de partículas de polvo y sustancias químicas se encontrará en los lugares de trabajo.

Medicamentos.

Los medicamentos empleados para tratar la EPOC Según, Hadjiliadis (2016), incluyen los inhaladores (broncodilatadores), los cuales son medicamentos de alivio rápido para ayudar a abrir las vías respiratorias en estos pacientes, además de esteroides inhalados o fármacos de control, para reducir la inflamación pulmonar, ya que, los antiinflamatorios sirven para reducir la hinchazón en las vías respiratorias. No obstante, en casos graves o durante reagudizaciones, es posible que sea necesario aplicar a los pacientes esteroides por vía oral o a través de una vena (por vía intravenosa).

De acuerdo con Hadjiliadis (2016), La oxigenoterapia en el hogar puede ser necesaria si usted tiene un nivel bajo de oxígeno en la sangre. Es decir, que la rehabilitación pulmonar no cura la EPOC. Sin embargo, puede enseñarle a inhalar de una manera diferente de forma tal que pueda permanecer activo y sentirse mejor. Lo que quiere decir, que este procedimiento permite la estabilidad del paciente. Las medidas de tratamiento, según, Hadjiliadis (2016), ayudan a mejorar y proteger sus pulmones para permanecer saludable. El hábito de hacer ejercicios y caminar ayuda a que la enfermedad, no interrumpa las actividades diarias del adulto mayor, ya que puede aumentar poco a poco la distancia que camina. También se debe evitar el aire muy frío o el clima muy caliente. Para manejar el estrés en su estado de ánimo, es importante la alimentación, ya que

consumir alimentos saludables como pescado, carne de aves o carne magra de res, al igual que frutas y verduras. Si le resulta difícil mantener el peso, hable con su proveedor o un nutricionista respecto a consumir alimentos con más calorías.

Las posibles complicaciones con la EPOC, Hadjiliadis (2016), su salud puede complicarse, debido a que puede experimentar, latidos cardíacos irregulares, la necesidad de un respirador y oxigenoterapia, insuficiencia cardíaca, Pérdida considerable de peso y desnutrición. Uno de los aspectos negativos en cuanto a factores psicológicos, es el aumento de la ansiedad. No obstante, el estrés causado por la enfermedad Hadjiliadis (2016), se puede aliviar uniéndose a su grupo de apoyo, El hecho de compartir con otras personas que tengan experiencias y problemas en común puede ayudarle a no sentirse solo.

De acuerdo a lo anterior la EPOC, se ha convertido en un tema de investigación por el cual se realizó un estudio, según, Vilarnau (2016), que incluyó una amplia muestra de pacientes hospitalizados por primera vez por exacerbación de la EPOC entre el periodo de (2004-2006). Un total de 342 pacientes fueron ampliamente caracterizados con variables sociodemográficas, clínicas y funcionales. Se evaluó la asociación entre ansiedad, depresión o ambos, y la CVRS, después de ajustar por posibles factores de confusión y se identificaron factores modificadores del efecto de esta asociación. Además, se investigaron las características y el pronóstico (rehospitalizaciones y mortalidad) de los pacientes con EPOC no diagnosticada.

Los Resultados, según Vilarnau (2016), En primer lugar, los pacientes con EPOC tenían un amplio espectro de gravedad, con una proporción importante de pacientes con EPOC leve a moderada, y de fumadores activos; más de un tercio de pacientes tenían EPOC no diagnosticada; en segundo lugar, los pacientes con EPOC no diagnosticada tenían una enfermedad menos grave y menor riesgo de rehospitalización en comparación con los pacientes con EPOC conocida; y por último, en tercer lugar, este estudio mostró una asociación significativa entre ansiedad, depresión, o ambas y deterioro de la CVRS; los factores clínicamente relevantes que afectaron a la magnitud de esta asociación fueron la situación laboral, la gravedad de la EPOC, y la presencia de

comorbilidades. Conclusiones: La presente tesis es el primer estudio que describe las características de una muestra amplia y representativa de pacientes hospitalizados por primera vez por exacerbación de la EPOC; la tesis enfatiza que esta primera hospitalización abre una ventana de oportunidad para el diagnóstico de la EPOC y el inicio de un tratamiento adecuado.

La hospitalización en Colombia.

La Hospitalización En Colombia es el proceso está encaminado a la recuperación del paciente, según, Ayala, (2014), en cuanto al nivel de salud de acuerdo a la prestación de servicios con base a la hospitalización en la que la personas deben enfrentar en el proceso en donde se les realiza una serie de actividades con el propósito de mejorar la calidad de vida del individuo. Por esta razón es necesario abordar estas temáticas, debido a que genera un aporte en beneficio de la sociedad. En cuanto a la Prestación de servicios se han realizado investigaciones en el país de manera amplia, según, Guarnizo Agudelo, Restrepo, Zambrano, Vélez, Ramírez, Zambrano, Ramírez, Yepes, Guerra, Rivera, Mejía, Sánchez, Tamayo, Vargas & Molina, (como se citó en Ayala, 2014). El acceso a los servicios médicos en torno a los usuarios, el sistema de salud, donde se encontraron relación entre el acceso, a través de investigaciones empíricas se han encontrado una correlación entre variables socioeconómicas, y el sistema de salud como la edad, el sexo, la raza, el estado civil, el nivel de escolaridad, el ingreso, el tamaño del hogar, la ubicación geográfica, la cobertura de aseguramiento y el régimen de afiliación.

De acuerdo con la Necesidad, demanda y oferta de servicios de la salud en Colombia se consideran aspectos previos a la necesidad de la población, la demanda y la oferta de prestadores de servicios de salud de colombiana. Por esta razón según, Aday Andersen y Reina, como se Citó en Ayala, G, (2014), antes de que una persona acceda al servicio médico, primero se presenta la necesidad de atención médica, luego, accede al servicio médico después de presentar la demanda y al final se llega al acceso a través de la oferta.

En este mismo orden de ideas, se debe aclarar sobre una diferencia existente entre la necesidad de atención médica y la demanda por servicios de salud. Según, Musgrove y Gallego, (como se Citó en Ayala, 2014), en la primera de estas se presenta al momento en que las personas tienen un problema de salud, independientemente de que requiera o no atención médica, mientras que la segunda depende de factores como el ingreso, los costos de atención y el estado de salud percibido por las personas.

Afiliación y uso de servicios de salud.

Según ministerio de salud y protección social (2014-2015) definir la cobertura de la póliza de salud es función y responsabilidad del estado por consiguiente la prima que paga el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) a las aseguradas es por persona, y es por esta razón es que la estimación tiene en cuenta la población equivalente, la cual corresponde a los días compensados divididos en 360, es decir que se reconocen personas que estuvieron afiliadas durante un año y por la cuales se pagó la prima anual completa, es así como se evidencia para el régimen contributivo y las EPS donde más de la mitad de las personas que estuvieron afiliadas y compensadas usaron por lo menos una vez alguna tecnología en salud que se encuentran incluidas en la póliza de seguridad bien sean procedimientos, medicamentos, insumos o dispositivos médicos.

Políticas farmacéuticas.

Según ministerio de salud y protección social (2015), en lo correspondiente a la política farmacéutica definida en el Concejo nacional de política económica y social 155 de 2012, sobresalen los progresos de acuerdo con el control de precios de medicamentos, dispositivos médicos y la regulación de los biotecnológicos en los cuales se hace énfasis primero en lo que esta lo relacionado con el control de precios y utilizando la nueva metodología de referenciación internacional de precios en varios países, donde se ha alcanzado la cifra de mil medicamentos regulados y una caída promedio de los precios del orden del cuarenta por cientos. Los ahorros

obtenidos en aplicación de la política ya superan aproximadamente el billón de pesos, los cuales podrán ser reinvertidos en la salud de los colombianos.

El problema de la calidad de los servicios es evidentemente grave ya que, tiene consecuencias indeseables. Según, Ministerio de Salud y Protección Social (2015), se manifiesta en la contradicción que existe entre los avances en la cobertura de servicios materno-infantiles y la baja calidad en los servicios como la poca variación positiva en los indicadores de salud materna y de complicaciones en el parto, lo que señalaría la ineficacia del sistema en cuanto a la inequidad que se refleja, también, que los individuos para acudir oportunamente al médico no presentan mucha iniciativa y muchos lo hacen cuando ya su enfermedad ha avanzado, lo cual implica congestión en los departamentos de urgencias de los hospitales, costos altos en la prestación del servicio generando mala atención. Es más, en Colombia, las enfermedades crónicas implican mayores costos en su tratamiento y afecta en mayor grado a una población que envejece y tiene la expectativa de un ciclo de vida más largo. Se han convertido en la principal causa de morbilidad y mortalidad, sin embargo, las enfermedades infecciosas continúan prevaleciendo en regiones.

De acuerdo a ello se considera que el adulto mayor, según, Galban, Sanso, Diaz, Carrasco, y Olivia, T, (2007) que esta etapa del ciclo vital es frágil, debido, a que tienen una dependencia del medio, es decir, lo que determina la fragilidad es la coexistencia de determinados procesos clínicos.

Metodología

Tipo de Investigación

Desde la investigación cualitativa de carácter descriptivo se puede mencionar que el investigador trata de proporcionar, según, (Taylor y Bogdan, 1995), una imagen de lo que la gente dice y del modo en que esta actúa dejando que las acciones y palabras de los participantes hablen por sí mismas y donde el investigador selecciona la información que debe incluir dentro del análisis al igual que depura la que representa poca importancia. Es así como el investigador presenta y ordena los datos de acuerdo con lo que él piensa que es importante, además al realizar los estudios toman decisiones con respecto a lo que deben observar, preguntar y registrar, decisiones que determinaran lo que puede describir y la manera en cómo lo describe.

Asimismo, según, Vargas, (2012), en la investigación cualitativa existen diferentes técnicas para coleccionar los datos, con la finalidad de obtener información de los participantes fundamentada en las percepciones, las creencias, las opiniones, los significados y las actitudes por lo que la entrevista es una valiosa técnica, que se utiliza eficazmente para la realización de un estudio.

Al abordar esta temática se posibilita una noción más clara sobre el papel que se debe desempeñar como profesionales en formación de forma activa sobre el ámbito clínico, en este caso el hospital. Además, este tipo de trabajo permite un acercamiento directo con la investigación promoviendo así el desarrollo de habilidades sociales, argumentativas, interpretativas, propositivas e investigativas. Por último, el reconocer Los factores que afectan al paciente en estas situaciones que afecta a la ciudadanía en general permitirá a futuro buscar alternativas de manera profesional para brindar las herramientas necesarias y ayudar a la población pamplonesa.

Población

Se considera como el conjunto de todos los elementos que comparten un grupo común de características, y forman el universo para el propósito del problema de investigación. Esta debe definirse en términos de: el contenido, las unidades, la extensión y el tiempo.

Teniendo en cuenta las cifras plasmadas en la base de datos del hospital de Pamplona y enfocándonos específicamente en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), se observa que en los últimos meses del 2016 desde el mes de agosto hasta octubre encontramos:

En el mes de agosto en cuanto al género masculino de 60 años fueron 4 personas hospitalizadas con esta enfermedad, en mujeres de 60 años, 2 personas.

En el mes de septiembre con relación a los pacientes de 60 años se vieron 3 personas hospitalizadas, en mujeres de la misma edad, encontramos 7 hospitalizadas y en el mes de octubre, 1 hombre de 60 años y 2 mujeres con (EPOC) hospitalizadas.

Con base a estas cifras anteriores, se tienen un total de 19 pacientes con (EPOC) que se atienden en el hospital de Pamplona. En un término de 3 meses

La información anterior se pudo recolectar por medio de una jefe enfermera llamada Edna Carolina Peñaloza Gómez y el médico Jaime Alberto Tello, quienes hacen parte del Hospital San Juan de Dios de Pamplona, esta información fue enviada el día jueves 17 de noviembre de 2016, con el asunto de morbilidad de medicina interna. (Apartado número 51).

Muestra

El tipo de muestreo que se realizara para seleccionar a los diferentes participantes de este estudio fue no probabilístico de manera voluntaria, ya que no se escogieron los participantes de la investigación con el fin de elegir una muestra representativa en número, si no la elección se realizó partiendo de ciertas características específicas de los sujetos a través de circunstancias fortuitas,

por consiguiente, según, Pérez, (2012), no se trabaja con todos los elementos de la población que estudia sino sólo con una parte o fracción de ella; a veces, debido a que no es fácil abarcarla en su totalidad, motivo por el cual se elige una muestra representativa y los datos obtenidos en ella se utilizan para realizar pronósticos en poblaciones futuras de las mismas características.

Las características que se tuvieron en cuenta para este fin fueron las siguientes: pacientes hospitalizado donde se encuentren con enfermedades crónicas: enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), familiares del mismo paciente hospitalizado con esta enfermedad anteriormente mencionada y los diferentes enfermeros que frecuentan a los pacientes crónicos.

Los sujetos que participaron en esta investigación lo realizaron de manera voluntaria obteniendo así 5 pacientes, 5 familiares y 5 médicos y/o enfermeras, para un total de 15 personas.

Categorías

características individuales.

Se pregunta su (edad, género, con quien vive actualmente, nivel socioeconómico, lugar de procedencia)

en este apartado indagamos sobre la identidad del paciente hospitalizado a través de estas preguntas ya que es importante conocer sus datos personales como la nacionalidad, los años que lleva de vida, a que se dedica profesionalmente, por ende ayuda a llevar un registro permitiéndonos saber más de la vida del paciente y en qué condiciones se encuentra.

Físico corporal.

En cuanto a su cuerpo, nivel de dolor o malestar, incomodidad

Cuando definimos el estado físico, es conveniente describir dos tipos: un estado físico relacionado con la salud, y un estado físico relacionado con el rendimiento atlético. La consecución

de ambos tipos de estado físico requiere sin duda de una dosis de ejercicio, y ambos están ligados a una nutrición adecuada, a técnicas de relajación y de descanso activo, y a otros hábitos saludables. Sin estos últimos componentes resulta improbable desarrollar, llegar, y mantener cualquier tipo de estado físico. No obstante, hay diferencias entre ambos. Familia: relación con ellos, el trato, como se siente con ellos (...) (Purto, 2011)

Factores psicológicos.

Ansiedad, temor a la soledad, muerte.

Es fundamental especificar lo básico de estudiar los factores psicológicos debido a que se ha considerado que las emociones pueden influir en la salud de diferentes formas, bien sea de manera indirecta o directa, en la segunda de ellas se da por medio de comportamientos relacionados o no con el tratamiento médico, y directamente por parte de las alteraciones del sistema nervioso central, inmunológico, endocrino y cardiovascular. Por consiguiente la respuesta antiinflamatoria del sistema inmune tiene diferentes formas de acción, teniendo en cuenta las infecciones y los traumatismos, sin embargo, la permanencia recurrente de estos procesos puede provocar cambios patológicos que podrían degenerar en padecimientos crónicos tales como enfermedades, enfermedades pulmonares y renales crónicas que persistentemente afectan el sistema inmune, con grandes consecuencias a medida que se incrementa la edad, aumentando las probabilidades de padecer enfermedades crónicas. Cohen, (1983); Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T., y Glaser, R., (2002) citado por Redondo, A, Calvanese, N, García, H, Hernandez,L(2010).

Ansiedad

Los trastornos de ansiedad, o síntomas ansiosos se pueden trabajar diversas técnicas, según, Infante, (2006), Entre los problemas de salud mental, los trastornos de ansiedad se asocian con importantes niveles de incapacidad, con un impacto considerable en el bienestar personal, además, de las relaciones sociales y laborales.

Familia amigos

Redes de apoyo

Pérez y Merino, (2014), refieren que la familia y los amigos del paciente son una red de apoyo, por lo tanto, es una estructura que brinda algún tipo de contención a algo o alguien. La idea suele referirse a un conjunto de organizaciones o entidades que trabajan de manera sincronizada para colaborar con alguna causa. Al existir una red de apoyo, aquel que necesita ayuda recibe una contención integral. Dicho de otro modo: el problema en cuestión es atacado desde diversos sectores, algo que permite perfeccionar el tratamiento.

Factores emocionales

Tristeza

Según Lelord, como se citó en Sánchez & Ruiz, (2009), es la emoción que se siente cuando se ha perdido algo importante, se ha sufrido una decepción o ha ocurrido alguna desgracia que afecta a la persona o a alguien importante para ella: cuando se siente soledad, es factible que surja la tristeza.

Enojo

Según Averill y Berkowitz, como se citó en Sánchez & Ruiz (2009), éste inicia por un evento no placentero que provoca reacciones Fisiológicas internas, reacciones motoras involuntarias, cambios faciales y pensamientos y recuerdos que llegan en el momento del evento no placentero, también es exteriorizado en las siguientes formas: gritar, debatir, intentar a la fuerza, modificar actitudes y conductas que muchas veces, obtienen el éxito deseado

Miedo

En este caso Lelord (como se citó en Sánchez & Ruiz, 2009), señala que es la emoción que surge ante la percepción del peligro, es de fuerte impacto Fisiológico, pues se acelera el ritmo cardiaco y la respiración, se contraen los músculos y tiemblan las manos de quien la experimenta.

Todas estas manifestaciones están dirigidas a la activación del sistema nervioso simpático y parasimpático, es decir, no dependen de la voluntad.

Depresión.

Sentimientos de inutilidad, según Drane (como se citó en San Juan & Betancourt) considera el sentimiento de “inutilidad” como un acumulativo de varios fracasos en la vida de la persona, esto sin duda obstáculos que aún siguen presentes en sus pensamientos ¿Qué pasa cuando fracasamos?, es posible que nos haya tocado dos veces, tres o más, posiblemente no sea tu caso, pero muchas veces si no encontramos logros, consideramos que no existe una identidad personal ni autoestima.

Desesperación.

Hay que mencionar además que según (Ospino, 2009) enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar.

Complementando lo anterior, existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

Atención.

La calidad de la atención en salud es altamente pertinente la relación interpersonal que abarca no sólo la médico-paciente, enfermera-paciente, sino también personal obrero-paciente; en general es gran parte del éxito en la atención de salud, lo que perciba el paciente y su entorno familiar, en cuanto a buen trato, interés, información, consentimiento compartido, sin dejar de lado lo inherente a estructura, recursos e insumos. (Cepeda y Piñero,2005) Anexo numero 46

Técnicas de recolección de datos empleadas.

Entrevista Semiestructurada

Se eligió esta técnica cualitativa ya que, permite hacer un contacto directo con las poblaciones a estudiar. Al ser la opinión una parte fundamental de la investigación desde distintas perspectivas, este tipo de entrevista ofrece la oportunidad de realizar ciertas preguntas en relación al tema, pero a la vez da libertad al entrevistado contestar de manera autónoma. (Apéndice B pacientes, C médicos-enfermeras & D familiares)

Procedimiento

La entrevista se llevó a cabo en el hospital SAN Juan de Dios de Pamplona norte de Santander, donde las psicólogas en formación Laura Camargo y Linda Guerrero se reunieron con los pacientes hospitalizados en cuanto a la enfermedad relacionada con EPOC, llevando a cabo una interacción con el paciente de manera cuidadosa, donde se les preguntó algunos datos personales edad, género, con quien vive, cuánto tiempo lleva con esta enfermedad y como se ha sentido con ella, que pensamientos ha tenido frente a sí mismo (evaluamos su parte psicológica y emocional) ¿cómo se siente en el hospital?, ¿el trato por parte de sus familiares o cuidadores es bueno o malo?, igualmente por parte del cuerpo médico (enfermeras y médicos) ¿que quisiera mejorara en su proceso de hospitalización tanto en su atención médica, familia y redes de apoyo?

En cuanto al número de entrevistas que se llevaron a cabo a los pacientes hospitalizados, se realizaron dos entrevistas ya que en la primera se llevaron a cabo las preguntas básicas de datos, estableciendo rapport y empatía con el paciente.

El procedimiento que se ejecutó en el transcurso de la entrevista semiestructurada fue pertinente ya que el abordaje tanto de las psicólogas en formación como de la población, fue efectivo, colaborativo y fructífero en el abordaje de ésta.

Se logró evidenciar que la colaboración por parte del cuerpo médico, más específicamente en las enfermeras del hospital, estaba dirigido en generar a las psicólogas en formación una buena imagen por parte de ellas como de la entidad pública, más sin embargo se evidencia que al momento de atender a los pacientes EPOC, su trato no es el mejor, por ende, algunas respuestas dadas por esta población no eran coherentes con lo que se observaba.

Observación

Esta técnica cualitativa es fundamental para el desarrollo de esta investigación la cual se empleará inmediatamente en el instante en que se tenga contacto con la población ya que se establecerá la relación con este grupo de personas y el objeto que se pretende explorar que en este caso sería la hospitalización en factores tanto psicológicos como emocionales, haciendo énfasis en cómo los pacientes manifiestan esta nueva adaptación en un ambiente en el que están en un proceso de recuperación por consiguiente, vulnerables no solo físico sino también emocionalmente por esta razón, es inevitable no utilizarla al momento de realizar el estudio. Estaremos observando detalladamente cada aspecto de este grupo de personas que padece de una enfermedad crónica. (Ver Apéndice E)

Como primera medida, la aplicación de la investigación se llevó a cabo el día 2 de Agosto del 2017, donde las psicólogas en formación tuvieron contacto con la población, en el momento en el que se presentaron para darse a conocer en el área de urgencias del Hospital San Juan de Dios, una vez realizada la presentación en la entidad pública, en un segundo encuentro, el psicólogo clínico, presento a las psicólogas en formación a los diferentes pacientes EPOC y así mismo al médico y enfermeras que se encontraban prestando sus servicios en esta área, logrando aplicar la entrevista semiestructurada a los 5 pacientes y los 5 médicos y enfermeras; en el tercer encuentro, se llevó a cabo la entrevista a los familiares de éstos pacientes, utilizando como herramienta, grabaciones, para así tener un mejor material a la hora de analizar los resultados de la investigación.

Triangulación poblacional.

La triangulación es una técnica en la cual se utilizan diversos puntos observables o perspectivas para reducir las replicaciones y también suprimir la incertidumbre de un solo método, por esta razón se debe tener tres o más fuentes de datos en las cuales, se convierten en garantía de fiabilidad a los resultados finales ; en nuestro tema de investigación es conveniente tenerla en cuenta porque nos va a permitir analizar a futuro los resultados obtenidos durante todo el trabajo que se realizará con la población (pacientes, familiares, médicos y enfermeros), este método decrementa el sesgo, e incrementa la calidad de la valides.

En cuanto a las personas hospitalizadas, los familiares del paciente, y el equipo médico que los atienden participaran de manera voluntaria y se le aplicara la entrevista semiestructurada anteriormente descrita según los factores psicológicos y emocionales que se evidencian en el proceso de hospitalización, por ende es necesario validar los datos obtenidos en la investigación, por medio de esta técnica nos encontramos atentas en el transcurso de su desarrollo a las resultados que tengamos por pate de la población.

Matrices

En las siguientes matrices, se evidencia el análisis desde las diferentes categorías evaluadas en las entrevistas semiestructuradas realizadas por parte de las psicólogas en formación (características individuales, redes de apoyo, factores psicoemocionales y atención) dirigida a los 5 pacientes, 5 medios y/o enfermeras y 5 familiares de los pacientes EPOC. (Apéndice E)

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos encontrados, aceptamos la postura con respecto al significado de la salud, donde la OMS, (como se citó en Morrison y Bennett. 2008), afirma que, no es un estado de ausencia de una enfermedad o dolencia total, es decir, que se puede considerar como el bienestar físico, mental y social de la manera en la que se experimenta de forma general una sensación positiva, a través de un funcionamiento pleno, por ello, es de vital importancia abordar los factores psicoemocionales, debido, a que influyen en la mejora de las personas con afectaciones físicas y mentales. Asimismo, según, Morales (2011), la psicología de la salud aparece en los primeros estudios sobre temas psicológicos en salud reproductiva y materno-infantil, nutrición, entre otros temas. Lo cual indica, que se evidencia un avance en cuanto a la evolución de la psicología en el área de la salud, debido, a que surge la necesidad de abordarla en este ámbito las sensaciones del paciente.

El estado de vulnerabilidad que experimentan los pacientes durante el proceso de recuperación puede tener relaciones positivas y negativas, en cuanto aquello que está sintiendo en el periodo de hospitalización. Es por eso que, al analizar los factores psicoemocionales, es posible que las personas manifiesten malestar emocional al mismo tiempo en que tienen una afectación física, en el caso de los adultos mayores con EPOC del hospital san juan de dios, padecen malestares físicos y emocionales específicamente, cuando refieren que debido a la enfermedad, las sensaciones de ahogo, la tos seca, el malestar en el pecho y en la espalda, generan sentimientos de tristeza, porque eso significa que la enfermedad con el tiempo tiene consecuencias degenerativas para ellos, razones por la que no realizan las actividades que anteriormente hacían en sus hogar para colaborar, o para obtener un beneficio económico, a través, de labores como tejer con lana, trabajar en el campo, con el mismo propósito de recibir una recompensa monetaria para subsistir, circunstancias que más adelante les ocasionó una enfermedad crónica. Por otro lado, en algunos casos el EPOC se desarrolló por malos hábitos como fumar cigarrillo y tabaco.

La salud y la enfermedad son influenciadas por comportamientos que generan riesgos o protegen contra ellos, Según Baum, Posluszny, Orford, Reynoso y Seligson, (como se citó en Nunes, García, y Scortegagna, 2006) afirman que los comportamientos que aumentan la salud son

actividades que traen beneficios, protegiendo a las personas contra las enfermedades. Por medio de dieta, ejercicios, permitiendo de esta manera minimizar condiciones subyacentes a las enfermedades. De acuerdo con los autores estos comportamientos de autoprotección garantizan que los individuos a futuro gocen de buena salud. Sin embargo, para intervenir personas con enfermedades crónicas se deben tener en cuenta las afectaciones específicas de cada enfermedad, para el aducto con EPOC, debido a que se le dificultad para respirar, es pertinente que no se agite, que no se expongan al humo, debe mantener el respaldo del cuerpo, además, de oxigenoterapia y otros cuidados más.

Para intervenir las enfermedades existen diferentes modelos de atención, según Rodríguez, (como se citó en Cardoza, Rondón 2014), el modelo biomédico tiene como objetivo estudiar el sistema estructural de la persona en cuanto a la enfermedad, donde, se incluye al paciente en su dimensión biológica, esto indica, que se evalúa a la persona de acuerdo a su estado físico, ya que, busca ayudar al individuo con tratamientos a través, de fármacos y no se tiene en cuenta los factores psicoemocionales que vivencia la persona en el estado vulnerable de su enfermedad, por ello de acuerdo con los resultados obtenidos de este estudio, es posible decir que el cuidado de los pacientes por medio de este modelo no sería beneficioso para su recuperación, porque se vería reflejada una mejoría en los aspectos físicos como efecto de las aplicaciones de medicamentos, no obstante, la parte psicológica no sería atendida, así que probablemente los pacientes tengan más recaídas en el proceso, sin logras conseguir un equilibrio entre lo emocional, lo psicológico y lo social.

Por otro lado, se postula el modelo biopsicosocial, de acuerdo a su eficacia, según, Sperry (como se citó en Juárez (2011), es una propuesta integradora, comprehensiva y sistémica de los niveles, biológicos, psicológicos y sociales del individuo, por consiguiente, se aborda de manera multidisciplinar proporcionando una gran flexibilidad, de acuerdo a la exploración de múltiples causas presentes en los problemas de salud. Por consiguiente, en la psicología de la salud se utiliza el enfoque biopsicosocial, que asume de manera clara la multiplicidad de las causas, por lo tanto, el tratamiento para las enfermedades de cualquier tipo, bajo este proceso, se aborda en relación a los aspectos antes mencionados, permitiendo, una mejora integral en las personas, por lo que cabe resaltar que sería de gran ayuda para la tercera edad que padece de EPOC, recibir un

acompañamiento psicológico para las emociones en el proceso de hospitalización y durante la enfermedad, debido, a que no tiene cura.

El periodo en el que los adultos mayores se encuentran internos en el hospital san juan de dios, como entes receptivos, de las atenciones e intervenciones de médicos y enfermeras, en compañía de los familiares, perciben que no se genera un apoyo psicológico por parte del personal profesional de la institución, por lo que existen muchos factores que intervienen en las reacciones de la persona atendida, entre los que destacan, con respecto a lo encontrado, por medio de la entrevista realizada, la tristeza, el enojo, miedo, depresión, desesperación. Por consiguiente, el paciente hospitalizado en la parte psicológica y emocional según Ospino (2009), se encuentra sometido a experimentar estados tensionales, donde, necesita ayuda para recobrar su estado físico y su equilibrio emocional, ya que, a través, de exámenes, permite saber los procedimientos, pronóstico, cambios corporales, en cuanto a las afectaciones físicas, no obstante en el aspecto social es prudente evaluar la interacción de las personas cercanas en relación al estado del paciente y por último en el factor psicológico debería promoverse la motivación al desarrollo de actividades que permitan que el paciente se sienta útil.

Además de lo anterior, Ospino (2009), refiere que el paciente experimenta otros estados emocionales como, la ansiedad, caracterizada por ser una forma modificada del miedo, acompaña la enfermedad, tiene mayor fuerza en los hospitalizados, es el temor a lo desconocido, algunos pacientes se tornan exigentes y poco colaboradores. Se puede presentar retraimiento, mutismo, hiperactividad, bromear en exceso, hablar, llamar la atención, quejarse, llorar y fantasear, con respecto a los pacientes entrevistados, se evidenció miedo y tristeza en el periodo en el que se encontraban hospitalizados, cuando el procedimiento medico tardaba más de lo habitual en mostrar mejoría en ellos, debido a que no sabían de qué manera iba evolucionar su enfermedad. Por otra parte, Ospino (2009), considera que la ira, es una emoción frecuente en los hospitalizados, y se utiliza como una manera de dominar la ansiedad. Ser paciente significa estar desvalido, controlado por otros, agredido con sondas, enemas, catéteres, agujas y procedimientos. A pesar de lo que postula el autor, no estamos de acuerdo con lo anterior, ya que, encontramos que los adultos mayores en esta etapa vital en la que se encuentran, son pasivos y la mayoría de los pacientes no muestran ira y no consideran el procedimiento clínico como agresivo, por el contrario, piensan que

es beneficioso para ellos, y con respecto a su estado emocional se sienten solos y tristes cuando sus familiares no van a verlos por no tener la facilidad de salir del trabajo, lo cual indica de que ellos son conscientes de los motivos por lo que no han ido a visitarlo, pero, no por ello van a dejar de experimentar esta sensación.

En cuanto a las características individuales de los pacientes tenidos en cuenta en el estudio, es posible decir los entrevistados oscilaban en las edades de 60 a 82 años, los cuales, padecían de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica por diferentes causas, similitud que se encuentra en un estudio realizado por Ware & Sherbourne (2006), en Medellín, Colombia, donde participaron de manera voluntaria 60 pacientes con una edad media de 67, habiendo una mayor cantidad en el género femenino, y que, además, el 50% de la muestra pertenece a un estrato bajo y medio, la finalidad fue evaluar las dimensiones de la calidad de vida de los pacientes EPOC en relación a las emociones negativas, a través, de un instrumento psicométrico que evalúa ocho dimensiones del ser humano, en cuanto a su salud.

Según, Hadjiliadis (2016), el principal motivo de esta enfermedad es, es el tabaquismo, pues cuanto más fume una persona, mayor probabilidad tendrá de desarrollar EPOC. Pero algunas personas fuman por años y nunca padecen esta enfermedad, por ello, de acuerdo a la muestra encontrada se evidencia una prevalencia en el género femenino y que, además, la causante era trabajar en el campo cocinando con leña durante muchos años, lo cual indica que no solo se puede presentar por fumar, sino en un mejor termino por el exceso de contaminación del humo en sus pulmones, dicha situación es complicada para cualquier paciente, debido a que cuando se complica de salud, le toca trasladarse desde las veredas y corregimientos cercanas hasta Pamplona y así, poder recibir atención médica por urgencia de en el Hospital San Juan de Dios.

Los acompañantes de los pacientes por razones que se explicaron anteriormente como la lejanía y la gravedad de la enfermedad, en periodos donde sus familiares recaen, se ven en la obligación de dejar sus quehaceres y llevarlos cuanto antes a un centro médico, proceso en el que experimentan incertidumbre al momento de esperar que sus seres queridos sean atendidos, ya que, según, Bautista, Arias y Carreño (2016), la familia cumple un rol fundamental en el entorno del paciente en todo momento, y más aún cuando la complejidad y gravedad de la enfermedad aumenta

provocando angustia y estrés, es decir, que de acuerdo con el autor, y teniendo en cuenta los resultados de la entrevista realizada a esta población, manifiestan los síntomas antes mencionados porque emocionalmente la preocupación por la madre, el padre o el tío, es complicada y a su vez cuando la enfermedad empeora físicamente, el adulto mayor, se refleja triste, cansado y sin ánimo, razones por la que los familiares sienten que la situación se sale de control y no tiene otra opción más que seguir esperando a ser atendidos.

De acuerdo con, Ruiz y Bernat, (como se citó Bautista, Arias y Carreño (2016), la enfermedad no afecta nada más al paciente, sino, que se trasmite al ámbito de las relaciones familiares, por ende cuando el adulto mayor ingresa a hospitalización se genera una ruptura en relación a la unidad del paciente y su familia, es decir, que se desequilibra por la frecuente incapacidad de la familia para recibir información y expresar sus propios deseos e inquietudes durante el proceso, lo que en ciertas ocasiones referidas por los médicos y enfermeras se deben tomar medidas para que los familiares no se expresen con agresividad hacia ellos en el periodo de atención, sin embargo reconocen que algunas veces su trato al momento de intervenir a los pacientes no es el más adecuado, ya que, por la carga laboral, los turnos de seguido, y preocupaciones en sus hogares hacen que no desempeñen su labor con objetividad sino por cumplir con una obligación, estos son los motivos que llevan a los familiares a desesperarse, además, que pueden presentarse circunstancias donde sea complicado para el familiar ir a todos los horarios de visitas, por ello debería ser una prioridad brindarle un acompañamiento psicológicos a los EPOC, para que disminuyan esas emociones de soledad tristeza, desanimo sentimientos de inutilidad, debido a que si la enfermedad es crónica, experimentarían estos sentimientos gran parte de su vida adulta.

En la prestación de servicio, según el Instituto Mexicano del Seguro Social, el proceso de atención en el servicio de salud con pacientes que son intervenidos por medio de cuidados adecuados, donde, además se les manifiesta un buen trato, es pertinente decir que la perspectiva y con ello las emociones cambien positivamente en el periodo de recuperación, debido a que se puede ayudar a dirigir estrategias específicas que disminuyan las repercusiones de la hospitalización en los adultos mayores vulnerables ante una enfermedad. De este modo, se encontró en la aplicación

del instrumento dirigido a los pacientes con la finalidad de abordar el trato brindado por el personal médico y enfermeras de la institución, que la relación establecida por parte de los funcionarios influye en la mejoría de los pacientes, con esto se refiere al saludo, la atención, la empatía, etc. Según morales, (2009), La relación que se establece con el paciente es un factor importante en la recuperación de este, ya que, si se logra una buena comunicación basada en la confianza, es posible que se genere en el enfermo un sentimiento de seguridad, haciéndolo receptivo a las sugerencias y recomendaciones que inciden positivamente en la evolución de su mejoría, motivo por el que los médicos y las enfermeras en ciertas ocasiones, deberían ser más asertivos con las actitudes que expresan hacia los pacientes, para así, genere una buena percepción hacia los hospitales y su atención.

A modo de concluir, para el desarrollo de la investigación fue necesario conocer el proceso de hospitalización, a través, de la observación participante y entrevistas semiestructuradas dirigidas a los pacientes, médicos y enfermeras, para así, analizar los factores psicoemocionales en los pacientes EPOC de la ciudad de Pamplona en el Hospital San Juan de Dios, culminando satisfactoriamente con todos los objetivos estipulados, al aportarle a la población recomendaciones para prevenir situaciones de crisis de la enfermedad.

Conclusiones

Durante el abordaje de la investigación sobre los Factores psicoemocionales del paciente hospitalizado adulto mayor EPOC, se puede concluir que, en la exploración del tema investigado, se generó gran impacto en el estudio, ya que, mediante este proceso se logró recolectar información de toda la población teniendo relación con el adulto mayor como familiares, médicos y/o enfermeras.

Con base a lo anterior, se puede afirmar que desde la población de pacientes EPOC, se identificaron las diferentes características sociodemográficas como la edad, éstas oscilan entre 60 a 82 años entre hombres y mujeres, donde el género femenino predominaba más en esta enfermedad, dentro del proceso de hospitalización en el lugar de urgencias.

En cuanto a las familiares con quien el paciente EPOC vivía, eran por lo general sus hijos o hijas menores, ya que sus otros familiares vivían en tierras lejanas y se les dificultaba cuidar de una manera constante a su padre o madre con EPOC, más sin embargo los hijos menores de los pacientes en su mayoría vivían también muy ocupados por sus trabajos y ocupaciones de su diario vivir, así que era muy escaso el cuidado o atención para ellos.

Por otro lado, los pacientes EPOC se encontraban ubicados dentro de las veredas aledañas al municipio de Pamplona, del cual, al escuchar las diferentes respuestas por parte de ellos, se dio un mejor conocimiento de las condiciones en que los pacientes vivían con sus familiares o hijos menores, el nivel de atención y dedicación por parte de sus hijos dentro de sus hogares. Donde como resultado no era el mejor, ya que en cuando a la atención parte de sus familiares o hijos era muy escasa y en varias ocasiones al quedar solos dentro de sus casas, les tocaba realizar todo el proceso de nebulizaciones, desde ponerse la máscara de oxígeno hasta movilizarse con la válvula para el baño o diferentes partes de su casa.

Hay que aclarar también que las viviendas donde se encuentran actualmente estos pacientes, como son las veredas aledañas al municipio de Pamplona, la forma de preparar diferentes alimentos, es con leña, así mismo la ubicación de éstos lugares son muy fríos para una persona que sufre de la EPOC; y aun así por las condiciones económicas y estabilidad laboral de sus familiares, a éstas personas les toca seguir viviendo dentro del humo de la leña y el frío de las altas horas de la noche, aspecto que repercute en gran medida a estos pacientes, pues su mejoría se va a ver a la distancia y su empeoramiento puede ir aumentando por las condiciones climáticas y ambientales en que se encuentran, pero no solo presentan cambios físicos sino emocionales.

Los factores psicoemocionales del paciente adulto mayor hospitalizado (EPOC) y su familia, se describen a través, de una entrevista semiestructurada donde se realizaron preguntas acerca del proceso de hospitalización y las emociones que experimentaban ambos, además, de cómo se manifiesta el apoyo de los familiares hacia a los pacientes y de qué manera lo ayudan a que su recuperación sea satisfactoria.

En el periodo de hospitalización, los pacientes EPOC no presentan el diagnóstico de ansiedad ya que no cumplen los criterios, sin embargo, experimentan síntomas como palpitaciones y sensaciones de ahogo. En cuanto a la preocupación por su enfermedad el paciente EPOC refiere que por lo general sienten opresión y sensaciones de ahogo, por consiguiente, son manifestaciones físicas de la enfermedad, mas no quiere decir que cumplen completamente con el criterio a evaluar sobre ansiedad.

Ahora bien, como uno de los criterios a evaluar sobre la ansiedad, los pacientes refieren que no presentan miedo a perder el control, morir o volverse locos en ningún momento de su enfermedad, más sin embargo sí se evidencia que éstos pacientes se sienten tristes y lloran recurrentemente, además, de desesperarse por salir del hospital o de urgencias; A su vez, le cuesta conciliar el sueño, por lo tanto, durante la noche solo duerme por lo general como máximo 3 horas.

Por otro lado, los adultos mayores no se sienten útiles, ya que en su casa no pueden colaborar debido a las limitaciones de su enfermedad, por ello, en las actividades que antes

realizaban, no muestran desinterés, sino limitaciones pues, la enfermedad no permite que sigan realizando las mismas tareas de antes; así mismo, pueden experimentar dificultades para concentrarse, pero, esto es debido a la edad.

En cuanto a pensamiento de muerte, se evidencia que los adultos mayores debido a su edad avanzada y siendo conscientes de la EPOC, a veces poseen este tipo de pensamientos, más sin embargo algunos tienen aceptación frente a la enfermedad, predominando más, ésta última. Lo más difícil para estos pacientes en el proceso de hospitalización es no poder estar en su hogar, debido a que permanecen internos un periodo prolongado en el área de urgencias del hospital San Juan de Dios, donde en su mayoría se encuentran solo, sintiéndose tristes y preocupados por su estado de salud.

Por otro lado, la intervención médica es favorable para la mejoría del paciente, puesto que el medicamento contribuye a su bienestar, pero, es necesario que exista una relación entre la intervención médica y el estado emocional de la persona, es por ello, que las redes de apoyo, ya sean hijos, hermanos o esposos, mejoran eficazmente al paciente con EPOC.

Además de lo anterior, identificaron las características relacionadas con el paciente epoc, en cuanto al trato, atención, estado emocional, físico y experiencias personales, a través de una entrevista semiestructurada individual a los familiares, médicos y enfermeras que se encuentren en el servicio de urgencias

Fue necesario en la investigación aplicar una entrevista semiestructurada para identificar las características relacionadas con el paciente EPOC, y la percepción de los familiares en relación al trato por parte de los médicos, ya que, en algunas situaciones consideran que la atención ha sido negligente, debido a que la espera no garantiza la mejoría del paciente, asimismo, el personal que presta su servicios en el hospital, se deja llevar por el estado de ánimo en el que se encuentre manifestando muchas veces no saludar, o solo limitarse a examinar que todo el procedimiento medico se esté ejecutando de la mejor manera, razón por la cual, los familiares sienten incomodidad

al presenciar esta circunstancia. No obstante, los pacientes consideran de gran importancia que se genere una comunicación más empática, asertiva y por lo tanto más amable.

El procedimiento de intervención en la enfermedad cuando hospitalizan al paciente es adecuado, debido a que el adulto mayor manifiesta que el tratamiento es aplicado puntualmente a la hora correcta, lo que influye a su mejoría, es decir que el personal médico y de enfermera realiza satisfactoriamente su labor desde la valoración física y a todo lo que respecta la parte médica.

El desarrollo de la investigación se cumplió a cabalidad, con los diferentes objetivos planteados, llevando a cabo las herramientas y técnicas necesarias como lo fueron la entrevista semiestructurada y la observación no participante, donde participaron voluntariamente pacientes, familiares, médicos y enfermeras que hacían parte del proceso hospitalario de la EPOC; así mismo se cumplió en aplicar las 15 entrevistas dirigidas a las poblaciones mencionadas anteriormente. Es importante resaltar que la aplicación de esta investigación se pudo llevar a cabo junto con la colaboración del director del hospital, el jefe enfermera y el psicólogo clínico del Hospital San Juan de Dios de Pamplona.

A modo de conclusión, las psicólogas en formación realizan diferentes recomendaciones, aportando a la psicología de la salud y aquellos pacientes que padecen la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, beneficiándolos en lo que respecta la sintomatología física del paciente, aquellos factores tanto psicológicos como emocionales, la mejora en el trato tanto de sus familiares o amigos, como de sus médicos o enfermeras, y la atención al servicio hospitalario.

Recomendaciones

En el desarrollo de la investigación se evidencio que los pacientes atendidos en urgencias, en el hospital San Juan de Dios, con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), es necesario sugerir que los adultos mayores deben tener un espacio específico dentro de ésta área, única y exclusivamente para la población, asimismo, se aumentaría la calidad de la intervención en cada paciente, dada de forma interdisciplinar, donde trabaje el cuerpo médico en coordinación con el psicólogo de la institución, para que en una situación de crisis se aborde inmediatamente a la persona en estado de vulnerabilidad, ya que, durante este periodo es posible que las circunstancias sean incontrolables para los pacientes.

Además, es recomendable llevar un proceso continuo del estado del paciente que no solo sea por parte del personal médico, sino que el psicólogo de la institución, logre tener un registro de los adultos mayores con (EPOC), con el propósito de analizar los factores psicoemocionales que se evidencian por medio de sus comportamientos y emociones, al llegar al área de urgencia, debido, a que si ésta población tiene más apoyo y acompañamiento al igual que un seguimiento, es probable que su en su mejoría adquiera orientación por parte de estos profesionales para afrontar la enfermedad junto con sus síntomas de una manera más efectiva y positiva.

Al momento de ingresar a urgencias en los pacientes (EPOC) se evidencian los factores psicoemocionales que experimentan durante este proceso, motivo por el que en la entrevista se manifestó por parte de ellos la tristeza, sensación de inutilidad, soledad, desánimo, ya que, no es posible, a la medida en la que avanza la enfermedad, continuar realizando labores que desarrollaban anteriormente, lo cual indica que las personas o cuidadores del adulto mayor, se involucran con su estado de ánimo y muchas veces no son capaces de ayudar al paciente, ni controlarse ellos mismos es decir, que debido a esto, se recomienda que los familiares se aborden, a través, de una intervención individual para psicoeducarlos y así, puedan beneficiar al paciente en cuanto a prevenir que entren en situación de crisis, luego de esto, atenderlos de manera conjunta con la finalidad de disminuir los síntomas psicológicos.

Por otra parte, es necesario dar importancia a los adultos mayores, quienes han sido abandonados o no poseen un apoyo constante por parte de sus familiares; por ello, es fundamental llevar a cabo posibles estrategias, donde el psicólogo abra puertas de ayuda, ya sea con empresas o personas que quieran y puedan apadrinar al adulto mayor con ésta enfermedad crónica, de ésta manera se contribuye a una mejora y apoyo para el paciente EPOC, creando también un buen vinculo por parte del psicólogo ya sea de la institución y así mismo aportando desde la carrera de psicología.

Con respecto a aquellos factores psicoemocionales que vivencian tanto el paciente, los familiares como el cuerpo médico que trata al paciente EPOC; se puede recomendar que desde el psicólogo que éste a cargo en Hospital san juan de Dios, más el apoyo en conjunto con los practicantes de psicología que se encuentren en ese momento, haya un trabajo en equipo, llevando a cabo una revisión mensual o quincenal, estudiando y analizando cómo va transcurriendo ese sentimiento ya sea de tristeza, miedo, angustia o rechazo a la enfermedad, evaluándolo en los pacientes en el familiar que esté a cargo del paciente EPOC en ese momento. Esto con el fin de tener una mejor perspectiva y claridad desde la evaluación psicológica del paciente, y así poder medir más fácilmente los posibles criterios que se estén presentando en estas personas.

También, es ideal llevar a cabo jornadas de capacitaciones por parte del de los psicólogos en formación o de psicólogos que tengan conocimiento frente a el trato que se le debe dar a los familiares o cuidadores que desde el primer momento que piden que atiendan a su familiar EPOC, puedan sentirse acogidos y tenidos en cuenta de aquellas situaciones que en su momento son angustiantes a la hora de empezar a hospitalizarlo, de igual manera psicoeducarlos desde la psicología a éste personal, como en el manejo de la voz, el tener contacto visual con las personas que atienden desde el momento que ingresan documentos al hospital para dejar internado a su familiar.

Desde la parte emocional del paciente EPOC, se recomienda que las enfermeras del hospital san juan de Dios de pamplona tengan más tacto y delicadeza a la hora de tratar y hablar con el paciente, más aún, siento éste, adulto mayor. Sería adecuado que las enfermeras, lleven un control cada que van a ver a los pacientes no solo desde la parte médica, en cuanto al estado físico

y de la enfermedad crónica, sino que, desde el personal de psicología del hospital, se le sugiera llevar en su formato, un control de preguntas, midiendo su aspecto emocional, por ejemplo: ¿Cómo se siente hoy? ¿Lo noto triste, está bien?, o si en dado caso que el paciente quiera expresar o mencionar algo ella posea las herramientas desde aquella capacitación dada por los psicólogos en formación o el personal de psicología, sepa indagar al paciente, no saliéndose desde su rol como enfermera y tampoco realizando tareas a profundidad que solo le competen al profesional de psicología.

Hay que tener en cuenta que al mejorar la atención desde la psicología en el personal del hospital san juan de Dios de pamplona, mejora por consiguiente el buen trato y la atención con calidad a los pacientes, más específicamente a las personas que poseen la EPOC. Pero no solo necesitarían capacitaciones las enfermeras, secretarias y celadores del hospital sino también y primordialmente se podría decir que los profesionales de la salud, es decir, los médicos, pues, si bien de ellos también depende el hecho de que los familiares y el mismo paciente asimile la enfermedad en dado caso de que el diagnóstico sea por primera vez, y aun así, siendo éste diagnóstico dado desde tiempo atrás al paciente, capacitar al médico para que no solo lo valore desde la atención médica, sino también que aprenda a manejar a un familiar o paciente, sabiendo que ellos son los que en ese momento dan a conocer su estado actual en la enfermedad, por ello se considera tener más tacto a la hora de actuar y hablarle a éstas personas (pacientes y familiares), no ser tan fríos.

Ahora bien, con respecto a la ubicación y la vivienda actual de los pacientes con EPOC, se recomienda buscar medios, fondos o contratos gestionados desde el área de psicología para que exista una mejor movilidad para ellos a la hora de ser llevados a urgencia en el hospital san juan de Dios de pamplona. Por lo general sabemos que son personas con escasos recursos y el estado en que se encuentran por su enfermedad, no les permite una mejoría, más sin embargo llevando a cabo campañas y tratando de abrir puertas gestionadas por el o los psicólogos contratados actualmente en la institución, se daría un gran aporte y ayuda a estas poblaciones tan vulnerables y que de una u otra forma, corren peligro de empeorar en su enfermedad.

Referencias

Asociación Latinoamericana de Tórax, ALAT, (2011): Recomendaciones para el Diagnóstico y Tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Latinoamérica. 1 edición disponible en: http://www.neumo-argentina.org/images/guias_consensos/guiaalat_epoc_abril2011.pdf

Ayala, G, (2014). LA SALUD EN COLOMBIA, (Recuperado el 8 julio 2017), disponible en: http://www.banrep.gov.co/docum/Lectura_finanzas/pdf/dtser_204.pdf

Bernal, O y Gutiérrez, C (2012): La Salud en Colombia: Logros, Retos y Recomendaciones. Bogotá: Universidad de los Andes, Escuela de Gobierno, Ediciones Unidades, Disponible en: http://www.boletinesp-univalle.info/files/esss/la_salud_en_colombia_Uniandes.pdf

Buela, Casal, Carrobes y Godoy (1999): Psicología de la Salud: Aspectos Históricos y Conceptuales. Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Guadalajara, Disponible en: <http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/01/PSICOLOG%C3%8DA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HIST%C3%93RICOS-Y-CONCEPTUALES.pdf>

Balcells, E, (2016) Caracterización de los pacientes hospitalizados por primera vez por exacerbación de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Universidad Pompeu Fabra, tesis Doctoral, Barcelona, Disponible en: <http://www.tesisenred.net/handle/10803/350810>

Cardoza, I, Rondón, J, (2014) la salud desde una perspectiva psicológica, Disponible: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol17num3/Vol17No3Art10.pdf>

Díaz, V (2010) La psicología de la salud: antecedentes, definición y perspectiva, revista psicológica Universidad de Antioquia, Colombia, Medellín, recuperado el 24 enero 2017), disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2145-48922010000100005

Donabedian, citado por empaire, g, (2010): Calidad de la Atención Medica y Principios Éticos. Universidad Central de Venezuela, Hospital de Clínicas, Caracas, Venezuela, Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2010000200004

Empaire, G (2010): Calidad De Atención Médica Y Principios Ético, Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726569X2010000200004

Fernández, A, López, I (2006): Transmisión de emociones, miedo y estrés infantil por hospitalización, disponible en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-196.pdf

Grau, J, Hernández, E (2005): Psicología de la salud: aspectos históricos y conceptuales, Disponible en: <http://instituciones.sld.cu/psicosaludhabana/files/2012/01/PSICOLOG%C3%8DA-DE-LA-SALUD-ASPECTOS-HIST%C3%93RICOS-Y-CONCEPTUALES.pdf>

García, L, Piqueras, J, Rivero, R, Ramos, V, Oblitas, L. (2008) Panorama de la Psicología Clínica y de la Salud, Revista CES Psicología Volumen 1 ISSN 2011- 3080, España, (recuperado el 30 enero 2017), disponible en: <file:///C:/Users/Laura/Downloads/DialnetPanoramaDeLaPsicologiaClinicaYDeLaSalud-3178678.pdf>

Guzmán, R, (2008), EPOC en el adulto mayor: control de síntomas en consulta del médico de familia, Revista Clínica de medicina de familia, la paz, Bolivia, recuperado el 11 octubre

2017, disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2008000300008

Herazo, B (2010): Algunos problemas de la salud en Colombia. Universidad Odontológica, Disponible en:file:///C:/Users/NILSON/Downloads/DialnetAlgunosProblemasDeLaSaludEnColombia-3986883%20(3).pdf.

Hospital Universitario (2011): Control de los efectos psicológico, Disponible en: <http://www.hematosalamanca.es/index.php/pacientes-y-familiares/como-hacer-frente-al-cancer/61>

Hadjiliadis, D (2016), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Cronica, Biblioteca Nacional de medicina de la EE.UU., Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000091.htm>

Juárez, F, El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. International Journal of Psychological Research [en línea] 2011, (Sin mes): [Fecha de consulta: 30 de octubre de 2016] Disponible en:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299022819009>> ISSN 2011-2084

Leiva, V, (2010): Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en Unidad de Cuidados Intensivos. Revista chilena de medicina intensiva. (Vol. 25). Comuna El Bosque, Santiago Capital de Chile,. Disponible en: <https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2010-4/6.pdf>

Leiva, V, (2010): Aspectos vivenciales del paciente durante su estadía en Unidad de Cuidados Intensivos. Revista chilena de medicina intensiva. (Vol. 25). Comuna El Bosque, Santiago

Capital de Chile,. Disponible en: <https://www.medicina-intensiva.cl/revistaweb/revistas/indice/2010-4/6.pdf>

Min salud congreso de La republica (2014-2015)
<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/infore-congreso-2014-2015.pdf>

Ministerio De Salud y Protección Social, MindSalud, (2013) Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Distrito Capital D.C. Bogotá, Colombia. (23 marzo 2017), disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/epoc.pdf>

Martínez, A, (2015) Prevalencia de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica en una muestra aleatoria poblacional de 40 a 64 años, Universidad de Coruña, departamento de ciencias de la salud, disponible en: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/15879/Martinez_Rodriguez_Alicia_TD_2015.pdf?sequence=4&isAllowed=y

OMS, (2013): Salud Mental. Colombia. Disponible en:http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Ospino, C (2009) Aspectos psicológicos y emocionales del paciente ospitalizado, cecte Mariquita, Girardot, disponible en: <http://es.slideshare.net/luisasanabria39/aspectos-psicolgicos-y-emocionales-del-paciente-hospitalizado>

Organización Mundial de la Salud, OMS (2017), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica EPOC, Departamento de enfermedades crónicas y promoción de la salud, recuperado el 2 agosto 2017), disponible en: <http://www.who.int/respiratory/copd/es/>

Sánchez & Ruiz, (2009) Correlatos Cognoscitivos, afectivos y conductuales de la tristeza, el enojo y el miedo, Facultad de psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito federal México, disponible en <http://www.redalyc.org/html/4767/476748706010/>

San Juan & Betankurt, (2015), sentimientos de inutilidad, una creencia errónea, Psicólogos del estado de México, estado de México, disponible en: <https://psicologosedomexico.wordpress.com/2015/10/28/sentimientos-de-inutilidad-una-creencia-erronea/>

Serras, (2002): Transmisión de Emociones, Miedo y Estrés infantil por Hospitalización. Universidad de Granada, España, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760308>

Vargas, Il, (2012), la entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos, Revista Calidad en la Educación Superior, Costa Rica, Recuperado de: http://biblioteca.icap.ac.cr/BLIVI/COLECCION_UNPAN/BOL_DICIEMBRE_2013_69/UNED/2012/investigacion_cualitativa.pdf

Vilarnau, E, (2016), Caracterización de los pacientes hospitalizados por primera vez por exacerbación de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Departament de Ciències Experimentals i de la Salut, recuperado el 19 octubre, disponible en: <http://www.tesisred.net/handle/10803/350810>

Apéndices

Apéndice A (Prevalencia de enfermedades mensualmente).

Causa	Descripción Causa / Diagnóstico	Menores de 1		1 a 4 Años		5 a 14 Años		15 a 44 Años		45 a 59 Años		Mayores a 60		Total Por Sexo		Total		
		Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer			
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO							1	1					3	3	4	7	11
J441	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA NO ESPECIFICADA															4	2	6
I500	INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA													2	1	2	1	3
J159	NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA													3	3	3		3
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS								1					1	1	1	1	2
A09X	DIARREA Y GASTROENTERITIS DE PRESUNTO ORIGEN INFECCIOSO								1						1	1	1	1
A46X	ERISPELA								1						1	1	1	1
A689	FIEBRE RECURRENTE NO ESPECIFICADA							1							1	1	1	1
B208	ENFERMEDAD POR VIH RESULTANTE EN OTRAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS O PARASITARIAS										1					1	1	1
C698	LESION DE SITIOS CONTIGUOS DEL ODO Y SUS ANEXOS												1		1	1	1	1
E109	DIABETES MELLITUS INSULINDEPENDIENTE SIN MENCION DE COMPLICACION												1		1	1	1	1
E161	OTRAS HIPOGLUCEMIAS									1					1	1	1	1
G530	NEURALGIA POSTHERPES ZOSTER (B02.2)														1	1	1	1
I110	ENFERMEDAD CARDIACA HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)												1		1	1	1	1
I130	ENFERMEDAD CARDIORRENAL HIPERTENSIVA CON INSUFICIENCIA CARDIACA (CONGESTIVA)												1		1	1	1	1
I48X	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR														1	1	1	1
I678	OTRAS ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES ESPECIFICADAS												1		1	1	1	1
I679	ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR NO ESPECIFICADA														1	1	1	1
J189	NEUMONIA NO ESPECIFICADA												1		1	1	1	1
J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES													1		1	1	1
K047	ABSCESO PERIAPICAL SIN FISTULA							1							1	1	1	1
K122	CELULITIS Y ABSCESO DE BOCA								1						1	1	1	1
K804	CALCULO DE CONDUCTO BILIAR CON COLECISTITIS								1						1	1	1	1
L028	ABSCESO CUTANEO FURUNCULO Y ANTRAX DE OTROS SITIOS												1		1	1	1	1
L038	CELULITIS DE OTROS SITIOS														1	1	1	1
L088	OTRAS INFECCIONES LOCALES ESPECIFICADAS DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO												1		1	1	1	1
L984	ULCERA CRONICA DE LA PIEL NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE												1		1	1	1	1
M628	OTROS TRASTORNOS ESPECIFICADOS DE LOS MUSCULOS														1	1	1	1
R040	EPISTAXIS												1		1	1	1	1
R074	DOLOR EN EL PECHO NO ESPECIFICADO														1	1	1	1
R11X	NAUSEA Y VOMITO														1	1	1	1
R42X	MAREO Y DESVANECIMIENTO														1	1	1	1

Causa	Descripción Causa / Diagnóstico	Menores de 1		1 a 4 Años		5 a 14 Años		15 a 44 Años		45 a 59 Años		Mayores a 60		Total Por Sexo		Total	
		Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer	Homb	Mujer		Errado
N390	INFECCION DE VIAS URINARIAS SITIO NO ESPECIFICADO										2	4	4	1	4	3	7
L031	CELULITIS DE OTRAS PARTES DE LOS MIEMBROS						2					2	4	4			4
J440	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON INFECCION AGUDA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES											1	2	1	2		3
R42X	MAREO Y DESVANECIMIENTO											2	1	2	1		3
A46X	ERISPELA											2	2	2	2		2
I48X	FIBRILACION Y ALETEO AURICULAR											2	2	2			2
I509	INSUFICIENCIA CARDIACA NO ESPECIFICADA										1	2	2	2			2
I803	FLEBITIS Y TROMBOFLEBITIS DE LOS MIEMBROS INFERIORES NO ESPECIFICADA											1	1	1	1		2
J22X	INFECCION AGUDA NO ESPECIFICADA DE LAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES											1	1	1	1		2
J441	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA CON EXACERBACION AGUDA NO ESPECIFICADA							1				1	1	1	1		2
L032	CELULITIS DE LA CARA						2							2			2
I97X	ULCERA DEL MIEMBRO INFERIOR NO CLASIFICADA EN OTRA PARTE						1					1	1	1	1		2
A419	SEPTICEMIA NO ESPECIFICADA											1	1	1			1
A689	FIEBRE RECURRENTE NO ESPECIFICADA						1							1	1		1
D464	ANEMIA REFRACTARIA SIN OTRA ESPECIFICACION							1					1	1			1
D649	ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO												1	1			1
E878	OTROS TRASTORNOS DEL EQUILIBRIO DE LOS ELECTROLITOS Y DE LOS LIQUIDOS NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE											1	1	1			1
F009	DEMENCIA EN LA ENFERMEDAD DE ALZHEIMER NO ESPECIFICADA (G30.9)												1	1			1
G510	PARALISIS DE BELL							1						1			1
H440	ENDOFTALMITIS PURULENTO											1	1	1			1
I219	INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO SIN OTRA ESPECIFICACION											1	1	1			1
I830	VEMAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES CON ULCERA												1	1			1
J030	AMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA						1						1	1			1
J159	NEUMONIA BACTERIANA NO ESPECIFICADA												1	1			1
J449	ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA NO ESPECIFICADA												1	1			1
J80X	SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA DEL ADULTO												1	1			1
K250	ULCERA GASTRICA AGUDA CON HEMORRAGIA												1	1			1
K296	OTRAS GASTRITIS												1	1			1
K703	CIRROSIS HEPATICA ALCOHOLICA							1					1	1			1
L030	CELULITIS DE LOS DEDOS DE LA MANO Y DEL PIE											1	1	1			1
L089	INFECCION LOCAL DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO NO ESPECIFICADA									1				1			1
L500	URTICARIA ALERGICA						1							1			1
N209	CALCULO URINARIO NO ESPECIFICADO										1			1			1
R060	DISNEA												1	1			1
R17X	ICTERICIA NO ESPECIFICADA											1	1	1			1

Apéndice B (Entrevista semiestructurada a Pacientes).

TECNICA NUMERO UNO – ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

A continuación, se realizará una entrevista semiestructurada, la cual hace parte de la investigación: FACTORES PSICOLOGICOS Y EMOCIONALES DEL PACIENTE HOSPITALIZADO EPOC, realizado por las estudiantes: Laura Melisa Camargo Espinosa y Linda Rita Guerrero, bajo el asesoramiento de la doctora Olga Mariela Mogollón Canal. El objetivo principal de la investigación es Explorar los factores psicológicos y emocionales de pacientes adultos hospitalizados con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de la ciudad de Pamplona, a través de una investigación cualitativa que permita partiendo de la recopilación recolectada por esta entrevista establecer estrategias de acompañamiento y apoyo en el proceso hospitalario de los pacientes con este tipo de patología.

La técnica acá expuesta está dividida en cinco categorías: la primera de ellas es aquellas características individuales, lo físico corporal, factores psicoemocionales, familia amigos (redes de apoyo) y la atención. Estas categorías van dirigidas a: pacientes hospitalizados EPOC y médicos o enfermeras donde cada pregunta está estructurada según la población abordada.

población	categoría	pregunta	respuestas
<i>pacientes e.p.o.c.</i>	características individuales	1 ¿nombre? 2 ¿genero? f_x_ ó m__ 3 ¿qué edad tiene? 4 ¿actualmente con quien vive? 5 ¿quién es la persona más cercana a usted? 6 ¿quién es la persona que más lo ha acompañado en todo el proceso de su enfermedad?	
pacientes epoc	físico corporal	7 ¿en que situaciones su enfermedad le ha provocado malestar físicamente? ¿que parte del cuerpo te duele mas? 8 cuando tiene una recaída en su enfermedad ¿siente más dolor a nivel físico o emocional? 9 cuéntenos un poco que siente cuando empieza el proceso de hospitalización y sabe que lo van a canalizar, inyectar o colocar algún instrumento respiratorio?	
pacientes epoc	factores psicoemocionales	10 ¿ha presentado en el periodo de hospitalización sensaciones como: palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse?	

		<p>11 en ocasiones cuando siente preocupación por su enfermedad, ¿ha sentido opresión o malestar torácico, molestias abdominales, inestabilidad, o mareo?</p> <p>12 estando hospitalizado ¿ha sentido miedo a perder el control o volverse loco, miedo a morir, escalofríos o sofocaciones?</p> <p>13 ¿la mayor parte del día se siente triste, vacío o llora muy seguido?</p> <p>14 ¿insomnio o hipersomnia?</p> <p>15 sentimientos de inutilidad o de culpa?</p> <p>16 desinterés por casi todas las actividades?</p> <p>17 disminución para pensar o concentrarse?</p> <p>18 ¿pensamientos de muerte?</p> <p>19 ¿qué es lo más difícil para usted al estar hospitalizado?</p> <p>20 ¿siente algún cambio, en su estado de ánimo cuando está hospitalizado?</p> <p>21 cuando no ve una mejoría pronta en el proceso de hospitalización ¿qué sentimientos expresa frecuentemente?</p>	
pacientes epoc	familia amigos (redes de apoyo)	<p>21 ¿cuándo está hospitalizado como ve reflejado usted el apoyo de su familia?</p> <p>22 ¿que familiar le gustaría que lo acompañara en este proceso de hospitalización y por qué?</p> <p>23 ¿qué familiar o que persona es la que está más pendiente de usted cuando lo hospitalizan?</p>	
pacientes epoc	atención	<p>24 ¿en qué situaciones ha sentido que no lo han atendido bien en el hospital ya sea por parte de los médicos, enfermeras y o cuidadores, sintiendo ira, incomodidad o rechazo?</p> <p>25 ¿cómo le gustaría que fuera el trato por parte del cuerpo médico del hospital y su cuidador al momento de ser hospitalizado?</p> <p>26 ¿en cuanto a su enfermedad cree que le dan un buen manejo y control cuando lo hospitalizan?</p>	

apéndice C (entrevista semiestructurada médicos y/o enfermeras)

poblacion	categoria	preguntas	respuestas
<u>medicos o enfermeras del paciente</u>	características individuales	1¿nombre? 2¿lugar de procedencia? 3¿qué cargo ocupa actualmente? 4¿hace cuánto trabaja en el hospital?	
<u>medicos o enfermeras del paciente</u>	familia amigos (redes de apoyo)	5¿cómo considera que deberían ser las visitas al paciente? 6 ha experimentado situaciones donde los familiares se salgan de control? por qué cree que se da esta situación? 7 ¿en qué situaciones se ha visto afectado por comentarios de los familiares de los pacientes?	
<u>medicos o enfermeras del paciente</u>	factores psicoemocionales (ansiedad y depresión)	8 ¿por lo general a dónde remite? ¿si no remite, qué hace? 9 en el proceso de hospitalización del paciente con epoc, es común ver que el paciente sienta miedo a perder el control, miedo a morir, escalofríos o sofocaciones? 10 ha notado en sus pacientes con epoc sensaciones como: ¿palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse? 11 nota que sus pacientes epoc se sienten tristes la mayor parte del día o durante varios días seguidos? 12 los ve llorar sin ninguna explicación? 13 ve en el paciente insomnio o hipersomnia casi cada día? 14 su paciente muestra desinterés por casi todas las actividades? 15 ha notado que tenga pensamientos recurrentes de muerte? 16 ¿cuándo percibe algún caso de ansiedad o depresión en sus pacientes, que hace?	
	atencion	17 ¿en qué situaciones considera que por el hecho de atender a muchos	

<u>medicos o enfermeras del paciente</u>		<p>pacientes se les olvida saludar por cortesía?</p> <p>18 ¿cuándo le corresponde atender a un paciente poco empático debido a su estado vulnerable lo atiende de la misma manera?</p> <p>19 ¿de qué manera atiende a un conocido que llega inesperadamente a urgencia?</p>	
---	--	---	--

preguntas	respuestas
1. ¿ha cuidado algún paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica epoc?	<p>rta participante 1: si mi papá</p> <p>rta participante 2: si, mi tío.</p> <p>rta participante 3: si, mi mamá</p> <p>rta participante 4: si, mi mamá</p> <p>rta participante 5: si, mi esposa</p>
2. ¿cómo es la experiencia con ellos?	<p>rta1: es difícil, ya que primero el asimilar la enfermedad por parte de nosotros los familiares es complicado porque esta enfermedad no les permite hacer mayor cosa, ellos necesitan mayor atención por la enfermedad y por la edad.</p> <p>rta 2: no es fácil, porque mi tío no tiene quien lo cuidé todo el tiempo, y a veces le da el ataque de ahogo y para mí es difícil atenderlo todo el tiempo porque yo trabajaba en la finca y ahora que me vine para acá lo cuida mi prima menor.</p> <p>rta 3: es grave porque con solo una gripa ya se pone mala difícil porque ella se ve con tristeza todo el día, pero yo no puedo estar cuidándola porque yo trabajo en el campo.</p> <p>rta 4: si, es difícil porque se preocupa por nosotros, por todo y llora mucho y solo una hermana la cuida.</p> <p>rta 5: no pues normal, pero, si hay que estar pendiente de él, porque, cuando se pone malo, hay que llevarlo al hospital</p>
3. ¿cómo ha visto la atención por parte de los médicos o enfermeras a los pacientes epoc?	<p>rta 1: el ingreso del hospital, me causo mucho malestar porque en la espera hay demasiados pacientes con anterioridad y no los atienden rápido, así, que uno llega con su familiar y pueden pasar como 8 horas hasta que lo atiendan. y si se trata de una remisión es peor.</p> <p>en cuanto a los médicos o enfermera, algunos son buena gente, pero otros o específicamente algunas enfermeras auxiliares su mirada es seria y poco empática, el trato es muy neutro y hasta se</p>

	<p>les ve que atienden de una manera no adecuada ni amable, como saliendo del paso. y algunos médicos son muy fríos a la hora de dar indicaciones o informar las cosas de la enfermedad de mi mama.</p> <p>rta 2: normal, hasta el momento no he notado inconveniente.</p> <p>rta 3: a mi mamá la han tratado bien, la atienden siempre bien, lo único es que en el hospital hubiera especialistas eso es lo principal.</p> <p>rta 4: cuando mi mamá está hospitalizada la tratan bien, la comida es buena.</p> <p>rta 5: la atención por parte de los médicos y enfermeras, me parece que ha sido regular, porque cuando a mi esposo lo han hospitalizado el trato al principio es bueno, pero, ya después del segundo día son muy serios, y se ven que hacen las cosas por hacerlas y pues se ve que no son muy delicados cuando o inyectan y le hacen diferentes procedimientos.</p>
<p>4. ¿cuándo su familiar o amigo tiene una recaída cree que su dolor es más físico o emocional?</p>	<p>rta 1: de los dos porque en cuanto al aspecto físico le causa muchas dolencias en el cuerpo ya sea la espalda, el pecho, la tos, llegándose a preocupar mucho y en cuanto a lo emocional, se muestra muy decaída y triste porque no puede hacer mayor cosa y a veces pienso que se siente inútil.</p> <p>rta 2: físico porque le duele mucho el pecho.</p> <p>rta 3: yo creería que, de los dos, porque cuando se siente enferma se pone triste y llora.</p> <p>rta 4: es físico porque siente que le duele el pecho, pero también un poco emocional porque, si se ve triste y llora mucho en silencio.</p> <p>rta 5: es más emocional, porque, porque se deprime mucho.</p>
<p>5. ¿que sienten cuando se enteran que van a internar a su familiar o amigo epc y saben que lo van a canalizar, inyectar o colocar algún instrumento en su cuerpo?</p>	<p>rta 1: siento tranquilidad porque ya está haciendo atendido, el problema es que para que lo atiendan tiene que pasar mucho tiempo. obviamente me da tristeza y afán de ver como lo están inyectando a cada rato o haciendo el proceso de nebulizaciones, pero en el fondo pues se sabe que es para el bien de ella.</p> <p>rta 2: siento tristeza porque es un procedimiento que implica dolor para él.</p> <p>rta 3: un poco preocupado, pero yo sé que ella aquí está más tranquila porque la atienden los médicos.</p> <p>rta 4: me siento mal porque cuando vengo a visitarla se ve triste, pero ella es muy tranquila y sabe que es para que se mejore.</p> <p>rta 5: pues, sé que es difícil para mi esposo, que lo inyecten lo canalicen, le hagan nebulizaciones, y yo sufro al verlo incómodo.</p>
<p>6. ¿cuándo su familiar está hospitalizado ¿cómo ve reflejado el apoyo de sus otros familiares o amigos en cuanto a su enfermedad?</p>	<p>rta 1: yo tengo tres hermanos, y yo soy la de la mitad, todos vivimos acá en pamplona, pero mi hermana menor es la que vive con mi mama, pero ella trabaja la mayor parte del día, por consiguiente, yo soy la que estoy pendiente de mi padre.</p>

	<p>cuando a mi mama la hospitalizan, siento que el apoyo de mis hermanos es poco porque todos se encuentran ocupados y pues yo estoy en el momento desempleada, entonces tengo más facilidad de venir a acompañarla.</p> <p>pero yo soy la que siempre he estado tanto aquí en la casa como en el hospital pendiente de los cuidados de mi mama. (bala de oxígeno, nebulizaciones, tos seca, que no puede dormir y yo estoy con ella).</p> <p>rta 2: bueno la hija es la que en estos momentos se encarga de cuidarlo, porque los otros hijos trabajan en el campo.</p> <p>rta 3: yo tengo otros hermanos, pero la que vive con ella es carmen por eso carmen la cuida mucho y se la pasa más porque vive aquí en pamploña.</p> <p>rta 4: yo siempre vengo con mi hermano y entre todos estamos pendientes de ella.</p> <p>rta 5: pues, mis hijos y yo nos preocupamos por su salud, pero él es muy necio y casi no se cuida.</p>
<p>7. ¿se evidencia algún cambio en el estado de ánimo del paciente una vez es hospitalizado?</p>	<p>rta 1: si siete más aliviado después de haber pasado ese proceso de ayuda en el hospital, pero cuando se prolonga la hospitalización se preocupa porque pueda pasar algo más grave o muera.</p> <p>rta 2: mi tío se vuelve muy callado y se ve cabizbajo cuando está hospitalizado, me dice que puede ser su última vez con nosotros porque a pesar de que le hagan todos esos procedimientos, dice que se siente muy mal y triste.</p> <p>rta 3: se siente bien, porque come habla y los doctores del hospital están pendiente.</p> <p>rta 4: se ve más tranquila porque está descansando y no llora tanto como en la casa.</p> <p>rta 5: mi esposo es muy apegado a mí a sus hijos y a su nieto, así que se pone muy triste y decae mucho cuando lo hospitalizan porque no nos tiene al lado.</p>
<p>8. ¿cuándo su familiar está hospitalizado ha presentado algún ataque de pánico como: ¿palpitaciones, sudoración, temblores, sensación de ahogo o falta de aliento, sensación de atragantarse?</p>	<p>rta 1: si, a veces llora mucho, y me dice que se va a morir, tiembla mucho y siente que se atraganta</p> <p>rta 2: sensación de ahogo y falta de aliento, si. de resto el muy tranquilo.</p> <p>rta 3: no, así como la vieron ella es tranquila, porque le dan la medicina.</p> <p>rta 4: no porque aquí ella está bien y no se preocupa tanto.</p> <p>rta 5: él me dice que siente palpitaciones en el pecho, la sensación de ahogo. de resto es siempre me dice que esta bien pero se que no es asi.</p>
<p>9. ¿la mayor parte del día nota que el paciente epoc se siente</p>	<p>rta 1: él es calmado ya cuando se siente mal, dice que le duele mucho la espalda, y siempre su respiración es fuerte.</p>

<p>triste, vacío o llora muy seguido? llora mucho</p>	<p>rta 2: si, me daba cuenta que la mayoría del tiempo estaba triste y no tenía nada que hacer y los hijos estaban lejos rta 3: si mi mamá llora bastante, pero ella dice que no es por la enfermedad si no que ya está cansada. rta 4: si se siente triste, pero cuando me ve con mis hermanos en la casa se le pasa un poco. rta5: cuando esta conmigo es muy feliz, pero cuando se me presenta algún inconveniente con mi mama o algo de la casa y me toca irme, él se siente triste, sé que llora a veces pero él no me lo hace ver por no preocuparme</p>
<p>10. ¿según su experiencia el paciente epoc por lo general tiene insomnio o hipersomnia?</p>	<p>rta 1: no duerme por la tos rta 2: la verdad no duerme mucho y es por lo que se la pasa tosiendo rta 3: si ella casi no duerme, por eso se desvela mucho rta 4: duerme más de día porque de noche le cuesta acostarse rta 5: él duerme conmigo y me doy cuenta que por su tos casi no duerme y tampoco duermo yo</p>
<p>11. ¿sentimientos de inutilidad o de culpa?</p>	<p>rta 1: mucho rta 2: si, siente que no puede hacer nada porque la enfermedad no lo deja rta 3: si porque, mi mamá no puede hacer nada porque se enferma si recibe mucho polvillo. rta 4: si porque, ya no puede esforzarse mucho para hacer algo rta 5: no, el a veces se para y le esta hacerles comida a mis hijos y estar ayudándome en el negocio.</p>
<p>12. ¿desinterés por casi todas las actividades?</p>	<p>rta 1: si, aunque a veces mis hijos y nosotros los hermanos la motivamos a hacer algo ella no quiere y se ve muy decaída y triste rta 2: a veces porque él me dice que quisiera ayudar en donde vive, pero obviamente su enfermedad no se lo permite y a veces si se ve decaído y que no quiere hacer nada. rta 3: si porque, a no puede hacer las mismas cosas de antes porque tejía, pero ya no puede porque la lana le hace dar gripa. rta 4: como le cuesta mucho hacer oficio y la enferma, mejor se queda acostada. rta 5: no para nada, el siempre trata de estar haciendo algo</p>
<p>13. ¿que hace más difícil el proceso de hospitalización?</p>	<p>rta 1: ver que no se mejora, que sigue igual, con mucha tos que se ahoga, y verla desanimada aun así ella sabiendo que ya ha pasado por todo ese proceso rta 2: que los hijos viven lejos, que trabajan en otras fincas, soy de arauca entonces no puedo trasladarme fácilmente por la ruta y trabajo.</p>

	<p>rta 3: que a veces mi mamá dice que mejor la dejen morir que ya no quiere estar hospitaliza otra vez.</p> <p>rta 4: es que estemos todos pendientes de ella porque vivimos fuera de pamplona, entonces tenemos que venir rápido y verla en ese estado.</p> <p>rta5: ver a mi esposo triste y preocupado, verlo alla internado.</p>
<p>14. ¿cuándo es atendido con su familiar o amigo hospitalizado por algún funcionario del hospital ya sea recepcionista, enfermera o medico de manera inadecuada o grosera ¿cómo es su reacción o tipo de comunicación hacia ellos?</p>	<p>rta 1: me molesto, porque ese no es el trato que ellos deben brindar siendo profesionales y sabiendo que tienen que atender de la mejor manera a sus pacientes.</p> <p>rta 2:es incómodo porque ellos no son conscientes de la necesidad que uno pasa para llegar hasta el hospital</p> <p>rta 3: no aquí atienden bien, los médicos y las enfermeras todo</p> <p>rta 4: bien, pero lo importante sería que hubiera médicos especialistas disponibles</p> <p>rta5: me da ira porque se supone que es un espacio de salud y todos debemos ser tratados bien y por igual.</p>

apéndice D (entrevista semiestructurada a familiares EPOC).

medicos y enfermeras	características individuales	redes de apoyo	f. psicoemocional	atención
características individuales	los médicos y enfermeras como mínimo llevan laborando más de 3 años. las características individuales tanto para los médicos como para las enfermeras no son de gran relevancia en el proceso de hospitalizar a pacientes, es más secundario	según los médicos y enfermeras los familiares, la mayoría del tiempo dejan a los pacientes adulto mayor solos	en este aspecto el cuerpo médico considera que la edad influye en los síntomas emocionales que experimenta el paciente debido a que están limitados a realizar labores y con facilidad se deprimen.	los médicos y enfermeras refieren que los pacientes (epoc) por lo general están calmados por ello, cuando llegan al hospital su sensación de ahogo es parte de su enfermedad, y por tanto el ingreso a hospitalización puede esperar un poco.
redes de apoyo	consideran que los familiares los deja la mayoría del tiempo solo, y por eso el paciente se siente de la misma manera.	5. en cuanto a las visitas se requiere por parte de los médicos y enfermeras que éstas se realicen en horarios donde no se crucen con el cambio de turno ya que interfieren en con el proceso del profesional con su paciente 6. los familiares son impacientes a la hora de ingresar con su familiar al hospital. (la prioridad son niños y madres gestantes, embarazadas)	ahora bien, en cuanto a la tercera edad que el apoyo sea más cercano y la compañía de los familiares que sean más frecuentes para que los pacientes no se depriman, pero en horarios establecidos como de 1 a 3 de pm y que utilicen tapa boca, para que los pacientes no se depriman	los familiares de los pacientes no esperan el orden de llegada o el proceso de remisión y se alteran porque no son atendidos enseguida

		<p>7. se evidencia que los médicos y enfermeras han experimentado situaciones en los que se ven afectados por los comentarios de los pacientes, debido a la impaciencia e inconformidad del proceso de hospitalización.</p>		
<p>factores psicoemocionales</p>	<p>según lo evidenciado, los médicos y enfermeras dicen que por lo general las personas de edades entre 60 – 80 años independientemente de su enfermedad, se muestran tristes, decaídos a la hora de estar dentro del hospital algunos médicos y enfermeras se muestran distantes de los adultos mayores, especialmente los médicos, tratando de no involucrarse emocionalmente con los esta población ya que, les afectaría en su trato profesional médico-paciente.</p>	<p>las enfermeras refieren que algunos familiares de esta población les falta más interés, pues se evidencia que uno o dos familiares son los que se ven interesados por ellos, refieren que es triste ver que sean poco los familiares que llegan a visitarlos y por consiguiente los epoc decaen más, pues el que ellos estén junto a un familiar querido les ayuda mucho en la mejora rápida de su</p>	<p>8. algunos médicos nos les prestan demasiada atención a los pacientes desde la parte emocional 9. no es común ver para los médicos y enfermeras que sus pacientes epoc sientan miedo a perder el control, miedo a morir y escalofríos, mas sin embargo lo que predomina en algunos de ellos es la falta de aliento y sensación de ahogo 11. la aceptación y el proceso de la enfermedad va relacionada con el apoyo del</p>	<p>algunas enfermeras se muestran interesadas por querer atender al paciente de una manera amorosa, haciéndolo sentir lo mejor posible. mas sin embargo se evidencia que la mayoría de velan únicamente por cumplir el procedimiento de atención con el paciente mas no se muestran cariñosas ni humanas a la hora de tratar a los pacientes epoc. algunas llegan serias, malgeniadas o afanadas y como resultado su trato termina siendo frívolo según lo evidenciado por el médico, su trato es netamente profesional mas no se</p>

		<p>proceso de hospitalización.</p>	<p>familiar, pues hay una pronta mejoría.</p> <p>12. segun los médicos y enfermeras dicen que si se evidencia en sus pacientes epoc el llanto recurrente</p> <p>13. es notorio ver en los pacientes que sufran de insomnio, ya que, no logran conciliar sino dos o cuatro horas durmiendo.</p> <p>14. la mayoría de los pacientes muestra desinterés por las actividades, debido, a su edad, a la enfermedad y a la falta de aliento en la que se encuentran permanentemente</p> <p>15. por lo general se evidencia que los pacientes epoc son muy tranquilos, aceptando su enfermedad con el paso de los años más.</p> <p>16. se remite al paciente epoc cuando se percibe algún caso de ansiedad o depresión.</p>	<p>involucra con los pacientes epoc ya que lo puede perjudicar a él.</p>
atención	los pacientes epoc oxilan entre	según lo evidenciado	se evidencia que el cuerpo médico	17. en cuanto a la cortesía por parte del

	pacientes de 60 a 80 años, por ende la atención por parte del cuerpo medico debe ser mas cuidadosa y primordial para este rango de edades.	por los médicos y enfermeras, algunos familiares se muestran poco interesados a la hora de atender de una manera adecuada al paciente época, por lo tanto es importante fortalecer desde esta parte a que los mismo familiares o acompañantes esten mas pendientes.	debe tener mas cuidado y tacto a la hora de llevar a cabo un procedimiento con este tipo de pacientes ya que no solo es vulnerable desde su parte física sino también influye en su parte emocional y psicológica, evidenciando	médico se evidencia que no se les olvida saludar por cortesía. 18. el proceso de atención de: paciente a médico, influye en la manera en que el paciente reciba al médico, según ellos. 19. cuando una persona llega inesperadamente a urgencias los médicos y enfermeras por lo general lo atienden con el mismo privilegio y urgencia que a los demás, según ellos refieren.
--	--	---	---	--

Apéndice E (Observación Participante)

Observación No Participante	
Lugar: Hospital San Juan De Dios Fecha: 06-08-2017 Ciudad: Pamplona	Hora De Inicio De Observación: 8:00 Pm Hora Final De Observación: 12:00 Pm

Descripción Grupo Observado

La observación va dirigida a los adultos mayores con (EPOC) del Hospital San Juan de Dios.

Objetivo: Conocer las características sociodemográficas, los factores psicoemocionales, tanto en pacientes como en familiares, y así mismo la atención prestada desde el cuerpo médico, por medio de la observación no participante, generando posibles recomendaciones frente a un mejor proceso hospitalario en el adulto mayor.

INTERPRETACIÓN DE OBSERVACIÓN DE LA ACTIVIDAD

OBSERVACIONES GENERALES DE LA TEMÁTICA A ABORDAR

Apéndice F (Matrices)

familiares epoc	características individuales	fisico corporal	psicoemocional	redes de apoyo	atención
características individuales	los familiares son en su mayoría hijos donde la edad oxila entre 40 a 50 años de edad.	es difícil ver a mi familiar hospitalizado con una edad avanzada y tener q saber que tiene que pasar por un proceso de canalización, agujas, nebulizaciones y son proceso que en su mayoría son dolorosos para	los familiares de los pacientes hospitalizados en su mayoría hijos ya sean menores o mayores donde para ellos el proceso con su familiar hospitalizado es preocupante y tambien les causa angustia ya que poseen mas	en su mayoría los familiares que están apoyando al paciente hospitalizado son hijos menores de los cuales o viven con el paciente o son el único apoyo que les queda para ellos.	la atención prestad por parte de los familiares al paciente hospitalizado es muy escasa, ya que por diferentes compromisos laborales o personales que los hijos tienen, la atención no es la mejor.

		ellos además de que su edad los hace más vulnerables y frágiles en cuando a su cuerpo.	compromisos y a algunos les duele no poder cumplir como se debe a su familiar por consiguiente entran en tristeza y angustia, de igual manera ésta tristeza por la misma preocupación es indirectamente transmitida al paciente.		
físico corporal	los familiares se ven personas fuertes, alentadas, en edades entre 40 y 50 años de edad.	el dolor y el estado emocional de los pacientes, según lo referido por los familiares, predominan los dos aspectos donde en lo físico su dolor está ubicado en el pecho, y la espalda, por ende, les dificulta respirar normalmente.	los familiares se evidencian personas con buena atención, salud,	algunos se evidencian serenos y tranquilos ante la aceptación de la enfermedad del paciente epoc mas sin embargo otros en su mayoría entran en angustia y se estresan por lo que le pueda pasar a su familiar.	se evidencian con buena capacidad para cuidar al paciente epoc mas sin embargo es importante resaltar el hecho de que no están cumpliendo con atención como es debida por parte de ellos hacia sus padres o pacientes epoc.
psicoemocional	los pacientes se muestran estables, desde su parte psicológica algunos se evidencian sin ningún síntoma que pueda poner en peligro o	se evidencia en los familiares desde su aspecto físico un estado de tranquilidad, no presentan algún signo de violencia física. desde su	desde lo emocional predomina la tristeza al saber que se sienten poco apoyados por sus familiares, por otro lado, la ansiedad no es	emocional se ve afectada por las redes de apoyo algunos familiares de sus mismos comentarios se puede notar que en cuanto	los familiares por su estrés y preocupación en diferentes aspectos de su vida, viven pensando en muchas cosas que los desestabiliza,

	<p>hacer decaer al paciente epoc, mas sin embargo la tristeza y preocupación en ellos predomina ya que piensan que en cualquier momento su familiar puede decaer o empeorar.</p>	<p>semblante se ven serios y algunos con preocupación por su familiar</p>	<p>tan evidente, ya que, presentan sensación de ahogo, falta de aliento, y palpitaciones en el pecho.</p>	<p>a la preocupación por tener que hacer varias cosas el apoyo hacia ellos no es suficiente pues emocionalment e tienen en su cabeza varios problemas y situaciones que los vuelves o estresados, preocupados o con angustia a la hora de estar con el paciente más sin embargo así sea escasa los familiares que van a visitarlo, algunos hacen el esfuerzo por estar ahí</p>	<p>por ende la atención hacia sus familiares no es la mejor, en su mayoría se evidencian ya cansados del constante cuidado que se tiene que llevar con el paciente epoc.</p>
<p>redes de apoyo</p>	<p>en cuanto al apoyo que se da a los pacientes epoc por parte de los familiares por lo general se evidencia que son los hijos mejores o del medio(40- 50 años) los que están mas cerca a su padre madre o tio quien se hace cargo del paciente epoc</p>	<p>es importante tener en cuenta que los familiares son menores y les da angustia saber que el proceso de hospitalización es doloroso para sus familiares hospitalizados</p>	<p>como las redes de apoyo ayudan al manejo emocional los familiares ayudan mucho a la parte psicoemocional del paciente epoc pues son personas que han convivido por años y el paciente se siente tranquilo al estar con uno de ellos.</p>	<p>el apoyo de los familiares es escaso debida a que se encuentran laborando la mayor parte del día, por ende, el apoyo no es suficiente por lo que la enfermedad del paciente requiere.</p>	<p>ahora bien, los familiares en su mayoría atiende a los epoc de una manera pacientes pues su misma enfermedad hace que el proceso deba ser asi mas sin embargo a veces la paciencia y ciertas situaciones como familiares, laborales no</p>

					les permite seguir con serenidad el proceso de atención con ellos.
atención	son familiares que oxilan entre 4° y 50 años de edad donde la atención en algunas situaciones no es la mejor por diferentes factores de su vida personal.	los familiares comentan que la atención no es la mejor por parte de los cuerpos medicos y mas a la hora de ver un procedimiento de canalización o algo que implique dolor en el cuerpo de su familiar epoc,	tanto para los pacientes como para los familiares es doloroso y les da tristeza el proceso, la enfermedad y el hecho de estar hospitalizados mas la angustia de saber que tienen otras obligaciones o preocupacion en diferentes áreas de su vida, esto hace que por parte y parte entren en un estado de ansiedad y pensamientos negativos o dolorosos.	es importante tener en cuenta que la atención tambien por parte del hospital a los familiares no solo a los pacientes no es la mejor y que ellos se indisponen por las palabras o expresión corporal de algunos cuerpos médicos o enfermera del hospital, por consiguiente también después de un tiempo solo vuelven a visitar al paciente una o dos personas.	la atención prestada por parte de los familiares no es beneficiosa para el paciente ya que sus visitas no son constantes en el proceso de hospitalización , por ende su mejoría es tardía como causa de la falta de acompañamiento. el trato que los familiares les brindan a los epoc podría ser mejor si le dedicaran más tiempo de calidad y, mostrándose mas cariñosos y afectuosos con su familiar asi mismo se evidencia que deben mejorar el aspecto en cuanto a visitas en los horarios correspondient es. según lo referido por los

					familiares, se evidencia en sus comentarios que el trato es el mejor, manifestando un adecuado cuidado y expresiones afectivas. así mismo que la atención prestada por parte de ellos siempre es la mejor, con constantes visitas, y en el horario adecuado
--	--	--	--	--	---

pacientes EPOC	características individuales	físico corporal	psicoemocional	redes de apoyo	atención
características individuales	se caracterizan por estar en la etapa de la adultez mayor entre 60-80 años.	los síntomas de la enfermedad se manifiestan en los pacientes por los efectos de la misma y por la etapa vital en la que se encuentran.	debido a las edades de los pacientes y su enfermedad, en circunstancias comunes, sienten tristeza y sentimientos de inutilidad por no poder realizar muchas cosas.	en circunstancias los pacientes en el proceso de hospitalización sienten que sus familiares no están con ellos seguidamente, ya que consideran que el adulto mayor se vale por si mismo y en el hospital están bien atendidos.	los adultos mayores consideran que el trato y el servicio de la institución es adecuado, más sin embargo deberían atender más rápido.
Físico-corporal	los pacientes pueden experimentar, debido a su edad, pérdida de sueño y falta de aliento.	7: gran parte de su vida se han visto afectado por la enfermedad porque suele presentarse con dolor en la	los pacientes presentan dolencias y malestar en el proceso de hospitalización, por ello pueden afligirse un poco	los adultos mayores debido a su edad y su estado de vulnerabilidad cuentan con el apoyo de sus familiares y de las	los pacientes consideran que la relación con los médicos y enfermeras son buenos, pero que sería prudente que no siempre

		<p>espalda, el pecho y los pulmones.</p> <p>8: el malestar del paciente es más físico, ya que presenta dolencias el cuerpo y dificultades para respirar.</p> <p>9: los pacientes presentan malestar y dolor físicamente, sin embargo, son conscientes de que este procedimiento hace parte de su recuperación.</p>	<p>si no ven pronta mejoría.</p>	<p>personas más cercanas, por ello se motivan y hace que evolucione más rápido el tratamiento.</p>	<p>estén tan serios y rígidos.</p>
psicoemocional	<p>la etapa de adultez mayor en los pacientes epoc, manifiestan síntomas como llanto sensación de ahogo, falta de aliento, y por su edad</p>	<p>los pacientes presentan dolencias y debido a esto, se desaniman, pero luego a medida que se van recuperando a nivel físico también lo hacen a nivel emocional.</p>	<p>10: los pacientes epoc no presentan síntomas de ansiedad ya que no cumplen los criterios y solo presentan palpitaciones y sensaciones de ahogo.</p> <p>11: no presentan algunos síntomas de depresión por lo que no cumplen los criterios y por lo general presentan sensación de ahogo.</p> <p>12. la mayor parte de los pacientes llora en silencio para que sus</p>	<p>los factores emocionales del paciente se ven influenciado por las redes de apoyo, ya que los pacientes se animan cuando sus familiares se encuentran acompañándolos y motivándolos en el proceso de hospitalización.</p>	<p>los médicos y las enfermeras atienden adecuadamente al paciente y aunque en la mayoría generan empatía con sus pacientes, otros deberían ser más humildes.</p>

			<p>familiares no se preocupen.</p> <p>13: los pacientes epoc se sienten tristes y lloran recurrentemente, además, de desesperarse por salir del hospital en el proceso de hospitalización.</p> <p>14: a los pacientes les cuesta conciliar el sueño, por lo tanto, durante la noche solo duermen como máximo 3 horas.</p> <p>15. los pacientes se sienten inútiles ya que en su casa no pueden colaborar debido a las limitaciones de la enfermedad.</p> <p>16: el personal (EPOC) no muestra desinterés, sino limitaciones ya que la enfermedad no permite que sigan realizando las mismas actividades de antes.</p> <p>17. si muestran dificultad para concentrarse, pero es debido a la edad.</p>		
--	--	--	--	--	--

			<p>18. a veces por la edad avanzada y la enfermedad.</p> <p>19. lo más difícil de proceso de hospitalización es no poder estar en la casa ya que durante el tiempo que están internados pasan mucho tiempo solos.</p> <p>20: los pacientes refieren estar tristes y preocupados por su enfermedad.</p> <p>21: consideran que se ve una mejoría debido al medicamento, pero en el momento se sienten tristes y solos.</p>		
redes de apoyo	<p>estos pacientes requieren de la comprensión y de ayuda de todos, por lo que genera, bienestar en los adultos mayores.</p>	<p>los procesos de hospitalización permiten que los pacientes puedan mejorar debido a que durante el proceso dejan de presentar sensación de ahogo, por el tratamiento</p>	<p>las redes de apoyo, ya sean hijos, hermanos o esposo, ayudan al mejoramiento emocional porque debido a su apoyo incondicional el paciente se recupera eficazmente.</p>	<p>22:el acompañamiento se ve reflejado con el apoyo de los familiares con quien vive el paciente.</p> <p>23: quisieran el apoyo o compañía de sus hijos que se encuentran lejos y hermanos.</p> <p>24: los hijos que viven con ellos y también los que viven cerca.</p>	<p>los pacientes consideran que los horarios de visitas son adecuados y que los médico y enfermeras los tratan bien</p>
atención	<p>la atención a los adultos</p>	<p>los pacientes además de</p>	<p>los adultos mayores lloran</p>	<p>a los pacientes le da mucha alegría</p>	<p>25. los pacientes</p>

	<p>mayores no es prioridad más, sin embargo, siempre su atención es favorable.</p>	<p>presentar síntomas a nivel físico que les impide seguir con su vida normal, logran mostrar ganas de continuar con los tratamientos y las recomendaciones de los médicos para su recuperación.</p>	<p>extrañan a sus familiares y se afligen porque no se sienten útiles, sin embargo, cuando los atienden adecuadamente en el hospital se recuperan más rápido.</p>	<p>y dejan a un lado su tristeza por la enfermedad cuando cuentan con el cuidado y la unión de su familia.</p>	<p>refieren que lo atienden bien el proceso de hospitalización. 26: consideran que la atención es adecuada, más, sin embargo, en ocasiones deberían atender más rápidos.</p> <p>27: el tratamiento es bueno y se ve reflejado en la salud de los pacientes.</p>
--	--	--	---	--	---