

Diseño y validación de cuestionario de evaluación psicológica para el paciente hospitalizado en el HGM

**Documento de resultados preparado por:
Isabel Cristina Villa González.**

Versión 01_12082011

Medellín, Agosto de 2011.

Introducción y Alcance

Este documento contiene los resultados relevantes del Proyecto *Diseño y validación de cuestionario de evaluación psicológica para el paciente hospitalizado en el HGM, 2010-2011*.

El Estudio ha sido realizado de manera colaborativa entre el Hospital General de Medellín “Luz Castro de Gutiérrez” Empresa Social del Estado quien dispuso de los recursos humanos y tecnológicos requeridos para la ejecución del mismo y la Universidad Pontificia Bolivariana, para lo cual se hizo uso del convenio docente asistencial entre ambas instituciones, contando así con el acompañamiento de una docente de la Facultad de Psicología que realizó asesoría en investigación durante 10 meses al grupo de psicología del área de hospitalización.

Los resultados que este documento contiene, son los correspondientes a la validación de un instrumento de evaluación general de salud mental en atención primaria y el diseño y validación de dos instrumentos adicionales para dos poblaciones específicas usuarias del servicio de hospitalización a saber: pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica y pacientes pediátricos. Se exponen aquí los resultados del análisis estadístico y psicométrico de los instrumentos evaluados y se realizan recomendaciones finales respecto al uso de los instrumentos en el servicio de hospitalización, como apoyo a las decisiones gerenciales que se deriven de ello y que corresponden a la discrecionalidad de la Alta Gerencia del Hospital General de Medellín ESE.

Para todos los efectos del proyecto, la Investigadora Principal, la Co-Investigadora y la asesora declaran no tener conflictos de interés de ningún tipo.

Título: DISEÑO Y VALIDACIÓN DE TRES CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO HGM. CPH-HGM

Autores:

Luisa Fernanda Restrepo Roldán. Psicóloga servicio de hospitalización. Investigadora Principal.

Crammily Zuluaga Arboleda. Psicóloga. Co-Investigadora.

Isabel Cristina Villa González. Docnete-investigadora UPB. Asesora de investigación.

Álvaro Quintero Posada. Coordinador Programa de Investigaciones HGM. Co-Investigador.

Objetivos:

General: Diseñar un cuestionario de evaluación psicológica para los pacientes hospitalizados del Hospital General de Medellín a través de un proceso riguroso de construcción y validación estadística del instrumento, con el fin de valorar la necesidad de intervención psicológica como parte del protocolo integral de atención a dichos pacientes (2010-2011).

Específicos:

- Identificar las dimensiones psicológicas más relevantes relacionadas con la hospitalización y la condición general de enfermedad de los pacientes hospitalizados del Hospital General de Medellín.
- Diseñar el cuestionario de evaluación psicológica con las dimensiones identificadas.
- Diseñar los anexos al cuestionario para pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica, para el cuidador del paciente hospitalizado y para el cuidador del paciente pediátrico.
- Conocer la validez del constructo y del contenido del cuestionario elaborado, su fiabilidad mediante el análisis estadístico y psicométrico, así como su consistencia interna.
- Elaborar un artículo de publicación científica en revista indexada en psicología de la salud.

Metodología:

Método

Esta investigación no experimental se realizó bajo un diseño de corte trasversal, de tipo descriptivo y con enfoque empírico- analítico de tipo evaluativo.

Para la realización de este ejecutó la metodología en dos fases paralelas durante el tiempo de ejecución del proyecto, primero se eligió, previo rastreo, el instrumento de evaluación en salud mental que mejor se ajustara a las características de la población hospitalaria de la institución y se procedió a realizar el proceso de validación en todas sus fases y fue elegido el **The General Health Questionnaire (GHQ-12)** en su versión en español y que para los fines de este estudio se denominará **Versión A**

En una segunda fase se diseñaron y validaron 3 instrumentos complementarios para la evaluación de dos subpoblaciones de pacientes:

- Evaluación de la adhesión terapéutica para pacientes hospitalizados con diagnóstico de enfermedad crónica mayor a 3 meses (versión B).
- Evaluación de la salud mental del paciente adulto hospitalizado según la percepción del cuidador principal (versión C).
- Evaluación del paciente pediátrico considerando la valoración de dos variables: Ansiedad hospitalaria y vulnerabilidad psicológica infantil (versión D).

A continuación se presentan por separado los resultados de ambas fases:

FASE 1: Validación del instrumento de evaluación psicológica del paciente Hospitalizado (Versión A)

Participantes

Pacientes adultos que ingresan al servicio de hospitalización entre los meses de abril y junio de 2011 y que son atendidos por las diversas especialidades médicas del Hospital General de Medellín. Luz Castro de gutierrez, E.S.E.

Criterios de inclusión:

Todo paciente hospitalizado en cualquier área del servicio que acepte voluntariamente hacer parte del estudio.

Criterios de exclusión:

Ser menor de 16 años, negarse a la participación, no firma del consentimiento informado, condiciones de salud física, cognitiva o emocional no controlado que le impidan diligenciar el cuestionario.

Selección del universo estimado:

1. Número total de pacientes: 85
2. La selección de los pacientes se hizo por disponibilidad, previo listado de los pacientes hospitalizados.

Identificación de variables:

Sociodemográficas: Edad, género, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad.

Clínicas: Tipo de afiliación a la seguridad social, hospitalizaciones previas, especialidad que lo atiende, diagnóstico clínico y pronóstico.

Evaluación en salud mental: Este cuestionario permite identificar dos tipos de problemas: la incapacidad para realizar las actividades diarias normales o adaptativas y la manifestación de fenómenos perturbadores y síntomas psicopatológicos en el sujeto, centrándose en alteraciones psicopatológicas muy básicas y conductas desadaptativas menores a nivel personal y social (Lemos, 1996; citado en Godoy-Izquierdo, Godoy, López-Torrecillas, & Sánchez-Barrera, 2002, p.50)

Este autoinforme de basa también en el modelo biosocial planteado por Goldberg y Huxley (1992) para los trastornos mentales más comunes, caracterizado por la presencia dominante de síntomas de ansiedad y depresión. Se trata de un modelo teórico más sencillo y manejable a fin de entender mejor los solapamientos, combinaciones y formas subclínicas de estos trastornos.

Proponen un modelo para las neurosis con dos dimensiones básicas, ansiedad y depresión. Basándose en el análisis de los llamados rasgos latentes, consideran dos medidas fundamentales para cada dimensión: una es el umbral del síntoma que representa una medida de la gravedad y otra la pendiente representando el poder discriminatorio que ese síntoma en particular tiene para distinguir entre trastornos ansiosos y depresivos.

El GHQ -12, evalúa la dimensión general de la salud autopercebida por el paciente, pero además, la prueba permite distinguir dos subdimensiones: bienestar psicológico en sus ítems (1,2,5,7,9,12), y se define como "un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social" (Victoria & González, 2000).

La segunda subdimensión es definida por los autores como funcionamiento social y afrontamiento, evaluada en los ítems (3,4,6,8,10,11), Felton, Revenson y Hinrichsen, 1984; Folkman y Lazarus, 1985; citado en Riquelme, Buendía, & Rodríguez, 1993, p. 84 concluyen a partir de diversos estudios transaccionales, que existe suficiente evidencia en torno a que los modos de afrontar las situaciones pueden ser tomados como los más eficaces predictores de "distrés". Otros autores afirman que la capacidad de afrontamiento desempeña un papel especialmente importante en el bienestar físico y psicológico del individuo cuando éste se enfrenta a situaciones especialmente estresantes (McCrae y Costa, 1986; Miller, Bronly y Summerton, 1988; Endler y Parker, 1990; citado en Riquelme, et al. 1993, p. 84).

Algunos de los ítems fueron tomados de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor, del Inventario de Personalidad de Eysenc y del Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota (Victoria, 1999).

Al ser un instrumento diseñado para su uso en las consultas médicas no psiquiátricas, su fin es detectar cambios en la función normal del paciente y no determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Explora dos tipos de fenómenos: la incapacidad para

funcionar, desde el punto de vista psíquico, a nivel "normal"; y la aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquico. (Goldberg, 1979; citado en Lobo, Pérez-Echeverría, & Artal, 1986).

Métodos estadísticos:

- Estadística descriptiva.
- Análisis factorial confirmatorio.
- Análisis psicométrico.

Instrumento validado:

El cuestionario es una adaptación al español del cuestionario The General Health Questionnaire (GHQ-12).

Luego del rastreo y evaluación de cuestionarios e instrumentos de evaluación psicológica en atención primaria en salud para evaluar la comorbilidad psicológica se eligió el GHQ-12 como instrumento a validad en la población de estudio por considerarse el mejor instrumento para ser aplicado a dicha población, dadas sus condiciones psicométricas y la facilidad y agilidad para su diligenciamiento.

El cuestionario está formado por 12 ítems, siendo 6 de ellos sentencias positivas y 6 sentencias negativas. Los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), que puede ser transformada en una puntuación dicotómica (0-0-1-1), llamada puntuación GHQ. El GHQ-12 presenta una buena fiabilidad en los diferentes estudios realizados con alfas de Cronbach que varían entre 0,82 y 0,86 Los resultados de validación del GHQ-12 realizado en 15 países del mundo son buenos, con resultados de curva ROC que varían entre 83 y 85 (Goldberg et al. 1997). La validación de este instrumento se realiza gracias a los datos que se recogieron mediante la evaluación de 85 pacientes de hospitalización general.

El modo de administración: se entregaron los cuestionarios a los pacientes para que los diligenciaran de manera autoaplicada, respondiendo a una escala Likert con 4 opciones de respuesta. Para el estudio actual, la semántica de la escala de la traducción original presentó dificultades de comprensión en los pacientes hospitalizados, gran parte de ellos con un bajo nivel educativo, por tanto fue modificada. La semántica de la escala traducida de referencia era: "Mucho más que lo habitual", "Bastante más que lo habitual", "No más que lo habitual" y "No en

absoluto” y fue modificada así: “Más que antes”, “Igual que antes”, “Menos que antes” y “No, Nunca”. Se retoma la calificación validada en Brasil (Mari & Williams, 1985) y en España (López-Castedo & Fernández, 2005; Rocha et al. 2011) donde los autores validaron mediante la puntuación GHQ donde los ítems son contestados a través de una escala tipo Likert de cuatro puntos (0-1-2-3), que puede ser transformada en una puntuación dicotómica (0-0-1-1). (Sanchez & Dresch, 2008) donde valoraron el grado de gravedad de un problema mental en las últimas semanas, utilizando una escala Likert de 4 puntos (de 0 a 3). Se utiliza para generar una puntuación total de 0 a 36. Los elementos positivos se corrigieron desde 0 (Más que antes) a 3 (No, nunca) y los negativos de 3 (Más que antes) a 0 (No, nunca), donde los resultados altos indican peor estado de salud.

Procedimiento

Inicialmente se administró el cuestionario GHQ -12 a 85 pacientes hospitalizados con una participación voluntaria, previa firma del consentimiento informado en el que se les explicó el objetivo, la justificación y el procedimiento a seguir en el proyecto de validación del cuestionario. El paquete estadístico SPSS, versión 19, se utilizó para el análisis de datos.

Consideraciones éticas:

1. De acuerdo con la Resolución 8430 de 1993 emanada del Ministerio de Salud (Artículo 11), este estudio se clasificó en la Categoría **Investigación con Riesgo Mínimo**.
2. En todos los casos fue suscrito por los pacientes de ambos grupos, un Consentimiento Informado.

Resultados:

Descripción de la muestra

Aspectos sociodemográficos

Se encontró que la muestra se distribuye en grupos etáreos (adulto joven =18-35; adulto medio =36-60; adulto mayor =61 en adelante) y en género de forma proporcional. El 50% pertenece al estrato uno y los restantes se encuentran concentrados en los estratos dos y tres. El 54% han

cursado la primaria, el 30% secundaria y el 15% tienen estudios técnicos o profesionales en proporciones similares; finalmente una proporción importante de personas casadas o en unión libre, seguidas de las solteras; muy pocas personas están separadas, divorciadas o viudas.

Tabla 1

Características sociodemográficas

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	Adulto joven	35	41,2%
	Adulto medio	31	36,5%
	Adulto mayor	19	22,4%
Sexo	Hombre	42	49,4%
	Mujer	43	50,6%
Estrato	1	42	50,0%
	2	27	32,1%
	3	13	15,5%
	4	1	1,2%
	5	1	1,2%
Escolaridad	Primaria	46	54,1%
	Secundaria	26	30,6%
	Técnico	6	7,1%
	Profesional	7	8,2%
Estado civil	Soltero	31	36,5%
	Casado/Unión libre	40	47,1%
	Separado/Divorciado	7	8,2%
	Viudo	7	8,2%

Aspectos de salud: Se encontró que la mayoría de personas pertenecen al régimen subsidiado seguido de personas afiliadas a EPS y solo una persona tiene medicina prepagada. La mayoría de las personas de la muestra nunca habían sido hospitalizadas, dentro de los que sí lo habían sido,

en una proporción mayor se habían hospitalizado una sola vez. Respecto a los diagnósticos se encuentra que la mayoría son catalogados como agudo o crónico teniendo en mayor cantidad un pronóstico favorable. Existe un porcentaje significativo (37,6%) de personas sin datos respecto al pronóstico.

Tabla 2

Características de salud

		Frecuencia	Porcentaje
Seguridad social	EPS	40	47,1%
	Régimen subsidiado	44	51,8%
	Medicina prepagada	1	1,2%
	Póliza de salud	0	,0%
	Total	85	100,0%
Cuántas veces hospitalizado	0	55	64,7%
	1	11	12,9%
	2	7	8,2%
	3	6	7,1%
	4	3	3,5%
	5	2	2,4%
	12	1	1,2%
	Total	85	100,0%
Diagnóstico	Agudo	31	36,5%
	Repetido	1	1,2%
	Crónico	36	42,4%
	Terminal	1	1,2%
	Sin dato	16	18,8%
	Total	85	100,0%
Pronóstico	Favorable	40	47,1%

Dudoso	9	10,6%
Desfavorable	4	4,7%
Sin dato	32	37,6%
Total	85	100,0%

Especialidad que le atiende. Se encontró que las especialidades más requeridas son gineco-obstetricia, ortopedia, medicina interna y cardiología.

Tabla 3

Especialidad tratante

Especialidad que le atiende	Frecuencia	Porcentaje
ASMA	1	1,2%
CARDIOLOGÍA	11	12,9%
CIRUGÍA	1	1,2%
CIRUGÍA GENERAL	1	1,2%
CX. PLÁSTICA	2	2,4%
DERMATOLOGÍA	1	1,2%
GINECO OBSTETRICIA	20	23,5%
GINECÓLOGO	1	1,2%
MEDICINA INTERNA	12	14,1%
NEFROLOGÍA	5	5,9%
NEUROCIRUGÍA	4	4,7%
NEUROLOGÍA	3	3,5%
ONCOLOGÍA	4	4,7%
ORTOPEDIA	15	17,6%
PSIQUIATRÍA	1	1,2%
UROLOGÍA	3	3,5%

			Frecuencia	Porcentaje
Especialidad que le atiende	ASMA		1	1,2%
	CARDIOLOGÍA		11	12,9%
	CIRUGÍA		1	1,2%
	CIRUGÍA GENERAL		1	1,2%
	CX. PLÁSTICA		2	2,4%
	DERMATOLOGÍA		1	1,2%
	GINECO OBSTETRICIA		20	23,5%
	GINECÓLOGO		1	1,2%
	MEDICINA INTERNA		12	14,1%
	NEFROLOGÍA		5	5,9%
	NEUROCIRUGÍA		4	4,7%
	NEUROLOGÍA		3	3,5%
	ONCOLOGÍA		4	4,7%
	ORTOPEDIA		15	17,6%
	PSIQUIATRÍA		1	1,2%
	UROLOGÍA		3	3,5%
		Total		85

Evaluación general de la salud

Para la evaluación general de la salud se obtuvo un puntaje promedio de 17,21 y una desviación de 6,77 en el sistema de calificación 0, 1, 2 y 3 (ver tabla 5). Para obtener dicha puntuación se sumó la calificación de cada uno de los ítems previa corrección de los ítems inversos (2, 5, 6, 9, 10). También se realizó el sistema de calificación binario (0,1), en este la media de la puntuación fue de 5,34 y la desviación fue de 2,767. La puntuación según este sistema de calificación es similar a una muestra de pacientes con cáncer de mama en Barcelona (6,70) (Sánchez, Torres, Camprubí,

Vidal & Salamero, 2005), sin embargo difiere de la media en población general en Madrid (8,52) (Sánchez & Dresch, 2008).

Los resultados indican que la valoración binaria para identificar los casos de atención sigue siendo válida en un punto de corte de resultado de 5 (5/6 NO CASO/CASO).

Prueba K-S

Se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para establecer si las variables obtenían distribución paramétrica o no, se encontró que poseen distribución normal (Tabla 4). Por esta razón se utilizan estadísticos paramétricos como la prueba T y ANOVA.

Tabla 4

Prueba K-S para una muestra

		GHQ12	GHQ-Binario
N		85	85
Parámetros	Media	17,2118	5,34
normales ^{a,b}	Desviación típica	6,77547	2,767
Diferencias	Absoluta	,106	,142
más extremas	Positiva	,106	,142
	Negativa	-,088	-,100
Z de Kolmogorov-Smirnov		,975	1,313
Sig. asintót. (bilateral)		,297	,064

a. La distribución de contraste es la Normal.

b. Se han calculado a partir de los datos.

Salud general según aspectos sociodemográficos

Se realizó análisis de ANOVA para las variables rango de edad, estrato y estado civil; para la variable sexo se utilizó la prueba t para muestras independientes. Se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas de la salud general de acuerdo a las variables nombradas (Rango de edad: $F=2,207$; $sig=0,117$; sexo: $t=0,513$; $Sig=0,609$; estrato: $F=1,077$; $Sig=0,374$; estado civil: $F=0,748$; $sig=0,527$).

Tabla 5

Salud general según rango de edad, sexo, estrato y estado civil

	Likert		GHQ-Binario		N
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	
Edad					
Adulto joven	15,5714	6,26045	4,69	2,336	35
Adulto medio	19,0323	5,94129	5,87	2,692	31
Adulto mayor	17,2632	8,39207	5,68	3,449	19
Total	17,2118	6,77547	5,34	2,767	85
Sexo					
Hombre	17,5952	6,72476	5,52	2,787	42
Mujer	16,8372	6,88314	5,16	2,768	43
Estrato					
1	17,4762	6,5229	5,4	2,548	42
2	17,1852	6,9173	5,48	3,081	27
3	15,6923	7,42052	4,54	2,634	13
4	29	.	11	0	1
5	12	.	3	0	1
Total	17,1786	6,80921	5,33	2,783	84
Estado civil					
Soltero	18,3871	5,80619	5,74	2,366	31
Casado/Unión libre	16,125	7,18684	5,13	2,866	40
Separado/Divorciado	18,5714	7,34523	5,29	2,752	7

Viudo	16,8571	8,19407	4,86	4,1	7
Total	17,2118	6,77547	5,34	2,767	85

Salud general según aspectos de salud

Para establecer diferencias significativas de acuerdo a los aspectos de salud, se utilizó ANOVA. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas para ninguna de estas variables (Sistema de seguridad social: $F=3,049$; $Sig=0,051$; Especialidad que le atiende: $F=0,893$; $Sig=0,575$; Tipo de diagnóstico: $F=1,204$; $Sig=0,400$; Pronóstico: $F=0,433$; $Sig=0,730$).

Tabla 6

Salud general según aspectos de salud

	Likert		GHQ-Binario		
	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	N
Seguridad social					
EPS	16,45	6,99432	5,1	2,744	40
Régimen subsidiado	18,2273	6,24635	5,66	2,744	44
Medicina prepagada	3	.	1	.	1
Total	17,2118	6,77547	5,34	2,767	85
Especialidad que le atiende					
ASMA	22	.	7	.	1
CARDIOLOGÍA	18,4545	6,31449	5,73	2,97	11
CIRUGÍA	13	.	3	.	1
CIRUGÍA GENERAL	10	.	3	.	1

Hospital General de Medellín. Subgerencia de Procesos Asistenciales.
Programa de Investigaciones. Agosto de 2011.

CX. PLÁSTICA	18,5	9,19239	5	4,243	2
DERMATOLOGÍA	25	.	9	.	1
GINECO OBSTETRICIA	14,8	6,90233	4,6	2,703	20
GINECÓLOGO	11	.	1	.	1
MEDICINA INTERNA	17,25	8,50802	5,5	3,398	12
NEFROLOGÍA	17,2	7,32803	5	2,739	5
NEUROCIRUGÍA	19	4,32049	6,25	1,258	4
NEUROLOGÍA	17,6667	8,5049	5,33	2,887	3
ONCOLOGÍA	13	9,12871	3,75	3,202	4
ORTOPEDIA	18,6667	5,02375	5,8	2,178	15
PSIQUIATRÍA	29	.	11	.	1
UROLOGÍA	21	3,60555	7	1,732	3
Total	17,2118	6,77547	5,34	2,767	85

Diagnóstico	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	N
Agudo	17,2903	6,09477	5,55	2,501	31
Repetido	29	.	11	.	1
Crónico	17,3333	7,42582	5,17	3,01	36
Terminal	11	.	4	.	1
Sin dato	16,4375	6,44948	5,06	2,594	16
Total	17,2118	6,77547	5,34	2,767	85

Pronóstico	Media	Desv. típ.	Media	Desv. típ.	N
Favorable	16,375	6,33544	5,08	2,515	40
Dudoso	17,3333	6,22495	5,44	2,744	9
Desfavorable	19	9,79796	6,25	4,787	4
Sin dato	18	7,2557	5,53	2,896	32

Total	17,2118	6,77547	5,34	2,767	85
-------	---------	---------	------	-------	----

Informe psicométrico de la prueba GHQ-12

En este informe se presenta el análisis de validez de constructo y de consistencia interna de la prueba GHQ-12. Para la validez de constructo se realizó el análisis factorial confirmatorio mediante el método de componentes principales. Además se utilizó rotación varimax y se tuvieron en cuenta para los análisis aquellos ítems que tuvieran una carga factorial mayor de 0,50 tanto positiva como negativa. Para el análisis de consistencia interna se utilizó el coeficiente alpha de Cronbach.

Para establecer si es posible realizar análisis factorial se utilizó el coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett. Dichos estadísticos muestran que es adecuado realizar el análisis factorial (Tabla 7).

Tabla 7

KMO y Prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.			,837
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado		355,755
	gl		66
	Sig.		,000

Análisis de validez

Estructura factorial confirmatoria

Se realiza un análisis factorial confirmatorio para dos factores. Se encuentra que esta estructura factorial explica el 51,768% de la varianza. Además se descarta inicialmente el ítem 11 por no tener una carga factorial superior a 0,50. En el estudio de Sánchez-López y Dresch (2008) este ítem también posee dificultades de agrupación mediante el análisis de correlaciones ítem-test.

Para el factor 1 se agrupan los ítems 1, 3, 4, 7, 8, 12 y se nombra como “bienestar psicológico”; en el factor 2 se agrupan los ítems 2, 5, 6, 9, 10 y se nombra como “malestar psicológico”.

Se realizó después un análisis de consistencia interna mediante alpha de Cronbach y se encuentra que ambos factores tienen índices adecuados de fiabilidad.

Finalmente se determinan las puntuaciones normativas consignados en la tabla 3. Con base en el análisis presentado previamente se encuentra que si bien existe una estructura de dos factores, esta se explicaría como dos partes de un mismo componente (positivo y negativo). Lo anterior avala la consideración de la escala como unidimensional (propuesta por Hankins, 2008; Hu, Stewart-Brown, Twigg y Weich, 2007; Werneke *et al.*, 2000; Ye, 2009; citados en Rocha *et al.*, 2011).

A partir de estos resultados, es importante resaltar que el nombre de GHQ-12 debería ser reconsiderado, puesto que el número en el nombre de la prueba se otorga en virtud del número de ítems y ya que el ítem 11 no posee carga factorial aceptable para esta población, la prueba podría nombrarse como GHQ, GHQ-11 o GHQ-reducido.

Tabla 8

Matriz de componentes rotados según el análisis factorial confirmatorio de 2 factores.

	Componente	
	1	2
1. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	,643	
2. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?		,686
3. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	,506	

4. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	,672	
5. ¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?		,767
6. ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?		,714
7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	,694	
8. ¿Ha sido capaz de hacer frente a sus problemas?	,778	
9. ¿Se ha sentido triste o deprimido?		,814
10. ¿Ha perdido confianza en sí mismo?		,613
11. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?		
12. ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	,770	
Alpha de Cronbach	,791	,806
Media	6,06	8,82
Desviación estándar	3,6	4,6

Método de extracción: Análisis de componentes principales.

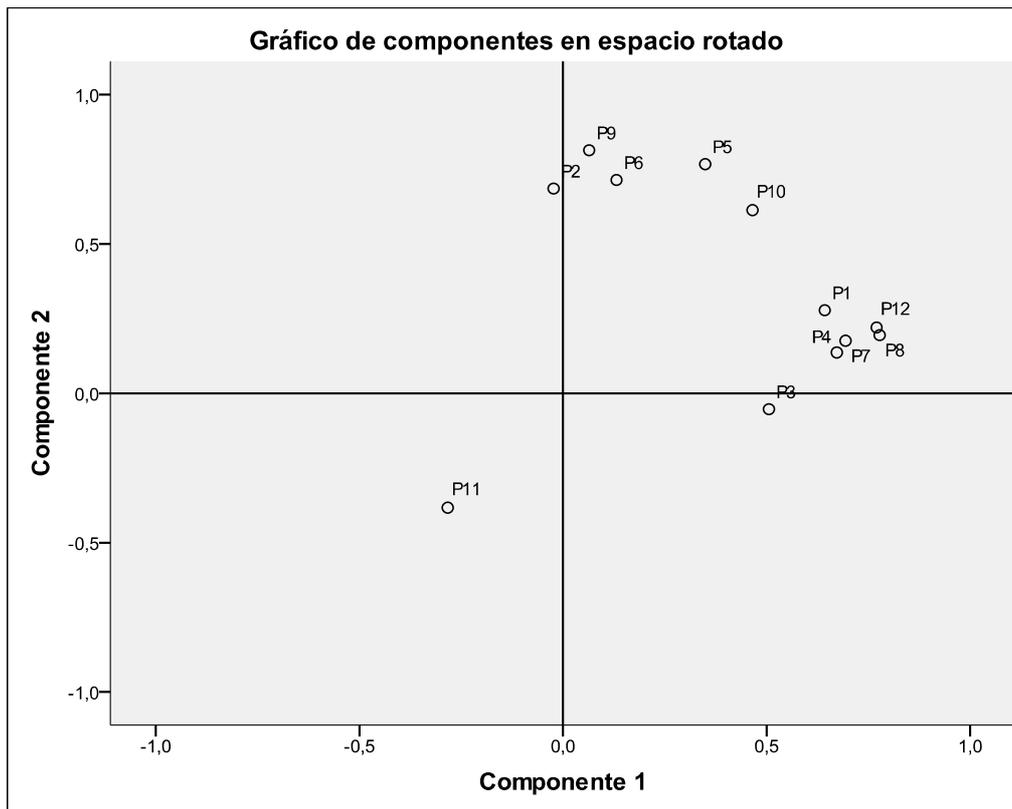
Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 3 iteraciones.

Gráfico 1

Estructura factorial confirmatoria de 2 factores.

Documento pa



Puntuaciones normativas

Finalmente se presentan las puntuaciones normativas y el alpha de Cronbach de la prueba (teniendo en cuenta la consideración de unidimensionalidad del instrumento) en la versión propuesta (de 11 ítems) así como la versión original con 12 ítems.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.	Alpha de Cronbach
GHQ11	85	,00	28,00	14,8824	7,08858	0,837
GHQ12	85	3,00	31,00	17,2118	6,77547	0,783
N válido (según lista)	85					

Conclusiones

- La muestra del presente estudio es diversa y si bien no es probabilística, las características sociodemográficas hacen que sea representativa de la ciudad de Medellín y alrededores.
- Las respuestas de la evaluación de la salud general poseen una distribución paramétrica.
- No se encuentran diferencias estadísticamente significativas de la evaluación de la salud general de acuerdo a las variables sociodemográficas y a las variables relacionadas con aspectos en salud (tipo de seguridad social, especialidad que le trata, tipo de diagnóstico y pronóstico).
- De acuerdo al análisis factorial confirmatorio con dos componentes, se observa que ambos se complementan (bienestar psicológico-malestar psicológico) permitiendo considerar la unidimensionalidad del instrumento.
- El ítem 11 se descarta por no presentar adecuada carga factorial.
- Se recomienda modificar el nombre del instrumento a GHQ-Reducido.

FASE 2: Diseño y validación de tres instrumentos de evaluación psicológica:

Versión B: para el paciente Hospitalizado con diagnóstico de enfermedad crónica

Versión C: para evaluar el estado general de salud mental según la percepción del cuidador

Versión D: para evaluar según la percepción del cuidador principal al paciente pediátrico.

Procedimientos:

Para la identificación de las propiedades psicométricas y la validación estructural de los cuestionarios de las versiones B, C y D se tomó como base el procedimiento recomendado para la validación de pruebas discriminativas; de acuerdo a las indicaciones dadas por Ruiz, Gómez y Londoño (2001). Este procedimiento se desarrollará de acuerdo a las siguientes etapas:

Recolección banco de instrumentos: Rastreo y análisis de los instrumentos similares o que contengan alguna de las dimensiones comunes y que sirvan de base para la construcción del instrumento.

Hospital General de Medellín. Subgerencia de Procesos Asistenciales.
Programa de Investigaciones. Agosto de 2011.

Diseño del banco de preguntas para cada dimensión y sus descriptores: Se realizó un banco inicial de 10 preguntas por dimensión psicológica a evaluar, para luego depurar y analizarlas bajo las premisas y sugerencias del modelo Sampieri y cols (2005)

Evaluación de expertos: Una vez seleccionadas las preguntas finales del cuestionario se solicitó a 3 expertos en el tema la valoración cualitativa del instrumento, para esto se diseñó un formato de evaluación donde cada experto registró sus observaciones y sugerencias.

Diseño del instrumento final y elaboración del consentimiento informado: Se diseñaron los cuestionarios finales luego de los ajustes derivados de los filtros de evaluación tanto de los constructos teóricos como de la revisión metodológica.

Prueba preliminar: Se realizó un muestreo rápido general para recolección de evaluación cualitativa de usuarios finales, se seleccionaron dos pacientes hospitalizados por cada especialidad y se les solicitará que realicen el cuestionario, se les tomó el tiempo de ejecución y se realizó una entrevista informal con el fin de evaluar con ellos sus impresiones del instrumento, la claridad de las preguntas y de la escala de calificación, la comprensión de los reactivos y las dificultades que pueda ofrecer el instrumento.

Prueba piloto: Aplicación del instrumento a la muestra seleccionada para identificar el comportamiento de los resultados, la capacidad de diferenciar puntajes altos y bajos en cada dimensión (5 participantes por cada ítem construido).

Análisis estadístico de los resultados: Se realiza el análisis estadístico descriptivo y psicométrico de los resultados con el fin de identificar las propiedades psicométricas del instrumento a través de diversas pruebas y realizar los ajustes correspondientes de ser necesario.

Evaluación de la validez: Análisis estadístico de los resultados, su consistencia interna y externa y su confiabilidad a través del Alfa de Cronbach.

Versión B. Diseño de instrumento de evaluación de Adhesión terapéutica para pacientes crónicos hospitalizados.

Participantes

Pacientes adultos que ingresan al servicio de hospitalización entre los meses de abril y junio de 2011, que poseen un diagnóstico previo no menor a tres meses de enfermedad crónica y que son atendidos por las diversas especialidades médicas del Hospital General de Medellín. Luz Castro de Gutierrez, E.S.E.

Criterios de inclusión:

Todo paciente hospitalizado en cualquier área del servicio que acepte voluntariamente hacer parte del estudio, que poseen un diagnóstico previo no menor a tres meses de enfermedad crónica.

Criterios de exclusión:

Ser menor de 16 años, negarse a la participación, no firma del consentimiento informado, condiciones de salud física, cognitiva o emocional no controlado que le impidan diligenciar el cuestionario.

Selección del universo estimado:

3. Número total de pacientes: 35
4. La selección de los pacientes se hizo por disponibilidad, previo listado de los pacientes hospitalizados que cumpliera con la caracterización muestral.

Identificación de variables:

Sociodemográficas: Edad, género, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad.

Clínicas: Tipo de afiliación a la seguridad social, hospitalizaciones previas, especialidad que lo atiende, diagnóstico clínico y pronóstico.

Adhesión terapéutica: Se trata de un repertorio comportamental dirigido a cumplir con el tratamiento médico, seguir las indicaciones respecto a los cuidados de la salud y a preservar los mayores niveles posibles de estabilidad y funcionalidad que favorezcan la adaptación, manejo y control de la enfermedad. Está modulado por múltiples factores entre los que se encuentran principalmente el conocimiento y las creencias que tiene el

paciente sobre su enfermedad, la motivación de recuperarse y adaptarse a ella, la autoeficacia percibida para hacerle frente a su padecimiento y el desarrollo de procesos volitivos y de afrontamiento positivo frente a los cuidados en salud. (Martin Alonso y Grau Abalo, 2004, Remor, 2004). En el cuestionario diseñado se elaboran 7 preguntas, segmentadas en tres sub dimensiones que evalúan tres aspectos relevantes para la evaluación de la adhesión: Conocimiento de la enfermedad, Cumplimiento terapéutico y autocuidado en salud.

Métodos estadísticos:

- Estadística descriptiva.
- Análisis factorial.

Resultados

Descripción de la muestra

Aspectos sociodemográficos

Se encontró que la muestra se distribuye en grupos de edad (adulto joven =18-35; adulto medio =36-60; adulto mayor =61 en adelante) de manera similar, no obstante existen menos personas mayores que jóvenes y adultos medios. Respecto al género, la mayoría de individuos son hombres. La mayoría pertenece al estrato uno, seguido de las personas en estrato dos y tres, ninguna persona pertenece a los estratos cuatro, cinco y seis, además se encuentra una proporción importante de personas casadas o en unión libre, seguidos de aquellas personas solteras.

Tabla 1

Características sociodemográficas

		Frecuencia	Porcentaje
Edad	Adulto joven	12	34,3%
	Adulto medio	14	40,0%
	Adulto mayor	9	25,7%

Sexo	Hombre	22	62,9%
	Mujer	13	37,1%
Estrato	1	19	54,3%
	2	10	28,6%
	3	6	17,1%
Escolaridad	Primaria	11	31,4%
	Bachillerato	3	8,6%
	Técnico	2	5,7%
	Profesional	2	5,7%
	Primaria incompleta	8	22,9%
	Bachillerato incompleto	7	20,0%
	Técnico incompleto	0	,0%
Estado civil	Universidad incompleta	2	5,7%
	Soltero	12	34,3%
	Casado/Unión libre	13	37,1%
	Separado/Divorciado	5	14,3%
	Viudo	5	14,3%

Aspectos de salud

Para estos aspectos, la mayoría de personas pertenece al régimen subsidiado seguido de personas pertenecientes a las diferentes EPS, solamente una persona tiene medicina prepagada. Se encontró que casi la mitad de las personas no habían sido hospitalizadas previamente y que la mayoría lo habían sido muy pocas veces. Respecto a los diagnósticos se encuentra que todos los individuos tienen un diagnóstico crónico mientras que para su pronóstico (en su mayoría) no hay datos.

Tabla 2

Características de salud

		Frecuencia	Porcentaje
Seguridad social	EPS	12	34,3%

	Régimen Subsidiado	22	62,9%
	Medicina prepagada	1	2,9%
	Total	35	100,0%
Cuántas veces hospitalizado	0	14	40,0%
	1	6	17,1%
	2	5	14,3%
	3	5	14,3%
	4	3	8,6%
	5	1	2,9%
	12	1	2,9%
	Total	35	100,0%
Diagnóstico	Crónico	35	100,0%
	Total	35	100,0%
Pronóstico	Favorable	9	25,7%
	Dudoso	4	11,4%
	Desfavorable	2	5,7%
	Sin dato	20	57,1%
	Total	35	100,0%

Especialidad que le atiende

Se encontró que las especialidades más requeridas son medicina interna, nefrología y cardiología.

Tabla 3

Especialidad tratante

		Frecuencia	Porcentaje
Especialidad que le atiende	ASMA	1	2,9%
	CARDIOLOGÍA	4	11,4%

CIRUGÍA	1	2,9%
CX. PLÁSTICA	2	5,7%
DERMATOLOGÍA	1	2,9%
GINECÓLOGO	1	2,9%
MEDICINA INTERNA	10	28,6%
NEFROLOGÍA	5	14,3%
NEUROLOGÍA	3	8,6%
ONCOLOGÍA	3	8,6%
ORTOPEDIA	3	8,6%
UROLOGÍA	1	2,9%
Total	35	100,0%

Evaluación general de la salud con el GHQ-12

Para la evaluación general de la salud se obtuvo un puntaje promedio de 18,83 y una desviación de 7,469 (ver tabla 4). Para obtener dicha puntuación se sumó la calificación de cada uno de los ítems previa corrección de los ítems inversos (2, 5, 6, 9, 10). Para la adherencia al tratamiento se encontró una media de 11,97 y una desviación de 2,370.

Según el sistema de calificación alterno GHQ, que realiza la calificación en sistema binario (0,1) la media de la puntuación fue de 6,89 y la desviación fue de 3,037. Esta puntuación es similar a una muestra de pacientes con cáncer de mama en Barcelona (6,70) (Sánchez, Torres, Camprubí, Vidal & Salamero, 2005), sin embargo difiere de la media en población general en Madrid (8,52) (Sánchez & Dresch, 2008). Esto mostraría puntuaciones similares en pacientes con diagnóstico crónico.

Tabla 4

Estadísticos descriptivos del GHQ y la adherencia al tratamiento

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
GHQ-12	35	5	33	18,83	7,469
Adherencia	35	4	14	11,97	2,370
GHQ Binario	35	0	11	6,89	3,037
N válido (según lista)	35				

Pruebas de normalidad

Debido al número bajo de la muestra (menos de 50) personas se utiliza el estadístico Shapiro-Wilk, en donde se encontró que las variables “adherencia” y “GHQ-Binario” no son paramétricas, la calificación tipo likert de la prueba GHQ obtiene distribución paramétrica. Sin embargo cuando se trabaja con muestras pequeñas la sugerencia es realizar pruebas no paramétricas.

Tabla 5

Pruebas de normalidad para la evaluación GHQ y la adherencia al tratamiento.

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
GHQ-12	,096	35	,200*	,971	35	,461
Adherencia	,248	35	,000	,778	35	,000
GHQ Binario	,185	35	,004	,936	35	,042

a. Corrección de la significación de Lilliefors

*. Este es un límite inferior de la significación verdadera.

Se realiza análisis factorial y análisis de Clóster para la prueba de adhesión terapéutica; los resultados sugieren que la prueba no presenta condiciones paramétricas pues algunos ítems no ofrecen varianza en sus resultados, por esta razón se sugiere repetir el análisis con una muestra más grande para identificar sus propiedades psicométricas. De los 7 ítems del cuestionario se sugiere eliminar el ítem 7, pues no presenta propiedades estadísticas y se aleja de los demás ítems

en el análisis gráfico. Se sugiere dejar el instrumento con 6 ítems y repetir el análisis para mejorar el índice de confiabilidad que actualmente es de 0.69 (Alpha de Cronbach).

Tabla 6

Estadísticos descriptivos del GHQ y la adherencia al tratamiento con 6 preguntas

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
GHQ-12	35	5	33	18,83	7,469
Adherencia	35	4	12	10,63	2,016
GHQ Binario	35	0	11	6,89	3,037
N válido (según lista)	35				

Conclusiones

- La muestra de este estudio corresponde a un grupo de pacientes con diagnóstico crónico, donde la evaluación de la salud mental general aparece más deteriorada que en los pacientes hospitalizados sin enfermedad crónica.
- Las respuestas de la evaluación de la salud general de tipo binario y la adherencia poseen distribuciones no paramétricas. La calificación tipo Likert obtiene una distribución paramétrica y se encuentra una relación directamente proporcional entre ambas variables, aunque su valoración estadística es baja.
- Los resultados del análisis factorial del instrumento de adherencia no se presentan en el informe ulterior por no arrojar resultados significativos, debido a la poca varianza en la calificación de la prueba, posiblemente ocasionada por el tamaño de muestra que fue muy pequeño, se recomienda realizar nuevamente con una muestra más grande para validar los resultados estadísticos.
- Los resultados del análisis estadístico descriptivo pueden ser utilizado como parámetro para la valoración de la variable adhesión terapéutica, pero esta deberá revalidarse mediante análisis factorial exploratorio cuando exista una muestra mínima de 80 pacientes.

- No se encuentran diferencias estadísticamente significativas de la evaluación de la salud general y de la evaluación de adherencia de acuerdo a las variables sociodemográficas y a las variables clínicas estudiadas.

Versión C: Diseño y validación del cuestionario de evaluación de la salud mental según la percepción del cuidador principal del adulto hospitalizado.

Se realiza una versión abreviada, tomando como base la entrevista estructurada del M.I.N.I. MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW, Versión en Español 5.0.0, DSM-IV. Del instrumento base fueron tomadas y adaptadas las preguntas principales de la ewscala que mide depresión y ansiedad ya que estas explican el 80% de la varianza de dichos trastornos y son comórbidos a la gran mayoría de las perturbaciones psicológicas y psiquiátricas. Este instrumento se diseñó para evaluar la percepción que posee el cuidador principal de la salud mental de su pariente que por encontrarse en condición crítica no es apto para diligenciar el cuestionario de evaluación autoaplicado Versión A (GHQ-12)

La consecución de los datos fue muy difícil, pues las visitas restringidas de los pacientes de los servicios de UCI e UCE dificultaban el contacto del personal de psicología con los cuidadores visitantes; por otra parte los resultados indican una maximización y exageración por parte de los cuidadores primarios a cerca de las condiciones pre mórbidas de los parientes hospitalizados, dado que las percepciones de perturbación emocional percibida por los cuidadores es excesivamente alta para la incidencia esperada en la población hospitalaria.

Participantes

Cuidadores de pacientes pediátricos que ingresan al servicio de hospitalización entre los meses de abril y junio de 2011, que son atendidos por pediatría y las diversas especialidades médicas según la situación de salud del menor en el Hospital General de Medellín. Luz Castro de Gutierrez, E.S.E.

Criterios de inclusión:

Todo paciente menor de edad hospitalizado en cualquier área del servicio, donde su cuidador acepte voluntariamente hacer parte del estudio y diligencie el cuestionario para tal fin.

Criterios de exclusión:

Paciente mayor de 16 años, que el cuidador principal se niegue a la participación, no firma del consentimiento informado.

Selección del universo estimado:

5. Número total de pacientes: 39 cuidadores principales de pacientes adultos hospitalizados.
6. La selección de los pacientes se hizo por disponibilidad, previo listado de los pacientes de UCI, UCE y hospitalización general cuyo cuidador acepte participar del estudio.

Identificación de variables:

Sociodemográficas: Edad, género, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad.

Clínicas: Tipo de afiliación a la seguridad social, hospitalizaciones previas, especialidad que lo atiende, diagnóstico clínico y pronóstico.

Salud mental general: Este cuestionario de 5 preguntas permite identificar dos tipos de problemas: síntomas premórbidos de ansiedad, síntomas de depresión y la calidad del apoyo social que posee el paciente.

Resultados:

Descripción de la muestra

Aspectos sociodemográficos

Según los cuidadores de adultos se encuentra que la mayoría de los pacientes son mujeres, también que la mayoría de estas personas pertenecen a los estratos 1 y 2. Poseen en su mayoría estudios primarios y no poseen la escolaridad completa, una cuarta parte de las personas no suministró información de este aspecto. En relación al estado civil no hay ninguno que prevalezca.

Tabla 1

Características sociodemográficas

		Recuento	% del N de la columna
Género	Femenino	22	56,4%
	Masculino	17	43,6%
Estrato	1	18	46,2%
	2	16	41,0%
	3	4	10,3%
	4	1	2,6%
Escolaridad	Primaria	8	20,5%
	Primaria incompleta	16	41,0%
	Bachillerato incompleto	4	10,3%
	Técnico	1	2,6%
	Sin dato	10	25,6%
Estado civil	Casado/Unión libre	12	30,8%
	Separado/divorciado	4	10,3%
	Soltero	10	25,6%
	Viudo	13	33,3%

Aspectos de salud

La mayoría de estas personas pertenecen al régimen subsidiado, un poco más de la mitad nunca había estado hospitalizada. También se encuentra que casi la mitad de los pacientes son atendidos por medicina interna. No se presenta un tipo de diagnóstico que prevalezca, sin embargo llama la atención que casi la tercera parte de los pacientes no tengan este dato, situación más preocupante en el caso del pronóstico en donde falta información para la mayoría de pacientes.

Tabla 2

Características de salud

		Frecuencia	Porcentaje
Seguridad social	EPS	6	15,4%
	RÉGIMEN SUBSIDIADO	33	84,6%
Veces hospitalizado	0	20	51,3%
	1	10	25,6%
	2	5	12,8%
	3	2	5,1%
	6	2	5,1%
	Especialidad que le atiende	CARDIOLOGÍA	5
CIRUGÍA GENERAL		1	2,6%
INTENSIVISTA		4	10,3%
MEDICINA INTERNA		18	46,2%
NEUMOLOGÍA		2	5,1%
NEUROCIRUGÍA		1	2,6%
NEUROLOGÍA		1	2,6%
NEUROLOGÍA Y MEDICINA INTERNA		1	2,6%
NEURÓLOGO		1	2,6%
ONCOLOGÍA		1	2,6%
ORTOPEDIA		1	2,6%
ORTOPEDIA MEDICINA INTERNA		1	2,6%
VASCULAR			
OTORRINOLARINGOLOGÍA		1	2,6%
UROLOGÍA		1	2,6%
Diagnóstico	AGUDO	10	25,6%
	CRÓNICO	13	33,3%
	REPETIDO	2	5,1%

	SIN DATO	12	30,8%
	TERMINAL	2	5,1%
Pronóstico	DESFAVORABLE	3	7,7%
	DUDOSO	5	12,8%
	FAVORABLE	8	20,5%
	SIN DATO	23	59,0%

Evaluación psicológica general y apoyo social

Respecto a los síntomas psicológicos se encontró que la mayoría de personas siempre han manifestado depresión o decaimiento. También sucede lo mismo en la pérdida de interés y de disfrute. Para las manifestaciones de ansiedad o preocupación también se encuentra que la mayoría manifiestan que siempre las presentan. Las anteriores situaciones contrastan con la presencia de familiares o amigos que le brindan apoyo, en donde casi la totalidad de la muestra manifiesta que siempre cuentan con ellos.

Tabla 3

Evaluación psicológica general y apoyo social

		Frecuencia	Porcentaje
1.	Ha manifestado sentirse ALGUNAS VECES	6	15,4%
	deprimido o decaído la mayor NUNCA	10	25,6%
	parte del día. SIEMPRE	23	59,0%
2.	El (la) paciente ha perdido el ALGUNAS VECES	4	10,3%
	interés en la mayoría de las cosas o NO LO SE	1	2,6%
	ha disfrutado menos de las cosas NUNCA	6	15,4%
	que usualmente le agradaba. SIEMPRE	28	71,8%
3.	Ha manifestado sentirse ALGUNAS VECES	3	7,7%

preocupado o ansioso debido a NO LO SE	1	2,6%	
varias cosas.	NUNCA	8	20,5%
	SIEMPRE	27	69,2%
4. El (la) paciente cuenta con NUNCA	2	5,1%	
familiares o amigos que le brindan SIEMPRE	37	94,9%	
el apoyo que requiere en su situación actual de salud.			

Conclusiones

- La muestra se caracteriza por ser en su mayoría de estratos 1 y 2, ser mujeres, pertenecer al régimen subsidiado y no poseer información acerca del pronóstico de su estado de salud.
- En relación a la presencia de síntomas de perturbación psicológica y apoyo social se encuentra que todas las personas manifiestan poseer sintomatología de depresión y ansiedad. También se encontró que casi la totalidad de la muestra dice contar con apoyo social o familiar.
- Los resultados indican una maximización de los síntomas depresivos y ansiosos según la percepción de los cuidadores, esto posiblemente se debe a la situación de alto estrés de los familiares dada la condición crítica de su pariente hospitalizado. El análisis estadístico indicó que el cuestionario no es confiable para ser implementado en los servicios de atención hospitalaria.
- Se recomienda que los pacientes en estado crítico sean evaluados por el servicio de psicología una vez los pacientes se encuentren en condiciones de diligenciar el cuestionario autoaplicado o por interconsulta médica como se viene haciendo hasta el momento.

Versión D: Diseño y validación de instrumento de evaluación de Ansiedad Hospitalaria y Vulnerabilidad Psicológica en Niños Hospitalizados.

Participantes

Cuidadores de pacientes pediátricos que ingresan al servicio de hospitalización entre los meses de abril y junio de 2011, que son atendidos por pediatría y las diversas especialidades médicas según la situación de salud del menor en el Hospital General de Medellín. Luz Castro de Gutierrez, E.S.E.

Criterios de inclusión:

Todo paciente menor de edad hospitalizado en cualquier área del servicio, donde su cuidador acepte voluntariamente hacer parte del estudio y diligencie el cuestionario para tal fin.

Criterios de exclusión:

Paciente mayor de 16 años, que el cuidador principal se niegue a la participación, no firma del consentimiento informado.

Selección del universo estimado:

5. Número total de pacientes: 50 cuidadores principales de pacientes pediátricos hospitalizados.
6. La selección de los pacientes se hizo por disponibilidad, previo listado de los pacientes pediátricos hospitalizados cuyo cuidador acepte participar del estudio.

Identificación de variables:

Sociodemográficas: Edad, género, estrato socioeconómico, estado civil, escolaridad.

Clínicas: Tipo de afiliación a la seguridad social, hospitalizaciones previas, especialidad que lo atiende, diagnóstico clínico y pronóstico.

Ansiedad Hospitalaria: La ansiedad en el niño referida a un patrón de respuestas complejas y variables caracterizado por sentimientos subjetivos de aprehensión y tensión, que van acompañados de una actividad fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos (cognitivos) o externos y ambientales. La ansiedad ante el ingreso y permanencia hospitalaria produce en el menor miedo a sufrir dolor, a las intervenciones médicas, a la

enfermedad, temor a la muerte, al distanciamiento en ambiente natural del niño y esto puede obstaculizar o interferir significativamente en la atención en salud y en la recuperación del paciente pediátrico.(Ballesteros y Carrobles, 1983, 2002).

Para el caso del instrumento diseñado y teniendo en cuenta los criterios claves del desarrollo infantil a nivel cognitivo, afectivo y psicosocial, se establecieron dos tipos de medida según dos grupos de edad: Ansiedad hospitalaria en niños menores de 5 años y Ansiedad hospitalaria en niños mayores de 5 años. Los análisis estadísticos se realizaron con base en esta agrupación por grupo de edad.

Vulnerabilidad psicológica infantil: El desarrollo psicosocial demanda condiciones biológicas, psicológicas y sociales que faciliten su salud mental, que propicien el desarrollo de habilidades y comportamientos adecuados para el logro del bienestar personal y social, requiere además de entornos saludables como el de la familia, la institución educativa y los pares. (Ollendick & Hersen, 1993). Este desarrollo se da como un proceso multifactorial en el que son actores tanto el ser humano como su medio social, biológico y psicológico. En consecuencia el adecuado proceso de desarrollo del menor puede ser afectado por variables nutricionales, sociales, culturales, emocionales y genéticas, entre otras. Es decir, el impacto de dichas variables puede, por ejemplo, generar alteraciones o atrofas en el desarrollo, o puede por el contrario disminuir el riesgo de aparición de las mismas. (Wics-Nelson & Israel, 1999). Se entiende la vulnerabilidad psicológica infantil como insuficiencia o escasez de recursos que tiene el niño para enfrentar satisfactoriamente las demandas del medio que han sido valoradas como importantes y/o necesarias de cumplir para su bienestar personal. Estos recursos pueden ser entre otros, cognitivos, emocionales y sociales (Lazarus y Folkman, 1986). La vulnerabilidad infantil actúa como condición que modula la probabilidad de sufrir enfermedades, accidentes o lesiones y disminuye la capacidad de respuesta inmunológica y de recuperación del menor enfermo.

El instrumento diseñado pretende evaluar cambios comportamentales y actitudinales recientes del menor, percibidos por su cuidador primario en las últimas semanas y que puedan indicar la presencia de estresores psicosociales de diversa naturaleza o la posible exposición a experiencia de abuso infantil que rebosan los recursos del niño para enfrentarlos y por tanto generan alteraciones en

su comportamiento. Los resultados del cuestionario indican la presencia de condiciones de vulnerabilidad psicológica infantil al momento de la hospitalización y que amerita una evaluación psicológica hospitalaria para identificar comorbilidades psicológicas al motivo de hospitalización.

Métodos estadísticos:

- Estadística descriptiva.
- Análisis factorial y psicométrico.

Resultados

Descripción de la muestra

Aspectos sociodemográficos

De 49 personas encuestadas se halló que se distribuyen según el género de manera similar, también se encuentra que un porcentaje importante pertenece al estrato uno. Finalmente, la mayoría de personas no han iniciado sus estudios.

Tabla 1.

Características sociodemográficas

		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Mujer	22	44,9%
	Hombre	27	55,1%
Estrato	1	21	42,86%
	2	15	30,61%
	3	10	20,41%
	4	2	4,08%
	5	1	2,04%
Escolaridad	Sin dato	28	57,1%
	Bachillerato incompleto	5	10,2%
	Primaria	3	6,1%
	Primaria incompleta	13	26,5%

Aspectos de salud

Respecto a los aspectos de salud de la muestra investigada, la mayoría de personas pertenece al régimen subsidiado, a la vez que manifiestan que nunca habían estado hospitalizados. Respecto a los diagnósticos, se observa que la mayoría tiene un tipo de diagnóstico agudo mientras que su pronóstico es favorable.

Tabla 2

Aspectos de salud

		Frecuencia	Porcentaje
Seguridad social	Sin dato	1	2,0%
	EPS	18	36,7%
	Póliza de salud	2	4,1%
	Régimen subsidiado	28	57,1%
	Total	49	100,0%
Cuántas veces hospitalizado	0	31	63,3%
	1	10	20,4%
	2	4	8,2%
	3	1	2,0%
	4	1	2,0%
	7	1	2,0%
	8	1	2,0%
	Diagnóstico	Agudo	27
Crónico		5	10,2%
Repetido		5	10,2%
Sin dato		12	24,5%
Total		49	100,0%
Pronóstico	Dudoso	4	8,2%
	Favorable	31	63,3%
	Sin dato	14	28,6%

		Frecuencia	Porcentaje
Seguridad social	Sin dato	1	2,0%
	EPS	18	36,7%
	Póliza de salud	2	4,1%
	Régimen subsidiado	28	57,1%
	Total	49	100,0%
Cuántas veces hospitalizado	0	31	63,3%
	1	10	20,4%
	2	4	8,2%
	3	1	2,0%
	4	1	2,0%
	7	1	2,0%
	8	1	2,0%
	Diagnóstico	Agudo	27
Crónico		5	10,2%
Repetido		5	10,2%
Sin dato		12	24,5%
Total		49	100,0%
Pronóstico	Dudoso	4	8,2%
	Favorable	31	63,3%
	Sin dato	14	28,6%
	Total	49	100,0%

Síntomas de ansiedad hospitalaria en niños menores de 5 años

Se encuentra que el reporte que dan los 27 cuidadores de niños menores de cinco años respecto a los síntomas presentados por los menores hace énfasis en la presencia del temor a las agujas y al temor a la separación temporal del acompañante. La presencia del temor a los uniformes del personal de salud, de irritabilidad y de negación a recibir los medicamentos se encuentra casi en la

mitad de las personas encuestadas. El resto de síntomas no se presentan de manera significativa en la muestra investigada.

Tabla 4

Presencia de síntomas de ansiedad hospitalaria en niños menores de 5 años

		Frecuencia	Porcentaje
1. Pesadillas.	Si	5	18,50%
2. Temor a las agujas.	Si	20	74,10%
3. Temor a la sangre.	Si	6	22,20%
4. Temor a los uniformes del personal de salud.	Si	14	51,90%
5. Temor a la separación temporal del acompañante.	Si	19	70,40%
6. Temor a los sonidos e imágenes propias de los equipos de la habitación	Si	6	22,20%
7. Agresividad: golpes, gritos, insultos.	Si	9	33,30%
8. Irritabilidad: llanto inconsolable, resistencia, pataleta.	Si	12	44,40%
9. Cambios permanentes del humor (risa-llanto)	Si	10	37,00%
10. Tristeza y retraimiento.	Si	11	40,70%
11. Negación a recibir los medicamentos.	Si	14	51,90%
12. Negación a hablar o responder preguntas.	Si	9	33,30%

Síntomas de ansiedad en niños de 5 a 16 años

Para este grupo de edad se encontró que según los 22 cuidadores, la mayoría de los niños y adolescentes presenta temor a las agujas, tristeza y retraimiento, temor al dolor, temor a la muerte y preocupaciones por el distanciamiento de su círculo social cercano.

Tabla 5

Presencia de síntomas de ansiedad hospitalaria en niños y adolescentes

		Frecuencia	Porcentaje
1. Pesadillas.	Si	4	18,2%
2. Temor a las agujas.	Si	15	68,2%
3. Temor a la sangre.	Si	8	36,4%
4. Temor a los uniformes del personal de salud.	Si	1	4,5%
5. Temor a la separación temporal del acompañante.	Si	10	45,5%
6. Temor a los sonidos e imágenes propias de los equipos de la habitación	Si	3	13,6%
7. Agresividad: golpes, gritos, insultos.	Si	4	18,2%
8. Irritabilidad: llanto inconsolable, resistencia, pataleta.	Si	5	22,7%
9. Cambios permanentes del humor (risa-llanto)	Si	7	31,8%
10. Tristeza y retraimiento.	Si	13	59,1%
11. Negación a recibir los medicamentos.	Si	7	31,8%
12. Negación a hablar o responder preguntas.	Si	5	22,7%
13. Preocupación por los cambios físicos del cuerpo.	Si	9	40,9%
14. Temor a la enfermedad.	Si	7	31,8%
15. Temor al dolor.	Si	18	81,8%
16. Temor a la muerte.	Si	16	72,7%
17. Preocupaciones por el distanciamiento de familiares, amigos o la escuela.	Si	13	59,1%
18. Vergüenza y pudor frente a las rutinas de	Si	9	40,9%

aseo.

Vulnerabilidad psicológica infantil

Para las preguntas del cuestionario de vulnerabilidad psicológica infantil aplicado a 27 cuidadores, no se encontró ninguna en la que exista una mayoría de respuestas que den cuenta de siempre presentar los síntomas que se interrogan. Sin embargo se observa una alta tasa de respuestas (aunque no la mayoría) de personas con manifestaciones de deseos de irse de la casa y de abandono del cumplimiento de las tareas y compromisos escolares (preguntas 5 y 6).

Tabla 6

Presencia de síntomas de vulnerabilidad psicológica infantil

		Frecuencia	Porcentaje
1. Temor a relacionarse con personas cercanas.	Nunca	25	92,6%
	Algunas veces	0	0,0%
	Siempre	2	7,4%
2. Comportamientos diferentes a los habituales con sus compañeros o amigos.	Nunca	22	81,5%
	Algunas veces	1	3,7%
	Siempre	4	14,8%
3. Tiene comportamientos o expresiones sexuales inadecuadas para su edad.	Nunca	25	92,6%
	Siempre	2	7,4%
4. Está más retraído, aislado y callado que de costumbre.	Nunca	16	59,3%
	Algunas veces	2	7,4%
	Siempre	9	33,3%
5. Manifiesta deseos de irse de la casa.	Nunca	11	40,7%
	Algunas veces	3	11,1%
	Siempre	13	48,1%
6. Ha dejado de cumplir sus tareas y compromisos escolares.	Nunca	13	48,1%
	Algunas veces	2	7,4%

Hospital General de Medellín. Subgerencia de Procesos Asistenciales.
Programa de Investigaciones. Agosto de 2011.

	Siempre	12	44,4%
7. Tiene ataques de ira o pataletas más intensas y frecuentes que antes.	Nunca	22	81,5%
	Siempre	5	18,5%
8. Cambios en sus actitudes frente a la desnudez propia o de otros.	Nunca	23	85,2%
	Siempre	4	14,8%
9. Es agresivo con niños menores, animales u objetos.	Nunca	20	74,1%
	Siempre	7	25,9%
10. Ha observado enrojecimiento, inflamación o sangrado en sus áreas genitales.	Nunca	27	100,0%
11. Se niega a asistir a clases.	Nunca	18	66,7%
	Algunas veces	2	7,4%
	Siempre	7	25,9%
12. Se ha agredido físicamente o ha atentado contra su vida.	Nunca	26	96,3%
	Siempre	1	3,7%
13. Se mete en problemas con otros de la misma edad o mayores que él	Nunca	20	74,1%
	Siempre	7	25,9%
14. Se queja de malestar, dolor o irritación en sus órganos genitales.	Nunca	22	81,5%
	Siempre	5	18,5%
15. Se muestra preocupado(a) por la sexualidad.	Nunca	24	88,9%
	Algunas veces	1	3,7%
	Siempre	2	7,4%
16. Considera que debe castigarlo para controlar su comportamiento.	Nunca	19	70,4%
	Algunas veces	1	3,7%
	Siempre	7	25,9%
17. Piensa que el menor es diferente a los demás miembros de la casa.	Nunca	22	81,5%
	Siempre	5	18,5%
18. Presenta señales físicas de mordeduras, golpes, moretones o heridas.	Nunca	26	96,3%
	Siempre	1	3,7%
19. Aumento de conductas de estimulación sexual: tocarse o acariciarse los órganos genitales.	Nunca	25	92,6%
	Siempre	2	7,4%
20. Se muestra inseguro de sí mismo y con miedo	Nunca	20	74,1%

excesivo a equivocarse.	Algunas veces	3	11,1%
	Siempre	4	14,8%
21. Se percibe a sí mismo como feo(a), torpe o poco agradable.	Nunca	26	96,3%
	Algunas veces	1	3,7%

Estadísticos descriptivos de las escalas

Para obtener la puntuación de cada una de las escalas se sumó cada uno de los ítems teniendo en cuenta el sistema de calificación dicotómico en las escalas de ansiedad hospitalaria en donde la respuesta NO corresponde a 0 y SI corresponde a 1. Para la escala de vulnerabilidad psicológica la respuesta NUNCA corresponde a 0, ALGUNAS VECES corresponde a 1 y SIEMPRE a 2. Las puntuaciones promedio se observan en la tabla 7.

Tabla 7

Estadísticos descriptivos de las escalas

		N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Ansiedad hospitalaria	menores de 5 años.	27	1	9	5,00	2,353
Ansiedad hospitalaria	niños y adolescentes	22	2	14	7,00	3,572
Vulnerabilidad psicológica	infantil	27	0	23	7,93	6,245

Contraste de las escalas con aspectos sociodemográficos y de salud

Prueba de normalidad

Posterior al trabajo descriptivo, se realizó una sumatoria de los ítems para cada uno de los instrumentos y se estableció la parametricidad de las diferentes escalas, para esto se utilizó la prueba de Shapiro-Wilk. Se encontró que la variable de vulnerabilidad psicológica infantil tiene propiedades no paramétricas.

Tabla 8

Prueba de normalidad

	Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.
Ansiedad hospitalaria	0,939	27	0,112
Ansiedad hospitalaria - Larga	0,95	22	0,313
Vulnerabilidad psicológica infantil	0,904	27	0,016

Ansiedad hospitalaria en niños pequeños (menores de 5 años) según variables sociodemográficas

Para el establecimiento de diferencias significativas se realizó la prueba T de Student en el caso de género y ANOVA para estrato socioeconómico, en ambos casos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 9

Ansiedad hospitalaria en niños pequeños (menores de 5 años) según variables sociodemográficas

Género	Media	N	Desv. típ.	T	Sig
Hombre	5,35	17	2,344	1,017	0,319
Mujer	4,40	10	2,366		
Total	5,00	27	2,353		

Estrato					
socioeconómico	Media	N	Desv. típ.	F	Sig
1	5,10	10	2,283	1,039	0,41
2	5,11	9	2,804		
3	5,67	6	1,506		
4	1,00	1	.		
5	3,00	1	.		
Total	5,00	27	2,353		

Ansiedad hospitalaria en niños pequeños (menores de 5 años) según aspectos de salud

Para establecer diferencias significativas de las puntuaciones del instrumento de ansiedad hospitalaria en niños hasta los cinco años de edad se utilizó la prueba de ANOVA y se encontró que únicamente existen diferencias estadísticamente significativas en relación al tipo de diagnóstico ($F=3,262$; $sig=0,040$) donde las personas con el diagnóstico repetido son aquellas que tienen puntuaciones más altas. Para las demás variables no se encuentran diferencias significativas.

Tabla 10

Ansiedad hospitalaria en niños pequeños (menores de 5 años) según aspectos de salud

Seguridad					
social	Media	N	Desv. típ.	F	Sig
Sin datos	3	1	.	0,461	0,712
EPS	4,6	10	2,797		
Póliza de salud	5	2	2,828		
Régimen subsidiado	5,43	14	2,102		

Total	5	27	2,353		
Veces					
hospitalizado	Media	N	Desv. típ.	F	Sig
0	5,08	13	2,66	1,029	0,426
1	4	7	2		
2	4,75	4	1,5		
3	6	1	.		
4	9	1	.		
8	7	1	.		
Total	5	27	2,353		
Diagnóstico	Media	N	Desv. típ.	F	Sig
Agudo	4,93	15	2,086	3,262	0,04
Crónico	4	2	2,828		
Repetido	7,75	4	1,5		
Sin dato	3,67	6	2,251		
Total	5	27	2,353		
Pronóstico	Media	N	Desv. típ.	F	Sig
Dudoso	7,5	2	2,121	2,42	0,11
Favorable	5,33	15	2,44		
Sin dato	4	10	1,886		
Total	5	27	2,353		

Ansiedad hospitalaria en niños y adolescentes según aspectos sociodemográficos

De forma similar a la ansiedad hospitalaria en niños pequeños, se buscó establecer diferencias significativas. Para las diferencias según el género se realizó prueba T de student mientras que para las demás variables se realizó ANOVA. De acuerdo a las pruebas nombradas no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 11

Ansiedad hospitalaria en niños y adolescentes según aspectos sociodemográficos

Género	Media	N	Desv. típ.	T	Sig
Hombre	7,40	10	4,351	0,47	0,643
Mujer	6,67	12	2,934		
Total	7,00	22	3,572		

Estrato					
socioeconómico	Media	N	Desv. típ.	F	Sig
1	6,73	11	2,760	0,324	0,808
2	6,33	6	4,033		
3	8,25	4	5,679		
4	9,00	1	.		
Total	7,00	22	3,572		

Escolaridad					
completa	Media	N	Desv. típ.	F	Sig
Sin dato	10,00	1	.	0,666	0,525
No	7,11	18	3,692		
Si	5,33	3	3,055		
Total	7,00	22	3,572		

Ansiedad hospitalaria en niños y adolescentes según aspectos de salud

Para contrastar de acuerdo a los aspectos de salud se utilizó ANOVA y de forma similar a los aspectos sociodemográficos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 12

Ansiedad hospitalaria en niños y adolescentes según aspectos de salud

Seguridad					
social	Media	N	Desv. típ.	F	Sig
EPS	7,00	8	3,423	0,000	1,000

RÉGIMEN	7,00	14	3,783		
SUBSIDIADO					
Total	7,00	22	3,572		
Veces					
hospitalizado	Media	N	Desv. típ.	F	Sig
0	6,50	18	3,294	1,419	0,266
1	8,33	3	4,933		
7	12,00	1	.		
Total	7,00	22	3,572		
Diagnóstico	Media	N	Desv. típ.	F	Sig
AGUDO	7,00	12	3,411	1,561	0,233
CRÓNICO	10,33	3	4,726		
REPETIDO	3,00	1	.		
SIN DATO	6,00	6	2,828		
Total	7,00	22	3,572		
Pronóstico	Media	N	Desv. típ.	F	Sig
DUDOSO	3,00	2	,000	1,465	0,256
FAVORABLE	7,31	16	3,683		
SIN DATO	7,75	4	3,096		
Total	7,00	22	3,572		

Vulnerabilidad psicológica infantil según aspectos sociodemográficos

Debido a las características no paramétricas de esta variable se realizó el estadístico U de Mann-Whitney (para contraste de dos valores) y la prueba H de Kruskal-Wallis (para contraste de más de dos valores) con el fin de establecer diferencias significativas. Se encontró que no existen diferencias.

Tabla 13

Vulnerabilidad psicológica infantil según aspectos sociodemográficos

Género	Media	N	Desv. típ.	U	Sig
Hombre	7,36	14	7,121	72	0,375
Mujer	8,54	13	5,364		
Total	7,93	27	6,245		

Estrato					
socioeconómico	Media	N	Desv. típ.	H	Sig
1	8,58	12	5,534	1,031	0,794
2	8,14	7	7,798		
3	7,14	7	6,914		
4	4,00	1	.		
Total	7,93	27	6,245		

Escolaridad					
completa	Media	N	Desv. típ.	H	Sig
Sin comenzar	4,67	6	4,676	3,155	0,206
No	8,89	18	6,773		
Si	8,67	3	4,619		
Total	7,93	27	6,245		

Vulnerabilidad psicológica infantil según aspectos de salud

Para realizar los contrastes según aspectos de salud se realizaron las mismas pruebas estadísticas del apartado anterior. En este caso tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 14

Vulnerabilidad psicológica infantil según aspectos de salud

Seguridad	Media	N	Desv. típ.	U	Sig
-----------	-------	---	------------	---	-----

social					
EPS	5,67	12	3,393	64,5	0,217
Régimen subsidiado	9,73	15	7,450		
Total	7,93	27	6,245		
Veces					
hospitalizado	Media	N	Desv. típ.	H	Sig
0	7,71	21	5,746	1,666	0,435
1	7,60	5	8,877		
7	14,00	1	.		
Total	7,93	27	6,245		
Diagnóstico	Media	N	Desv. típ.	H	Sig
Agudo	7,38	16	6,109	4,386	0,223
Crónico	12,50	4	7,550		
Repetido	,00	1	.		
Sin dato	7,67	6	5,125		
Total	7,93	27	6,245		
Pronóstico	Media	N	Desv. típ.	H	Sig
Dudoso	3,00	2	4,243	1,998	0,368
Favorable	8,19	21	6,698		
Sin dato	9,00	4	3,830		
Total	7,93	27	6,245		

Conclusiones

- Cuarenta y nueve personas hicieron parte de la muestra del presente estudio, de ellos la mayoría no han iniciado estudios, pertenecen al régimen subsidiado, no habían sido hospitalizados previamente, su diagnóstico es de tipo agudo y el pronóstico favorable. La información se recogió a través de los cuidadores.

- Respecto a la ansiedad hospitalaria en niños menores de cinco años se encontró que predomina la presencia del temor a las agujas y al temor a la separación temporal del acompañante. Únicamente se encontraron diferencias en la ansiedad hospitalaria en aquellas personas que tenían un diagnóstico repetido quienes manifiestan mayor ansiedad.

- En la ansiedad hospitalaria en niños mayores de cinco años y adolescentes, se encontró que la mayoría presenta temor a las agujas, tristeza y retraimiento, temor al dolor, temor a la muerte y preocupaciones por el distanciamiento de su círculo social cercano. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con ninguna otra variable.

- En la escala de vulnerabilidad psicológica no resalta de forma característica ningún síntoma a la vez que no se presentan diferencias estadísticamente significativas con ninguna otra variable.

Informe psicométrico instrumentos pediátricos

Ansiedad hospitalaria en niños menores de cinco años.

Se realizó inicialmente la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin con el fin de establecer si es adecuado realizar el análisis factorial y se encuentra que no es pertinente proceder con dichos análisis.

Tabla 1.

KMO y prueba de Bartlett del instrumento de ansiedad hospitalaria en niños menores de cinco años

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. ,456		
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado 71,982		
Bartlett	GI	66
	Sig.	,287

Análisis factorial

A pesar de lo anterior se realizó el análisis factorial con el método de máxima verosimilitud debido a que los ítems son dicotómicos (el método tradicional es el de componentes principales) y se obtuvo una matriz de componentes rotados mediante el método varimax. En esta matriz las preguntas se agruparon en cuatro componentes. El criterio para asignar un ítem a un factor es que tuviera una carga factorial superior a 0,50; según esto se elimina seis ítems.

Luego de analizar el significado de cada uno de los ítems agrupados no se observa una temática que explique dicha agrupación. Esto corrobora los hallazgos de la prueba KMO.

Tabla 2

Matriz de componentes rotados

	Factor			
	1	2	3	4
1. Pesadillas.			,887	
2. Temor a las agujas.				
3. Temor a la sangre.	,812			
4. Temor a los uniformes del personal de salud.				
5. Temor a la separación temporal del acompañante.				
6. Temor a los sonidos e imágenes propias de los equipos de la habitación				
7. Agresividad: golpes, gritos, insultos.		,687		
8. Irritabilidad: llanto inconsolable, resistencia, pataleta.				

- | | |
|--|------|
| 9. Cambios permanentes del humor (risa-llanto) | ,959 |
| 10. Tristeza y retraimiento. | ,570 |
| 11. Negación a recibir los medicamentos. | |
| 12. Negación a hablar o responder preguntas. | ,659 |

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

Confiabilidad

Finalmente se decidió realizar un análisis de fiabilidad asumiendo la unidimensionalidad del instrumento mediante el coeficiente de consistencia interna alfa de Cronbach y se halló que dicha consistencia interna es baja, asunto que permite sugerir la repetición de este análisis con una muestra mayor, pues la validez de constructo del instrumento es adecuada y los resultados ofrecen poca varianza debido al tamaño pequeño de la muestra.

Tabla 3

Fiabilidad del instrumento de ansiedad hospitalaria en niños menores de cinco años

Alfa de Cronbach	N de elementos
,687	12

Ansiedad hospitalaria en niños y adolescentes

De manera similar al instrumento anterior, se procedió a realizar los mismos análisis, allí se encontró que si era pertinente realizar el análisis factorial. De acuerdo a esto, se encontraron siete factores, sin embargo ningún ítem obtiene carga factorial adecuada por lo que no se genera la matriz, generando la misma recomendación respecto al tamaño de la muestra.

Tabla 4.

KMO y prueba de Bartlett del instrumento de ansiedad hospitalaria en niños y adolescentes

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin. ,271		
Prueba de esfericidad de Chi-cuadrado aproximado 208,198		
Bartlett	gl	153
	Sig.	,002

Confiabilidad

Se asumió finalmente la unidimensionalidad del instrumento y se realizó alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna, según este coeficiente el instrumento obtiene un adecuado índice de fiabilidad.

Tabla 5

Fiabilidad del instrumento de ansiedad hospitalaria en niños y adolescentes

Alfa de Cronbach	N de elementos
,757	18

Vulnerabilidad psicológica infantil

Para este instrumento no fue posible realizar un análisis de validez puesto que algunos ítems no poseen varianza. Sin embargo se realizó un análisis de fiabilidad asumiendo unidimensionalidad del instrumento y se encuentra un adecuado coeficiente de consistencia interna.

Tabla 6

Fiabilidad del instrumento de vulnerabilidad psicológica infantil

Alfa Cronbach	de N elementos
,755	21

Conclusiones

- Ninguno de los instrumentos obtiene validez de constructo por vía del análisis factorial por lo que se recomienda corroborar su validez con una muestra más grande.
- Los instrumentos de ansiedad hospitalaria en niños y adolescentes y el de vulnerabilidad psicológica infantil obtienen índices adecuados de consistencia interna.
- Estos resultados pueden ser ocasionados por la poca cantidad de personas en la muestra.

Fase 3 Evaluación de la demanda de atención psicológica en los pacientes participantes del estudio

Para la realización de la fase 3 del proyecto se diseñaron cuestionarios que permiten evaluar según la percepción de los pacientes hospitalizados o su cuidador en el caso del paciente pediátrico, estos cuestionarios fueron aplicados de manera simultánea al diligenciamiento de ellos demás instrumentos. A continuación se presentan las tablas de resultados y su interpretación descriptiva:

Necesidad de apoyo y ayuda psicológica paciente hospitalizado adulto (versión A)

Se encuentran proporciones similares en las personas que consideran que necesitan apoyo debido al diagnóstico y al tratamiento al igual que aquellas personas que piensan necesitar ayuda en comprender los cuidados de salud, sin embargo para el apoyo en próximas intervenciones y en eventos traumáticos asociados a la hospitalización, un poco más de 3/5 partes de los pacientes manifiestan necesitarlo. Solamente el 7,1% cree que necesita apoyo en dificultades asociadas al embarazo.

Tabla 1

Características de los pacientes

Frecuencia	Porcentaje
------------	------------

Diagnóstico y	Si	42	49,4%
tratamiento	No	43	50,6%
Cuidados de salud	Si	38	44,7%
	No	47	55,3%
Próximas	Si	52	61,2%
intervenciones	No	33	38,8%
Eventos traumáticos	Si	54	63,5%
	No	31	36,5%
Aspectos del	Si	6	7,1%
embarazo	No	79	92,9%

Necesidad de apoyo y ayuda psicológica de los pacientes hospitalizados con enfermedad crónica (Versión B)

Se encontró que la mayoría de personas consideran que necesitan apoyo psicológico debido al diagnóstico, para una próxima intervención médica y para afrontar un evento traumático debido a la hospitalización.

Existe también una distribución similar en las personas que consideran que necesitan ayuda psicológica para comprender los cuidados en salud frente a los que no.

Tabla 2

Características de los pacientes

		Frecuencia	Porcentaje
Apoyo psicológico debido al diagnóstico	NO	12	34,3%
	SI	23	65,7%
	Total	35	100,0%
Ayuda psicológica para comprender los cuidados de salud	NO	18	51,4%
	SI	17	48,6%
	Total	35	100,0%
Apoyo psicológico para una próxima intervención médica	NO	9	25,7%
	SI	26	74,3%
	Total	35	100,0%
Apoyo psicológico para	NO	11	31,4%

evento traumático	SI	24	68,6%
	Total	35	100,0%

Necesidad de apoyo psicológico según el cuidador principal paciente adulto hospitalizado (Versión C)

Se encuentra que la mayoría de los cuidadores consideran que necesitan apoyo o ayuda psicológica en los diversos aspectos asociados a los diagnósticos, tratamientos y evaluaciones. Ninguna persona considera necesitar apoyo relacionado con el embarazo.

Tabla 3
Necesidad de apoyo psicológico

		Frecuencia	Porcentaje
Siento que requiero apoyo psicológico debido al diagnóstico médico o el tratamiento actual.	NO	15	38,5%
	SI	24	61,5%
Creo el necesito ayuda psicológica para comprender los cuidados de salud o los tratamientos a seguir en casa.	NO	16	41,0%
	SI	23	59,0%
Pienso que necesito apoyo psicológico que me permita prepararme para una próxima intervención médica (examen, cirugía u otro).	NO	19	48,7%
	SI	20	51,3%
Requiero ayuda psicológica para afrontar un evento traumático relacionado con la hospitalización actual.	NO	11	28,2%
	SI	28	71,8%
Necesito apoyo psicológico debido a los eventos recientes relacionados con el estado de embarazo.	NO	39	100,0%

Necesidad de apoyo psicológico según cuidador principal del paciente pediátrico hospitalizado (Versión D)

Frente a las manifestaciones de necesidad de apoyo psicológico se encuentran respuestas muy equitativas en donde únicamente se encuentra mayoría de personas en el interrogante que hace referencia a la necesidad de apoyo psicológico para un evento traumático.

Tabla 4

Necesidad de apoyo psicológico

		Frecuencia	Porcentaje
Apoyo psicológico debido al diagnóstico	NO	28	57,1%
	SI	21	42,9%
	Total	49	100,0%
Ayuda psicológica para comprender los cuidados de salud	NO	26	53,1%
	SI	23	46,9%
	Total	49	100,0%
Apoyo psicológico para una próxima intervención médica	NO	25	51,0%
	SI	24	49,0%
	Total	49	100,0%
Apoyo psicológico para evento traumático	NO	20	40,8%
	SI	29	59,2%
	Total	49	100,0%

INDICADORES PARA LA BASE DE DATOS DE LOS CUESTIONARIOS PSICOLÓGICOS

SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN

CUESTIONARIO PSICOLÓGICO PARA EL PACIENTE HOSPITALIZADO DEL HOSPITAL GENERAL DE MEDELLÍN CPH -HGM

A continuación se presentan las variables que deben ser consignadas en la base de datos de los instrumentos para su implementación, se incluyen las variables todas las versiones y los criterios cuantitativos para la toma de decisiones clínicas.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS COMUNES A CADA VERSIÓN DEL CUESTIONARIO	
CODIFICACIÓN	CONSECUTIVO DE INGRESO
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	# TIPO: CC - TI – RC - NIUT
EPISODIO (EPI)	Historia Clínica del paciente ingresado
SEXO: (SX)	Masculino

	Femenino Otro
EDAD	Edad directa Para informe periódico segmentar por grupo de edad así: 0 a 5 años: Infancia Temprana 6 a 12: Infancia media (niñez) 13 a 18: Adolescencia 19 a 35: Adultez temprana 36 a 60: Adultez media. 61 en adelante: Adultez tardía (adulto mayor).
ESTRATO (EST)	1 2 3 4 5 6
ESCOLARIDAD (ESC)	Sin escolaridad Primaria Bachillerato Técnico Profesional Sin dato
ESCOLARIDAD COMPLETA (ESCCOM)	Si No

ESTADO CIVIL (ESTCIVIL)	Soltero Casado/unión libre Separado/divorciado Viudo
DATOS CLÍNICOS DE SALUD	
SEGURIDAD SOCIAL (SS)	EPS Régimen subsidiado Medicina Prepagada Póliza de salud
HOSPITALIZACIÓN PREVIAS (HOSPREV)	Si No Cuantas veces (columna adicional para registrar # de veces)
ESPECIALIDAD QUE LO ATIENDE (ESPATIE)	
DIAGNÓSTICO (DX)	Agudo Repetido Crónico Terminal Sin Dato
VERSIÓN A – HOSPITALIZACIÓN GENERAL	
BIENGRAL BIENESTAR PSICOLÓGICO GENERAL : 1, 3, 4, 7, 8, 11	Más que antes Igual que antes Menos que antes No, Nunca

MALEGRAL MALESTAR PSICOLÓGICO: 2, 5, 6, 9, 10	Más que antes Igual que antes Menos que antes No, Nunca
VALORES DE LAS PUNTUACIONES:	0-0-1-1: PREGUNTAS 1,3,4,7,8,11 1-1-0-0:PREGUNTAS 2,5,6,9,10
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: DIFICULTADES EN SALUD MENTAL	5 o MENOS: NO CASO 6 o MÁS: CASO
VERSIÓN B – PACIENTE CRÓNICO	
ADHECONO CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD: 1 Y 2	SIEMPRE NUNCA ALGUNAS VECES
ADHECUMP CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO: 3 Y 4	SIEMPRE NUNCA ALGUNAS VECES
ADHECUIDADO AUTOCUIDADO EN SALUD: 5 Y 6	SIEMPRE NUNCA ALGUNAS VECES
VALORACIÓN DE LAS PUNTUACIONES:	SIEMPRE= 2 AGUNAS VECES=1 NUNCA=0
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: PSICOEDUCACIÓN EN ADHERENCIA TERAPÉUTICA Y EVALUACIÓN PISCOLÓGICA	0 A 7: CASO 8 EN ADELANTE: NO CASO
VERSIÓN C: CUIDADOR PRINCIPAL- ADULTO	
DIFISM INDICADORES DE DIFICULTADES EN SALUD MENTAL: 1,2,3,4,5	SIEMPRE NUNCA AGUNAS VECES NO LO SE
VALORACIÓN DE LAS PUNTUACIONES	SIEMPRE= 2 AGUNAS VECES=1 NUNCA=0

	NO LO SÉ= 3 PREGUNTA 5 PUNTUACIÓN INVERTIDA.
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: PRESENCIA DE INDICADORES DE DIFICULTAD EN SALUD MENTAL SEGÚN CUIDADOR PRINCIPAL	O A 5: NO CASO 6 o MÁS: CASO 2 ITEMS CON RESPUESTA NO LO SÉ: ANULAR
VERSIÓN D – CUIDADOR PEDIÁTRICO	
ANSIEPE ANSIEDAD HOSPITALARIA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12	SI NO
VALORACIÓN DE LAS PUNTUACIONES	NO: 0 SI: 1
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: PRESENCIA DE INDICADORES DE ANSIEDAD HOSPITALARIA SEGÚN CUIDADOR PRINCIPAL	O A 7: NO CASO 8 o MÁS: CASO
ANSIEPE5 ANSIEDAD HOSPITALARIA EN NIÑOS MAYORES DE 5 AÑOS 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18	SI NO
VALORACIÓN DE LAS PUNTUACIONES	NO: 0 SI: 1
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: PRESENCIA DE INDICADORES DE ANSIEDAD HOSPITALARIA SEGÚN CUIDADOR PRINCIPAL	O A 10: NO CASO 11 o MÁS: CASO
VULINFAN VULNERABILIDAD PSICOLÓGICA INFANTIL – RIESGO PSICOSOCIAL 19,20,21,22,23,24,25,26,27,28,29,30,31,32,33,34,35,36,37,38,39	SIEMPRE ALGUNAS VECES NUNCA

VALORACIÓN DE LAS PUNTUACIONES	SIEMPRE=2 ALGUNAS VECES=1 NUNCA=0
INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS: PRESENCIA DE INDICADORES DE RIESGO PSICOSOCIAL SEGÚN CUIDADOR PRINCIPAL	O A 14: NO CASO 14 o MÁS: CASO

CONSIDERACIONES Y RECOMENDACIONES GENERALES RESPECTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS VALIDADOS

A partir de los resultados de los instrumentos adaptados, diseñados y validados, el grupo de investigadoras realizan las siguientes recomendaciones:

1. Implementar el cuestionario de salud mental general denominado según validación actual como **el GHQ reducido** a todos los pacientes hospitalizados como parte de la evaluación inicial de ingreso utilizando la calificación validada para este estudio. Esta aplicación permite evaluar la comorbilidad psicológica de los problemas de salud de los pacientes usuarios del servicio y permite con los criterios validados de calificación tomar decisiones clínicas que facilitan la evaluación integral de los pacientes.
2. Implementar las **versiones B y D** de los cuestionarios diseñados para los pacientes crónicos y los pacientes pediátricos respectivamente después de las primeras 24 horas de hospitalización para evaluar la necesidad de atención psicológica hospitalaria y la toma de decisiones clínicas en el tratamiento y seguimiento de cada caso. Se sugiere utilizar como medidas de corte para la calificación las obtenidas en el análisis descriptivo de los instrumentos.

3. Realizar de nuevo el análisis psicométrico a las **versiones B y D** una vez se cuente con una base de datos de mínimo 100 pacientes para cada variable en estudio con el fin de ratificar la validez de constructo de los mismos y revisar los puntos de corte de calificación, dado que los resultados actuales del análisis estadístico, si bien son adecuados pueden ofrecer resultados más contundentes y confiables a partir de una mayor tamaño de muestra.
4. Se sugiere no aplicar la **Versión C** de los cuestionarios diseñado para evaluar la salud mental de los pacientes hospitalizados a partir de la percepción de los cuidadores primarios dado que en el análisis estadístico no se obtienen valores que ofrezcan validez de constructo ni psicométrica.

Documento para discusión. No citar

BIBLIOGRAFÍA

- Allgar, V., Neal, R., & Pascoe, S. (octubre de 2003). Los pacientes con cáncer del patrón de consultas en atención primaria y los niveles de morbilidad psicológica: resultados de la Encuesta de Salud de Inglaterra. *Psicooncología*, 7(12), 736-40.
- Ananth, H., Jones, L., Rey, M., & Tookman, A. (marzo de 2003). El impacto del cáncer sobre la función sexual: un estudio controlado. *Medicina Paliativa*, 2(17), 202-5.
- Aydin, I., & Uluşahin, A. (Marzo de 2001). Depresión, ansiedad comorbilidad y la discapacidad de la tuberculosis y los pacientes crónicos con enfermedad pulmonar obstructiva: aplicabilidad del GHQ-12. *Hospital General de Psiquiatría*, 2(23), 77-83.
- Ballester, (2005) Aportaciones desde la psicología al tratamiento de las personas con infección por VIH/SIDA. *Revista de psicología y psicopatología clínica*, 10, 1, 53-69
- Barra Almagiá (2003) Influencia del Estado Emocional en la Salud Física *TERAPIA PSICOLÓGICA*, 21, 1, 55-60
- Bayés, R. (1995) SIDA y Psicología, Ed. Martínez Roca, Barcelona, España.
- Bazán, Osorio y cols (2003). Evaluación de la calidad de vida en pacientes adultos con diferentes enfermedades crónicas. *Psicología conductual*, 11, 2, 307-318
- Bazán Riverón, Osorio Guzmán y colaboradores (2003). Evaluación de la calidad de vida en pacientes adultos con diferentes enfermedades crónicas. En: *Psicología conductual*, vol. 11, N° 2, pp 307-318.
- Brannon, Feist, (2000). *Psicología de la salud*. Paraninfo, Thomson learning, España.
- Bobassi, Pérez, Vila (2001) problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: Una Revisión. *Psicología conductual*. 9,1, 5-38.

Hospital General de Medellín. Subgerencia de Procesos Asistenciales.
Programa de Investigaciones. Agosto de 2011.

- Buela-Casal y Vera-Villaroel, (1999). Psiconeuroinmunología: Relaciones entre factores psicológicos e inmunitarios en Humanos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 31, 2, 271-289
- Bones, K., Perez, K., Rodriguez, M., Borrel, C., & Obiols, J. (agosto de 2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. *Psicothema*, 3(22), 389-395.
- Carnes, Parsons, S., Ashby, D., Breen, A., Foster, N., Pincus, T., y otros. (7 de mayo de 2007). El dolor crónico musculoesquelético raramente se presenta en un sitio solo cuerpo: resultados de un estudio de población del Reino Unido. *Reumatologia (Oxford)*, 7(46), 1168-70.
- Fallowfield, L., Ratcliffe, D., Jenkins, V., & Saúl, J. (20 de abril de 2001). Morbilidad psiquiátrica y su reconocimiento por los médicos en pacientes con cáncer. *Br J cancer*, 8(84), 1011-15.
- Florez-Alarcon, botero, Moreno-Jimenez (2005) psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica. Alapsa. Bogotá
- Flórez Lozano, J. A., Valdés Sánchez, C.A. El niño ante el hospital: Programas para reducir la ansiedad hospitalaria. Universidad de Oviedo. Asturias, España. (Recuperado el 20 de Octubre 2010) <http://books.google.com.co/books>.
- Frappell-Cooke, W., Gulina, M., Verde, K., Hughes, J., & Greenberg, N. (octubre de 2010). El manejo del trauma de riesgo reducir la angustia psicológica en las tropas desplegadas? *Medicina Ocupacional*, 8(60), 645-50.
- Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R., Cruz, C., & Wei, K. (2003). Psychopatology of inpatients in a general hospital. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 2(41), 103-109.
- Gil Roales-Nieto, J. Psicología de la salud. Aproximación histórica, conceptual y aplicaciones. Ed. Pirámide. Madrid, 2003.

Hospital General de Medellín. Subgerencia de Procesos Asistenciales.
Programa de Investigaciones. Agosto de 2011.

Gil, J. (2004). Psicología de la salud. Madrid: Editores pirámide. Pag: 67 – 70.

Godoy-Izquierdo, D., Godoy, J., López-Torrecillas, F., & Sánchez-Barrera, M. (2002). Propiedades Psicométricas de la versión Española del "Cuestionario de Salud General de Goldberg -28".
Revista de Psicología de la Salud, 1(14), 49-71.

Goldberg, D. (1978). Manual del General Health Questionnaire. Windsor: *NFER Publishing*.

Goldberg, D., & Blackwell, B. (1970). A standardized Psychiatric Interview for use in community surveys. *Br J Prev Soc Med (24), 18-23.*

Goldberg, D., Gater, R., Sartorius, N., Ustun, T., Piccinelli, M., Gureje, O., y otros. (1997). The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental health. *Psychological Medicine(27), 191-197.*

Goldberg, D., & Williams, P. (1988). A user's guide to the General Health Questionnaire. UK, *NFER-NELSON*.

Grussu, P., & Quatraro, R. (marzo de 2009). Prevalencia y factores de riesgo de un alto nivel de la sintomatología de la depresión posparto en las mujeres italianas: una muestra extraída de las clases prenatales. *Psiquiatría, 5(24), 327-33.*

Hernandez-Quero, Buena-Casal.(2004) Calidad de vida relacionada con la salud. *Psicología y salud, 14, 2, 229-23.*

Hewitt, C., Perry, A., Adams, B., & Gilbod, M. (2010). Screening and case finding for depression in offender populations: A systematic review of diagnostic properties. *Journal Affective Disorders, doi:10.1016/j.jad.2010.06.029.*

Humphreys, D., Ibáñez, C., Fullerton, C., Acuña, J., Florenzano, R., & Marchandon, A. (1991). Validación Preliminar en Chile de una Versión abreviada del Cuestionario General de Salud de Goldberg GHQ-12. *XLVI Jornadas anuales de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía. Santiago.*

Hospital General de Medellín. Subgerencia de Procesos Asistenciales.
Programa de Investigaciones. Agosto de 2011.

Joint commission international. (Enero de 2008). Estándares de acreditación para hospitales. 3ª edición.

Lazarus, R. (1993). Coping Theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine. Annual Review of Psychology* , 44, 1-21.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Estrés y procesos Cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). Stress appraisal and coping. New York: Springer.

López, R., Pastor, M., Rodríguez, J., & Sánchez Saul y Belmonte, J. (1993). Evaluación del estrés del paciente quirúrgico. *Revista de Psicología de la Salud* , 2 (1-2), 113-126.

Lewis, G., & Araya, R. (1995). Is the General Health Questionnaire (12 item) a culturally biased measure of psychiatric disorder? . *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (30), 20-25 .

Lobo, A., Pérez-Echeverría, M., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-140.

López-Castedo, A., & Fernández, L. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of the 12-item General Health Questionnaire in adolescents. *Perceptual & Motor Skills*(100), 676-680.

Mari, J., & Williams, P. (Agosto de 1985). Una comparación de la validez de dos cuestionarios de seguimiento psiquiátrico (GHQ-12 y CAR-20) en Brasil, con relativo análisis de características operativas (ROC). *Psychol Med*, 3(15), 651-9.

Martínez y Fernández (1994). Emoción y Salud. Desarrollos en psicología básica y aplicada. Presentación del monográfico. *Anales de psicología*. 10(2), 101-109

Meichenbaum; Turk. (1991) Como facilitar el seguimiento de los tratamientos terapéuticos. Guía práctica para los profesionales de la salud, Adhesión Terapéutica: Terminología, incidencia y conceptualización (Capítulo 1 y 2). Bilbao, España, Ed. Desclee Brouwer

Hospital General de Medellín. Subgerencia de Procesos Asistenciales.
Programa de Investigaciones. Agosto de 2011.

McDowell, I. (2006). *Measuring Health – a guide to rating scales and questionnaires*. New York
Oxford: 3ª.ed.

Navarro, P., Ascaso, C., Garcia-Esteve, L., Aguado, J., & Torres, A. y.-S. (2007). Postnatal psychiatric
morbidity: A validation study of the GHQ-12 and the EPDS as screening tools. *General
Hospital Psychiatry*(29), 1-7.

OMS, (Octubre de 2009). *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado el 15 de 06 de 2011, de
http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

Pastor, C., Higgins, B., Sabio, M., Yiangou, C., Dubois, D., & Kilburn, S. (diciembre de 2009). El
cáncer de mama durante el seguimiento: un ensayo controlado aleatorio que compare el
punto de acceso necesita frente examen clínico de rutina cada 6 meses. *Revista Europea
de Enfermería Oncológica*, 1(13), 2-8.

- Martín Alfonso, L. Aplicaciones de la psicología en el proceso salud enfermedad. *Revista
Cubana Salud Pública* 2003;29 (3):275-81

Remor. Carrobles y Rodríguez-Alzamora. (2003a) Afrontamiento, Apoyo social y distrés emocional
en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15, 3, 420-426.

Rodríguez-Marín, J., & Zurriaga, R. (1997). Estrés, Enfermedad y Hospitalización. En EASP (Ed.), *El
Hospital y la hospitalización: Su impacto psicológico en el paciente* (págs. 85-112).
Granada.

Remor. E. Arranz, P. (2003) el psicólogo en el ámbito hospitalario. España: edición Desclée de
Brouwer S.A. pag:84 – 87.

Remor. (2002a) Apoyo social y calidad de Vida en la infección por VIH. En: *Atención primaria*. Julio-
Agosto, 30 (3), pp143-149

Hospital General de Medellín. Subgerencia de Procesos Asistenciales.
Programa de Investigaciones. Agosto de 2011.

Remor, Carrobles y Rodríguez-Alzamora. (2003a) Afrontamiento, Apoyo social y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. En: *Psicothema*, Vol. 15. N° 3, pp 420-426.

Riquelme, A., Buendía, J., & Rodríguez, M. (1993). Estrategias de Afrontamiento y Apoyo social en personas con stress económico. *Psicothema*, 5(1), 83-89.

Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C., & Obiols, J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(1), 125-139.

Sanchez, M., & Dresch, V. (2008). Cuestionario de Salud General de 12 Items (GHQ-12): fiabilidad, validez externa, y la estructura factorial en la población Española. *Psicothema*, 20, 839-43.

Sánchez, S., Torres, A., Camprubi, N., Vidal, A., & Salamero, M. (2005). Factores predictores del abandono de la intervención psicológica grupal en una muestra de pacientes con cáncer de mama. *Psicooncología*, 1(2), 21-32.

Schwartzmann, (2003) Calidad de vida relacionada con salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX (2): 9-21*

Psicología de la salud. Recuperado el (27 de septiembre de 2010) de:

<http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-141-1-psicologia-de-la-salud.html>.

Victoria, C. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de goldberg.

Adaptación cubana. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 1(15), 88-97.

Victoria, C., & González, I. (2000). La categoría Bienestar psicológico. Su relación con otras categorías sociales. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 6(16), 586-92.