

**PROPUESTA PARA LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE PSICONEUROINMUNOLOGÍA
PARA EL APOYO DE LOS PACIENTES DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DE
MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO
DR. ANTONIO MARÍA PINEDA**

¹Guillermo Bervins

RESUMEN

Se realizó una investigación cuantitativa tipo proyecto factible con el objeto de elaborar una propuesta para la creación de una Unidad de Psiconeuroinmunología para el apoyo de los pacientes del Servicio de Hospitalización de Medicina Interna del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda. El estudio comprendió tres fases: la primera diagnóstica, donde se investigó la necesidad de creación de una unidad de apoyo; la muestra fue no probabilística e intencional y estuvo constituida por 41 pacientes del Servicio de Medicina Interna con tres días como mínimo de hospitalización. Se utilizó como técnica para la recolección de datos la encuesta y como instrumento al cuestionario. El 56% de los pacientes hospitalizados tenía al menos una emoción negativa en alto nivel. En la segunda fase, de factibilidad, se consideraron las de tipo técnica, financiera, económica, institucional y social; la información fue referida por los directivos y trabajadores de salud a quienes se les aplicó una encuesta estructurada con preguntas mixtas, con la finalidad de evaluar la viabilidad del programa obteniendo que es factible en todos los ámbitos estudiados. La tercera fase corresponde al diseño de la propuesta que fue organizada según los resultados de la fase diagnóstica y de factibilidad; contiene nueve partes: presentación, justificación, propósito, objetivos, planificación, organización, ejecución, actividades y evaluación. La propuesta servirá para brindar una atención en salud integral a los pacientes internados, abordando la esfera psicológica de aquellas personas vulnerables, facilitando la estabilización o recuperación y utilizando como fundamentos de acción a la psiconeuroinmunología.

Palabras clave: psiconeuroinmunología, medicina interna, hospitalización, sistemas de apoyo psicosocial, depresión

**PROPOSAL FOR THE CREATION OF A PSYCHONEUROIMMUNOLOGY UNIT TO SUPPORT
INTERNAL MEDICINE HOSPITALIZED PATIENTS OF THE HOSPITAL CENTRAL
UNIVERSITARIO DR. ANTONIO MARÍA PINEDA**

ABSTRACT

Quantitative research of the feasible project type was carried out to elaborate a proposal for the creation of a Psychoneuroimmunology Unit for the support of patients of the Internal Medicine Hospitalization Service of the Dr. Antonio María Pineda Central University Hospital. The study comprised three phases: the first was diagnostic, where the need for the creation of a support unit was investigated; the sample was non-probabilistic and intentional and consisted of 41 patients of the Internal Medicine Service with at least three days of hospitalization. The survey was used as a technique for data collection and the questionnaire was used as an instrument. Fifty-six percent of the hospitalized patients had at least one negative emotion at a high level. In the second phase, feasibility, the technical, financial, economic, institutional and social aspects were considered; the information was referred by the managers and health workers to whom a structured survey with mixed questions was applied, with the purpose of evaluating the feasibility of the program, obtaining that it is feasible in all the areas studied. The third phase corresponds to the design of the proposal, which was organized according to the results of the diagnostic and feasibility phase; it contains nine parts: presentation, justification, purpose, objectives, planning, organization, execution, activities and evaluation. The proposal will be used to provide an integrated health care service to the population.

Keywords: psychoneuroimmunology, internal medicine, hospitalization, psychosocial support systems, depression

¹Decanato de Ciencias de la Salud, Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela. [Correo electrónico: bervinsguillermo@gmail.com](mailto:bervinsguillermo@gmail.com).

Recibido: 10/07/2024
Aceptado: 02/09/2024



[Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Compartir Igual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

INTRODUCCIÓN

El presente estudio aborda el tema de la psiconeuroinmunología como una herramienta de apoyo psicológico para modular las respuestas inmunológicas que favorecen la desaparición de enfermedades o bien las desviaciones, que promueven la aparición de nuevas patologías o retrasan la recuperación. La investigación se desarrolló con el objeto de proponer una unidad de psiconeuroinmunología como apoyo a las personas hospitalizadas, abordando al Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, con la finalidad de brindar herramientas para manejar de manera más efectiva las emociones negativas a las que están sometidas los pacientes.

Se realizó inicialmente un diagnóstico de las emociones que se encuentran frecuentemente en las personas internadas en ambientes hospitalarios, buscando puntualmente estrés, ansiedad y depresión, con el objeto de describir el contexto que abordaría una unidad de apoyo. Posteriormente se exploró la capacidad de respuesta de los trabajadores de la salud ante tales emociones, así como su opinión acerca de la creación de una unidad de apoyo; se desarrolló entonces un proyecto factible para dar respuesta a este vacío utilizando la herramienta de la Psiconeuroinmunología y su base científica, que plantea una conexión entre la psiquis, el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmunológico.

Se evaluó la factibilidad desde diferentes dimensiones y finalmente se desarrolló una propuesta, que sustenta gerencial y operativamente la apertura y consecución de la unidad. Se espera un gran efecto en el ambiente hospitalario, para la humanización del proceso salud-enfermedad, considerando a la persona como un intrincado complejo biopsicosocial,

quien podrá afrontar mejor sus propias emociones, favorecer las reacciones inmunológicas para la recuperación y disminuir el tiempo de estadía hospitalaria. De igual manera la unidad podrá ser un eje investigativo importante que sustente aún más la visión integral de la salud.

El informe se encuentra estructurado de la siguiente manera: en el primer capítulo se diserta y plantea el problema, se establecen los objetivos generales y específicos, así como la justificación e importancia, finalizando en un análisis de los alcances y limitaciones. En el segundo capítulo, el marco teórico, se realiza una revisión de los antecedentes relacionados con la investigación, seguido de las bases teóricas y legales.

En el marco metodológico, tercer capítulo, se define el tipo de investigación y se plantean dos fases del estudio; la fase diagnóstica que describe la población y muestra, el procedimiento, las técnicas para la recolección y posterior análisis de los datos y finalmente se presentan los resultados de la fase y sus conclusiones. En la siguiente fase se define la factibilidad técnica, financiera, económica, institucional y social con los resultados pertinentes. En el cuarto capítulo se formula la propuesta, definiendo una presentación de esta, su justificación, propósito y objetivos. Se plantea una primera fase dividida en planificación y organización, se analiza la misión, la visión y los objetivos de la unidad a crear, se esquematiza una jerarquía y las necesidades operativas tanto humanas como físicas. En la segunda fase se describe la ejecución, las actividades a realizar con los pacientes y la evaluación. En el quinto y último capítulo se disertan las conclusiones del estudio y las recomendaciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Investigación

La investigación se ubicó en el paradigma positivista ya que se abordó la realidad del entorno hospitalario y la influencia que las emociones negativas causan en la recuperación del paciente, así como la capacidad del equipo de salud para responder a estas necesidades. Todo esto como base fundamental para la elaboración de una propuesta que intenta dar respuesta eficiente ante la dimensión psicológica del proceso de salud y enfermedad considerando el efecto inmunológico de tal intervención. Para ello, en diseño cuantitativo se midieron las variables de interés a través de diferentes instrumentos con comprobada validez, posterior a lo cual se analizaron e interpretaron los resultados mediante técnicas estadísticas; de esta manera los resultados podrían ser comparados otros estudios.

Se desarrolló la modalidad de proyecto factible, que, según el manual para la elaboración y presentación del Trabajo Especial de Grado, Trabajo de Grado y Tesis Doctoral del Decanato de Ciencias de la Salud dice que “constituye una alternativa para elevar propuestas a nivel institucional” a través de “un conjunto de acciones operacionales orientadas a la producción de determinados bienes o prestar servicios en la búsqueda de solucionar un problema”. La propuesta se elaboró posterior a una fase diagnóstica que muestra el contexto sobre el que se quiere actuar, para luego presentar una respuesta que se acopla a esta realidad, permitiendo direccionar el éxito al intervenir sobre las variables deseadas.

Fase Diagnóstica

El estudio de campo permite definir la presencia de emociones negativas tales como ansiedad,

depresión y estrés en los pacientes hospitalizados del Servicio de Medicina Interna, así como la capacidad del equipo de salud para identificar y responder ante tales estados emocionales. También se explora la percepción del equipo de salud ante una unidad de apoyo como posible solución.

Población y Muestra

Población. La población estuvo conformada por dos grupos, el primero para la fase diagnóstica y de factibilidad, representado por los pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina Interna del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, especialmente en el área de Crónicos y Subagudos cuya población es de 2400 personas anuales y 150 camas, según información del Servicio de Epidemiología del Municipio Sanitario N° 1, Dirección General Sectorial de Salud del Estado Lara y se divide en dos subgrupos, el de mujeres y el de hombres. El segundo grupo de estudio, para la fase de factibilidad, estuvo conformado por la totalidad de profesionales de salud que trabajan en el servicio mencionado, de 45 personas de población, según información del Médico Adjunto del Servicio.

Se considera esta población de pacientes ya que tal servicio maneja el mayor número de personas con enfermedades crónicas, conscientes, orientados y su tiempo promedio de estadía en hospitalización es mayor; tales características destacan al compararlo con otros servicios, potenciando la influencia del ambiente hospitalario y la enfermedad sobre el estado emocional y la recuperación, viabilizando también la aplicación de estrategias de intervención.

La población, en el grupo de pacientes divididos por sexo, mujeres y hombres, resultan

heterogéneos al observar que un grupo posee diferentes características de género con respecto al otro, cada grupo es heterogéneo internamente en relación con otras características como edad, patología, tiempo de hospitalización, duración de la enfermedad, entre otras. El segundo grupo de estudio, los profesionales de salud, presenta características homogéneas a efectos de las variables de interés en este estudio.

Muestra. Para el primer grupo de estudio, se tomaron 41 individuos como muestra, tomando como mínimo dos por ítem según la cantidad contenida en los instrumentos aplicados. Para el segundo grupo, los profesionales de la salud, se exploró a 9 personas; para ambos grupos se usó un muestreo no probabilístico, accidental, de tipo consecutivo, hasta alcanzar la cantidad previamente establecida.

El muestreo se orientó según la clasificación de Robledo¹ quien lo define como el muestreo no probabilístico más usado. Ejecutado de manera adecuada, con este muestro se obtiene una representatividad semejante a la obtenida con un muestreo probabilístico, consistiendo en esta manera en reclutar a todos los individuos que durante el período definido previamente cumplan con los criterios de selección.

Con este propósito, los criterios de selección para el grupo de pacientes fueron: (a) que los mismos estén dispuestos a aportar la información; (b) que el paciente esté orientado en persona, tiempo y espacio; (c) que sepa leer y escribir y (d) que tenga al menos tres días de hospitalización. Para el grupo de profesionales de la salud no se tuvo criterios de inclusión más que su disposición a colaborar con la investigación.

Procedimiento

Para la realización del estudio se solicitó la autorización por escrito del director del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda y del jefe del Servicio de Medicina Interna, con la finalidad obtener el apoyo necesario para la aplicación del instrumento y el levantamiento de la información. De igual manera el proceso fue evaluado previamente por el comité de bioética pertinente y se solicitó colaboración al departamento de psiquiatría para la recolección de datos. Se pidió a cada paciente su consentimiento previa explicación y resolución de dudas, para ello se aplicó el formato de consentimiento informado.

La recolección de la información se realizó a través de la aplicación de diferentes instrumentos tipo cuestionarios según el grupo estudiado. Para el grupo de pacientes se aplicaron tres formatos, el Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE), El Inventario de Depresión Rasgo - Estado (IDERE) y La Escala de Percepción Global del Estrés adaptada a Pacientes Hospitalizados, para medir ansiedad, depresión y estrés, respectivamente; para el grupo de trabajadores de la salud se estructuró una encuesta única acerca de la Opinión del personal de salud sobre la necesidad de apoyo emocional al paciente hospitalizado.

Con el grupo de pacientes, los datos se recogieron en dos horarios, en la mañana por el personal de psicología del Departamento de Psiquiatría y en la tarde por el investigador y colaboradores, de manera continua y consecutiva hasta alcanzar el número adecuado de individuos. Para el grupo del personal de salud, se aplicó un instrumento único digitalizado de manera paralela a la exploración del grupo anterior, hasta alcanzar el número de individuos planteados.

Posteriormente los datos se procesaron en una hoja de cálculo preparada previamente en Excel versión 2013 y, según los objetivos planteados, se presentaron en cuadros y gráficos estadísticos, utilizando totalizaciones propias del instrumento, técnicas porcentuales y frecuencias; finalmente se desarrollaron las conclusiones diagnósticas.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

1. Escala de Percepción Global del Estrés adaptada a pacientes hospitalizados

Debido a la inexistencia de instrumentos de medición para cuantificar el nivel de estrés en personas hospitalizadas, se realizó una adaptación de la “escala de percepción global del estrés” propuesta por Cohen, Kamarck y Mermelstein² en 1983, una de las escalas más usadas y adaptadas en las investigaciones para medir estrés. El instrumento consta de catorce ítems que pueden ser puntuados en una escala del 0 al 4, con siete preguntas con características positivas y siete preguntas con características negativas, en un resultado total que puede variar de 0 a 56 puntos. Se tomaron en cuenta las preguntas originales y se adaptaron al ámbito hospitalario.

Las preguntas originales eran: 1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?; 2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?; 3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?; 4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?; 5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?; 6. En el último mes, ¿con qué

frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?; 7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?; 8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?; 9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?; 10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?; 11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?; 12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?; 13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo? y 14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?.

Todas las preguntas fueron modificadas para iniciar con la frase “Durante su estancia hospitalaria”, el fragmento restante de los ítems 3, 7 y 11 no fueron modificadas, sin embargo en el resto de las preguntas se realizaron adaptaciones importantes considerando que las personas hospitalizadas se encuentran en inactividad relativa, no tienen bajo su poder de decisión todas las acciones a tomar para enfrentar su enfermedad y no están en la capacidad de continuar con sus responsabilidades diarias.

La adaptación de los ítems quedó expresada de la manera siguiente: 1. Durante su estancia hospitalaria, ¿con qué frecuencia ha estado afectado emocionalmente por su enfermedad?; 2. Durante su estancia hospitalaria, ¿con qué frecuencia se ha sentido afectado por las cosas que no puede controlar?; 3. Durante su estancia hospitalaria, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas?; 4. Durante su estancia hospitalaria, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado adecuadamente la

situación?; 5. Durante su estancia hospitalaria, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus emociones?; 6. Durante su estancia hospitalaria, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar por lo que ha tenido que pasar?; 7. Durante su estancia hospitalaria, ¿con qué frecuencia ha podido afrontar las dificultades?; 8. Durante su estancia hospitalaria, ¿con qué frecuencia se ha sentido que todo está bajo control?; 9. Durante su estancia hospitalaria, ¿con qué frecuencia ha pensado en cosas que tiene pendiente afuera de la institución?; 10. Durante su estancia hospitalaria, ¿con qué frecuencia ha podido estar tranquilo al pasar el tiempo? y 11. Durante su estancia hospitalaria, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan?.

Finalmente, para la totalización de la escala se deben invertir los resultados de los ítems 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13, posterior a lo cual se suman los resultados del resto. Debido a que la escala original no posee niveles de estrés según la puntuación, se considerará a efectos del presente estudio, la puntuación de uno o más como un “alto nivel de estrés” y una menor puntuación como “bajo nivel de estrés”, acotando que el nivel de estrés percibido será progresivamente mayor según su puntaje total sea más alto.

Aunque se siguió la misma metodología del EPGE utilizado en múltiples investigaciones, luego de las adaptaciones a las aseveraciones, se hizo pasar el instrumento por evaluación de expertos para su validación; para lo que se dispuso un instrumento digital según un modelo propuesto en 2017 por Galicia, Balderrama y Navarro³ para medir claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Se consultó a cuatro psicólogos adscritos al Departamento de Ciencias de la Conducta de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, quienes opinaron que los ítems eran adecuados en sintaxis y semántica (claridad), estaban

completamente relacionados con la dimensión que medía (coherencia), era necesario incluirlos (relevancia) y eran suficientes.

2. Inventario de Ansiedad Rasgo – Estado de Spielberger

Como un instrumento auto-evaluativo, el Inventario de Ansiedad Rasgo - Estado (IDARE), fue creado en 1966 por Spielberger, Gorsuch y Lushene⁴ con el propósito de tener una escala breve y confiable para medir la ansiedad como rasgo personal y como estado. Es necesario que el paciente tenga algún grado de escolaridad, para que pueda comprender las proposiciones cuando se aplica de manera autoadministrada. Con respecto a la validez González⁵ menciona: “La evidencia de validez de constructo de la subescala Estado se ha reflejado en los puntajes de estudiantes universitarios cuando se someten a exámenes” y más adelante menciona “También se han obtenido evidencias de validez de constructo de la subescala Rasgo, en pacientes neuropsiquiátricos, que obtienen puntajes más altos que los sujetos normales”. De manera que la escala ha sido sometida a numerosos procesos de validación y es una de las más utilizadas para la evaluación de la ansiedad, tanto en personas sanas como en pacientes psiquiátricos, con enfermedades crónicas o con dolor. También se han reportado estudios exitosos en contextos clínicos y complicados tales como cuidados intensivos, salas de operaciones y pacientes encamados.

Para la cuantificación se debe conocer la puntuación por cada ítem, que utilizando la clave se suman. Se debe tener en cuenta si las proposiciones están formuladas de manera directa (ejemplo “estoy nervioso”) o de manera indirecta (ejemplo “estoy calmado”). Posteriormente se utiliza la fórmula para ubicar

al sujeto en los grados de ansiedad bajo, moderado y alto.

Para calificar la ansiedad como estado, se suma la puntuación obtenida en los ítems 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18 (a), a la cual se le resta el resultado de la sumatoria del puntaje obtenido en los ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, y 20 (b) a este resultado (a-b) se le debe sumar 50 puntos (a-b+50), clasificando el rasgo de ansiedad del individuo como “alto” con un puntaje mayor o igual a 45, “medio” con un puntaje entre 30 y 45, y “bajo” con un puntaje menor o igual a 30.⁵

Para evaluar la ansiedad como rasgo de personalidad, se deben sumar inicialmente los resultados obtenidos en los ítems 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40 (a), resultado al que deberá restársele la sumatoria de la puntuación obtenida en los ítems 21, 26, 27, 30, 33, 35, y 39 (b) el subtotal (a-b) debe sumársele 35 puntos (a-b+35), clasificado de esta manera un rasgo de ansiedad “alto” con un puntaje mayor o igual a 45, “medio” con un puntaje entre 30 y 45 puntos, y “bajo” con una puntuación menor o igual a 30.⁵

Al instrumento tradicional se le agregó dos ítems en una primera parte correspondientes al número de cama y área de hospitalización, de tal manera pueda existir la posibilidad de (posteriormente) realizar un estudio retrospectivo relacionando la ansiedad con el tiempo de hospitalización y diagnóstico, información que queda en los registros de la institución. La segunda parte del instrumento posee los ítems tradicionales de la escala.

3. El Inventario de Depresión Rasgo – Estado

Diseñado para personas mayores de 15 años, el Inventario de Depresión Rasgo - Estado (IDERE) fue creado por Grau, Ramírez y

Grau⁶, para evaluar de forma relativamente independiente la depresión como estado y como rasgo, permitiendo identificar de manera rápida a las personas con síntomas depresivos o con sentimientos de tristeza reactivos y no sólo las personas con trastornos depresivos. Consta de dos partes de 20 y 22 ítems, para evaluar la depresión como estado y como rasgo respectivamente.

Altos niveles de depresión no necesariamente indican que la persona tenga un trastorno depresivo, por ejemplo, pacientes con enfermedades crónicas o que están atravesando una situación apremiante pueden manifestar síntomas de depresión, sin llegar a ser un trastorno de este tipo. El instrumento se ha diseñado con suficiente sensibilidad para detectar estos rasgos sutiles y ser aplicados el ámbito clínico, a personas con enfermedades crónicas o pacientes psiquiátricos. El Inventario constó de una primera parte donde se solicitará tiempo de hospitalización y número de cama, por las razones expuestas anteriormente, así como una segunda parte con las aseveraciones del instrumento original.⁵

Para calificar la depresión como estado debe sumarse los resultados obtenidos en los ítems 1, 2, 6, 8, 9, 10, 13, 15, 18, y 20 (a) y restar la sumatoria de los resultados obtenidos en los ítems 3, 4, 5, 7, 11, 12, 14, 16, 17, y 19 (b) sumándole a la vez a este resultado 50 puntos (a-b+50), clasificando así la depresión como estado “alto” con un puntaje mayor o igual a 43, “medio” entre 34 y 43, y “bajo” con un resultado menor o igual a 34.⁵

Para cuantificar la depresión como rasgo, deben sumarse los ítems de esta parte del cuestionario, número 1, 3, 5, 7, 8, 11, 14, 16, 17, 20 y 22 (a) restándole a este primer resultado la sumatoria de los ítems 2, 4, 6, 9, 10, 12, 13, 15, 18, 19, y 21 (b) sumándole entonces 50 puntos (a-b+50) y

clasificando al individuo con un ratio de depresión “alto” con un puntaje mayor o igual a 47, “medio” entre 35 y 47, y “bajo” con un puntaje menor o igual a 35.⁵

4. Encuesta “Opinión sobre la necesidad de apoyo emocional al paciente hospitalizado”

Se aplicó un instrumento tipo encuesta para medir la opinión del personal de salud y pacientes sobre la necesidad de apoyo emocional al hospitalizado, resultados que se utilizaron en la fase de factibilidad, la misma constó de una primera parte donde se solicitó aspectos como tipo de profesional y años de experiencia en el servicio, o área de hospitalización, tiempo de hospitalización y número de cama, según el caso. La segunda parte del instrumento, mediante una escala Likert midió la opinión del encuestado. Las opciones fueron Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Ni de acuerdo ni en desacuerdo, En desacuerdo, Totalmente en desacuerdo.

Se utilizaron doce aseveraciones sobre tres aspectos claves: el primero, la percepción del problema, subdividido en percepción de los estados emocionales de los pacientes (ítems 1, 2 y 4, anexando el ítem 3 en la encuesta de pacientes) y percepción de la influencia de los estados emocionales sobre la enfermedad del paciente (ítems 8, 10 y 12). Un segundo aspecto, el apoyo emocional actual brindado a los pacientes hospitalizados (ítems 5 y 6, anexando el ítem 3 en la encuesta del personal de salud) y finalmente un tercer aspecto, la percepción de la unidad como solución al posible problema, subdividido en la necesidad de realizar cambios para brindar un mejor apoyo (ítems 7 y 11) y el conocimiento sobre las herramientas de la Psiconeuroinmunología como apoyo emocional vinculado a la recuperación del paciente (ítem 9).

Fue necesaria la evaluación de expertos para la validación de la encuesta, para lo que se dispuso un instrumento según el modelo propuesto por Galicia y colaboradores⁷ que midió claridad, coherencia, relevancia y suficiencia. Se tomó en cuenta la opinión de cuatro psicólogos adscritos al Departamento de Ciencias de la Conducta de la Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, quienes concordaron que los ítems eran claros en sintaxis y semántica (claridad), estaban completamente relacionados con la dimensión que se está midiendo (coherencia), era necesario incluirlos (relevancia), y eran suficientes.

Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos

Los datos se procesaron en Excel de Microsoft Office 2013 para Windows, aplicando las fórmulas de totalización descritas, y según lo objetivos planteados, se presentaron en cuadros y gráficos estadísticos, utilizando técnicas porcentuales y frecuencias, para dar respuesta a la interrogante del planteamiento del problema, y finalmente se desarrolló las conclusiones diagnósticas que fundamentan esta fase, y dan sustento a la creación de una Unidad de Psiconeuroinmunología para el apoyo de los pacientes del Servicio de Hospitalización de Medicina Interna del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

RESULTADOS DE LA FASE DIAGNÓSTICA

| Siento deseos de quitarme la vida | N | % |
|-----------------------------------|----|-----|
| Sí | 6 | 15 |
| No | 35 | 85 |
| Total | 41 | 100 |

Cuadro 1. Distribución de respuestas en ítem N° 6 del IDERE. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

| Siento que nada me alegra como antes | N | % |
|--------------------------------------|----|-----|
| Sí | 13 | 32 |
| No | 28 | 68 |
| Total | 41 | 100 |

Cuadro 2. Distribución de respuestas en ítem N° 15 del IDERE. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

| Nivel de Depresión | N | % |
|--------------------|----|-----|
| Alto | 18 | 44 |
| Medio | 15 | 37 |
| Bajo | 8 | 20 |
| Total | 41 | 100 |

Cuadro 3. Distribución de pacientes hospitalizados de acuerdo a nivel de depresión. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

| Me siento a gusto | N | % |
|-------------------|----|-----|
| Sí | 20 | 49 |
| No | 21 | 51 |
| Total | 41 | 100 |

Cuadro 4. Distribución de respuestas en ítem N° 5 del IDERE. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

| Me siento descansado | N | % |
|----------------------|----|-----|
| Sí | 20 | 49 |
| No | 21 | 51 |
| Total | 41 | 100 |

Cuadro 5. Distribución de respuestas en ítem N° 8 del IDERE. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

| Me siento ansioso | N | % |
|-------------------|----|-----|
| Sí | 21 | 51 |
| No | 20 | 49 |
| Total | 41 | 100 |

Cuadro 6. Distribución de respuestas en ítem N° 9 del IDERE. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

| Nivel de Ansiedad | N | % |
|-------------------|----|-----|
| Alto | 19 | 46 |
| Medio | 12 | 29 |
| Bajo | 10 | 24 |
| Total | 41 | 100 |

Cuadro 7. Distribución de pacientes hospitalizados de acuerdo a nivel de ansiedad. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

| He estado afectado emocionalmente por mi situación | N | % |
|--|----|-----|
| Sí | 29 | 71 |
| No | 12 | 29 |
| Total | 41 | 100 |

Cuadro 8. Distribución de respuestas en ítem N° 1 del IDERE. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

| Me he sentido afectado por las cosas que no puedo controlar | N | % |
|---|----|-----|
| Sí | 25 | 61 |
| No | 16 | 39 |
| Total | 41 | 100 |

Cuadro 9. Distribución de respuestas en ítem N° 2 del IDERE. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

| Nivel de Estrés | N | % |
|-----------------|----|-----|
| Alto | 16 | 39 |
| Bajo | 25 | 61 |
| Total | 41 | 100 |

Cuadro 10. Distribución de pacientes hospitalizados de acuerdo a nivel de estrés. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

| Presencia de emoción negativa alta | N | % |
|------------------------------------|----|-----|
| Sí | 23 | 56 |
| No | 18 | 44 |
| Total | 41 | 100 |

Cuadro 11. Distribución de pacientes hospitalizados de acuerdo a presencia de emoción negativa alta. Servicio de Medicina Interna. Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda.

CONCLUSIONES DE LA FASE DIAGNÓSTICA

Se concluyó que 15% de los pacientes tenían deseos de quitarse la vida y 32% de los encuestados dijeron que sentían que nada le alegraba como antes, ambos hechos evidencian signos claros de depresión en las personas hospitalizadas. De la misma manera se obtuvieron respuestas de gran disconfort, 51% mencionó que no se sienten a gusto, ni descansados en el área de hospitalización, y por el contrario se sienten ansiosos. Otro resultado fue más revelador en el marco de una intervención psicológica, 71% reconoce estar afectado emocionalmente por su situación.

Al medir los niveles de depresión, ansiedad y estrés, se constató que los "Niveles Altos" para depresión (44%) y ansiedad (46%) eran mayores que los niveles intermedios (37 y 29%) y bajos (20 y 24%), lo que demuestra una muy importante presencia de emociones negativas en los pacientes hospitalizados en el servicio de

Medicina Interna del HCUAMP. Si bien el nivel de estrés "Alto" (39%) no fue mayor que el "Bajo" (61%), se evidenció también un porcentaje importante.

Al tomar en conjunto todas las emociones negativas en niveles altos, se constató que la mayoría de los pacientes tienen al menos una (56%). Estos resultados evidencian la necesidad de intervención de una Unidad de Apoyo psicológico y los posibles resultados positivos de la Psiconeuroinmunología al influir sobre estas variables.

FASE DE FACTIBILIDAD

En esta segunda fase del proceso metodológico, se establecieron los criterios que permitirán asegurar el uso óptimo de los recursos necesarios para la ejecución de la propuesta. Hernández⁸ menciona que esta fase tiene como finalidad determinar las características técnicas a implementar, establecer la viabilidad y evaluar los recursos disponibles, reales o potenciales; influyendo así en las decisiones de las personas encargadas de dirigir el contexto sobre el que se va a aplicar la propuesta, por lo que su opinión es determinante en esta etapa. De manera tal que se elaboró un instrumento tipo encuesta para medir la opinión de los directivos del HCUAMP tomando como opiniones fundamentales a dos Directivos, al director del Hospital y al jefe del Servicio de Medicina Interna, en otros aspectos se tomó en cuenta la opinión del personal de salud que labora en el servicio, así como de los pacientes hospitalizados en mismo.

FACTIBILIDAD TÉCNICA

En este ámbito se pueden mencionar dos aspectos esenciales, el proceso a través del cual se darán las acciones de la propuesta y los requisitos técnicos sean de orden material, humano o institucional, que hace referencia a la

factible ejecución de la propuesta⁸. Estos aspectos, fueron tratados analizando la opinión de los directivos a través de encuestas, para ello fue necesario que ambos dominaran la información sobre el desarrollo de la propuesta, por lo que se les brindó una descripción detallada de la misma. La factibilidad técnica se consideró como el punto de partida para el análisis del resto de las factibilidades.

En relación a los procesos que se ejecutarán a través de la propuesta, tanto la directora de la Institución como el jefe del Servicio de Medicina Interna coincidieron opinando que eran factibles, de la misma manera ambos se mostraron interesados en el posible impacto en la recuperación del paciente y la optimización en el uso de recursos los hospitalarios.

En cuanto a los requisitos técnicos, ambos directivos reconocieron no tener en la actualidad los recursos humanos, sin embargo, consideraron factible aplicar la propuesta a través de la contratación progresiva de personal calificado, así como la preparación en el área del personal de psicología hospitalaria y la adaptación de los procesos existentes con el fin de atender a los objetivos de la propuesta. De esta manera se procedió con la consideración de las demás factibilidades del proyecto.

FACTIBILIDAD FINANCIERA

Se analizó una proyección de recursos para la instalación y el mantenimiento de la propuesta durante un período administrativo, observando los recursos financieros disponibles a largo plazo para tal fin⁸. Con este objetivo se realizó un análisis proyectado, con la ayuda de la jefa encargada del Servicio de Psiquiatría y se tomó en cuenta la opinión de la directora del Hospital.

En entrevista con la jefa encargada del Servicio de Psiquiatría, la misma expresó que un

Psicólogo puede abordar aproximadamente 4 pacientes en un turno de trabajo, por lo que asumiendo un abordaje del 10% de 200 pacientes hospitalizados aproximadamente en el servicio de Medicina Interna, según su experiencia, se necesitarían cinco profesionales, además de un área común de trabajo para discusión y coordinación. La directora del Hospital opinó en este particular que actualmente los recursos son limitados, sin embargo considera que es factible si se implementa gradualmente y si la propuesta es promocionada adecuadamente en niveles superiores.

FACTIBILIDAD ECONÓMICA

En este ámbito se analizó el contexto sobre el cual se ejecutará el proyecto, en función de los criterios de las políticas económicas de la institución y la rentabilidad según los recursos manejados; la factibilidad económica parte de la técnica y la financiera⁸. Con este fin se dispuso una pregunta en la entrevista abierta a la directora del Hospital sobre las políticas que rigen la institución, observando si están en concordancia con la aplicación de la propuesta. Su respuesta fue afirmativa, asegurando que la propuesta no contrapone las políticas y por el contrario las apoya, así se determinó que existe factibilidad económica.

FACTIBILIDAD INSTITUCIONAL

Se tomaron en cuenta los factores institucionales u organizacionales que pudiesen interferir o favorecer el desarrollo de la propuesta⁸. Para tal fin se sondeó la opinión del personal de salud presente en el contexto en el que se desenvolverá la unidad, por ser estos últimos quienes guardarán una mayor vinculación profesional con la misma.

Se solicitó la opinión de los residentes de Medicina Interna, nueve de ellos se prestaron a responder la encuesta. En la percepción del problema 88.9% estuvo totalmente de acuerdo y el resto (11.1%) de acuerdo con las aseveraciones "los pacientes hospitalizados con frecuencia sienten estrés" y "los pacientes hospitalizados son más vulnerables a la sufrir de ansiedad y depresión"; así como 55.6% estuvo de acuerdo y 44.4% totalmente de acuerdo con la aseveración "los pacientes hospitalizados con frecuencia sienten ansiedad o tienen síntomas de depresión".

En cuanto a la percepción de la influencia de las emociones sobre el estado de salud, ante la aseveración "el estado emocional influye en la recuperación de la persona hospitalizada", 88.9% estuvo totalmente de acuerdo y 11.1% de acuerdo, igual distribución de respuestas se dio frente a la aseveración "el apoyo emocional de los pacientes hospitalizados ayudaría a mejorar la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento". De manera similar, en relación con si el adecuado apoyo emocional ayudaría al paciente a disminuir el tiempo de recuperación y estadía hospitalaria, 66,7% estuvo totalmente de acuerdo, 22.2% de acuerdo y 11.1% ni de acuerdo ni en desacuerdo.

En relación con el apoyo emocional actual brindado a los pacientes hospitalizados; en la aseveración "puedo advertir fácilmente cuando un paciente siente estrés, ansiedad o depresión", 33.3% estuvo totalmente acuerdo, 55.6% de acuerdo y 11.1% ni de acuerdo ni en desacuerdo. Frente a la aseveración "la institución brinda el apoyo necesario para el equilibrio emocional de los pacientes hospitalizados", 44.4% estuvo de acuerdo, 11.1% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 22.2% en desacuerdo y 22.2% totalmente en desacuerdo. Por otro lado, ante la aseveración "poseo las herramientas necesarias para brindar el apoyo emocional a los pacientes

hospitalizados" 11.1% estuvo totalmente de acuerdo, 22.2% de acuerdo, 33.3% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 22.2% en desacuerdo y 11.1% totalmente en desacuerdo.

En el aspecto de la percepción de una Unidad de apoyo como una solución, específicamente con la necesidad de hacer cambios, en la aseveración "es necesaria la creación de una unidad de apoyo emocional para los pacientes hospitalizados", 88.9% estuvo totalmente de acuerdo y 11.1% de acuerdo; además 100% estuvo totalmente de acuerdo con la aseveración "es necesario mejorar el ambiente de hospitalización para favorecer el equilibrio emocional del paciente".

Finalmente, cuando se exploró la percepción de la Psiconeuroinmunología, en la aseveración "he escuchado antes de la Psiconeuroinmunología como apoyo emocional vinculado a la recuperación del paciente", 22.2% estuvo totalmente de acuerdo, 22.2% de acuerdo, 11.1% ni de acuerdo ni en desacuerdo 22.2% en desacuerdo y 22.2% totalmente en desacuerdo. Toda esta serie de resultados confirmó la presencia de factibilidad institucional.

FACTIBILIDAD SOCIAL

Se refiere a la aceptación por parte del beneficiario directo de la propuesta, al percibir que responde a sus necesidades⁸. Para ello se tomó como eje de análisis parte del diagnóstico sobre los estados emocionales encontrados en los pacientes hospitalizados en el servicio de Medicina interna, obtenidos de la fase anterior, y se complementó con la aplicación de un instrumento adicional a la misma población, sobre la opinión que tienen acerca de la apertura de una unidad de apoyo de psiconeuroinmunología.

Los diferentes ítems de la fase diagnóstica representan por separado la opinión de los

pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna, de los mismos se puede extraer que la mayoría (51%) dijo no sentirse a gusto (cuadro 4) y además sentirse ansioso (cuadro 9). Por otro lado, 71% refirió sentirse afectado emocionalmente por su enfermedad (cuadro 8).

En un instrumento aparte, se encuestó a 27 pacientes; ante la percepción de los estados emocionales, con la afirmación "los pacientes hospitalizados con frecuencia sienten estrés", 59% dijo estar totalmente de acuerdo, 37% de acuerdo y 4% ni de acuerdo ni en desacuerdo. Porcentajes similares se obtuvieron en la aseveración "los pacientes hospitalizados son más vulnerables a sufrir de ansiedad y depresión", donde 56% estuvo totalmente de acuerdo, 41% de acuerdo y 4% ni de acuerdo ni en desacuerdo.

Por otro lado, en el ítem "puedo advertir fácilmente cuando siento estrés, ansiedad o depresión", 4% reportó estar totalmente de acuerdo, 19% de acuerdo, 19% fue neutral, 44% estuvo en desacuerdo y 15% totalmente en desacuerdo. En la aseveración "los pacientes hospitalizados con frecuencia sienten ansiedad o tienen síntomas de depresión", 63% dijo estar totalmente de acuerdo y 37% de acuerdo.

Con relación a la percepción de la influencia de los estados emocionales sobre la enfermedad, en la afirmación "el estado emocional influye sobre la recuperación de la persona hospitalizada", 41% dijo estar totalmente de acuerdo, 44% de acuerdo, 4% ni de acuerdo ni en desacuerdo y 11% en desacuerdo.

Ante la aseveración "el apoyo emocional de los pacientes hospitalizados ayudaría a mejorar la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento", 37% respondió estar totalmente de acuerdo, 41% de acuerdo, 19% ni de acuerdo

ni en desacuerdo y 4% en desacuerdo. En el ítem "el adecuado apoyo emocional del paciente disminuiría el tiempo de recuperación y de estancia hospitalaria", 19% dijo estar totalmente de acuerdo, 44% de acuerdo, 26% ni de acuerdo ni en desacuerdo y 11% en desacuerdo.

Cuando se toman en cuenta los ítems que se enfocan en el apoyo emocional actual brindado a las personas hospitalizadas, con la aseveración "la institución brinda el apoyo psicológico necesario para el equilibrio emocional de los pacientes", 7% reportó estar de acuerdo, 26% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 26% en desacuerdo y 41% totalmente en desacuerdo. Ante la afirmación "el personal de salud tiene las herramientas necesarias para brindar el apoyo emocional a los pacientes", 11% dijo estar totalmente de acuerdo, 19% de acuerdo, 15% ni de acuerdo ni en desacuerdo, 37% en desacuerdo y 19% totalmente en desacuerdo.

En las aseveraciones que reflejan la opinión en la necesidad de cambio, el ítem "es necesaria la creación de una unidad de apoyo emocional para los pacientes", tuvo 59% de respuestas como totalmente de acuerdo, 26% de acuerdo, 11% neutral y 4% en desacuerdo. En la afirmación "es necesario mejorar el ambiente de hospitalización para favorecer el equilibrio emocional del paciente" 44% dijo estar totalmente de acuerdo, el mismo porcentaje estuvo de acuerdo y 12% ni de acuerdo ni en desacuerdo. Finalmente, con relación al conocimiento de la Psiconeuroinmunología como solución, 5% reportó no estar de acuerdo ni en desacuerdo, 71 en desacuerdo y 24% totalmente en desacuerdo. Toda esta serie de resultados confirmó la presencia de factibilidad social.

PROPUESTA

UNIDAD DE PSICONEUROINMUNOLOGÍA

Presentación de la Propuesta

La propuesta para la creación de una Unidad de Psiconeuroinmunología se ha elaborado con la finalidad de apoyar a las personas hospitalizadas, en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Universitario Dr. “Antonio María Pineda”, como un medio para intermediar y manejar de manera más efectiva las emociones negativas a las que está sometido el paciente hospitalizado.

La elaboración de esta propuesta fundamentada en los resultados de la fase diagnóstica y de la fase de factibilidad previamente exploradas, orienta al conocimiento de los elementos generales correspondientes a la justificación, misión visión y propósito de la Unidad. Por otra parte, se presenta su estructura, definida en dos etapas según el proceso administrativo; en la primera se plantean los **Lineamientos de la Organización de la Unidad**; de igual manera para la organización se plantea una jerarquía y distribución de responsabilidades, así como las necesidades humanas y físicas. En la segunda etapa se incluye la **Ejecución y Evaluación de la Unidad**; asimismo, se dibujan algunas consideraciones una vez establecida, al momento de iniciar su ejecución, proseguir y evaluar sus acciones. A continuación, se detalla:

Justificación

El abordaje psiquiátrico-psicológico del paciente hospitalizado en los centros de salud, típicamente se ha limitado a la contención de crisis o descompensaciones de esta esfera, viéndose supeditadas estas acciones a la interconsulta del servicio tratante, pero no a un

actuar independiente del profesional de la conducta. Sin embargo, los nuevos conocimientos aportados por la Psiconeuroinmunología colocan sobre la mesa la influencia de la situación emocional del paciente, en el desarrollo de la enfermedad y en su recuperación, por lo que, entendiendo su importancia, el acompañamiento emocional del enfermo se hace necesario, bajo estrategias que faciliten la mejora o compensación de su estado de salud y la concienciación de tal conexión psíquica y física.

Bajo este concepto, la unidad dispone un apoyo continuo al servicio tratante, trabajando en equipo con el resto del personal de salud a favor de la recuperación temprana y una mayor efectividad del tratamiento médico, identificando independientemente a los individuos más vulnerables a través de una búsqueda activa. Todos estos elementos, sumados a la atención tradicional de la salud, forman parte de una atención integral.

Esta atención integral marca de hecho un acercamiento de paradigmas a través de la Psiconeuroinmunología. La misma, partiendo de fundamentos positivistas y biologicistas, como lo son las conexiones bioquímicas entre los sistemas inmunológico, endocrino, neurológico y la psiquis, alcanza conclusiones que proponen estrategias de intervención propias del paradigma post-positivista buscando efectos emocionales a una realidad humana concreta, dando respuesta a una de las más importantes críticas de aquella concepción de la medicina ceñida estrictamente al método científico, respuesta que igualmente permanece vinculada al mismo. En este punto de encuentro, la Psiconeuroinmunología aplicada en una unidad de intervención, comienza un acercamiento pionero al ambiente hospitalario.

Es por ello que la justificación de la creación de una Unidad de Psiconeuroinmunología para el apoyo de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda (HCUAMP). Constituye el eje central de la misma, fundamentada en los siguientes elementos que la configuran.

Se establece la misión, la visión y el primer título de un reglamento de funcionamiento de la unidad, que define la organización, sus objetivos generales y específicos.

Misión

Brindar una atención en salud integral a los pacientes internados en el HCUAMP, abordando la esfera psicológica de aquellas personas vulnerables, facilitando la estabilización o recuperación, y utilizando como fundamentos de acción a la psiconeuroinmunología.

Visión

Convertir al HCUAMP en centro pionero en el uso de la Psiconeuroinmunología en el área clínica, demostrando la optimización de recursos, el aumento de la eficiencia del tratamiento médico y la satisfacción del paciente derivados de la intervención, facilitando la replicación de la unidad en otros centros asistenciales.

Propósito

Facilitar la integración de un equipo de trabajo con conocimientos en Psiconeuroinmunología a los servicios de hospitalización de la institución, principalmente al de Medicina Interna como eje piloto.

Estructura de la Propuesta

I ETAPA. LINEAMIENTOS DE LA ORGANIZACIÓN DE LA UNIDAD

Reglamento de la Unidad de Psiconeuroinmunología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda

Se presenta la siguiente estructura de reglamento que pretende regular las actividades de la unidad, el mismo deberá ser refrendado legalmente ante las autoridades del hospital.

Título I. De la Unidad y sus Objetivos

Artículo 1: La Unidad de Psiconeuroinmunología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda, es un organismo de que interviene en la dimensión psicológica del paciente hospitalizado, buscando su bienestar, pronta mejoría y egreso.

Artículo 2: El objetivo principal de la unidad es el trabajo multidisciplinario dirigido a alcanzar el máximo bienestar posible, físico, psicológico y social de la persona hospitalizada.

Artículo 3: Los objetivos específicos de la unidad son:

1. Atender a las necesidades psicológicas de los pacientes según su patología.
2. Activar los mecanismos terapéuticos necesarios según los objetivos de la unidad, por evaluación y decisión propia o por solicitud de otros profesionales de la salud a cargo del paciente.
3. Realizar búsqueda activa de los pacientes que más necesiten apoyo de la Psiconeuroinmunología y cuya intervención

pueda favorecer significativamente su recuperación y bienestar.

4. Promover un ambiente hospitalario acorde a las necesidades psicológicas de los pacientes y el personal de salud.

5. Prestar las herramientas necesarias para una adecuada relación paciente -trabajador de la Salud.

6. Promover la investigación en el área de la Psiconeuroinmunología en ambientes hospitalarios.

7. Informar sobre las ventajas de una intervención terapéutica integral en el ámbito hospitalario.

8. Facilitar las intervenciones médicas y hospitalarias de las que pueda beneficiarse el paciente.

Organización

El segundo y tercer título del reglamento propuesto, define una jerarquía y distribución de responsabilidades (segundo título), y luego un marco para el manejo de las necesidades de personal administrativo y el presupuesto (tercer título), a continuación.

Título II. De su Organización

Artículo 4: La Unidad tendrá un coordinador general, un sub-coordinador y demás miembros, divididos en grupos por área de trabajo.

Artículo 5: El coordinador general tendrá la responsabilidad de:

1. Trazar la planificación anual de la unidad según los objetivos de la misma.
2. Rendir cuenta de los resultados de la unidad ante las instancias superiores.
3. Evaluar el desempeño de cada miembro de la unidad.
4. Representar a la unidad y su personal ante los comités y autoridades competentes.

5. Observar el cumplimiento del reglamento y de cada uno de los objetivos de la unidad.

6. Recibir lineamientos de acción y distribuir responsabilidades.

Artículo 6: Las responsabilidades del sub-coordinador son:

1. Garantizar el trabajo intrahospitalario de la unidad y cada uno de sus miembros.
2. Velar por la integración interdisciplinaria en la atención del paciente hospitalizado.
3. Apoyar al coordinador general en el cumplimiento de sus objetivos.
4. Suplir al coordinador general en caso de ausencia.

Artículo 7: Todo profesional participante de la unidad es considerado miembro, incluyendo coordinador y sub-coordinador.

Artículo 8: Es responsabilidad de cada uno de los miembros de la unidad:

1. Cumplir de forma cooperativa con los objetivos de la unidad.
2. Abordar de manera directa al paciente hospitalizado, haciendo uso de su conocimiento para aplicar estrategias de la Psiconeuroinmunología dirigidos al bienestar del enfermo y su recuperación.
3. Colaborar con la creación de un ambiente hospitalario que favorezca la mejor relación entre el paciente y el personal de salud.

Título III. Del Personal Administrativo y el Presupuesto.

Artículo 9: La coordinación podrá solicitar a la dirección, el personal administrativo necesario para el adecuado funcionamiento de la unidad, según la planificación anual trazada o necesidades especiales.

Artículo 10: El presupuesto de la unidad dependerá del presupuesto del Hospital Central

Universitario Dr. Antonio María Pineda y su dirección.

Artículo 11: Se tomará como eje central para la aprobación del presupuesto, la planificación anual de la unidad, con lo cual el coordinador puede solicitar y justificar modificaciones en el mismo, lo que se someterá a la aprobación de la dirección del Hospital.

Necesidades operativas

Humanas

Se estima que un profesional de la salud puede atender cuatro personas por jornada según la jefa encargada del servicio de Psiquiatría, por lo que existiendo para el servicio de Medicina Interna un promedio de 200 camas para hospitalización y estimando una intervención del 10% de los pacientes, resulta en una necesidad de cuatro profesionales más el coordinador. De la misma manera se plantea la necesidad de una secretaria para el manejo de la estadística, correspondencia y otras responsabilidades administrativas.

Físicas

Tomando en cuenta que las acciones de los miembros son mayormente en el área hospitalaria, se plantean las siguientes necesidades:

1. Una oficina de coordinación con una computadora, impresora, escritorio, silla y material de oficina.
2. Un espacio de ubicación contiguo para la secretaria, computadora, escritorio, silla y material de oficina.
3. Un área común con mesón y sillas.

II ETAPA. EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN DE LA UNIDAD

Ejecución

Los miembros de la unidad estarán liderados por un coordinador y un sub-coordinador, quienes se encargarán de la planificación, la distribución de las responsabilidades, la evaluación del rendimiento de cada miembro, la búsqueda y el alcance de los objetivos de la unidad, la revisión retrospectiva de objetivos, además de las adaptaciones presupuestarias y administrativas necesarias para el óptimo funcionamiento.

En líneas generales el sub-coordinador puede suplir la ausencia del coordinador, y ambos presentes pueden trabajar de manera sinérgica y cooperativa; sin embargo el sub-coordinador, al tener eventualmente una menor responsabilidad administrativa, puede lograr una mayor participación operativa, para la acción y organización del quehacer clínico de la unidad. Estas acciones son necesarias para decidir el grado de intervención de los demás miembros según el servicio, las necesidades de los pacientes y las prioridades y posibilidades de la unidad.

Es importante también considerar el engaste de esta unidad en la jerarquía del Hospital, la que lógicamente podría anexarse al servicio de Psiquiatría y depender de Medicina Interna, esperando de hecho que ambas partes puedan nutrirse de sus experiencias y conocimientos. Sin embargo, hay que diferenciar la acción actual del servicio de las acciones de la propuesta, y evitar que la unidad se transforme en una suma de personal a la estructura, esta diferencia va más allá del conocimiento de la Psiconeuroinmunología por parte de los miembros de la unidad.

Por un lado el Servicio de Psiquiatría responde a una interconsulta hecha por otros servicios, la

que suele surgir en momentos de una evidente crisis que entorpece el actuar médico o la estadía del paciente, tales como dificultades al interrogatorio, presencia de violencia física o verbal, actitud de no colaboración, entre otras, por lo que esta intervención básicamente trata de eliminar o controlar un problema advertido.

La unidad de Psiconeuroinmunología por otro lado se dispone para introducir intervenciones dirigidas no a eliminar un problema evidenciado, sino a detectarlo bajo la óptica de las ciencias de la conducta, inducir en el paciente una actitud emocional que favorezca la recuperación y acompañar al tratamiento médico de manera sinérgica, buscando alcanzar el mismo objetivo, la mejoría en la salud integral del paciente y su pronto egreso.

Actividades con los pacientes

Se desarrollarán diversas acciones como parte de la intervención con las personas hospitalizadas, inicialmente la unidad realizará un sondeo de todos los pacientes a su cargo para determinar los más vulnerables emocionalmente y aquellos que más se beneficiarían de la Psiconeuroinmunología según las patologías diagnosticadas. Posteriormente harán una entrevista individual con el grupo seleccionado, determinando el tipo de intervención que se realizará con cada uno, según las características individuales.

Posteriormente podrán realizarse terapias grupales según cada caso, bien para mitigar emociones negativas detectadas o bien para brindar herramientas que se consideren pertinentes para el manejo de la tensión psicológica. De la misma manera algunos pacientes serán asignados a terapias individuales, de importancia aquellos que puedan verse beneficiados del uso de herramientas adaptadas a su condición, tales como disminuir emociones

negativas, promover resiliencia, promover creencias saludables, farmacoterapia, imaginación guiada u otros programas pertinentes. Todas las actividades serán comunicadas al resto del equipo médico y reportadas en la historia clínica.

Evaluación de la Unidad

Para la etapa de evaluación, se dispone un último título en la propuesta de reglamento, que pone en contraste los resultados anuales de la unidad con el plan de ejecución, se establece una jerarquía de rendición de cuentas y correctivos necesarios.

Reglamento de la Unidad de Psiconeuroinmunología del Hospital Central Universitario Dr. Antonio María Pineda

Título IV. De su evaluación y rendimiento

Artículo 12: Al final de cada año, la coordinación debe comparar los objetivos alcanzados y los que no, según el plan anual de acción trazado, generar un informe de gestión, hacer los ajustes y reflejar las recomendaciones necesarias.

Artículo 13: La unidad rendirá cuentas al jefe del Servicio de Medicina Interna, a través de estadísticas de abordaje, acompañadas de los análisis necesarios.

Artículo 14: El coordinador y sub-coordinador deben evaluar el rendimiento de cada miembro de la unidad y notificar los resultados, reconocer los logros y tomar las acciones gerenciales o administrativas pertinentes, en caso de ser necesario.

Artículo 15: La evaluación de los coordinadores de la unidad estará a cargo del Jefe de Servicio de Medicina Interna o su superior inmediato, según lo disponga la organización del Hospital.

Finalmente, es necesario que en la institución se establezcan criterios de control y evaluación individual para los pacientes a manera de lograr a futuro la elaboración de algoritmos como medida de la atención integral del paciente con base a las necesidades psicológicas.

CONCLUSIONES

Se obtuvieron resultados importantes en la fase diagnóstica, concluyendo que 15% de los pacientes tenían deseos de quitarse la vida, 32% sentían que nada les alegraba como antes, 51% se sentía ansioso, no a gusto, ni descansado; además 71% reconoció estar afectado por la situación. De igual manera 46% tenían altos niveles de ansiedad y 44% altos niveles de depresión. Finalmente, más de la mitad de los pacientes (56%) tenía al menos una emoción negativa con puntuaciones ubicadas en niveles altos. Se concluyó que la importante presencia de emociones negativas determina la necesidad de una pronta intervención psicológica, en ayuda al equilibrio emocional del paciente hospitalizado.

En la siguiente fase, a través de la opinión de las autoridades del Hospital, se concluyó que existe factibilidad técnica en cuanto a la operatividad que seguiría la unidad. En relación con los recursos, aunque el hospital no cuenta actualmente con el personal humano, una adquisición progresiva es factible, contratando y capacitando personal paulatinamente. La dirección del Hospital dio su visto bueno a la factibilidad financiera bajo la misma acotación anterior, y mencionó que existía buena factibilidad económica, la propuesta acompaña adecuadamente a las políticas de la institución.

La opinión del personal de salud determinó la factibilidad institucional, obteniéndose que 88.9% estuvo totalmente de acuerdo con que los pacientes con frecuencia sienten estrés y son

más vulnerables a sufrir de ansiedad y depresión. 100% dijo que el estado emocional influye sobre la recuperación y que el apoyo emocional ayudaría a mejorar la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento. De igual forma 88.9% indicó que ese apoyo emocional disminuiría el tiempo de recuperación y estancia hospitalaria. Finalmente, 100% del personal indicó que se debe mejorar el ambiente de hospitalización y que es necesaria la creación de una unidad de apoyo emocional para los pacientes.

La factibilidad social la determinaron los pacientes, obteniéndose que 96% cree que los pacientes con frecuencia sufren de estrés, 97% que son más vulnerables a sufrir de ansiedad y depresión, 85% señaló que el estado emocional influye sobre la recuperación. Así, también 78% dijo que el apoyo emocional ayudaría a mejorar la relación médico paciente y la adherencia al tratamiento, y 63% que ayudaría a disminuir el tiempo de recuperación y estancia hospitalaria. En relación con el apoyo emocional brindado por la institución, 77% de los pacientes indicaron que la institución no brinda el apoyo necesario para el equilibrio emocional del hospitalizado, 56% dijo que el personal de salud no tiene las herramientas necesarias para brindar este apoyo. De forma similar, 88% dijo que es necesaria una mejora del ambiente hospitalario y 85% que es necesaria la creación de una unidad de apoyo emocional.

Con base a los resultados obtenidos en la fase diagnóstica y fase de factibilidad se procedió a la elaboración de una propuesta para la creación de la Unidad de Psiconeuroinmunología con el objetivo básico de brindar apoyo emocional de los pacientes hospitalizados, siguiendo el proceso administrativo. La propuesta se estructuró en dos etapas la primera se plantea los Lineamientos de la Organización de la Unidad; de igual manera para la organización se plantea

una jerarquía y distribución de responsabilidades. En la segunda etapa se realizaron consideraciones una vez establecida la Unidad, al momento de arrancar su ejecución, de proseguir y de evaluar las acciones. Como estructura se propone una parte del Reglamento destinada a la evaluación continua y retrospectiva de las acciones de la unidad.

RECOMENDACIONES

La evidencia de la importante presencia de emociones negativas en pacientes hospitalizados, junto a la demostración de la factibilidad, descarga la responsabilidad de acción en la institución, cuyas autoridades y figuras de influencia están en el deber explotar la propuesta planteada como una solución a mediano y largo plazo, siempre observando el bienestar y la mejoría del paciente y su entorno social, lo que termina siendo la razón fundamental del hospital.

De esta manera se plantean las siguientes recomendaciones:

1. A las autoridades del Hospital Central Antonio María Pineda quienes han demostrado funcionar eficientemente bajo una estructura jerárquica que se encuentra vigente, no exenta de ser perfeccionable, la propuesta de una Unidad de Psiconeuroinmunología debería acoplarse a esta jerarquía, específicamente del Servicio de Psiquiatría, de quien se espera, pueda dirigir eficientemente la prosecución de la misma y utilizarlo como palanca para un abordaje mayor de la psicología del paciente internado. Esto, impulsado por la jefatura del servicio de Medicina Interna y otros miembros integrantes del equipo de salud, quien pertinentemente puede inducir los cambios necesarios, en común acuerdo a la jefatura del servicio de Psiquiatría.

2. A los diferentes especialistas de la salud como integrantes de un equipo multidisciplinario, reunirse y revisar la propuesta de la Unidad para establecer metas a corto y mediano plazo, revisando alternativas viables para la atención de las necesidades psicológicas del paciente. La Unidad con sus fundamentos científicos, debe poder abordar a profesionales con una disposición positiva al cambio y sensibilizados con la importancia de lo emocional en el desarrollo de enfermedades, la recuperación del paciente y su satisfacción. El desafío está en qué tan dispuestos están los actores en salud, a contribuir para la construcción de un ambiente hospitalario diferente. De allí que el servicio de Psiquiatría deba difundir la información de los resultados de la fase diagnóstica adecuadamente, y discutir positivamente los pormenores de la propuesta para sentar las bases de una amplia acción y aceptación de la intervención, en respuesta a mayores y mejores soluciones para el paciente.

3. A los futuros miembros responsables de la Unidad, establecer reuniones con los jefes de recursos humanos, financieros y la Dirección del Hospital para plantear los cambios administrativos necesarios para la propuesta, así como la asignación y logística, de ser necesario, para la presentación de la propuesta en niveles jerárquicos superiores. Los primeros pasos para la construcción jerárquica de la propuesta serían dados por un profesional de Ciencias de la Conducta, con experiencia en el trabajo hospitalario y asignado por el Servicio de Psiquiatría, éste irá definiendo las acciones operativas concretas que comiencen a cumplir los objetivos trazados resultantes de esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Robledo J. Diseño de muestreo (II). Nure Investigación 2005; 1(12). Disponible en: <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/viewFile/214/199>
2. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein, R. A global measure of perceived stress. Journal of Health and Social Behavior 1983; 24(4): 385-396.
3. Galicia L, Balderrama J, Navarro, R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. Revista Apertura 2017; 9(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-61802017000300042
4. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. (1970). Manual for the State/Trait Anxiety Inventory. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-61802017000300042.
5. González M. (2007). Instrumentos de evaluación psicológica. Editorial Ciencias Médicas. Disponible en: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/en/Acervo_files/InstrumentosEvaluacionPsicologica.pdf.
6. Grau J, Martín M, Portero D. Estrés, ansiedad, personalidad: resultados de las investigaciones cubanas efectuadas sobre la base del enfoque personal. Revista Interamericana de Psicología 1993; 27(1): 37-58.
7. Galicia L, Balderrama J, Navarro R. Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. Revista Apertura 2017; 9(2). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-61802017000300042.
8. Hernández A. (2008) El proyecto factible como modalidad en la investigación educativa. Tesis doctoral no publicada, para el grado Doctor en Educación. Disponible en: <https://luiscastellanos.files.wordpress.com/2014/02/el-proyecto-factible-como-modalidad-en-la-investigacion-educativa-ana-hernandez.pdf>.