

Guerra, J.\*; Haranburu, M.\*; Escalante, M.\*\*; Novo, I.\*\*\* y López, M.D.\*\*\*

**Psicología hospitalaria: Validación estructural de la Hoja de Registro Hospitalario (H.R.H.), y diferencias psicológicas entre pacientes con enfermedades crónicas y agudas.**

\*Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. Tolosa, 70, 28018 San Sebastián.  
Contacto: [jesus.guerra@ehu.es](mailto:jesus.guerra@ehu.es)

\*\*Servicio de Medicina Interna. Hospital de Zumárraga. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

\*\*\*Mir. Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Zumárraga. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

## OBJETIVOS

Dentro de la Psicología Clínica y de la Salud está surgiendo la “Psicología hospitalaria” con entidad propia. Los pacientes suelen vivir la experiencia hospitalaria como un evento estresante, en el cual la capacidad de adaptación está disminuida, principalmente por la propia enfermedad que, según la gravedad, limita la capacidad de reacción, pero también por otras características entre las que destaca la edad, el nivel cultural, la capacidad comprensiva, entre otras (Haranburu y Sansinenea, 2004) (1).

Los hospitales modernos se han ido convirtiendo, desde su origen en el siglo XVIII en que trataban casi exclusivamente enfermedades infecciosas y traumáticas, en servicios destinados principalmente a la tercera edad. Con el aumento de la expectativa de vida y el envejecimiento progresivo de la población los hospitales se han ido convirtiendo en servicios en los que la mayor parte de los enfermos son personas mayores con enfermedades crónicas en fase de reagudización.

Excepción hecha de los servicios de urgencias que se han ido convirtiendo en una especie de “ambulatorio exprés”, los servicios hospitalarios en un alto porcentaje atienden a personas mayores con enfermedades crónicas descompensadas. Los pacientes, convertidos en clientes, exigen muchas veces una prestación más rápida y eficaz que sólo el hospital con todos sus medios materiales y personales puede aportar, sin perder con ello calidad y “humanidad” en el servicio.

La persona adopta el papel de “paciente hospitalizado” que va más allá del papel ordinario de enfermo. En este papel se agudizan las limitaciones de la persona de varias maneras. El trato empieza a ser despersonalizado, no es posible tener acceso muchas veces a la información que solicita, debe adoptar normas y cadencias del ámbito hospitalario, y como consecuencia aparece una percepción de “pérdida de control”. Como es conocido, cuando las personas son sometidas a estimulaciones desagradables que perciben que están fuera de su control experimentan mayor malestar que si perciben que controlan dicha estimulación aversiva (Glass y Singer, 1972) (2). La necesidad de control puede conducir a comportamientos definidos como de “reactancia psicológica” (Brehm, 1966) (3) que implicarían que algunas personas, que se sienten privadas de libertad o de capacidad de decisión sobre sí mismas, reaccionan con acritud en un intento de restaurar el control personal de la situación mediante diversas estrategias. Estos comportamientos pueden ser más o menos importantes para la salud, o, más o menos molestos para el marco hospitalario. Son conductas tales como fumar, beber, no seguir las indicaciones del personal sanitario, llegando incluso a boicotear la labor sanitaria abandonando la prescripción médica o pidiendo el alta voluntaria. En términos de trastornos de personalidad podríamos hablar de componentes “pasivo agresivos” de auto y heteroboicot. También dependiendo de otras variables puede conducir a comportamientos de “desamparo aprendido” (Seligman, 1975) (4). Las personas

desarrollan conductas para manejar adversidades o pérdidas, pero no consiguen hacerse con el control personal a más largo plazo, y adoptan conductas cercanas a la depresión. Una excesiva pasividad y una actitud poco comunicativa pueden provocar la disminución de respuestas de inmunidad o de afrontamiento con las consiguientes consecuencias para la salud. La persona enferma cambia su comportamiento en el hospital y ello puede repercutir en la enfermedad y su pronóstico. La psicología hospitalaria estudia e investiga estos comportamientos para poder proponer respuestas a algunos de los problemas planteados.

En este sentido se han ido desarrollando escalas e instrumentos con los que poder investigar en el campo médico hospitalario variables psicológicas (Zigmond y Snaith, 1983 (5); Caro e Ibáñez, 1992 (6); Martín-Ortíz y cols., 2005 (7)).

El propósito del presente trabajo es proporcionar una herramienta con la que se puedan evaluar aspectos psicológicos y de conducta en el marco hospitalario, intentando paliar en parte las limitaciones y sesgos de respuesta de los cuestionarios. Para ello se confeccionó una Hoja de Registro Hospitalario (HRH) diseñada para ser utilizada como una “entrevista estructurada”. En el presente trabajo presentaremos los análisis de validez estructural y de fiabilidad, así como diferencias entre pacientes hospitalizados crónicos y agudos a partir de dicha estructura factorial.

## METODOLOGÍA

### Participantes

La muestra está constituida por 50 pacientes ingresados en el Hospital Comarcal de Zumárraga (Guipúzcoa), de los cuales 28 son hombres (56%) y 22 son mujeres (44%). La edad media de 62,5 años (desviación típica de 17,51), siendo las

edades más frecuentes (moda) 55, 69, 72 y 76 años, con tres casos en cada categoría. El rango de edad abarca desde los 27 años hasta los 89.

Se constató que el nivel de comprensión de los pacientes era bueno, de tal forma que el 96% entendía bien al personal del hospital (media de comprensión sobre 10: 8,44).

La mayor parte de los pacientes afirmaban que seguían adecuadamente los tratamientos médicos (82%) y que no se olvidaban de tomar las medicinas prescritas (84%).

Los pacientes fueron ingresados o por una enfermedad aguda grave o por una reagudización de una enfermedad crónica, y algunos para el estudio y seguimiento de su enfermedad, aunque el 60% de la muestra padecía alguna enfermedad crónica.

## Instrumento

Como hemos indicado anteriormente, se confeccionó un instrumento con un total de 66 ítems para ser utilizado como “entrevista estructurada”, al que hemos denominado “Hoja de Registro Hospitalario” (H.R.H.), que recogía variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil), diagnóstico de enfermedades (de ingreso y otras más graves, en su caso), peso, estatura, conductas patogénicas (fumar e ingesta de alcohol), uso tanto hospitalario como extrahospitalario de medicamentos, conductas habituales (sueño, comida, lectura, ejercicio físico), conducta de dependencia del hospital y 28 ítems recogidos entre otros del Cuestionario General de Salud de Goldberg (Goldberg y Hillier, 1979) (8) para recoger indicadores psicológicos, psicopatológicos y de conducta (en el anexo adjunto se recogen todos los ítems de la HRH). Con esto se pretende tener indicadores de depresión, irritabilidad, sociabilidad, calidad de vida, energía vital, obsesiones, sentimientos de impotencia, entre otros. La mayoría de los

ítems formulaban una pregunta sencilla (por ejemplo: “Tiene la sensación de que todo se le viene encima”) y se diseñó una “regleta” desde 0 (nada) a 10 (muchísimo) para facilitar una respuesta dimensionalizada de forma continua.

## Procedimiento

La pasación de la prueba se efectuó desde mediados de enero a finales de marzo de 2008. Todos los pacientes fueron entrevistados en sus habitaciones por personal médico aprovechando algún momento tranquilo en la rutina hospitalaria. Se tuvo especial cuidado en elegir a las personas que tenían un nivel cognitivo y de comprensión adecuados, y que la situación de entrevista no interfiriera con su enfermedad. Posteriormente, se completaron otros datos biomédicos a partir de la historia clínica.

## Análisis de datos

Se han realizado dos tipos de estudio, analizando los datos con el SPSS v.14 para Windows. Para el primer trabajo se han utilizado descriptivos estadísticos y análisis de componentes principales con rotación varimax. En el segundo, a partir de la estructura factorial encontrada se han establecido diferencias “t” entre dos grupos criterios de pacientes: crónicos y agudos.

## RESULTADOS

### Estudio 1

En la tabla nº 1 viene reflejado el análisis factorial de las 32 variables de la H.R.H. que recogían aspectos psicológicos y de conducta, es decir, del ítem 35 al 66. Se optó por un método de extracción de análisis de componentes principales y una

posterior rotación varimax. El criterio de extracción de factores fue el usual de considerar valores propios iguales o superiores a 1.

Tabla nº 1 (a): Análisis factorial de componentes principales en las variables psicológicas y conductuales de la H.R.H. Rotación varimax.

	1	2	3	4	5	6	7	8	Comunalidades
35. Ejercicio físico que desarrolla fuera del hospital.	0,147	-0,224	-0,295	0,008	0,112	-0,004	0,673	-0,087	0,632
36. Se considera una persona triste	-0,188	0,362	0,805	0,180	0,015	0,008	0,037	-0,026	0,850
37. Se considera una persona nerviosa	0,243	0,319	0,206	-0,055	-0,145	0,225	0,558	0,298	0,678
38. Se preocupa por su enfermedad o enfermedades graves	0,209	0,258	0,151	0,660	-0,167	-0,163	0,182	0,298	0,745
39. En casa come - = +cantidad que en el hospital.	-0,123	-0,200	-0,077	-0,060	0,046	-0,179	-0,012	0,845	0,813
40. Considerar de 0 a 10 su gusto por la lectura	0,324	-0,046	0,036	0,123	0,777	0,081	-0,089	0,056	0,746
41. Se considera fácilmente irritable	0,029	0,232	0,273	-0,092	0,346	0,432	0,135	0,552	0,767
42. Se considera sociable	0,738	-0,102	-0,053	0,120	0,321	-0,209	0,244	-0,035	0,780
43. Se siente en general feliz y satisfecho con su vida	0,522	-0,116	-0,242	-0,085	0,547	-0,255	0,207	-0,108	0,770
44. Se siente a gusto con sus relaciones familiares	0,723	-0,048	-0,047	0,115	0,496	-0,158	0,152	0,035	0,836
45. Se siente o se sentía a gusto en su trabajo	0,738	0,091	-0,081	0,128	-0,075	0,072	0,312	-0,012	0,684
46. Está a gusto con sus amistades	0,821	-0,013	0,138	-0,040	0,238	0,078	0,168	-0,082	0,793
47. Considera suficiente el número de amistades que tiene	0,769	-0,158	0,210	-0,013	0,172	-0,154	-0,016	0,053	0,717
48. Considera grave su enfermedad principal	0,024	0,116	-0,090	0,881	0,153	0,098	-0,067	-0,198	0,875
49. Considera grave su enfermedad de ingreso	0,087	0,160	-0,026	0,864	0,136	0,133	-0,064	-0,059	0,824
50. Cree que es proclive a sufrir enfermedades físicas	-0,084	-0,033	-0,019	0,164	-0,051	0,818	0,066	-0,114	0,725
51. Cree que tiene suficiente fuerza para mantenerse sano	0,177	-0,227	-0,328	0,197	0,641	-0,152	0,265	0,147	0,755
52. Tiene la sensación de que todo se le viene encima	0,124	0,619	0,265	0,017	-0,142	0,522	-0,147	0,016	0,783
53. Tiene la sensación de perder el control sobre su vida	-0,194	0,865	0,131	0,101	-0,133	0,118	-0,174	-0,089	0,882
54. En casa se las arregla para estar ocupado y activo	0,268	-0,386	0,200	-0,104	0,281	0,012	0,549	0,116	0,666
55. Tiene la sensación de que está perdiendo la vida	-0,203	0,854	0,055	0,178	-0,091	0,046	-0,038	-0,095	0,826

Tabla nº 1(b): Análisis factorial de componentes principales en las variables psicológicas y conductuales de la H.R.H. Rotación varimax.

	1	2	3	4	5	6	7	8	Comunalidades
56. Piensa que no merece la pena seguir viviendo la vida	-0,152	0,770	0,433	0,141	0,159	-0,187	-0,036	-0,035	0,886
57. Piensa en “quitarse de en medio”	-0,040	0,507	0,483	0,110	0,023	-0,304	-0,241	0,182	0,689
58. Da muchas vueltas a las cosas en la cabeza	0,340	0,136	0,369	-0,131	-0,034	0,365	0,211	0,317	0,568
59. Se siente fracasado en la vida	0,066	0,034	0,820	-0,181	-0,165	0,127	-0,055	-0,004	0,756
60. La vida le ha dado lo que esperaba o se merecía	0,733	0,135	0,114	0,085	0,185	0,127	0,008	-0,098	0,635
61. Se siente capaz de conseguir lo que se propone	0,735	-0,416	-0,276	0,067	0,147	-0,002	-0,033	0,012	0,817
62. Tiene suficiente energía	0,773	-0,346	-0,128	-0,047	-0,129	0,054	-0,014	0,221	0,805
63. Le gusta su forma de ser	0,710	-0,478	-0,240	-0,066	-0,074	-0,053	-0,224	0,041	0,854
64. Está satisfecho con el dinero del que dispone	0,610	-0,144	0,044	0,185	0,025	0,069	0,322	-0,020	0,537
65. Le gusta la vida que lleva	0,705	-0,472	-0,257	-0,090	0,071	0,108	-0,023	-0,028	0,813
66. Ha aceptado su enfermedad más grave	0,408	-0,550	0,170	-0,214	0,153	-0,118	-0,098	-0,147	0,612
Valores propios	9,351	4,764	2,720	1,952	1,807	1,275	1,182	1,069	
Varianza explicada matriz originaria	29,22%	14,88%	8,50%	6,10%	5,64%	3,98%	3,69%	3,33%	
Varianza explicada matriz rotada	21,88%	14,25%	8,60%	7,44%	7,09%	5,65%	5,58%	4,86%	
Coefficientes $\alpha$ (Factores 1, 2, 3, 4 y 5)	0,931	0,654	0,652	0,776	0,704	1,00	0,512	0,244	
Coefficiente global $\alpha$		0,789							



Con los criterios anteriormente mencionados se extrajeron 8 factores que llegan a explicar de forma acumulada el 75,37% de la varianza. El coeficiente global de consistencia interna es de 0,789. Para hacerlos más interpretables hemos elegido en cada factor a aquellos ítems que obtienen las saturaciones más altas en el mismo sin que se produzcan solapamientos en otros factores.

De esta manera el factor nº 1 agrupa 11 ítems con saturaciones entre 0,821 a 0,610. La consistencia interna es claramente satisfactoria con un índice de 0,931. Posee un valor propio de 9,351 y llega a explicar en la matriz originaria el 29,22% de la varianza, y en la matriz rotada el 21,88%. Es un factor que agrupa ítems de “sociabilidad, energía y vitalidad”. Las variables asociadas, por orden de importancia, todas en la dirección positiva, son las siguientes: “gusto por las amistades” (0,821), “energía” (0,773), “número de amistades” (0,769), “sociable” (0,738), “gusto en el trabajo” (0,738), “capacidad” (0,735), “expectativa vital” (0,733), “gusto con la familia” (0,723), “gusto forma de ser” (0,710), “gusto vida” (0,705) y “satisfacción dinero” (0,610). Es básicamente un factor optimista, marcado por un sentido sociable y de capacidad y energía.

El factor nº 2 viene definido por seis ítems, con saturaciones comprendidas entre 0,865 y 0,507. Posee una consistencia interna aceptable de 0,654, y con un valor propio de 4,764 llega a explicar el 14,88% de la varianza en la matriz originaria y el 14,25 en la matriz rotada. Es un factor claramente negativo, marcado por pérdidas y deseos de quitarse de en medio, con ítems en la dirección de “sensación de pérdida en el control vital” (0,865), “sensación pérdida de la vida” (0,854), “no deseo de seguir viviendo” (0,770), “sensación de que todo se viene encima” (0,619), “no aceptación de la enfermedad” (0,550) y “pensamientos de quitarse de en medio” (0,507). Lo conceptualizamos como un factor de “pérdida”.

El factor nº 3 sólo viene definido por dos ítems sin solapamientos en otros factores con una consistencia interna de 0,652. Su valor propio es de 2,720, explicando el 8,50% y el 8,60% de la varianza en las matrices originaria y rotada, respectivamente. Este factor viene marcado por el “fracaso” (0,820) y la “tristeza” (0,805). Lo nominamos con ambos conceptos.

El factor nº 4 se forma a partir de un valor propio de 1,952, agrupa a tres ítems con una consistencia interna de 0,776, y explica el 6,10% y el 7,44% de la varianza en la matriz factorial originaria y rotada, respectivamente. Los ítems son los siguientes: “percepción de gravedad de la enfermedad principal” (0,881), “percepción de gravedad de la enfermedad de ingreso” (0,864) y “preocupación por la enfermedad” (0,660). Es un factor centrado en la “percepción de gravedad de la enfermedad”.

El factor nº 5 covaría con tres ítems positivos. Viene definido por un valor propio de 1,807, llegando a explicar el 5,64% de la varianza en la matriz originaria y el 7,09% de la varianza en la matriz rotada. El índice de consistencia interna es de 0,704. Los ítems son los siguientes: “gusto por la lectura” (0,777), “fuerza saludable” (0,641) y “felicidad y satisfacción con la vida” (0,547). Este factor señala aspectos positivos que puede ayudar a superar la enfermedad. Lo denominamos “vitalidad positiva”.

El factor nº 6 sólo consigue un ítem con suficiente carga y sin solapamiento con otros factores, por este motivo no se ha calculado la consistencia interna, que obviamente es de 1,00. Posee un valor propio de 1,275 y explica el 3,98% de la varianza en la matriz originaria y el 5,65% en la matriz rotada. El ítem aquí reflejado señala una “percepción de vulnerabilidad a la enfermedad” (0,818).

El factor nº 7 agrupa tres ítems. Posee un valor propio de 1,182 y explica el 3,69% de la varianza en la matriz originaria y el 5,58% en la matriz rotada. La

consistencia interna es de 0,512. Los ítems son los siguientes: “nivel de ejercicio” (0,673), “nerviosismo” (0,558) y “actividad” (0,549). Es un factor positivo de “actividad física”, aunque con nerviosismo.

El factor nº 8 tiene dos saturaciones importantes. “Cantidad de ingesta” (0,845) e “irritabilidad” (0,552). Se les puede considerar como dos aspectos independientes de un factor de “adaptación”, de ahí la baja consistencia interna, que es de 0,244. Posee un valor propio de 1,069 y explica el 3,33% de la varianza en la matriz originaria y el 4,86% en la matriz rotada.

## Estudio 2

Se calcularon pruebas “t” de diferencias en los ocho factores extraídos entre los grupos de pacientes que presentaban o enfermedad aguda o enfermedad crónica, para analizar si se producían diferencias psicológicas. Los resultados encontrados pueden verse en la tabla nº 2.

Tabla nº 2: Medias, desviaciones típicas y pruebas de diferencia “t” entre los pacientes diagnosticados de enfermedad “aguda” (N= 20) versus “crónica” (N=30) en los ocho factores de la H.R.H.

	Aguda		Crónica		“t”
	Media	Des.Tip.	Media	Des.Tip.	
F1. Sociabilidad, energía y vitalidad	88,00	9,33	77,10	14,34	3,255 **
F2. Pérdida	-3,05	6,98	2,36	10,09	-2,086 *
F3. Fracaso y tristeza	1,25	3,38	3,73	3,34	-2,561 *
F4. Percepción de gravedad de la enfermedad	16,35	6,12	17,43	4,98	-0,687
F5. Vitalidad positiva	20,75	4,07	17,43	5,98	2,164 *
F6. Percepción de vulnerabilidad a la enfermedad	2,35	2,88	3,23	2,47	-1,157
F7. Actividad física	17,40	6,26	13,76	5,99	2,062 *
F8. Adaptación	6,10	3,02	5,40	2,52	0,887

\* p< 0,05; \*\*p<0,01.

Como puede apreciarse en dicha tabla es el primer factor, denominado “Sociabilidad, energía y vitalidad”, el que ha producido las diferencias más significativas a favor del grupo de enfermos agudos (“t”: 3,255,  $p < 0,01$ ). Estas personas frente a las personas con enfermedades crónicas muestran mayor energía y vitalidad, y mayor gusto social. Hay que destacar que aunque el grupo de enfermos crónicos tiene significativamente más edad que el grupo de enfermos agudos (67,76 vs. 54,60, “t”: 2,776,  $p < 0,01$ ), este factor es independiente de dicha variable (Tau\_b de Kendall: -0,140,  $p < 0,159$ ).

El segundo factor de “pérdida” diferencia entre ambos grupos con puntuación superior para los enfermos crónicos (“t”: -2,086,  $p < 0,05$ ). Este factor sí que correlaciona significativamente con la edad (Tau\_b de Kendall: 0,210,  $p < 0,05$ ), por lo que covaría en el grupo de enfermos crónicos.

En el tercer factor de “fracaso y tristeza” tiene una puntuación superior el grupo de enfermos crónicos, manteniéndose independiente de la edad. (“t”: -2,561,  $p < 0,05$ ).

El factor que aparecía en cuarto lugar no diferencia a ambos grupos de enfermos (“t”: -0,687,  $p$ : no significativa). En este sentido ambos grupos perciben como graves sus enfermedades. Esta percepción viene agudizada por el hecho de que están hospitalizados y la enfermedad se percibe en este contexto siempre como grave, independientemente de la edad y del tipo de enfermedad.

El quinto factor (“Vitalidad positiva”) diferencia significativamente a favor al grupo de enfermos agudos (“t”: 2,164,  $p < 0,05$ ). Aunque aquí la edad juega algún rol a favor de ellos (Tau\_b de Kendall: -0,238,  $p < 0,05$ ).

Ni el factor sexto ni el factor octavo diferencian a los dos grupos de enfermos criterios. Pero sí les diferencia el factor séptimo (“t”: 2,062,  $p < 0,05$ ) que

mostraría que los sujetos con enfermedad aguda hacen más ejercicio físico y nuevamente esto vendría explicado en parte por la edad (Tau<sub>b</sub> de Kendall: -0,225,  $p < 0,05$ ).

## CONCLUSIONES

La H.R.H. puede ser un instrumento de recogida de datos psicológicos y de comportamiento en el contexto hospitalario. El enfermo hospitalizado, en general por enfermedades crónicas, suele tener ya una edad avanzada y un cierto deterioro cognitivo, todo esto hace que su capacidad de adaptación al entorno y su capacidad de recuperación de la enfermedad estén limitados.

Una evaluación adecuada de aspectos psicológicos puede ayudar a entender mejor a estos enfermos y ayudarles en la evolución de su enfermedad. Se ha diseñado la H.R.H. como una “entrevista estructurada”, ya que los cuestionarios suelen tener la dificultad de presentar múltiples sesgos de respuestas con este tipo de sujetos en este contexto, debido a las limitaciones de comprensión, cognitivas, y relativas a la gravedad de la enfermedad. La H.R.H. arroja una estructura factorial de 8 factores con una consistencia interna global (0,789) y por factores (media de 0,684) más que aceptable, y que describe aspectos psicológicos positivos y negativos de “sociabilidad, energía y vitalidad” (Factor 1), de “pérdida, fracaso y tristeza” (Factor 2 y 3), “percepción de gravedad de la enfermedad” (Factor 4), aspectos positivos para la superación de la enfermedad, como es la “vitalidad positiva” (Factor 5), “percepción de vulnerabilidad” (Factor 6), otros aspectos independientes positivos para la superación, como la “actividad física” (Factor 7) y varios indicadores de “adaptación” al medio (Factor 8).

Es el primer factor de “sociabilidad, energía y vitalidad” el que diferencia más nítidamente a los dos grupos de enfermos. Como ya se ha indicado este factor es independiente de la edad, por lo que estos aspectos psicológicos pueden ser muy positivos a la hora de manejar la enfermedad.

El segundo factor de “pérdida” con puntuaciones más altas en el grupo de enfermedades crónicas nos estaría señalando el componente de “desamparo” que muestran estos pacientes. Para Taylor (1979) (9) una falta de control sobre los acontecimientos cercanos a corto plazo genera “reactancia”, que vendría caracterizada por conductas de negación y “pasivo-agresivas”, pero esa falta de control mantenida en el tiempo, como es el caso de las enfermedades crónicas, donde no hay una cura definitiva y donde el “control” del paciente se limita al mantenimiento de la salud que se tiene y a no empeorar, puede conducir a un sentimiento de desamparo e impotencia (Seligman, 1975), en el que el sujeto puede considerar que ha perdido el control de su salud y de su vida en general. La sensación de “pérdida de control” puede vulnerabilizar y ser un factor de predisposición de varias enfermedades. Aunque quizás este resultado lo explique en parte la edad, que ha salido relacionada con esta variable, y no sólo la enfermedad. El deterioro natural del envejecimiento puede verse agudizado al tener que asumir el padecimiento de enfermedades crónicas.

En la misma dirección se muestra el tercer factor, aunque con independencia de la edad. Así los sujetos con enfermedades crónicas puntúan significativamente más en “fracaso y tristeza”. La gravedad de la enfermedad, medida por el cuarto factor no diferencia a los dos grupos en el contexto hospitalario.

Lo que nos indica el quinto factor es que los enfermos agudos parecen tener más resortes de superación vital positiva que los sujetos con enfermedad crónica. Aunque en parte se puede explicar por la mayor juventud del primer grupo.

Que no haya diferencias significativas entre los grupos en los factores sexto y octavo podría interpretarse como que es equivalente en el contexto hospitalario la percepción de gravedad de la enfermedad y que acaban adaptándose a dicho marco, al menos las personas con suficiente capacidad cognitiva y comprensiva. Por último, aunque marcado por la edad, los pacientes agudos se muestran más activos físicamente que los pacientes crónicos.

Por último, en estas conclusiones también es importante resaltar que la estructura encontrada en la H.R.H. puede ayudar a entender la dinámica psicológica en el ámbito hospitalario. Y que una vez asentada metodológicamente dicha estructura, se puede recomendar su uso práctico en el hospital, utilizando la información con los contenidos concretos de cada uno de los ítems. Para ello se ha diseñado como una escala no muy extensa, con ítems cortos y claros, y con un sistema de evaluación muy sencillo de utilizar por parte del personal sanitario. Éste está preocupado principalmente por el desarrollo de la enfermedad, pero le puede resultar muy importante profundizar en aspectos psicológicos y de adaptación para el pronóstico y el seguimiento (Rodríguez-Marín, 1995) (10).

## REFERENCIAS

- (1) Haranburu M, Sansinenea E. Osasunaren Psikologia. Bilbao: Servicio Editorial Universidad del País Vasco, 2004.
- (2) Glass DC, Singer JE. Urban stress: Experiments on noise and social stressors. New York: Academic Press, 1972.
- (3) Brehm JW. A Theory of Psychological Reactance. New York: Academic Press, 1966.
- (4) Seligman MEP. Helplessness: on Depression, development, and death. San Francisco: Freeman, 1975.
- (5) Zigmond AS, Snaith, RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatrica Scand 1983; **67**:361-70.
- (6) Caro I, Ibáñez E. La escala hospitalaria de ansiedad y depresión: su utilidad práctica en Psicología de la Salud. Boletín de Psicología 1992; **36**: 43-69.



- (7) Martín-Ortíz JD, Sánchez MJ, Sierra JC. Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología* 2005; **14**: 34-45.
- (8) Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979; **9**: 139-145.
- (9) Taylor SE. Hospital patient behaviour: Reactance, helplessness, or control?. *Journal of Social Issues* 1979; **35**:156-184.
- (10) Rodríguez-Marín J. *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis, 1995.

ANEXO  
VARIABLES DE LA HOJA DE REGISTRO HOSPITALARIO (HRH).

---

1. Sexo
2. Estado civil y/o convivencia familiar
3. Edad
4. Diagnóstico de la enfermedad de ingreso
5. Valoración médica de la gravedad de la enfermedad de ingreso
6. Diagnóstico de la enfermedad más grave
7. Valoración médica de la gravedad de la enfermedad más grave
8. Esta última enfermedad es            Aguda            Crónica
9. Peso
10. Talla
11. Fumador
12. Cantidad de cigarrillos al día:
13. Es “exfumador (con secuelas físicas)
14. Si no fuma, se considera “fumador pasivo”
15. Gamma GT
16. Valoración alcoholismo
- Medicamentos adicionales (uso frecuente):
- En casa:
17. Para dormir
18. Laxantes
19. Tranquilizantes
20. Analgésicos
21. Otros (**no** referidos al tratamiento actual)
- En el hospital:
22. Para dormir
23. Laxantes
24. Tranquilizantes
25. Analgésicos
26. Otros (**no** referidos al tratamiento actual por gravedad o ingreso)
- Actitud dependiente hacia el hospital
27. Se quiere quedar en el hospital o no quiere el alta
28. Cuando tenga el alta, dice que quiere volver pronto al hospital
29. Se quiere ir pronto a su casa
30. Entiende bien lo que le dice el personal del hospital
31. Le cuesta seguir los tratamientos médicos
32. Se le olvida tomar las medicinas
33. Número de horas nocturnas que suele dormir en casa
34. ¿En casa se echa la siesta?
35. Valorar de 0 a 10 el nivel de ejercicio físico que desarrolla normalmente, fuera del hospital.
36. Se considera una persona triste
37. Se considera una persona nerviosa
38. Se preocupa por su enfermedad o enfermedades graves
39. En casa come menos-----igual-----más cantidad de comida que en el hospital.
40. Considerar de 0 a 10 su gusto por la lectura
41. Se considera fácilmente irritable
42. Se considera sociable

43. Se siente en general feliz y satisfecho con su vida
44. Se siente a gusto con sus relaciones familiares
45. Se siente (o se sentía en caso de estar jubilado) a gusto en su trabajo
46. Está a gusto con sus amistades
47. Considera suficiente el número de amistades que tiene
48. En qué medida considera grave su enfermedad principal (más grave)
49. En qué medida considera grave su enfermedad de ingreso
50. Cree que es proclive a sufrir enfermedades físicas
51. Cree que tiene suficiente fuerza para mantenerse físicamente sano
52. Tiene la sensación de que todo se le viene encima
53. Tiene la sensación de perder el control sobre su vida
54. En casa se las arregla para estar ocupado y activo
55. Tiene la sensación de que está perdiendo la vida
56. Piensa que no merece la pena seguir viviendo la vida
57. Piensa en “quitarse de en medio”
58. Da muchas vueltas a las cosas en la cabeza
59. Se siente fracasado en la vida
60. La vida le ha dado más o menos lo que esperaba o se merecía
61. Se siente capaz de conseguir lo que se propone
62. Tiene suficiente energía
63. Le gusta su forma de ser
64. Está satisfecho con el dinero del que dispone
65. Le gusta la vida que lleva
66. Ha aceptado su enfermedad más grave