

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

**“BRINDAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PACIENTES CON
PROBLEMAS EMOCIONALES CAUSADOS POR LA
HOSPITALIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y
CIRUGIA DE HOMBRES Y MUJERES EL HOSPITAL NACIONAL
HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT.
SAN FELIPE DE JESUS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ”**

INFORME FINAL DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO –EPS-
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

JOSÉ ANTONIO MONTERROSA MENZEL


PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIADO

GUATEMALA, OCTUBRE DE 2012

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central figure of a woman with a crown, flanked by two lions. Above her is a castle. Below her is a figure holding a staff. The seal is surrounded by Latin text: "ACADEMIA CAROLINA" at the top, "UNIVERSITAS SAN CAROLAE" on the left, and "GUATEMALENSIS" on the right. The motto "PLUS ULTRA" is written on banners held by the lions.

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

DOCTOR CESAR AUGUSTO LAMBOUR LIZAMA
DIRECTOR INTERINO

LICENCIADO HÉCTOR LIMA CONDE
SECRETARIO INTERINO

JAIRO JOSUÉ VALLECIOS PALMA
REPRESENTANTE ESTUDIANTIL
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico
EPS
Archivo
REG.113-2008
DIR. 1901- 2012

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

08 de octubre de 2012

Estudiante

José Antonio Monterrosa Menzel
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA GUIÓN DOS MIL DOCE (1890-2012), que literalmente dice:

"UN MIL OCHOCIENTOS NOVENTA: Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"BRINDAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PACIENTES CON PROBLEMAS EMOCIONALES CAUSADOS POR LA HOSPITALIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DE HOMBRES Y MUJERES DEL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, SAN FELIPE DE JESUS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ,"** de la carrera de: Licenciatura en Psicología, realizado por:

José Antonio Monterrosa Menzel

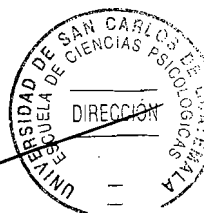
CARNÉ No. 200117001

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado. Con base en lo anterior, se **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

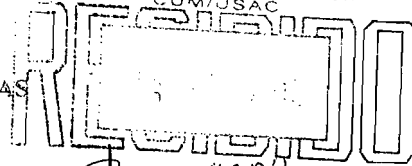
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO - CUM-

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

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



FIRMA: [Signature] HORA: 14:08 Registro: 113-08

Reg. 113-2008

EPS. 239-2007

03 de octubre del 2012

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, supervisado y revisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de José Antonio Monterrosa Menzel, carné No. 200117001, titulado:

"BRINDAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PACIENTES CON PROBLEMAS EMOCIONALES CAUSADOS POR LA HOSPITALIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DE HOMBRES Y MUJERES DEL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, SAN FELIPE DE JESUS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ."

De la carrera de: Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo de Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

[Signature]

Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
COORDINADOR DE EPS



JDg.
c.c. Control Académico
Archivo



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"
Tel. 24187530 Telefax 24187543
e-mail: usaepsic@usac.edu.gt

Reg. 113-2008
EPS. 239-2007

03 de septiembre del 2012

Licenciado
Oscar Josué Samayoa Herrera
Coordinador de EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de **José Antonio Monterrosa Menzel**, carné No. **200117001**, titulado:

"BRINDAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PACIENTES CON PROBLEMAS EMOCIONALES CAUSADOS POR LA HOSPITALIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DE HOMBRES Y MUJERES DEL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, SAN FELIPE DE JESUS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ."

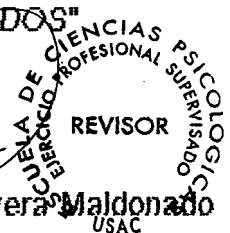
De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado
Revisora
USAC



JDg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 113-2008
EPS. 239-2007

28 de julio del 2011

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **José Antonio Monterrosa Menzel**, carné No. **200117001**, titulado:

"BRINDAR ATENCIÓN PSICOLÓGICA A LOS PACIENTES CON PROBLEMAS EMOCIONALES CAUSADOS POR LA HOSPITALIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA DE HOMBRES Y MUJERES DEL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, SAN FELIPE DE JESUS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ."

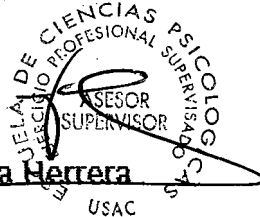
De la carrera de: Licenciatura en Psicología

En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este Departamento, me permito dar mi **APROBACIÓN** para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado **Oscar Josué Samayoa Herrera**
Asesor Supervisor



/Dg.

c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico

EPS

Archivo

Reg.113-2008

CODIPs.596-2008

De Aprobación de Proyecto EPS

07 de abril de 2008

Estudiante

José Antonio Monterrosa Menzel
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO PRIMERO (31o.) del Acta CERO NUEVE GUIÓN DOS MIL OCHO (09-2008) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 27 de marzo de 2008, que literalmente dice:

"TRIGÉSIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: "FORTALECIMIENTO DE HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE, PREVENTIVA Y DE AUTO-CUIDADO EN LOS PACIENTES EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA Y MEDICINA DE HOMBRES Y MUJERES EN EL HOSPITAL NACIONAL REGIONAL HERMANO PEDRO DE BETANCOURT" de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

JOSÉ ANTONIO MONTERROSA MENZEL

CARNÉ No. 200117001

Dicho proyecto se realizará en la ciudad capital, asignándose al Licenciado Fernando Salvatierra, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente, y al Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



/rut



HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT
Aldea San Felipe de Jesús,
Antigua Guatemala, Sac.
Teléfono: 78311319-25 Fax: 78887024

25 de septiembre del año 2012

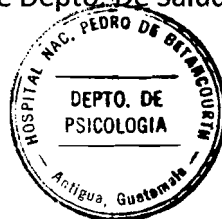
LICENCIADO
OSCAR JOSUE SAMAYOA
COORDINADOR DEPTO. DE E.P.S
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO CUM
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Lic. Samayoa:

Tengo el agrado de informarle que el estudiante **JOSE ANTONIO MONTERROSA MENZEL** Carné # 2001-17001 de febrero a octubre del año 2008 realizó satisfactoriamente su Ejercicio Profesional supervisado, ejecutando el proyecto denominado **Brindar atención psicológica a los pacientes con problemas emocionales causados por la hospitalización en los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres**, del hospital nacional Hermano Pedro de Bethancourt. San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepequez

Sin otro particular, me suscribo atentamente,

LIC. FERNANDO SALVATIERRA G.
Jefe Depto. De Salud Mental



C.c. Archivo

PADRINOS DE GRADUACIÓN

Ana Lilian Monterrosa Menzel

Licenciada En Psicología

Colegiado Activo 1,648

José Fernando Monterrosa Menzel

Licenciado En Ciencias Jurídicas Y Sociales

Abogado Y Notario

Colegiado Activo 14,471

ACTO QUE DEDICO

A Dios:

Gracias por llenarme de bendiciones cada día

A mis padres:

Gracias por creer en mí, por su apoyo incondicional, amor y paciencia, ustedes saben que todo lo bueno que hay en mí es gracias a ustedes, los amo.

A mis Hermanos:

Gracias por compartir mis alegrías y animarme en mis desaciertos, los quiero.

A mi Esposa:

Sin tu apoyo incondicional y tus dulces palabras de aliento cuando no desee continuar, este esfuerzo no sería posible, mil gracias Te Amo.

A mis padrinos de Graduación:

Gracias por su ejemplo.

INDICE

CAPITULO I

1.1 Antecedente Histórico - Antropológico.....	1
1.2 Descripción de la Institución.....	14
1.3 Características de la Población.....	18
1.4 Planteamiento de Problemas y Realidades.....	22

CAPITULO II

2.1 Referente Teórico Metodológico.....	26
2.2 Objetivos Generales y Específicos.....	67
2.3 Metodología de Abordamiento.....	69

CAPITULO III

3.1 Descripción de la Experiencia.....	78
--	----

CAPITULO IV

4.1 Análisis de los Resultados.....	98
-------------------------------------	----

CAPITULO V

5.1 Conclusiones.....	114
5.2 Recomendaciones.....	118

Bibliografía

RESUMEN

El Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- se realizó en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, ubicado en la aldea de San Felipe de Jesús, que pertenece al departamento de Sacatepéquez, a dos kilómetros de Antigua Guatemala.

La realización de esta experiencia tuvo una duración de ocho meses en los cuales se abarcó tres ejes de trabajo, divididos según las necesidades de la institución y área de trabajo de cada epesista.

En el departamento de Psicología se cubrió el servicio de medicina y cirugía de hombres y mujeres, atendiendo a pacientes de encamamiento, ingresados a través de la consulta externa en medicina de alguna especialidad, o por medio de la emergencia y que luego fue necesaria su hospitalización, así también se realizó apoyo a familiares de pacientes internos.

El servicio de medicina y cirugía de hombres y mujeres fue el centro de los tres ejes de intervención psicológica.

En primer lugar los pacientes abordados desde el Eje de Atención Directa, a quienes se visitaba diariamente con el fin de apoyar en su situación de hospitalización por la presencia de síntomas psicológicos que de alguna manera repercutían en la recuperación de la enfermedad física o biológica y por quienes se pensó este programa de intervención.

El segundo Eje denominado de Prevención y Formación, se dirigió al grupo de pacientes hospitalizados y a sus familiares, es decir, aquellos amigos y familiares que asistían a las visitas de manera frecuente y que al ver la situación de enfermedad de los pacientes entraron en crisis, o que permanecían al cuidado de los pacientes, pero que no tenían una amplia comprensión de la problemática de los mismos.

Este eje fue abordado a través de charlas y talleres personalizados, con temas de interés según el padecimiento de cada paciente con temas que aporten al cuidado del mismo y lo motiven para llegar a la rehabilitación sin perder las esperanzas de mantener una vida saludable en el futuro, no solo física sino emocionalmente.

Por último, el tercer Eje habla acerca de la investigación realizada, presentando como problemática el Síndrome de Hospitalización, el cual aqueja a las personas que permanecen confinadas por periodos largos de tiempo, a este ambientes, y que en algunos casos en lugar de mejorar se deterioran al paciente, producto del ambiente hospitalario.

Todo esto descrito a lo largo de los cinco capítulos que conforman una guía de las generalidades del sistema público de salud y que continúan a través de la explicación de lo observado como problemática, apoyando el fenómeno a través de la teoría y explicando las herramientas para la investigación.

Consecutivamente se describe y explica la experiencia obtenidas durante los ocho meses de ejecución, con los principales inconvenientes, logros, mejoras y cambios.

Para posteriormente rendir posteriormente un informe analizado de cada una de las experiencias adquiridas, finalizando con las respectivas conclusiones y recomendaciones y mejoras.

INTRODUCCIÓN

La buena salud de la población es uno de los pilares fundamentales del progreso social y económico de un país. Existe una estrecha interrelación entre buena salud, reducción de la pobreza y a largo plazo, en el desarrollo económico. En los países de bajo ingreso económico, la mala salud de un pueblo, también conocida como carga de enfermedad, es una barrera que impide romper el círculo de la pobreza y progresar en el crecimiento de sus economías.

Se considera de crucial importancia alcanzar una reducción sustancial en los niveles de pobreza y una notoria mejoría en el estado de salud de las personas más pobres, Guatemala está entre los países que suscribieron la Declaración del Milenio, que trata estos temas.

Por tanto, el aporte que se brinda a través de este trabajo confirma la necesidad de luchar por la salud integral. La prevalencia de las personas en los hospitales públicos alcanza un gran número, ya que la atención hospitalaria en algunos casos, en lugar de promover la salud puede llegar a tener efectos nocivos, como el síndrome hospitalario, en los pacientes debido a las carencias de medicamentos, camillas y atención personalizada, que existen para brindar una mejor atención, sumado a ello el que las personas no tengan hábitos de vida saludable por las circunstancias psicosociales que los rodean y sumado a las dificultades de atención que atraviesan en la actualidad los hospitales públicos solo aumenta la prevalencia de pacientes en dichas instituciones.

El presente trabajo pretende brindar apoyo psicológico a los hospitales públicos, como lo es el Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt. Debido a que la atención psicológica forma parte de la salud integral.

Las limitantes en la estructura física y políticas de atención de los hospitales públicos carecen de apoyo psicológico, esta figura ayudara en alguna medida a que los pacientes tengan una mejor disposición para comprender su situación de enfermedad.

Por otra parte este trabajo se realizó con el fin de hacer conciencia sobre las necesidades de intervención psicológica, en pacientes hospitalizados; debido a situaciones contextuales llevan una doble carga al momento de enfermar y que aumentan con la hospitalización, dicha situación no ayudan a propiciar una mejora significativa en los pacientes.

Con lo descrito se brindan algunos indicadores de cómo apoyar a los pacientes hospitalizados y a sus familiares, enseñando el cuidado de cada paciente que se pueden utilizar para quienes los cuidan, creando hábitos de vida saludable, que les acompañen siempre y fortalezcan formas de vida, más sanas que puedan convertirse en una forma de disminuir conductas que los lleven a visitar el hospital o a enfermar.

A continuación se describen cinco capítulos que contienen los tres ejes de ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado, el cual nos acerca a la realidad de los pacientes hospitalizados y la necesidad de tomar en serio la profesión del psicólogo ya que con su apoyo la rehabilitación puede llevarse a cabo con un mejor pronóstico.

En el primer capítulo se narran los aspectos histórico-antropológicos, la descripción del contexto de la institución, las más destacadas características de la población atendida y el planteamiento de problemas y realidades en los cuales se baso el trabajo ejecutado en el Ejercicio Profesional Supervisado.

En el capítulo número dos se hace referencia al abordamiento teórico-metodológico de las problemáticas observadas, descritas y

analizadas, se plantearon los objetivos que anclaron factores las guías de desempeño, para la metodología de abordamiento.

En el tercer capítulo describe el conjunto de experiencias que se han vivenciado a lo largo de los ocho meses de ejecución en del Ejercicio Profesional Supervisado, en los tres ejes de ejecución, tanto las limitaciones como los logros, las experiencias vividas para realizar el proyecto propuesto, todas aquellas modificaciones y la forma en que se llevaron a cabo.

El capítulo cuatro de este informe habla de todo aquel hallazgo a través del análisis de cada obstáculo, logro y aquellas situaciones que no se previeron, pero que fueron necesarias aun con dificultades, para la realización de esta práctica.

Para finalizar se realizan las conclusiones y las respectivas recomendaciones a las que se llegaron, no solo a través del análisis de esta experiencia sino de lo que se encontró como realidad silenciosa.

De esta manera se pretende que los futuros profesionales se nutran con el pequeño aporte que brinda esta experiencia y continúen luchando por llevar salud a quienes lo necesitan, a través de un trabajo profesional, ético y comprometido.

CAPITULO I

UBICACIÓN CONTEXTUAL

1.1 Aspecto Histórico-Antropológico:

Cuando Pedro de Alvarado llega a Guatemala se gana con su trato la desconfianza de los naturales del país, los hombres de Alvarado tuvieron que enfrentarse a una hostilidad que se prolongó, básicamente, hasta noviembre de 1526. Los años de la rebelión cakchiquel transcurren entre 1524 y 1530.

Los conquistadores toman las tierras en posesión para obligar a los pueblos a organizarse por comunidades y sociedades, que con el tiempo se convierten en parcelas y manzanas para ser arrendadas a los pobladores del lugar, estos cambios propician la alienación en sus habitantes.

Luego de años de sumisión y enfrentamiento, se funda la Ciudad de Santiago de los Caballeros, actualmente “La Antigua Guatemala”. La cual se vio en múltiples desastres naturales, donde la construcción de una hermosa ciudad se vio destrozada. Diego de Porres, artista que volcó su talento en el afán construir una ciudad pictórica, sufre la peor tragedia causada por terremotos, entre uno de ellos el del 12 de febrero de 1689, que dañó casas, comunidades de religiosos y templos.

Cuando el terrible sismo del 29 de julio de 1773, llamado de “Santa Marta”, destruyó Santiago de Guatemala, el Muy Ilustre Presidente, Gobernador y Capitán General Martín de Mayorga admitió la orden de trasladar la capital. Aunque los vecinos mostraron su desacuerdo, este dramático trasiego tuvo por destino el Valle de la Ermita. Respaldando dicha decisión, una Real orden de Su Majestad aprobaba esta medida el 22 de enero de 1774. Meses después, el 21 de julio de 1775, la Corona daba su visto bueno al traslado formal de la sede capitalina.

En lo sucesivo, Santiago de Guatemala pasó a denominarse “La Antigua Guatemala”, según consta en un documento oficial fechado el 24 de julio de 1774. Muy significativamente, esa página burocrática, donde queda registrado el nombre por el cual conocemos hoy a esta metrópoli, exponía el auto fijado por el cabildo para celebrar

una misa de acción de gracias “por los beneficios experimentados en la ruina de la Antigua Guatemala.”¹

Si bien los propietarios, forzados por la orden Real, debían demoler las edificaciones que formaban parte de su patrimonio, éstos se mostraron renuentes a una reubicación en el Valle de la Ermita. No obstante, el mobiliario y adornos que antaño habían enriquecido los edificios de la capital pasaron a formar parte de la ambiciosa mudanza, y ello restó brillo a las construcciones más notables, sometidas ya a los ritmos del abandono, el desmantelamiento y la decadencia.

Sin embargo, por la fuerza de los hechos, “La Antigua Guatemala” no llegó a convertirse en un municipio fantasma.

Comenzó a restaurarse la catedral en 1813. En este propósito cumplió una labor destacada el corregidor José María Palomo y Montúfar, impulsor de tareas específicas en este campo.

Recompensando el tesón de sus protectores, y gracias a un estudio arquitectónico de Verle Lincoln Annis, La Antigua Guatemala fue declarada Monumento Nacional el 30 de marzo de 1944 de acuerdo con el decreto legislativo núm. 2772. En 1946, la formación del Instituto de Antropología e Historia favoreció un método conservador más ordenado.

El 25 de septiembre de 1958, Antigua Guatemala fue, durante un solo día, capital de la República; un acuerdo que volvió a adoptarse el 7 de diciembre de 1962. Pero volvamos atrás, pues el 12 de octubre de 1958, un nuevo decreto –con número 1254– la nombraba Ciudad Emérita. Sin embargo, el deterioro no comenzó a frenarse con un protocolo adecuado hasta que el Congreso de la República aprobó una Ley Protectora el 25 de noviembre de 1969. Gracias a esta reglamentación, comenzó a actuar el Consejo Nacional para la Protección de La Antigua Guatemala, cuya labor fue indispensable para preservar la monumentalidad colonial.

¹ Gall, Francis. *Diccionario Geográfico de Guatemala. Tomo III. Comp. Crítica. Guatemala C.A. 1980. Pág. 21.*

Actualmente Antigua Guatemala tiene catorce aldeas lindantes y que son parte de su jurisdicción municipal las cuales son a continuación mencionadas, San Felipe de Jesús, El Hato, San Mateo Milpas Altas, Santa Inés, El Monte Pulciano, San Juan Gascón, Santa Isabel de Hungría, Santa Ana, San Cristóbal El Bajo, San Cristóbal El Hato, San Gaspar Vivar, Santa Catalina Bobadilla, San Pedro Las Huertas y San Juan del Obispo.

De estas catorce aldeas San Felipe de Jesús forma parte de la experiencia de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS - razón por la cual se investigaron sus orígenes históricos.

Aunado a la historia de Antigua Guatemala en la siniestra erupción del Volcán de Fuego el 14 de enero de 1582, una correntada de lava destruyó el pueblo de San Juan Ahuacatepeque; la mayoría de sus vecinos fueron trasladados al pueblo de San Felipe de Jesús.² Las imágenes religiosas fueron trasladadas a la cabecera municipal Alotenango y luego trasladada a San Felipe de Jesús, según datos sin confirmación a la fecha, por el 30 agosto 1670. Sin embargo, en 1970 se celebró el tercer centenario de su traslación en forma solemne.

En el siglo XVII, específicamente en el año 1604 San Felipe de Jesús es fundada, se encontraba situada en la periferia norte de la ciudad de ese entonces, Santiago de Panchoy, separada por el cerro de Manchén. Esta lleva el nombre de un santo misionero, que perteneció a la orden Franciscana como protomártir entrega su vida por Cristo en el Japón a los 24 años de edad.

Su nombre de pila fue Felipe de las Casas. Nació en la ciudad de México, en mayo del año 1572. Sus padres, inmigrantes españoles: Antonio Toledano de Illescas y Antonia Andaluza de Sevilla. Le dieron buen ejemplo. En su niñez era tan inquieto y travieso que cuando decidió irse al convento de Puebla para hacerse franciscano, su haya comentó: "Eso será cuando la higuera reverdezca". Aludiendo a una higuera seca que había en el patio de la casa. Llegó al convento de Puebla, donde residía el Beato

² Gall, Francis. *Diccionario Geográfico de Guatemala. Tomo III. Comp. Crítica. Guatemala C.A. 1980. Pág. 277.*

Sebastián De Aparicio. En efecto, Felipe duró muy poco allí. No resistió aquella vida y regresó a su casa.

Cuando había cumplido 18 años, su padre, Alonso de las Casas, lo envió a las Islas Filipinas a probar fortuna. Allí se estableció en la ciudad de Manila. Al principio estaba deslumbrado por la vida mundana, pero pronto sintió de nuevo la llamada del Señor. Felipe entró con los franciscanos de Manila. Esta vez ya había madurado y su conversión fue de todo corazón. Cambió su nombre al de Felipe de Jesús. Estudiaba, atendía a los enfermos. Todo lo hacía con la dedicación de un hombre que vivía para Jesús.

En 1596 sus superiores le anunciaron que ya se podía ordenar sacerdote. Como no había obispo en Filipinas, la ordenación sería en México, su ciudad natal, junto con su familia y amistades de infancia. Con ese fin se embarcó en el galeón San Felipe, con Fray Juan Pobre y otros franciscanos; pero una gran tempestad desvió el barco hasta que naufragó en las costas del Japón. Felipe interpretó su naufragio como una dicha. Podría entregarse más a Cristo por la conversión del Japón

El 3 de enero de 1597, en Meako, se les cortó a los reos cristianos la mitad de la oreja izquierda y, de tres en tres, fueron llevados por la ciudad en carretas, precedidas por el edicto mortal. Queriendo el emperador infundir en sus súbditos horror al cristianismo, dispuso que fueran llevados por Hirosima y Yamaguchi, hacia el este, hasta Nagasaki, en la isla Kyushu, donde era muy grande la presencia de cristianos. Allí, en una colina que domina sobre la ciudad y la bahía, fueron dispuestos los mártires ante las cruces que les habían preparado. “¡Qué abrazado estaba con su cruz fray Felipe!”, contaba un testigo. 26 mártires fueron crucificados.

Fray Felipe de Jesús no podía decir nada pues el sedile de su cruz quedaba muy bajo, y estaba casi colgando de la argolla que le sujetaba el cuello. Apenas logró gritar tres veces el nombre de Jesús, haciendo verdadero su santo nombre: Felipe de Jesús. Viéndole acabado, lo mataron al modo acostumbrado: dos lanzas atravesaron sus costados, y cruzándose en el pecho, salieron por sus hombros. Así murieron todos, Felipe el primero. Era el 5 de febrero de 1597.

Según relata una leyenda, ese mismo día la higuera seca de su hogar tomó vida y dio fruto. Felipe había llegado a la santidad más heroica. Fue beatificado, juntamente con sus compañeros mártires el 14 de septiembre de 1627. Canonizados el 8 de junio de 1862 por el papa Pío IX. Una de las dos iglesias romanas dedicadas a la Virgen de Guadalupe, en la Vía Auerlia, 677, lo tiene por segundo titular.

Retomando el origen de San Felipe de Jesús las tierras eran consideradas propiedad de sus fundadores. El 21 de septiembre de 1528 es dada en título de propiedad a don Gaspar Arias Dávila, alcalde en funciones en aquel tiempo luego al morir esta pasa a nombre de su hija doña Juana de Chinchilla. Las tierras estaban siendo divididas por población española, indígena y otros (negros, mulatos y mestizos). Estas comunidades predominantemente indígenas eran catalogadas y explotadas en el siglo XVI como milpas, con el transcurrir del tiempo fueron considerados barrios o pueblos separados. En esta categoría está incluido San Felipe de Jesús ubicado en la periferia norte de la ciudad. La milpa de San Felipe de Jesús está ubicada en la periferia del sitio de la futura ciudad de Santiago de Pachoy,

Por acuerdo gubernativo del 14 de marzo de 1883 se dispuso que el poblado quede anexo al municipio de Jocotenango; luego pasó al de Antigua Guatemala por acuerdo gubernativo del 23 de agosto de 1935.³

Actualmente su población se estima en 4,783 habitantes (2,303 hombres y 2,480 mujeres),⁴ censo realizado en el 2002. Su clima es templado y agradable durante casi todo el año, sus pobladores en su mayoría son católicos y veneran la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente, desde el 30 de agosto de 1670.⁵

Aspecto Socioeconómico:

³ *Idem*

⁴ *Datos estadísticos brindados por INE (Instituto Nacional de Estadística). Censo 2002.*

⁵ *Gall, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala. Tomo III. Comp. Crítica. Guatemala C.A. 1980. Pág. 277.*

Cada familia de San Felipe de Jesús cuenta con un promedio de cinco a ocho miembros, integrada por padres e hijos y en algunas ocasiones también por abuelos. La actividad económica de los pobladores de la aldea, se desarrolla de diversas formas.

Los pobladores se dedican especialmente a la venta de productos artesanales, la venta de comida típica, dulces, venta de productos de vestir. Los ingresos que ellos adquieren son a través de la venta de platillos guatemaltecos como: tostadas, atoles, rellenos, etc. Los cuales son degustados por los habitantes y extranjeros. Algunos platillos son elaborados a base de granos de maíz. Es importante mencionar que la mayoría de los pobladores se han visto en la necesidad de adquirir producto de otras localidades y luego revenderlo en el lugar. Los Negocios de la Aldea de San Felipe se encuentran principalmente en la plazuela central, estos formados por familias nativas de la región. Otros puntos de ventas que ayudan al sostenimiento de muchos hogares son el parque y el frente del hospital, ya que aquí los habitantes llegan a sus negocios con la visión de ofrecer a las personas que llegan de otros lugares diversos productos de consumo diario, frente a estos lugares se encuentran negocios como tiendas, puestos de comida, frutas, etc.

Es evidente la proyección de la población, su deseo de superarse y el brindarles a sus hijos educación para que estos en un futuro puedan optar a un trabajo mejor, en donde puedan ganar lo suficiente para tener una situación económica estable. En San Felipe no se observan establecimientos comerciales y de servicios grandes, los únicos que hay son quienes satisfacen la demanda local, pues su comercio mayor se realiza en “Antigua Guatemala”, por su cercanía, contando únicamente con líneas exclusivas con servicio diario. Entre estos están: tortillerías, barberías, farmacias, misceláneas, panaderías, tiendas, librerías, café internet.

Otra forma de ingreso para los pobladores de la aldea es el alquiler de viviendas, apartamentos, habitaciones y/o casas a personas que llegan a la Aldea a trabajar por temporadas, personas que especialmente se dedican a prestar servicios de salud pública, o quienes laboran en fincas, así también personas extranjeras, estos son quienes se hospedan y contribuyen a la actividad económica de la población. La población cuenta con trabajo de fincas aledañas en donde realizan actividades varias.

Hombres y mujeres de San Felipe también buscan empleo fuera de la Aldea por lo regular en Chimaltenango y San Lucas. Para las mujeres se han ampliado las oportunidades de trabajo, dedicándose muchas de ellas a la realización de oficios domésticos, lavado, planchado, cuidado de niños o personas de la tercera edad, mujeres quienes salen a trabajar a otras casas, por tiempo completo o bien medio tiempo, a lugares como Antigua Guatemala y otros sectores cercanos.

Otra fuente de trabajo que aporta ingresos económicos a muchos pobladores es la finca Filadelfia, compañía que solamente recluta y selecciona personal para el corte de café y para otras actividades varias, actividades que se llevan a cabo en los días de noviembre. Es importante mencionar que no toda la población asistente es proveniente de San Felipe, a la Finca asisten personas de aldeas y departamentos aledaños.

Los pobladores de San Felipe y vecinos locales se han visto en la necesidad de emigrar al extranjero por tiempos cortos para proveer a sus familias de alimento, educación, vivienda, etc. Así como también reciben divisas.

El desarrollo de trabajos, entre actividades diarias formales e informales, forma la economía familiar de San Felipe de Jesús, familias que para solventar sus necesidades buscan diversas formas para agenciarse de fondos económicos para su subsistencia.

Otro punto especial que es importante mencionar, es que en la mayoría de los hogares de la Aldea, la ayuda económica del padre de familia es mínima o inexistente, en algunos casos, esto debido a inconvenientes que desintegran estructuras familiares.

Los estudios estadísticos demuestran que la aldea de San Felipe de Jesús es una comunidad conformada por gente muy joven, el rango de edad se mantiene entre 5-9 años y 10 -14 años, punto que indica ser el factor de muchas limitantes para el desarrollo económico de la Aldea, ya que a la población demasiado joven, y se le dificulta el acceso al trabajo, ya que su juventud, no es fácil tener la oportunidad de desempeñar algún puesto en las fabricas, fincas y/o otros negocios. Los pobladores de mayor edad, quienes tienen una buena economía y que socialmente podrían ser aptos para desarrollar labores en varias empresas grandes son escasos, la población

adulta en la Aldea no toda es profesional. Algunos de los pobladores de San Felipe de Jesús no saben leer ni escribir, y los que lo realizan lo hacen con cierta dificultad, esto es evidente que interfiere en su formación y en el desenvolvimiento personal y laboral. Todo esto le da a la aldea una perspectiva poco estable para el desarrollo.

En los hogares de la Aldea los progenitores con bajos recursos optan por no darles estudios a sus hijos, sino prefieren que los hijos varones, mayores trabajen fuera del hogar y que las hijas se dediquen a los oficios domésticos.

San Felipe de Jesús cuenta con el Hospital Nacional “Hermano Pedro Bethancourt” que fue inaugurado en 1991. Es importante mencionar que muchos estudios estadísticos demuestran que aunque existe dentro de la Aldea el Hospital para el servicio de la población, quienes acuden a este centro hospitalario no son propiamente los residentes de San Felipe, ya que la mayor incidencia de personas es proveniente de otros departamentos, personas de caseríos, aldeas y pueblos cercanos, y en algunos casos se observa incluso la asistencia de extranjeros.

San Felipe de Jesús cuenta con la ayuda de muchas organizaciones, principalmente en el área de la salud, como por ejemplo; “Cristian Children`s”, “Nuestros Ahijados” y “Familias de Esperanza”, quienes brindan apoyo a familias de bajos recursos económicos, facilitando mejoras en la educación, alimentación y ofreciendo víveres, atención médica, psicológica, odontológica, oftalmológica, etc. Sobre esto no se tiene un dato estadístico ni documentación debido a que son instancias extranjeras, que prevalecen al servicio de las personas de la Aldea. Y que se encuentran en el perímetro externo de san Felipe de Jesús.

Educación:

San Felipe de Jesús cuenta con una sola escuela pública llamada “Escuela Rural Mixta de San Felipe de Jesús”, la cual debería atender a la mayor parte de población infantil de dicha aldea, sin embargo no es así.

Ya que tiene muchas limitaciones de cobertura, año con año las aulas rebasan el número apropiado de alumnos, siendo más de 40 alumnos que asisten por grado; las aulas de esta escuela se inundan con las fuertes lluvias en la época del invierno, los maestros brindan educación a niños únicamente con los recursos didácticos existentes, los cuales son muy pocos y se encuentran en malas condiciones, debido a varios factores que dificultan el proceso de enseñanza aprendizaje, lo cual redundo en un nivel de deserción. Es importante mencionar que es notorio que la mayoría de la población estudiantil que se retira, son niñas, en la escuela son los niños quienes pasan a ser favorecidos en algunos aspectos en lo que respecta a educación.

La escolar deserción en niñas según lo observado, se encuentra asociado a dos aspectos fundamentales, el primero por creencias dentro de la familia, que corresponden a mensajes como "...si de todas maneras se va a casar mejor que aprenda ha hacer el oficio..." y lo segundo es debido a que a las niñas es mas fácil ubicarlas laboralmente, realizando oficios domésticos en casas o de niñeras, recurren a estas alternativas para mejorar su situación económica familiar.

Existe en la población total un analfabetismo de 5% en el género masculino y es evidente que se duplica en un 10% en la población femenina,⁶ las causas son variadas. La desnutrición, la negligencia y la actual situación socio-económica han repercutido en el desenvolvimiento académico de la población.

La educación privada formal, ofrece superiores perspectivas que el ámbito público, está constituida por varios colegios que atienden la educación primaria y secundaria, colegios que se han presentado como mejor opción, que promocionan tener mejores programas en la educación. La población que busca un nivel superior como el diversificado y el universitario se dirige a la Antigua Guatemala.

En la Aldea se encuentran más opciones con varios programas educacionales llamados también "educación informal", que son dirigidas a personas que en la medida de sus posibilidades quieren superarse y así lograr una posición económica diferente para su familia.

⁶ Información brindada por INE (Instituto Nacional de Estadística) censo 2002.

Programas con el objetivo de capacitar a las persona para que estos puedan desempeñar un oficio con eficiencia y eficacia.

Además los proyectos para emprendedores que busquen iniciar su propio negocio, con la visión de generar así un autoempleo. Cursos que brindan apoyo para acreditar mano de obra calificada y competente.

Y otros programas que instan a la población a conducirse al campo laboral productivo propio.

El Ministerio de Educación certifica este proceso y lo respalda de tal manera que cuando se hace entrega del diploma al final del curso se enfatiza que este tiene un valor muy importante. Estos programas no son desarrollados al azar en la comunidad, son planificados tomando como base las necesidades de la misma.

El beneficio que se obtiene de estos, es que las personas mejoran su calidad de vida y generan un aumento en la participación en las operaciones de la empresa.

Entre los cursos que se imparten están: electricidad, envasado y deshidratado de alimentos, floristería, herrería y soldadura, huertos, manualidades, panadería, repostería, piñatería, talabartería, técnicas agropecuarias, tejidos, automatización de oficinas, arte y pintura en tela, carpintería, computación, deshilado, bordado entre otros.

Estos programas facilitan información lo cual aumenta el reconocimiento por el conocimiento obtenido. Sin embargo los materiales de uso para el aprendizaje personal corren por cuenta de cada participante. Esto fortalece la autoestima de la persona y lo impulsa a seguir adelante a pesar de los problemas que pueda enfrentar.

También existe apoyo para terminar la educación de nivel primario y básico, desarrollados de manera acelerada para aquellas personas que por alguna razón no pudieron seguir adelante con su preparación académica. El único requisito es haber aprobado primero y segundo año de primaria. Con estos dos años aprobados los adultos pueden reiniciar el aprendizaje. En un año se cursan dos grados, hasta finalizar la educación primaria, para luego continuar con la educación secundaria.

Aspecto ideológico-político:

A través de la experiencia de cada persona se encuentra una explicación de la verdad, con respecto a tendencias y criterios sociales. San Felipe de Jesús ha tenido cambios en su forma de pensar con el correr de los años, debido a diversas razones culturales, que se plasman en las nuevas costumbres, las cuales son transformadas por las culturas extranjeras y de inmigrantes que año con año llegan a la Aldea.

Como otras civilizaciones también han sido golpeados con las olas de violencia, reflejadas en acciones de vandalismo que se evidencian en las calles, las cuales pueden ser el daño a la propiedad privada y pública.

Este tipo de vandalismo provoca inseguridad, descontento e interfiere con el desarrollo económico de la población, ya que limita a los negocios familiares pequeños, en su desenvolvimiento, ejemplo de ello es el cierre de tiendas y abarroterías a tempranas horas de la tarde, impidiendo continúen con sus ventas, además de ello el el pago del denominado “impuesto” cobrado por parte de personas que se dedican a las extorsiones, lo cual es un acto de intimidación y abuso para la población.

Otro tipo de violencia es la que se observa desde el hogar, la cual aunque es conocida, continúa provocando fracturas en la familia, abuso contra la mujer y los hijos.

Lo cual forma una idea errónea en algunas jovencitas, que responden ante esta situación de maltrato y violencia relacionando la búsqueda de pareja con el objetivo de solventar su situación económica y familiar utilizando la figura masculina como medio para alcanzar un estatus socioeconómico o refugio ante sus padres.

Provocando ciclos de violencia de padres a hijos y donde se aprende que las relaciones sexuales en jóvenes en muchas ocasiones sirven como experiencia y no como factor de trascendencia o madurez, alejándose cada día de la responsabilidad, originando que exista en la Aldea un porcentaje medio de madres solteras y una paternidad irresponsable. El estereotipo sexual femenino es de sumisión, que no dejan a un lado los tabúes frente a la virginidad, sexualidad femenina, utilización de métodos anticonceptivos, etc.

Experiencias de vida como los embarazos riesgosos de adolescentes, el abandono de la pareja, la infidelidad, etc., mantienen una explicación mágico-espiritual y llevados a cabo por medio de la fé, la cual se apoya en los rituales que son dirigidos por pastores, sacerdotes, guías espirituales y los llamados “brujos”.

Estos últimos forman parte de una creencia propia del lugar y son parte de la tradición de las distintas culturas.

Con los rituales de fé también se acompañan las creencias de los pobladores de esta región, ya que manejan el concepto de pensamiento mágico-religioso, en la mayoría de sus conversaciones y padeceres, ambos relacionados con el sentimiento de culpa reflejada en tradiciones orales como “Castigo divino o el pago por el pecado cometido”.

Un ejemplo claro de este tipo de pensamiento es que en cualquier caso, de todos los órganos del cuerpo, el ojo ha ejercido siempre un poderoso atractivo como fuente de toda especie de supersticiones, tanto por el poder de la mirada, como por poseer alguna malformación, o debido a su forma o color.

Por lo cual “El mal de ojo”, que es una creencia popular en la Aldea, que consiste en el influjo que una persona malintencionada o envidiosa ejerce sobre otra, de manera que el receptor, u “ojeado”, enferma.

Posiblemente el origen se remonte a la sospecha de que personas dedicadas a la brujería o a la hechicería, eran capaces de provocar desgracias, enfermedades, e incluso la muerte, de aquellos a quienes se mira.

Popularmente se considera que las víctimas más propicias al “mal de ojo son los niños pequeños, aunque los mayores y adultos no están exentos de padecerlo. En los niños se manifiesta con llantos prolongados, enfermedades recurrentes o inquietud inexplicable; en los mayores, por una serie de infortunios y desatinos, así como por un desasosiego generalizado”.

La coexistencia de creencias tanto populares culturales como religiosas se observa constantemente.

La religión predominante es la Católica, que se manifiesta en las fiestas patronales. Donde Católicos devotos participan cada año y especialmente en Semana Santa, en las manifestaciones religiosas tradicionales como las procesiones, vía Crucis etc., aunque es notoria la presencia de otras muchas religiones o iglesias, como el surgimiento de la iglesia Cristiana-Evangélica y la Mormona.

Es importante hacer énfasis que, como relata el párroco de la iglesia de San Felipe para la feria de la aldea y Semana Mayor existe mucha afluencia y devoción, de sus habitantes, pero el resto del año el apoyo que recibe el sacerdote proviene de feligreses que no pertenecen al pueblo.

En muchos casos los pobladores acuden a la iglesia únicamente en situaciones de crisis en busca de consuelo e incluso necesidades económicas, pero su devoción no perdura.

La religión juega un papel fundamental en la cultura de la población ya sea por devoción o por atractivo turístico, sin embargo, esta también comparte un lugar de poder con la situación política, de salud y educación de dicha aldea.

En la actualidad la situación política de San Felipe de Jesús es subsidiada por Antigua Guatemala por ser cabecera departamental, su alcaldía auxiliar es llevada al puesto por haber brindado apoyo o colaboración económica en campaña electoral para la elección del alcalde de Antigua Guatemala, así mismo el día, en que quiera renunciar al cargo por cualquier razón, debe de “conseguir al sustituto de su puesto” o bien alguno de sus auxiliares puede hacerlo, lo cual resulta difícil debido a la responsabilidad que implica el puesto y los honorarios que son poco satisfactorios.⁷

El mando edilicio lo conforman 4 personas; alcalde o regidor actualmente tiene 3 ayudantes, auxiliares o alguaciles.

Dentro de las funciones del alcalde además de organizar el trabajo de sus colaboradores en las obras públicas, está el de realizar conjuntamente la labor manual

⁷ Información obtenida de alcalde auxiliar de turno.

del trabajo, la cual incluye limpieza de alcantarillas, construcción de algunas obras para el mejoramiento de la aldea etc.

La organización de la alcaldía auxiliar esta subsidiada por la municipalidad de Antigua Guatemala, según referencia del alcalde auxiliar de la aldea de San Felipe de Jesús este subsidio no se cumple en su totalidad.

Para comprender su forma de trabajo es necesario hacer referencia que el alcalde auxiliar, asume paralelamente el cargo de presidente de Consejo Comunitario de Desarrollo - COCODE -, el cual debe asumir ciertas responsabilidades que describe la misión del COCODE; que es velar por las necesidades sociales y de salud de la población. Su obligación es solicitar el servicio o la colocación del mismo a las respectivas autoridades de la municipalidad de Antigua Guatemala. Los vecinos pueden avocarse al alcalde auxiliar en cualquier momento y en cualquier lugar, para presentar sus necesidades de manera verbal, luego el alcalde las presenta por escrito al Consejo Municipal De Desarrollo -COMUDE- quien más tarde tendrá el compromiso de responder a las necesidades según las posibilidades de la comuna. El alcalde es el representante de San Felipe ante el COCODE en sus reuniones ante el COMUDE.

En la política se encuentra distribuida una pequeña parte del poder debido que los actos de corrupción que mantienen un nexo con algunos políticos obligan a la población a una sumisión por medio de la intimidación, lo que le da poder a los grupos antisociales distribuidos en la aldea y que obliga a los pobladores a guardar silencio, por otra parte temen denunciar a familias enteras asociadas al narcotráfico que existen en la aldea.

1.2 DESCRIPCIÓN INSTITUCION

En el año de 1646 el Obispo Dr. Bartolomé González Soltero observó que los feligreses habían aumentado y con ello las ofrendas que se destinaban para repartirlo a los fieles más necesitados, así que el obispo decidió suprimir los diezmos y construir un hospital para los eclesiásticos, lastimosamente el obispo murió y el proyecto quedó en el olvido. Ocho años después, en octubre de 1645, el Cabildo Eclesiástico ordenó poner en obra el hospital. En noviembre de 1662 el obispo de Fray Payo Enríquez de Rivera hizo la bendición de la casa que cumplirá la función del hospital, y se colocó la primera piedra para la iglesia. Sin embargo el hospital empezó a atender a los clérigos enfermos en mayo de 1663; el primer director del hospital fue Don Antonio Álvarez de la Vega, mientras que Don Salvador Nabrija laboró como enfermero y ecónomo. Cuando las dos obras ya estaban terminadas o sea el hospital y el templo, Fray Payo Enríquez de Rivera las bendijo.

Se relata que el edificio aún se encontraba en buenas condiciones y en uso temporal. Luego de cambios el hospital que ya se encontraba en plena función debido a la necesidad de las personas afectadas, se decidió brindar el servicio a todas las personas sin importar su sexo o edad o religión, la administrar a cargo de los religiosos fue sustituida por las hermanas Capuchinas de la Divina Pastora, quienes dejaron de prestar sus servicios en 1869 al ser sustituidas por las hermanas de la caridad. Inaugurando en 1991, el hoy día Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, ubicado en la aldea de San Felipe de Jesús, empezó a prestar sus servicios en este lugar en 1992. Constituyéndose en el único hospital de antigua que ha prestado servicio a través de la historia.

Objetivos de la Institución: Los objetivos cubren los tres niveles primarios de salud.

1. Prevenir enfermedades (nivel primario)
 - b. Saneamiento del medio.
 - c. Educación sanitaria.
 - d. Control del niño sano.

2. Curar enfermedades (nivel secundario)

- a. Atención de pacientes agudamente enfermos, con tratamiento médico quirúrgico.
- b. Atención al paciente ambulatorio.
- c. Atención a la madre embarazada.
- d. Educación para recuperar la salud.

3. Rehabilitación (nivel terciario)

- a. Educación para mantener la salud.
- b. Integración al hogar.
- c. Seguimiento en consulta externa o en la comunidad.

Actualmente el promedio mensual de personas atendidas es de 77,775 en consulta externa, 58,074 personas atendidas en emergencia, 5325 operaciones realizadas, 5,446 partos atendidos, y un aproximados de 239 fallecidos.

Se presta el servicio las 24 horas los 365 días del año, la mayoría son procedentes de los municipios aledaños entre estos están: Ciudad Vieja, Alotenango, Pastores, Santiago Sacatepéquez, San Antonio Aguas Calientes, San Pedro las Huertas, Santa Lucía Milpas Altas, Chimaltenango, Escuintla, Quiche, Retalhuleu, y en algunos casos turistas extranjeros.

Meta: “Bajar la morbi-mortalidad en el área que atiende y a la cual sirve como influencia”.

Misión: “Somos un Hospital Nacional, de la región central, nos dedicamos a atender población de todas las edades y estratos socioeconómicos, sin distinción de preferencias religiosas, políticas, en prevención, curación y rehabilitación en salud pública.

La atención en los servicios del hospital, se realiza con personal calificado, mística de servicio, en un ambiente ordenado y limpio, con equipamiento básico y tecnología actualizada, así como sistemas de planeación, ejecución, control y mejora

continua de los servicios para asegurar la satisfacción plena del usuario, contribuyendo con nuestro trabajo al desarrollo y progreso del país”.

Servicios con los que cuenta: Psicología, Estimulación Temprana, Ginecología, Pediatría, nutrición de niños y adultos, crecimiento y desarrollo, medicina de mujeres, medicina de hombres, cirugía, cirugía plástica, dermatología, neurología, cardiología, traumatología, odontología, cirugía menor, terapia del lenguaje, endoscopia, radiología, laboratorio, ultrasonido, patología, fisioterapia , farmacia interna y externa, programa para diabéticos, clínica de planificación familiar, ITS, VHI, SIDA y registros médicos, emergencia.

Programas que atiende el departamento de Psicología: Consulta Externa, atención en Pediatría, acompañamiento en encamamiento para Gineco-obstetricia, Cirugía de hombre y mujeres, Atención en Crisis en la Emergencia, Apoyo a personas de tercera edad, charlas y talleres para la capacitación de personal, Clínica para asesoría y apoyo para personas con VHI, SIDA, ITS.

1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

La población está situada en una quebrada geográfica de terreno, rodeada de cerros elevados. La mayoría de habitantes corresponde al género femenino, mientras que los habitantes de género masculino son minoría.

Para adentrarnos en las características de la población atendida por psicología, es importante decir que fueron los que se encontraban hospitalizados en el tercer y cuarto nivel del edificio, separados hombres de mujeres en las áreas de encamamiento de cirugía y medicina. Estos pacientes fueron referidos por el personal paramédico, y que fueron detectados en las rondas psico-evaluativas.

La población asignada es de etnia indígena, de la raza kachiquel y ladina, la edad está comprendida entre los 12 hasta los 95 años de edad, de ambos sexos.

Estas personas provienen de la aldea San Felipe de Jesús y lugares aledaños como Antigua Guatemala, San Juan, Ciudad Vieja, Santa Ana, San Pedro las Huertas, Santa María de Jesús, Pastores, Jocotenango, San Lucas, Santa Lucía Milpas Altas, Chimaltenango, Escuintla, Retalhuleu y en otros casos turistas extranjeros quienes buscan el servicio que se brinda en el hospital.

El estado civil de los pacientes atendidos, es diverso en su mayoría casados, le siguen los que se encuentran en unión de hecho y finalmente algunos solteros.

Algunas familias son numerosas, con un promedio de 6 a 8 hijos por hogar (se observaron casos en que la mujer dio a luz a su primer bebe a los 14 años y en la actualidad ya han tienen 14 hijos, en otros casos se mencionaron algunos abortos). La edad reproductiva de la mujer inicia a los 14 años.

Estas familias mantienen un nivel socioeconómico medio-bajo, los hombres se dedican a los trabajos varios como la fabricación o venta de artesanías, muebles, forja, albañilería, carroceros, mecánicos de enderezado y pintura y en el caso de las mujeres se dedican a los oficios domésticos y al mismo tiempo a la elaboración de comida propia del lugar, ventas de dulces típicos, artesanías, y también a la agricultura.

Los pacientes son de un nivel de educación escolar bajo o analfabeta, la mayoría de ellos no término la primaria y muy pocos finalizaron el diversificado o alcanzaron el nivel universitario sin finalizarlo.

Los servicios de medicina de hombres y mujeres, cuenta con un número de cuatro a seis camas o aislamiento preventivo al contagio. Además de 22 a 30 camas por servicio de encamamiento de enfermedad común, estas habitaciones poseen un área de regadera, servicio sanitario y lavamanos.

Este sector es atendido por un número de 8 a 10 personas para brindar atención médica que van desde médicos profesionales, enfermeros profesionales y auxiliares de enfermería, internos y estudiantes de medicina. El área de cuidados intensivos, se encuentra aislada en su totalidad de un ambiente contaminante, todo el nivel cuenta con una buena iluminación, ventilación natural.

Los padecimientos y enfermedades de mayor incidencia en la población que asiste al servicio de medicina de hombres y mujeres son por quemaduras, diabetes en sus distintos niveles, pie diabético, alto consumo de glucosa, elitismo agudo, intoxicación por fármacos, problemas somatomorfos, enfermedades cardiovasculares, enfermedades gastrointestinales (úlceras, gastritis agudas y crónicas, apendicitis, hepatitis, pancreatitis, peritonitis), problemas y/o deficiencias respiratorias (bronconeumonía, pulmonía), problemas neurológicos, enfermedades venéreas, VIH/SIDA, intoxicación por órgano fosforado, micro embolias pulmonares, evento cerebro vascular, prolapso rectal, politraumatismo, amputaciones, miembros fantasmas, cáncer, metástasis, demencias, mendicidad, referidos por enfermedades crónicas de asilos de ancianos, abuso sexual, intentos de suicidio, personas heridas por arma blanca y arma de fuego, enfermedades de la próstata, enfermedades del sistema urinario, accidentes vehiculares y laborales o accidentes por desastres naturales. Todas estas con distintos orígenes.

El servicio de traumatología de hombres y mujeres, ubicado en el cuarto nivel, cuenta con una área de aislamiento, con un número total de 20 a 30 camas por servicio, el área de fisioterapia dirigida a pacientes de consulta externa tanto como para pacientes en encamamiento, cuenta con los servicios necesarios de regadera, baño y

lavamanos, camillas, sillas de ruedas, muletas, bastones, trípodes, inmovilizadores, cabestrillos. Los pacientes son atendidos por un aproximado de 8 a 10 personas a su cuidado las 24 horas del día, entre ellos médicos graduados, enfermeras y enfermeros profesionales, auxiliares, internos y estudiantes de medicina. Cuenta con áreas de enfermería, farmacia, en este nivel del hospital se atienden enfermedades como osteoporosis, desguinces, fisuras de huesos, quebraduras, dislocaciones, accidentes politraumáticos que refieran una intervención ósea etc. Su iluminación y ventilación es en su totalidad es natural.

El tiempo de hospitalización es desde una emergencia de 24 horas, debido a cirugías menores, intoxicaciones y algunas observaciones pre y post operatorias hasta la permanencia de días, semanas y en otros casos puede llegar a ser indefinida, según diagnóstico, evolución y pronóstico de la enfermedad, lo cual dependerá de la estabilización de las enfermedades descritas por el médico.

La extensión de la estancia hospitalaria consiste en la respuesta de la diversidad de organismos y su tiempo de respuesta, podríamos hablar de pacientes que han estado más de 15 meses internados. Las enfermedades crónicas son relativas a la temporalidad.

Otro factor para la hospitalización prolongada consiste en los repetidos ingresos por las variaciones de la enfermedad, recaídas y descuidos del paciente que en algún momento pueden complicarse con enfermedades que son consecuencia de un mal cuidado o por distintos motivos, esto desencadena síntomas de hospitalización insanos a las personas.

Dentro de las acciones realizadas durante el EPS se trabajo el seguimiento de algunos pacientes referidos a Consulta Externa, de los cuales se tomaron datos de ingreso y motivo de consulta ya que su detonante ante una crisis provenía de la hospitalización o las recaídas, esta población fue descrita en características al principio de este inciso.

Cabe mencionar que la población descrita formó parte de Atención, Formación y Prevención psicoterapéutica, debido a la multiplicidad de situaciones en que se

encontraban para ofrecer una atención más completa durante el EPS. Es importante mencionar que no solo abarco a las personas hospitalizadas sino también a los familiares de los mismos.

1.4 PLANTEAMIENTO DE PROBLEMAS Y REALIDADES

Guatemala es un país que a lo largo de la historia ha presentado múltiples dificultades para el desarrollo psicobiosocial, lo cual ha marcado de manera significativa en la población actual un estándar de vida poco prometedor.

Siendo uno de los principales factores el de la Salud Pública; en este sector se ha tratado de dar prioridad a los servicios dependiendo la cantidad de la demanda de pacientes, lo cual lleva a obviar en alguna medida otros sectores de la salud que no corresponden a los conocidos biológicamente, sino que corresponden a una escala social y de interacción interpersonal.

Tal es el caso de la atención psicológica, la cual es importante, no solo para aquellos que “carecen de salud mental”, como se les conoce, sino también para aquellas personas que por alguna razón se ven sometidas a situaciones estresantes y de aislamiento debido a enfermedades físicas.

La hospitalización muestra un ambiente que altera el estado de salud física, y emocional ya que se ven inmersos en otras preocupaciones de carácter personal, familiar y laboral, razón por la cual el Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- se fundamenta en las personas que estuvieron hospitalizadas dentro del Hospital Hermano Pedro de Bethancourt, en las Áreas de Cirugía y Traumatología; los cuales se dividieron en tres ejes de atención Psicológica, el Eje de Atención Directa, Eje de Acciones Orientadas a la Prevención y Formación y finalmente Eje de Investigación, en el cual se tomó como grupo de investigación a las personas que padecían enfermedades como El Pie Diabético, Cáncer, Enfermedades Crónicas Orgánicas y Personas que presentaran Síntomas Psicológicos de Enfermedad Mental Aguda.

En las semanas preliminares al inicio del EPS se realizaron observaciones en las distintas Áreas del tercer y cuarto piso del Hospital Hermano Pedro de Bethancourt, en los Departamentos descritos con anterioridad. Uno de los principales factores observados fue la falta de prevención ante enfermedades y cuidados de padecimientos Biológicos, Anatómicos, Fisiológicos, Neurológicos y Psicológicos.

Los constantes descuidos o la poca importancia, que en algún momento las personas pueden llegar a tener, suele tener repercusiones irreversibles de manera que su forma de vida se ve afectada, por la hospitalización, la cual conlleva en alguna medida a la pérdida de una forma de vida que afecta todas las áreas de desarrollo del ser humano, en sentido específico, familiar, laboral, personal, académico y social. Esto llegó a ser visible debido a que mucha de la sintomatología presentada correspondía a somatizaciones que agravan la intensidad de la enfermedad, debido al aislamiento de los pacientes, no convivir de manera regular con su familia, abandonar su empleo y sus obligaciones diarias.

De manera habitual el proceso que viven los pacientes para llegar a la hospitalización, es por medio de los constantes ingresos a sala de Emergencias y citas a Consulta Externa, ya que la sintomatología es notoria en la mayor parte de atendidos, que en algún momento refirieron al médico sentirse mal, pero que con el proceso diagnóstico ameritaban un proceso de tratamiento prolongado y lento para la rehabilitación.

Durante las observaciones preliminares también se detectó el problema la poca presencia de médicos graduados, los cuales llevaban a su cargo a estudiantes de medicina de las diferentes áreas, que a su vez se encargaban de la evaluación y diagnóstico de pacientes, ya que la demanda era en ocasiones mayor a las capacidades de los médicos contratados.

En el Hospital, específicamente en el área de medicina y cirugía de hombres y mujeres, se observó que los pacientes atendidos padecían enfermedades como infecciones del sistema nervioso central, cardiovasculares, infecciones del aparato digestivo, del aparato respiratorio, de las vías urinarias, osteoarticulares, de la piel y tejidos blandos, sepsis, diabetes, fiebre prolongada, VIH, cáncer, infecciones importadas, fracturas, fisuras, traumatismos, o cualquier otro problema. Dichas enfermedades son derivadas de las diferentes circunstancias en las que cada persona vive.

Existen experiencias traumáticas en el diario vivir de cada individuo, y la hospitalización puede ser una de esas experiencias, debido a los cambios abruptos que

esta situación provoca, ya que las personas pasan de vivir en espacios abiertos a ser confinados a una cama de hospital, provocando alteraciones emocionales, económicas y familiares.

Las enfermedades crónicas o graves, que alargan la estadía en el pabellón hospitalario, son circunstancias que alertan al aparato psíquico de los pacientes, contrarrestando u/o desfavoreciendo la comodidad, estabilidad, seguridad etc, .que le ofrece la vida cotidiana y su espacio vital y familiar, dispersando y generando así los ambientes no agradables para la convivencia entre pacientes.

La conjunción de dolor, enfermedad, tristeza, angustia son reacciones que alteran repercuten en la convivencia y desequilibran la tranquilidad dentro de un pabellón.

Por otro lado, la desorganización, falta de personal y falta de recursos hospitalarios, muestran una decadente atención médica para el paciente, aunado al hecho que, existen una constante inestabilidad laboral del trabajador de la salud, que incide en la atención hacia el paciente, teniendo como resultado, un probable diagnóstico erróneo, mal trato para éste, lo que lleva a un servicio poco favorable en la atención salubrista. Los cuales se enfrentan a un panorama de desesperanza, preocupación y un sinnúmero de pensamientos que bloquean su mejora en el tema de salud.

El confinamiento conlleva recibir noticias de la evolución de la enfermedad, en ocasiones negativas, así como explicaciones sobre la enfermedad que son dadas en un lenguaje poco comprensible para el que recibe la información o con lenguaje demasiado técnico, la presión que el médico ejerce para que la familia responda de manera que logre agenciarse de dinero para cubrir exámenes y medicamentos que no se encuentran dentro de los servicios o farmacia del hospital, pone nuevamente en una situación estresante al paciente interno.

Para el enfermo pensar en la necesidad de recomendar a sus hijos, esposo, animales domésticos o agrícolas en muchos casos provoca complicaciones de las enfermedades físicas como en las mentales, mencionando también que en las que se

tiene un mal tratamiento, es donde se desencadenan una serie de patologías a corto o largo plazo, por enfermedad médica o psicológica.

Algunas de estas enfermedades son: trastornos del estado de ánimo, ansiedad, trastornos somatomorfos, facticos, disociativos, del sueño, aumento y disminución de la libido, problemas psicosociales, ambientales y problemas adaptativos, como también, una cadena de signos y síntomas emocionales; todos estos trastornos son también desencadenados por causa de las enfermedades físicas.

En el caso de los familiares de personas hospitalizadas los gastos económicos de visitar al enfermo, viajar en medios de transporte colectivo, suplir abarrotes básicos, inversión de tiempo y exposición al peligro de la violencia social diaria, hacen que se sientan impotentes e incluso les provoca incertidumbre sobre la situación del conyuge, hermano, hermana, hijos y/o demás familiares.

CAPITULO II

2.1 REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

Guatemala es un país con una indiscutible trayectoria de evolución e involución en la cobertura de necesidades de la población, marcadas de manera prominente por los múltiples eventos propios de la historia que incluyen desastres naturales, conflictos políticos, sociales y guerras.

Para poder comprender la situación actual que es concerniente a la Salud Pública, tomamos como referencia dichos sucesos los cuales describiremos de manera global a continuación para dar apertura a este marco referencial.

La salud en Guatemala se caracteriza por una pausada mejora de los indicadores de mortalidad y esperanza de vida, además de una serie de eventos trágicos que han incluido, epidemias y desastres naturales que favorecen la situación de pobreza en que se encuentra la mayor parte de la población.

Además de las pérdidas humanas que significó la fase militar de la conquista, el régimen colonial causó un deterioro de las condiciones de vida de la población indígena. La alimentación y la nutrición adecuada, fueron racionadas, introducción de las epidemias por los conquistadores, colonizadores y las poblaciones de esclavos negros, esto fue la causa de altas tasas de mortalidad que redujeron extraordinariamente la población indígena.

Se registraron brotes y epidemias de sarampión, viruela y tifus. Aunque durante la civilización maya hubo guerras, epidemias y migraciones, no hay registro de un fenómeno similar de reducción tan grande de la población en esta época.

“La insalubridad y deplorables condiciones de vida de la mayoría de la población contribuyeron a que después de la independencia las epidemias continuaran manifestándose con fuerza, el cólera morbus en 1,833, y la pobre participación del Estado con políticas en materia de salud hicieron que la mortalidad general no disminuyera.

La población indígena y rural, empobrecida, continuó siendo la más afectada por epidemias y endemias como la viruela, el tifus y el paludismo. Estos problemas de salud causaron insuficiencia de mano de obra necesaria para la producción cafetalera.

A las epidemias se agregaron los desastres naturales, el terremoto en Quetzaltenango en 1902, y otros entre 1917 y enero de 1918 los cuales fueron devastadores terremotos que destruyeron la Ciudad de Guatemala.

Como problema social el alcoholismo fue detectado desde principios del siglo XX, en parte estimulado por el monopolio del Estado en la venta de bebidas alcohólicas por ser su principal fuente de ingresos fiscales.

En 1906 se organizó el Consejo Supremo de Salubridad Pública que funcionó hasta 1925, fecha en que se fundó la Dirección General de Salubridad Pública y que cambió su nombre por Dirección General de Sanidad Pública en 1932.

De 1930 a 1944 la política de salud combinó la legislación que no se cumplía con prácticas represivas por medio de acciones arbitrarias por parte de personal de la Dirección General de Salud Pública.

Pasado el terremoto de 1917 hubo una grave epidemia de fiebre amarilla y entre 1918 y 1919 una epidemia de influenza viral donde su mayor número de muertos fueron indígenas del altiplano trabajadores de fincas de café.

La pobreza continuó siendo un condicionante básico de la situación de la salud, y la causa de mortalidad infantil, acompañada de enfermedades diarreicas agudas, parasitismo y desnutrición.

Como parte de las reformas sociales impulsadas a partir de la Revolución de 1944 la Dirección General de Sanidad Pública, terminó con la dimensión restrictiva y militarizada de la atención de salud y asumió funciones benefactoras y reparadoras, además de hacerse cargo de centros hospitalarios y de programas preventivos, crearon unidades móviles de salud e inició su funcionamiento en distintas dependencias técnico-normativas en el nivel central, se organizaron en delegaciones sanitarias en todos los departamentos del país y se iniciaron por cooperativas y dispensarios municipales.

Durante las reformas para atender la salud se mostraron rasgos discriminatorios de la salud heredados de la época de la colonia, durante el régimen liberal frente a la concepción de que esta era la única entidad capaz de hacer frente a los problemas de salud. Se establecieron normas de la práctica médica pública a través de las Juntas de Sanidad, simultáneamente se estableció un control ejercido por la Policía de Seguridad, Salubridad y ornato, dándole una dimensión restrictiva a la atención pública de la salud.

Se realizaron jornadas de vacunación contra la viruela, se fundó el asilo para leprosos, e incluso se militarizó la atención de la salud.

En 1945 se estableció el seguro social obligatorio, que comprendía los seguros contra la invalidez, vejez, muerte enfermedad y accidentes de trabajo, la Secretaria de Bienestar Social inició un programa de comedores infantiles, guarderías y jardines de vacaciones, trabajo que continuó hasta 1967. Se estableció el Laboratorio Biológico y se dió énfasis a la lucha contra las enfermedades transmitidas por vectores.

En 1949 se fundó el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá -INCAP- y para 1965 el país ya contaba con 54 Centros de Salud y 123 Puestos de Salud y a finales de la década de los años sesenta se concretaron algunos intentos encaminados a desarrollar un Sistema Nacional de Salud.

En 1950 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, creó el programa de Demostración Sanitaria Rural, y creó un programa que posibilitó la organización de los servicios de salud por área geográfica con un hospital de referencia.

En 1967 el INCAP realizó una encuesta nacional sobre alimentación que evidenció altos índices de desnutrición proteínico y calórico especialmente en niños menores de 5 años, alta prevalencia de anemia en niños y mujeres en edad fértil y embarazadas.

En 1969 dio inicio al Programa de Salud Comunidad - PROSAC- con carácter multidisciplinario, desarrollando un modelo de atención integral en la salud de la población, dicho proyecto ayudó a atenuar la crisis en el terremoto de 1976, pero debido a las medidas contrainsurgencia, sus actividades disminuyeron hasta su suspensión en 1980.

Pero hubo dos eventos de grandes proporciones que afectaron negativamente la salud de la población durante la segunda mitad del siglo XX, el primero en 1976 un terremoto de gran magnitud, donde murieron 24 mil personas principalmente en los departamentos de Zacapa, El Progreso, Chimaltenango y Quiché.

El segundo, el conflicto armado interno durante el período comprendido entre 1960 a 1996, el cual tuvo un impacto aún mayor sobre la salud individual y la colectiva de Guatemala. La guerra produjo desplazamientos internos, y externos de la población, los cuales se estimaron en un millón y medio de personas en el período más álgido. Ello

tuvo enormes repercusiones en la vida, salud, nutrición y salud mental de los desplazados. El conflicto armado interfirió en la provisión de servicios de salud, muchos de los centros de salud fueron cerrados y la población que se quedó en sus pueblos, junto con los migrantes, no tuvieron acceso a dichos servicios. La organización comunal se vio afectada por represalias directas a las comunidades y a los presentadores de servicios.

La población guatemalteca, inclusive ancianos, mujeres y niños también fueron víctimas de asesinatos, desapariciones forzadas, ejecuciones arbitrarias, masacres y violación de mujeres, reportadas en el Informe de la Comisión de Esclarecimiento Histórico -CEH-, y que principalmente afectaron a la población indígena, la cual también sufrió la violación de su derecho a la identidad étnica y cultural.

Además del impacto en la mortalidad, cabe resaltar el alto número de heridos, lisiados, viudas y niños huérfanos. Esta población se vio afectada por problemas de salud física, salud mental y desnutrición.

El enfrentamiento armado interno cesó formalmente con la firma de Acuerdos de Paz el 29 de diciembre de 1996, estos últimos plantean la necesidad de impulsar la reforma del sector salud, descentralización de los diferentes niveles de atención, y alcanzar las metas de disminución de la mortalidad infantil y materna en un 50%.

En 1996 también se firmó un acuerdo entre el Gobierno de Guatemala y el BID para la ejecución de Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud - PMSS-I - el cual contempla tres componentes: I). reorganización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-; II). Provisión de un paquete de servicios básicos de salud y III). La reorganización hospitalaria, acompañada de cooperación médica cubana. La incidencia fundamental de las mujeres y de actores externos en el desarrollo de la salud constituye dos condicionantes básicos tanto de la historia como la de la situación actual de la salud, en el cual destacan el caso de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl dedicadas al cuidado de enfermos en el Hospital San Juan de Dios en 1895.

El papel de actores externos ha sido importante en el área de capacitación, las ONG que prestaron servicios en las áreas de conflicto donde se cerraron o nunca existieron servicios oficiales de salud.

En 1972 se creó el Instituto de Adiestramiento de Personal de Salud -INDAPS- para la formación del Técnico en Salud Rural y otras carreras técnicas con el apoyo de AID”⁸.

La lenta adquisición en servicios de salud para los guatemaltecos se ha visto truncada por distintos acontecimientos que marca la historia, y que hoy por hoy explican la involución y poco acceso en sectores “marginados”. La historia se ha ido repitiendo, los gobiernos corruptos, la crisis económica y muchos más elementos demarcaron lo que hoy día es difícil de superar, y encontraremos constantemente la relación entre la pobreza y salud, como parte importante para explicar la mortalidad infantil.

Si evaluamos la situación actual en zonas del interior de la república encontraremos que los grupos étnicos no poseen un fácil acceso a la salud, por las razones descritas con anterioridad y otras muchas que no hemos expuesto. Si la mayor parte de la población guatemalteca está constituida por etnias y estas son las menos favorecidas, deduciremos entonces que ellas son las más vulnerables a sufrir no solo la muerte sino también discriminación constante en todos los aspectos, acceso a la educación, vivienda adecuada, alimentación, salarios acordes a sus necesidades etc.

El mencionar que Guatemala es un país generalmente afectado por el poco desarrollo social, económico, cobertura de la salud y trascendencia de los aspectos constitucionales marca que sigue sin desarrollar las vías necesarias para dejar de ser un país con retrasos. Los guatemaltecos especialmente del área de de San Felipe de Jesús por estar alejados de la capital destacan múltiples problemas en la evolución y el desarrollo.

Como individuos, es necesario cumplir con las tres etapas principales de la vida, constituidas por el desarrollo, la madurez y la evolución, estos elementos serán enumerados y explicados brevemente para dar orden secuencial y comprensión de cada uno de los aspecto que marca la vida de cada ser humano, y enfocarnos de manera general en el plano de las dificultades que el sistema general actual propicia y de manera indirecta en cada etapa de la vida.

⁸ Salud en Guatemala. Archivo PD. 2002. Guatemala.

En primer lugar el desarrollo; el cual va desde el nacimiento hasta la iniciación de la madurez y que a su vez comprende la infancia, la niñez la adolescencia y la juventud.

En segundo lugar lo que conocemos como madurez, el cual es un periodo de relativa estabilidad y plenitud vital, que comprende desde el final de la juventud hasta el comienzo de la vejez. Y por último el periodo involutivo o vejez, que comprende desde el final de la madurez hasta convertirse en adulto mayor.

Esta breve división del individuo está constituida por una trayectoria en la que el ser humano sufre de muchos cambios físicos, psicológicos, enfermedades, recaídas, traumas, sufrimientos, regresiones, etc.

Con fines prácticos y brindar mayor comprensión esta parte del marco teórico iniciara con una definición de enfermedad, continuando con una breve descripción de las enfermedades que tienen mayor impacto y que son conocidos dentro de la población observada durante la ejecución del -EPS- como los que afectan a las personas de manera frecuente y sus derivados dentro de la enfermedad, con miras biológicas; continuando con las enfermedades y trastornos de tipo psicológico y finalizando con los problemas sociales mayormente encontrados en la población, los cuales repercuten en el proceso de enfermedad de los individuos, cerrando este capítulo con la explicación de cómo la interacción entre los factores expuestos, se asocian al proceso de curación de las personas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: “Aquel estado de bienestar físico, psíquico y social, y no sólo como la ausencia de enfermedad”.⁹

En este contexto, la enfermedad debe entenderse como: “un proceso biológico que supone una alteración estructural o funcional, un proceso psicológico que conlleva sufrimiento y dolor, y un proceso social porque supone una invalidez”.

La OMS, “además de una clasificación de las enfermedades, tiene otra de las discapacidades, llamada Clasificación Internacional de Deficiencias, discapacidades y minusvalías”¹⁰, que curiosamente ha interesado más en los sectores de la

⁹ Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Constitución de 1948.

¹⁰ Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías editado por el IMSERSO., OMS, 1980.

Administración relacionados con el trabajo las prestaciones sociales que con los sanitarios, ya que se trata de conceptos de trascendencia para las compensaciones por enfermedad y accidentes. Sin embargo, también tiene una gran trascendencia para la clínica actual.

La psicología médica estudia las interacciones recíprocas entre procesos mentales y salud fisiológica y considera todos aquellos aspectos psicológicos presentes al enfermar, al recuperarse y cómo se adapta el individuo a la enfermedad. Considera que la salud y la enfermedad son atributos de la persona en su totalidad y que así deben ser considerados por todo médico. No basta con decir, como se hace a menudo, que hay enfermedades y enfermos cuando las cosas no suceden de acuerdo con los cánones de la ciencia, sino que se debe considerar la enfermedad como un acontecimiento personal en el que el individuo queda instalado.

La impronta de las concepciones dualistas de la naturaleza humana ha hecho que la medicina haya abandonado cada vez más una perspectiva unitaria y haya escotomizado todo aquello que no sea científico natural. A pesar de eso, los médicos han sabido desde antiguo que la vida psíquica desempeñaba un factor importante en la salud y en la enfermedad.

El modelo más aceptado es el modelo biopsicosocial así llamado por Engel “se basa en el entendimiento de qué factores psicológicos, sociales y biológicos intervienen no sólo en la enfermedad, sino también en su recuperación y en la promoción de la salud”¹¹.

“La salud y la enfermedad son parte integral de la vida, del proceso biológico y de las interacciones medio ambientales y sociales. Generalmente, se entiende a la enfermedad como una entidad opuesta a la salud, cuyo efecto negativo es consecuencia de una alteración o desarmonización de un sistema a cualquier nivel (molecular, corporal, mental, emocional, espiritual, etc.) del estado fisiológico y/o morfológico considerados como normales, equilibrados o armónicos (cf. homeostasis).

Por definición, existe una sola enfermedad, pero la caracterización e identificación de variados procesos y estados diferentes de la salud, ha llevado a la

¹¹ MODELO BIOPSIOSOCIAL. ENGEL 1977,

discriminación de un universo de entidades distintas (entidades nosológicas), muchas de ellas son entendidas estrictamente como enfermedades, pero otras no (cf. síndrome, entidad clínica y trastorno). De esta forma, las enfermedades y procesos sucedáneos y análogos, son entendidas como categorías determinadas por la mente humana.

La enfermedad humana es el núcleo organizador de la Ciencia Médica, pues gran parte del conocimiento médico está orientado hacia la enfermedad y a su solución”¹².

Los principales Sistemas afectados y de donde se tiene conocimiento al menos en el proceso durante la ejecución de -EPS- fueron las enfermedades que tienen su origen en el Sistemas Circulatorio, Sistema Respiratorio, Sistema Nervioso Central, Aparato Digestivo, todos ellos acompañados de lo que cada que cada persona entiende como “sentirse enfermo”, “estar enfermo” y “comportarse como enfermo”, lo cual indica a través de la conducta, el pensamiento y el sentimiento. Todo esto influenciado por distintos factores que se describen a continuación.

Enfermar supone enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido y negado. Todo individuo cuando enferma experimenta una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar. Existen muchos factores que intervienen en esas reacciones, entre los que destacan la personalidad del paciente, su edad, sexo, cultura, situación económica, el tipo de enfermedad, la familia y los amigos, el hospital y la personalidad del médico y demás profesionales de la salud.

“La personalidad del paciente influirá en los mecanismos de defensa que utilizará. Así, por ejemplo, las personas dependientes utilizarán la regresión a estadios precoces del desarrollo, y dirán: ¡Ayúdeme!, mientras que los que son muy independientes correrán el riesgo de negar la gravedad de la enfermedad.

Existen tipos patológicos de personalidad (trastornos de la personalidad) que interfieren en un grado importante con la actividad clínica. Varios estudios han de

¹² Arnal, Mariano: "Enfermedad", en El Almanaque del léxico etimología (Álvarez, J.L.: www.elalmanaque.com).

mostrado que un 10 % de los enfermos de servicios médicos y quirúrgicos tiene algún tipo de trastorno de la personalidad. En estos casos suele prolongarse la estancia media o surgen conflictos por demandas por ser en exceso exigentes o extemporáneas y se deteriora la relación médico-enfermo. Según el tipo de trastorno de la personalidad aparecen problemas más específicos. Personalidades inseguras tendrán miedo a perder el control sobre sus vidas; los que padecen, por ejemplo, un trastorno límite tenderán a dividir al personal en buenos y malos, haciendo más difícil su tratamiento; los pasivo agresivos tenderán a ser irritables y demandantes cuando enfermen.

Los pacientes en edad de adultos jóvenes tienen más riesgo de reaccionar ante una enfermedad con resentimiento o incredulidad, y de buscar diferentes opiniones con la esperanza de que el diagnóstico original fuese una equivocación. Los pacientes ancianos en general aceptan mejor sus problemas médicos¹³.

“Las enfermedades del corazón, como las arritmias o las enfermedades de las arterias coronarias, producen mucha ansiedad y el miedo ante la muerte lo cual es constante. La insuficiencia respiratoria o la dificultad para respirar producen un estado de ansiedad agudo que se resuelve cuando la situación se revierte. El diagnóstico de cáncer produce miedo y las enfermedades de transmisión sexual, como el SIDA, producen, con frecuencia, además de miedo, sentimientos de culpa. Las enfermedades crónicas, como la insuficiencia renal, artritis reumatoide o diabetes mellitus, producen diversas respuestas que van desde su aceptación hasta su negación, rechazando el tratamiento.

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

Las enfermedades somáticas generalmente tienen un tiempo de incubación que varía de una enfermedad a otra (8-15 días) los síntomas se van instaurando paulatina y progresivamente o las manifestaciones clínicas se manifiestan de manera aguda en

¹³ Freud A. Normalidad y patología en la niñez. Paidós, Bs. As., 1986 .6ª Edición.

cuyo estado de enfermedad experimentan una serie de reacciones físicas y psicoemocionales de las cuales se puede describir:

1. Disminución de las energías físicas. El desmedro de sus energías físicas limita su actividad y le obliga adoptar una posición auto defensiva: se encorva o se postra en cama deseando que este estado sea lo más pasajero posible.

2. Sufrimiento físico localizado. La molestia principal se localiza en alguna parte del organismo, dependiendo del tipo de enfermedad somática, y por el desconocimiento de la función real de sus órganos y sistemas determina que el paciente exagere la magnitud de su preocupación por su enfermedad.

3. La angustia. La angustia que origina la enfermedad depende de las vivencias desagradables que haya tenido anteriormente y de las molestias que experimente así como de las peculiaridades de su personalidad, mostrando intranquilidad, desesperación que repercute en la disminución de su apetito, en el sueño, sus quejas frecuentes.

La ansiedad es la emoción más común, está presente de manera distinta de la infancia hasta la muerte. Se presenta cuando el individuo se enfrenta a la amenaza aún indefinida. Cuando la amenaza se ha definido en algo concreto la ansiedad deja paso al miedo (miedo a algo concreto). La ansiedad se puede expresar de manera diferente, como, por ejemplo, inquietud, insomnio, hiperactividad, irritabilidad y miedo. Muchas veces los síntomas son tan intensos como para provocar hiperventilación, palpitaciones, calambres y hasta una serie de quejas gastrointestinales, cardiológicas o genitourinarias.

Depresión: La depresión surge ante vivencias de pérdida, incluyendo la pérdida de la salud. De ahí que la asociación entre depresión y enfermedad médica sea común.

Los signos y síntomas de depresión de los pacientes que padecen una enfermedad médica son los mismos que los que padecen una depresión clínica no asociada a enfermedad física. El principal problema es que es diagnosticada con muy poca frecuencia y si no se trata, la calidad de vida de individuo disminuirá, se retrasará

la curación y aumentará el riesgo de suicidio. En el diagnóstico de una depresión asociada a una enfermedad médica, son más importantes los síntomas psicológicos que los físicos. Así, por ejemplo, la pérdida de peso, fatiga o cambios en el ritmo intestinal no serán útiles para diagnosticar una depresión clínica en el caso de colitis ulcerosa.

Algunas enfermedades, como, por ejemplo, el cáncer de estómago, pueden comenzar como una depresión, mientras que en otras son comunes los síntomas depresivos, como en el caso de la artritis reumatoide, la enfermedad de Parkinson o la esclerosis múltiple. En estos casos se postula la presencia de mecanismos neurobiológicos comunes.

4. Temor a la soledad e Invalidez: La evolución de la enfermedad las molestias somáticas, su estado de ánimo deprimido determina que en algún momento sienta amenazada su existencia, sienta temor a la soledad cuando él se encuentre solo en *un* estado crítico de su enfermedad, pues para él, es el único que sufre su enfermedad y experimenta inseguridad respecto a sus resistencias orgánicas que no pueda recuperarse o quede con alguna invalidez, entonces miedo a la muerte, reflexiones que te hace comprender el valor de la vida, su importancia y los aspectos positivos de la vida, lo que indica que el hombre se resiste y rechaza a la muerte y ahora sus deseos de vivir en beneficio de su familia y sus amigos.

5. Significación de la enfermedad. Cada Individuo cuando pierde su estado de bienestar que le proporciona su salud trata de encontrar una significación a su enfermedad según sus vivencias que haya tenido anteriormente las sensaciones que experimente durante el proceso de su enfermedad según: sus conceptos sociales, morales, religiosos, según su edad, el sexo, la raza, así como su constitución y su personalidad.

Algunos pacientes consideran su enfermedad como una prueba para valorar su resistencia y como una prueba para soportar el sufrimiento.

Otros pacientes la consideran como un castigo a su actitud y comportamiento no muy adecuado para que les permita reflexionar y adoptar una nueva actitud frente a su familia y demás personas.

También puede ser considerado como un hecho natural ya que cualquier individuo está propenso a sufrir alguna enfermedad en su convivencia con los riesgos de la naturaleza, su medio ambiente en el cual vive.

Para algunas personas la enfermedad es una necesidad para obtener un beneficio, ya sea como una solución a su angustia y sensación de incapacidad frente a una responsabilidad o como una necesidad de dependencia para obtener el cuidado y la atención que creen merecer.

La comprensión psicológica del enfermo representa una tarea ineludible. Para captar comprensivamente al enfermo, el médico debe reunir varias condiciones, especialmente estas dos:

1° Asumir una actitud psicológica ante el enfermo.

2° Conocer teórica y prácticamente las reacciones psicológicas a la enfermedad, más comunes entre los enfermos.

La Actitud psicológica es una actitud abierta, acogedora y expectante, desprovista de elementos subjetivos y autoritarios y centrados en el acontecer de la personalidad del otro. El médico se coloca entonces mentalmente en la posición del enfermo, pero sin fusionarse con él.

Esta actitud resulta muy favorable para que el enfermo se entregue más fácilmente a la comunicación, la ventilación efectiva y la cooperación con el médico.

La actitud psicológica es sobre todo necesaria ante los enfermos más o menos enaionizados y ante los enfermos en transe de rehabilitación y readaptación.

En las situaciones de urgencia y ante enfermos agudos, el médico debe asumir una actitud intrínseca directiva, (pensando más en la sobrevivencia del enfermo que en su comprensión psicológica).

Los modelos habituales a la reacción psicológica a la enfermedad que aparecen en los pacientes, deben atenerse al patrón de las conductas frustradoras propias del estado morbozo. Mediante la movilización de sus mecanismos defensivos el yo trata de luchar contra la angustia y los temores ligado a la enfermedad y se enfrenta con las

frustraciones inminentes a la misma, estableciendo nuevos modos de relación con el mundo y consigo mismo”¹⁴.

Cuando un individuo enferma existen diferentes mecanismos de defensa frente a la enfermedad ya que es uno de los acontecimientos amenazantes, angustiantes, más importantes. Por eso, el individuo cuando enferma pone en marcha los mismos mecanismos de defensa que puede poner ante otras situaciones estresantes. De ellos los más importantes son los siguientes.

“1. Regresión: Toda enfermedad que implica reposo en cama, hospitalización o cuidados del terapias de rehabilitación y readaptación, personal de enfermería favorece el desarrollo de regresión, ya que se trata de una respuesta emocional en la que el individuo abandona su independencia y determinación y retrocede a estadios más precoces del desarrollo, cuando eran pasivos y dependientes de otros. La regresión es un mecanismo adaptativo cuando el individuo coopera y confía en el médico, pero se convierte en negativo si se vuelve demasiado dependiente y se niega a cooperar; en estos casos es importante sacarlo de este mundo de fantasías.

2. La Evasión se presenta como un rechazo de la realidad actual por la creación de un mundo de fantasías y sueños, donde el sujeto vive la realización de los deseos, las motivaciones y los impulsos que no ha podido satisfacer por habérselo impedido al acontecer morbosos y otros obstáculos frustrantes. Muchos enfermos entronizados compensan su instalación en una ingrata realidad; como la construcción de una segunda vida, duramente íntima y subjetiva en aras del pensamiento fantástico.

La evasión al mundo del alcohol y otras drogas constituye la senda preferida por aquellos sujetos, seguramente con una enfermedad encontrada que vivencia el conjunto de la situación en que se hallan como una situación improbable. Esto ocurre con especial frecuencia a los enfermos tuberculosos pulmonares, de aquí que entre los tuberculosos haya una gran morbilidad para el alcoholismo.

¹⁴ Psicología Médica: Ridrurejo - A. Medicina León - J.L.Rubio Sánchez. 1996.

Todo cambio en la situación de vida por altos, tal como puede ser el impacto producido por la absorción de una bebida alcohólica o cualquier clase de droga, constituye una experiencia psíquica de evasión sumamente grata, es decir, el descubrimiento de un nuevo mundo. A partir de la primera experiencia, vienen otras análogas. El impulso al alcohol y/o las drogas se vuelve incontrolable. La libertad frente a estas sustancias se volatiza y gradualmente, el verdadero mundo del sujeto va quedando oculto por el mundo de la evasión constituido sobre el mundo de vivenciar los efectos de las drogas o el alcohol. Después, como consecuencia de las alteraciones del organismo, particularmente de las lesiones orgánicas cerebrales, se inicia la progresiva desorganización del mundo y de la personalidad, muchas veces con un carácter irreversible.

3. Agresión: La movilización del acto agresivo más frecuente consiste en proyectar sobre el médico o el personal sanitario la culpa de algunos incidentes desfavorables: el origen de la enfermedad y las posibles complicaciones. La lentitud con que se produce el proceso de curación a cualquier otra circunstancia frustrante. No están satisfechos nunca con los cuidados que se les proporciona, tienen la impresión de que no reciben el mismo trato que los demás enfermos. Estos sujetos suelen desplegar una conducta verbal muy agresiva y llena de notas de desconfianza, especialmente en las clínicas, las sanitarias y los hospitales. Los sanitarios encargados de sección de enfermos deberían recibir una preparación psicológica especial para desmontar desde un principio estas conductas violentas y agresivas.

4. Inculpación: La liberación de mecanismos auto punitivos hace, que el enfermo se sienta culpable de su enfermedad y los consiguientes trastornos y trata de aislarse. Los escrúpulos le asedian, El médico/psicólogo ha de saber dar el cauce adecuado a la comunicación de estos enfermos. Una apertura de comunicación amplia y precoz es la medida más idónea para solucionar la culpa reactiva de estos enfermos y evitar que la misma culmine como muchas veces ocurre en un serio cuadro depresivo o en un acto de suicidio.

5. Negación. El individuo trata de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. Un individuo puede negar un acontecimiento como una enfermedad negando que la padezca, ocultando sus efectos o actuando como si no tuviese ningún efecto. Se trata de una respuesta emocional común ante la enfermedad. *Existen* evidencias para afirmar que se trata de una respuesta más común en los ancianos que en los jóvenes. Se hace normalmente patente cuando existe en una explicación entre la condición física del paciente y como lo cuenta, algunos pacientes al insistir que se encuentran bien o que su padecimiento es mínimo o nulo. La negación a la enfermedad se produce especialmente por 3 vías:

Vía masoquista: Donde se considera a la irrupción de la enfermedad como un castigo justo y merecido.

Vía ganancial: La alimentada por el propósito de obtener beneficios con el estatus de enfermo, sobre todo estos dos: la liberación de responsabilidades y el derecho a la ayuda ajena.

Vía hipocondriaca: Caracterizada por la escrupulosa observación del organismo propio y la proliferación de temores a las enfermedades.

6. Represión y supervisión: Aquí el individuo trata también de eliminar todos aquellos sentimientos o pensamientos desagradables. La supresión es un proceso mediante el cual el individuo realiza un esfuerzo más o menos consciente para desviar del pensamiento todo aquello que es desagradable. La represión es utilizada para rechazar o no identificar de forma consciente aquellas sensaciones desagradables.

Los enfermos también pueden presentar reacciones psicológicas a las enfermedades adecuadas y convenientes. En estas favorables reacciones, la personalidad del enfermo se muestra libre de dispositivos psicológicos infantiles evactonistas, agresivos, auto punitivo, deformantes de la realidad, masoquistas e hipocondriacas. El conjunto de las reacciones adecuadas a la realidad se sistematiza en estos tres grupos:

1° Las relaciones de superación de la enfermedad, se caracteriza en una postura ante ella, caracterizado por un auténtico deseo de curar y un alto espíritu de colaboración con el médico. Estos enfermos se sacrifican gustosamente y están

dispuestos a hacer todo lo posible para ayudar al médico a superar el frustrante escurio de su enfermedad.

2° Las reacciones impregnadas de resignación ante el acontecer morboso optadas también de un magnífico deseo de curar y una excelente disposición a colaborar con el médico, pero su nivel de iniciativa y de actividad psicomotora es mucho más bajo que en el anterior.

3° Las relaciones de aprobación de la enfermedad, ya que existe una certeza y profunda visión e la apropiación de la enfermedad, impregnada de vivencia propia; "El saber de lo ineludible exige la aceptación de estar enfermo. Ese estado llega a ser inseparable de la propia existencia. Uno llega así mismo con tal límite, y sin veladuras; este es el origen a partir del cual uno puede apropiarse de su enfermedad". La apropiación de la enfermedad, por lo tanto, implica el replanteamiento del estilo de vida propia mantenido hasta entonces.

- El mejor medio que el médico dispone para evitar el interferir las reacciones psicológicas inadecuadas de los pacientes a la vivencia de la enfermedad, es la actitud comprensiva y dialogante. La necesidad de comprensión y comunicación con el médico toma un papel importante en los transe del enfermo. La recuperación de episodio morboso de extremada gravedad, la necesidad de someterse a una Intervención quirúrgica más o menos mutilante, son ejemplos de ello.
- El paradigma del primer evento, quizá el más gráficamente representativo viene dado por el enfermo que es ingresado en estado pre-agónico o de sopor en una unidad de cuidados intensivos. Una vez que si estado se va inclinando hacia la sobrevivencia, el enfermo se encuentra de repente en un ambiente extraño, lleno de artefactos, sin comunicación humana y se sumerge en un mundo de negras fantasías, cuyo elemento primordial oscila entre la experiencia de muerte y resurrección.

- El curso espontáneo de muchos enfermos en estas circunstancias consiste en organizar un cuadro depresivo o un desarrollo neurótico de la personalidad sobre aquella experiencia. Un sujeto seguramente sano en el plano psíquico sale de la unidad de cuidados intensivos con una personalidad neurótica o con un cuadro depresivo.
- La elevada proporción que causan estas complicaciones neuróticas y depresivas, pueden evitarse por una intervención médica adecuada¹⁵.

“En la unidad de cuidados intensivos lo que traumatiza al enfermo no es la recuperación de un estado de suma gravedad, sino la vivencia de aislamiento, la profunda soledad en el momento de reincorporarse con lucidez de conciencia al mundo. El enfermo tiene entonces profunda necesidad de comunicación.

Hablar de una paciente crónica indica que una persona sufre una enfermedad de larga evolución, la mejoría de los síntomas es lenta, pasajera y casi nunca está asintomático. El término crónico tiene un efecto negativo tanto en los familiares del paciente, la sociedad como en los médicos, quienes no aceptan con agrado responsabilizarse en el tratamiento. Por una parte porque el éxito de una mejoría es muy remoto, por otro lado los familiares tratan de abandonarlo en la institución médica que le ha recibido.

El paciente crónico en el seno familiar origina tensiones, confusiones, desánimo y sentimiento de culpa en sus familiares respecto a los cuidados que brindan al paciente, situación que repercute en el estado general del paciente crónica originando:

1. Necesidad de seguridad. Su prolongada enfermedad produce necesidad de dependencia hacia sus familiares y su enfermedad; insatisfacción general que no hace esfuerzos para colaborar en sus cuidados, mostrando así que su enfermedad requiere de mejores atenciones.

¹⁵ Freud A. Normalidad y patología en la niñez. Paidós, Bs. As., 1986. 6ª Edición.

2. Angustia de ser rechazado. Su actitud y su estado de ánimo pesimista determinan que el paciente crónico experimente angustia a ser rechazado no solo por sus familiares, sino también por otras personas por lo tedioso que resulta su cuidado no solo desde el punto de vista económico, sino por el tiempo que tienen que dedicar en su atención y cuidado.
3. Temor al abandono y soledad. Su larga enfermedad debilita su estado físico, su función social y sus aspiraciones de recuperación, por lo que experimenta temor que sus familiares le abandonen y se encuentre a merced de su soledad.
4. Miedo a la Invalidez. Las experiencias y las vivencias que tiene el paciente crónico en el transcurso de su enfermedad, el deterioro de sus energías físicas y psíquicas, su necesidad de dependencia, tiene miedo a la invalidez permanente, lo que determina que cada vez se abandone a los cuidados de los demás posibilitando su invalidez.
5. Desconfianza en el Médico. El paciente crónico en su relación con sus médicos tratantes se percata que no muestran mayor interés por su enfermedad, por lo que desconfía que haya algún médico que pueda hacer algo mejor para superar su estado y vuelva a valerse por sí mismo.

El médico es consciente que frente a un paciente crónico no dispone de los medios terapéuticos necesarios ni el equipo de personas que le permitan rehabilitar a un paciente en estas condiciones, por lo que sus esfuerzos no tendrán el resultado que desearía esperar, lo que su desánimo tampoco se deja esperar; sin embargo no hay que olvidar que como médicos tenemos que seguir buscando una medida para luchar por las dolencias hasta los últimos momentos de la vida de los pacientes.

Según cómo se inicia y desarrolla la relación médica, se presenta el enfermo ante el médico bajo la apariencia de cliente, usuario, público asistido, y se puede sentir desadaptado, malo, anormal o ignorante. Desde cada apariencia vera matices en el médico, pero en el fondo, desde su impotencia y debilidad, lo sentirá como fuerte y sabio porque así lo necesita, y también como juez. El enfermo, como miembro de la

sociedad, mantiene sus fantasías acerca de la omnipotencia del médico, lo que se traduce en excesos en la valoración. El miedo a la enfermedad y la muerte fundamenta la fantasía de la omnipotencia; en efecto, que el médico sea omnipotente es necesario para el enfermo, pero el enfermo tiene también otro aspecto, el del temor del médico, tanto de su fuerza y poder como de su juicio, lo que deriva en otras fantasías de autoritarismo y otras formas de poder. Todo ello hace que el enfermo mantenga un rol y status ante el médico, pero lo ejerza de una forma particular, según su personalidad, que va a analizarse desde un doble punto de vista; desde sus creencias acerca de la enfermedad y desde el significado que la enfermedad tiene para él.

En todo caso, su presencia ante el médico en los momentos iniciales se caracteriza, entre otras cosas, por un aspecto que el médico deberá tener en cuenta por la Influencia que en él puede llegar a tener.

La exposición verbal que el enfermo hace al médico de su situación, además de ser la base de la historia clínica, es de una gran subjetividad, incompleta y parcial, en distinto grado según la personalidad del paciente y su circunstancia actual. La habilidad del médico en la entrevista podrá superar las características anteriores, pero hasta que ello se logre, el médico va a ser sometido a la presión de la llamada oferta del paciente.

Se entiende por tal a la selección no consciente del material que en su lenguaje, verbal y no verbal, el paciente comunica al médico cuyos criterios parten de las necesidades, obstáculos y temores del enfermo. Tras la superior intención de ser curado o aliviado, se ocultan otras diversas intenciones que pretenden guiar al médico hacia cierto diagnóstico y tratamiento. Balint ha estudiado profundamente que un tercio de los enfermos que acuden a la consulta del médico general no exponen síntomas característicos y su explosión tampoco corresponde a la de una entidad morbosa definida. Son verdaderos pacientes que proponen diferentes enfermedades de manera sucesiva hasta que se alcanza un acuerdo tácito en la relación, siendo el diagnóstico resultado de un pacto”¹⁶.

¹⁶ Lecciones de Psicología Médica. Juan José López - Ibar, Tomás Ortiz Alonso; María Inés López. Ibar Alcocer 1999.

Partiendo de lo que creen los pacientes sobre su enfermedad y de lo que esperan del médico, se ha tipificado cinco papeles para los enfermos:

El enfermo dependiente angustiado, se siente psíquicamente enfermo y se muestra al médico como un ser desvalido, esperando de él comprensión, atención y apoyo. Cree que las causas de su sufrimiento consisten en miedo, inhibiciones, falta de afecto o de reconocimiento, dificultades sexuales, etc. La sintomatología neurovegetativa es abundante y se suele exagerar con el fin de estimular la atención del médico, por otro lado se tiende a una mayor dependencia de éste. Algunos de estos enfermos rechazan los fármacos porque prefieren la dedicación psicológica del médico, pero acaban aceptándolo y a su administración sigue habitualmente un favorable efecto terapéutico que supera lo esperable de la acción farmacológica.

“El enfermo orgánico está convencido de padecer uno o más trastornos somáticos y espera del médico que descubra la lesión que los justifica. Cuando el médico no descubre, causa orgánica y así lo manifiesta, el paciente, insatisfecho, busca a otro. Cuando un médico general ha mencionado un posible trastorno orgánico y recomienda al enfermo consulta con un especialista para la confirmación y tratamiento, y éste no hace tal confirmación, se intentará con un tercero, por lo que es frecuente que en las historias clínicas de estos pacientes figuren pequeñas relaciones de los médicos con lo que han consultado. Rechazan toda manifestación de psicogénesis por parte del médico y, como es natural, toda forma de psicoterapia sin dejar de insistir en su lesión que, por no haber sido descubierta, debe encontrarse muy oculta. En casos acentuados hasta invocan la conveniencia de una intervención quirúrgica que descubra la enfermedad. Aceptan sin reservas los fármacos, las medidas higiénico-dietéticas, y las terapéuticas física o quirúrgica.

El enfermo menor de edad considera que sus síntomas son el resultado de un desorden de su vida debido a su ignorancia de lo que es una vida sana, más que a transgresiones. Suele tratarse de personas obstinadas y rígidas, sometidas a muchas normas pero que necesitan más y esperan de un médico, que con su autoridad, las establezca.

El enfermo que está muy sano, esté dominado por la negación hasta el extremo de rechazar diagnóstico perfectamente justificado. Suele encontrarse con más

frecuencia entre quienes tienen en la sociedad papeles de dirigente, y los diagnósticos suelen nacerse en explicaciones rutinarias. Para estas personas que rechazan el nosos, el médico es un verdadero peligro y parece ser una reacción manteca lo que permite que superen la infirmithas y el pathos.

El enfermo que huye del médico, que suele ser funcional, es un sujeto de gran resistencia frente a la enfermedad pero desconfiado, ocultando su desconfianza bajo el temor del juicio clínico. Reconoce su relativa falta de salud y por eso busca ayuda en enfermeras, farmacéuticos, sacerdotes, curanderos y hasta en otros enfermos, lo que hace que al acudir a una consulta médica, lleve un largo tiempo enfermo.

La duración de la enfermedad alarga la relación médico-enfermo y acentúa las características psicológicas del paciente, de manera que en ella se establecen unos círculos de Influencia de gran Interés. En la enfermedad funcional, el hecho de la duración Influye en el psiquismo del paciente y en su conducta que, a su vez, puede contribuir a la cronicidad. En la enfermedad orgánica la influencia sobre el psiquismo no es menor, aunque la de éste tiene menor poder en la evolución de la enfermedad. La cronicidad es frustración para médico y paciente, y la intolerancia de cada uno puede influir en el otro miembro de la relación, dificultándola. Por ello, en la enfermedad crónica es de mayor interés en el conocimiento de la personalidad del enfermo por parte del médico, ya que al permitirte una mejor comprensión de la conducta del paciente, se realiza una mejor adaptación a la relación. Kahana y Bring clasificaron los enfermos crónicos en 6 tipos:

- El tipo dependiente: Se caracteriza por la necesidad de ser alimentado y cuidado como un niño pequeño, lo que determina el temor de ser abandonado. La Inutilidad en Impotencia que caracteriza la situación de enfermedad aumenta su necesidad y el miedo de ser abandonado por inútil, lo que intenta compensar en su conducta mediante la exigencia de cuidados y protección. Como la necesidad es grande, difícilmente la puede satisfacer como no sea momentáneamente y, con frecuencia se lamenta de la falta de cuidados hacia él por parte de los demás y critica la conducta de médico, enfermeras y familiares. Su egocentrismo le impide observar necesidades en otros.

- El tipo ordenado encierra agresividad reprimida por temida. Teme que la enfermedad debilite su control sobre la agresividad y que ésta, liberada, lo domine. Su autocontrol hace que trate activamente de conocer su enfermedad: conocerla es controlarla y dominarla; por eso pregunta insistentemente acerca de ella. En la enfermedad se acentúan los rasgos anales de su personalidad, como son su pulcritud, limpieza, orden, rutina y perfeccionismo, y durante ella observa atentamente la conducta de quienes te cuidan, y valora muy positivamente la eficacia, el orden y la limpieza de los demás por la seguridad que te producen.
- El tipo dramático; de elevado narcisismo, *se* apoya en lo que considera un atractivo personal para establecer y mantener una relación afectuosa e Intensa, idealizada, con las personas que representan figuras parentales. Se teme la enfermedad porque puede dañar corporalmente y ser la causa de una pérdida de atractivo. Su conducta con el personal sanitario se caracteriza por relacionarse con él de manera cálida, afectivamente intensa, muy personal, esforzándose en agradar para atraer la atención y admiración, y desarrollando y expresando intensos celos, muestran solicitud hacia otros pacientes.
- El tipo sacrificado ofrece una imagen de autosuficiencia en el sufrimiento, procura, que sin quejarse de él, todos vean la intensidad de su sufrimiento y también su entereza para soportarlo y extender su sacrificio hacia donde haga falta. Lo hace porque sus fantasías encierran un premio de cuidados, cariño y aceptación, sus sentimientos de culpa son Intensos y su actitud es claramente masoquista, por lo que es posible que con el sufrimiento y el dolor obtenga satisfacción. Lo más característico de su conducta es la sumisión ante médico y enfermera y la acentuación del sufrimiento, no solo para llamar la atención de, sí o también por él mismo, como castigo. Por eso puede, a veces, rechazar el tratamiento.

- El tipo receloso reprime enérgicamente su debilidad. La enfermedad es temida porque puede llevarle a una situación de gran vulnerabilidad en la que todo y todos pueden hacerle daño, su defensa principal es la proyección, que utiliza para trasladar a otros sus Impulsos negativos. En su enfermedad se muestra vigilante de cuanto le rodea y aprovecha cualquier observación no grata para sospechar de los demás. Es muy sensible a toda crítica y acusa a los otros de ser los causantes de su enfermedad, de su evolución o de los males que puedan derivarse de ella.
- El tipo orgulloso, sufre una hipertrofia de sus sentimientos del propio poder y del propio valor, y cree que es importante para los demás. La enfermedad constituye una amenaza a su auto concepto: como consecuencia de ella determinará su poder por eso le teme. Siendo un hombre que cuando está sano se considera casi invulnerable, la enfermedad muestra que no lo es, y el reconocer su debilidad es causa de su ansiedad. Es muy significativo que este tipo de enfermo, arrogante y hasta vanidoso, que suele presumir de su valor y hablar con cierto grado de pedantería, se esfuerce en la medida de sus posibilidades en ser tratado por lo médico más competentes y prestigiosos y al referirse a ello invoque relaciones amistosa o de gran confianza que no siempre corresponden a la verdad. También, como el tipo. receloso, este enfermo busca fallos en el personal sanitario, pero no para hacer acusaciones como consecuencia de sus proyecciones, sino porque los medico de un hombre importante no pueden tenerlos”¹⁷.

“El primer contacto con los pacientes es la admisión. El personal de salud que se encarga de la admisión constituye un equipo (el equipo de Admisiones), son quienes escuchan el pedido de consulta, siendo éste el primer acercamiento de la persona que viene a consultar al Servicio de Salud.

¹⁷ CANALES F. ALVARADO. PINEDA. Metodología de la Investigación Manual para el desarrollo personal de Salud. 2da Ed. Washington D.C. Editorial OPS / OMS. 1997.

Todo paciente hospitalizado mantiene una permanencia en el centro hospitalario. Terminada la Internación, si el síntoma de angustia estaba controlado o solucionado, se lo enviaba a su hogar, pero si persiste, el paciente pasa a consultorios Internos como paciente ambulatorio de psicología o sicopatología.

La información es un aspecto muy importante en cualquier etapa de la enfermedad. No todos los enfermos requieren la misma cantidad y tipo de información, por tanto la información debe ser individualizada y adaptada a las demandas del paciente. La información es un proceso que mejora la adaptación a largo plazo pero que provoca ansiedad como efecto inmediato, sobre todo si se comunican malas noticias, por ello es necesario valorar en cada caso: Las siguientes preguntas:

1. ¿Qué vamos a decir?
2. ¿Cómo le vamos a decir?
3. ¿A quién se lo vamos a decir?
4. ¿Cuándo lo vamos a decir?

La reflexión a estas preguntas nos puede ayudar en el inicio a informar de una forma adecuada al paciente favoreciendo la asimilación de lo que le está ocurriendo y la posibilidad de tomar decisiones al respecto. Existen aspectos en que la información oral es conveniente acompañarla con información escrita que el enfermo pueda llevar a casa para tener e interiorizar, la información escrita es importante cuando comunicamos;

1. Efectos de la cirugía y posible rehabilitación
2. Efectos secundarios de la quimioterapia.
3. Efectos secundarios de la radioterapia.
4. El Trasplante de Médula Ósea, TMO.

Todos los síntomas que presenta el enfermo crónico deben ser atendidos con detenimiento, sean físicos o psicológicos, entre los síntomas físicos más incapacitantes y que requieren una mayor atención se encuentra el DOLOR. Los síntomas psicológicos varían en cada etapa de la enfermedad como ya se ha descrito y pueden

ser tan incapacitantes como los físicos, por ello se recomienda hacer una prevención de los mismos en las etapas Iniciales.

La Calidad de Vida en el enfermo crónico es una constante que hay que perseguir, no debemos olvidar que el ser humano es un ser bio-psico-social y debe buscar el equilibrio en cada una de las áreas para sentirse tranquilo y confortado. Una buena información, junto a un adecuado control de síntomas y percibir por parte del entorno el apoyo y cariño necesarios, suelen mejorar en gran medida la Calidad de Vida del enfermo, haciendo soportable cualquier sufrimiento.

El Apoyo Social por ejemplo es un término que hace referencia a las relaciones familiares y sociales de que dispone el paciente y su núcleo familiar y que colaboran de diferentes maneras en todo el proceso de enfermedad. Desde un punto de vista psicológico, el apoyo social que tenga el paciente es una variable predictora del ajuste o adaptación a la enfermedad.

Expresar las preocupaciones y miedos que siente el paciente, puede favorecer la disminución de los niveles de ansiedad y que él enfermo se sienta más tranquilo, así mismo nos da pautas para poder ayudarlo y mejorar su Calidad de Vida. Existen técnicas que facilitan el desahogo emocional, pero siempre han de ser aplicadas por un profesional, cuando el caso lo requiere, ya que el mundo de las emociones es complejo y podemos provocar un daño en el paciente sino sabemos manejarlo”¹⁸.

“La recaída o progresión de enfermedad, suele ser una etapa difícil, en la que nuevamente es necesario someterse a tratamientos médicos y revivir situaciones que ocurrieron durante el proceso diagnóstico y tratamientos iniciales. Esta fase se vive con mayor incertidumbre y desánimo, los motivos para ello los podemos resumir en los que siguen:

¹⁸ KOZIER, Bárbara. Fundamentos de Enfermería conceptos procesos y prácticos. 5ta edición. México. Ed. Mc Graw Hill interamericana. Año 2000.

La recaída o progresión suponen una amenaza a la supervivencia e inicialmente nos ponen un límite a la misma, el paciente y su familia lo interpretan como un suceso muy grave y de gran trascendencia en la vida del paciente.

La experiencia anterior de enfermedad despierta recuerdos y emociones negativas lo que condiciona que el paciente sienta más miedo, se cuestione la aceptación de nuevos tratamientos, y sobre todo que presente una serie de reacciones emocionales que serán difíciles de manejar: la desconfianza, la desesperanza y la impotencia.

Esta situación condiciona que tanto el equipo médico como la familia contemplen una serie de actuaciones que faciliten al paciente la aceptación de lo que sucede, así como la toma de decisiones en cuanto a la aceptación de nuevos tratamientos, segundas opiniones etc. Para no crear más conflictos y problemas de los que ya se tienen, es necesario que cuidemos los siguientes aspectos:

Las necesidades de información y características de la misma. Valorar que cantidad de información necesita el paciente y la congruencia informativa entre el equipo médico y familia son aspectos importantes para que el paciente se vaya tranquilizando y tome las decisiones que sean necesarias. La condición física del paciente.

Debemos ser precisos y valorar los síntomas físicos y psicológicos del paciente, puesto que una buena valoración posibilitara que atendamos todas sus necesidades, disminuyendo los sentimientos de desesperanza y desamparo que pudieran presentarse¹⁹.

“El Desahogo o Ventilación Emocional es de suma importancia ya que en muchas ocasiones el paciente guarda silencio y no comparte con nadie sus miedos y preocupaciones por no Inquietar a la familia y/o ser una carga para sus allegados.

¹⁹ Álvarez-Fernández B, Gómez-Huelgas R. Síndrome confusional agudo en el paciente hospitalizado.

El Apoyo Social percibido es una variable que favorece o dificulta el proceso de adaptación a la enfermedad, e incluso algunos estudios la relacionan con el afrontamiento a la enfermedad y deseos de sobrevivir.

La Influencia del estrés crónico en la inhibición del sistema inmune, deduce que podría haber alguna relación bastante directa entre dicha situación de estrés y el miedo de la enfermedad, siempre que concurrieran además uno o varios de los demás factores causales mencionados. El diagnóstico de enfermedades crónicas, habitualmente, genera una crisis que exige medidas de adaptación rápida, pues ante el impacto emocional, el paciente se ve obligado a tomar en el menor tiempo posible, decisiones sobre las consultas que hará y las terapéuticas que aceptará. La experiencia clínica prueba los beneficios de contar con asistencia psicoterapéutica desde este momento, ya que el paciente es ayudado a superar la situación de estrés agudo, pudiendo entonces tomar decisiones con relación al tratamiento, a sus relaciones vinculares y a sus actividades sociales.

Muchas veces los pacientes no han sido informados, suponen, dudan, o no entendieron lo que se les informó y desde ese lugar, obviamente, no están en condiciones de tomar decisiones y están muy asustados. El lugar de la consulta psicoterapéutica, donde este malestar puede "ser escuchado, la oportunidad de enfrentar las propias circunstancias, comenzando a tomar decisiones, y pasando de la actitud pasiva de objeto, a una actitud activa de sujeto".

El cambio de actitud, la toma de las riendas de la situación y el saber qué es lo que está pasando, siempre tienen un efecto tranquilizador, que reduce la ansiedad y da esperanzas y fuerzas para emprender el camino que hay por delante. La capacidad de afrontamiento y adaptación de cada persona está condicionada por el estilo de personalidad previo y la fortaleza del Yo, así como por los afectos y el apoyo familiar y social, incluido el equipo de salud.

La asistencia psiquiátrica y psicológica pueden evitar o disminuir los efectos de paralización, confusión, dificultades de concentración, alteraciones somáticas (apetito,

sueño) y de la actividad cotidiana, que la condición traumática de la experiencia habitualmente genera. Además, el estado de ánimo puede ser alterado no sólo por los tratamientos necesarios para lograr librarse de la enfermedad, sino por efectos adversos de los fármacos, del tumor o de enfermedades asociadas.

Una vez Iniciados los tratamientos a que el paciente debe someterse, el tratamiento psicoterapéutico es un apoyo para el sostén de los mismos, ya que en si son traumáticos y a veces dolorosos, y es necesario un fuerte deseo de vivir y una gran entereza para continuarlos hasta llegar a la liberación de la enfermedad o a la mejoría de la calidad de vida.

Como parte del equipo de salud por el cual es atendido el paciente, desde el área de sicopatología también se colabora con él y con el médico, para que la comunicación sea lo más fluida posible y el primero se sienta seguro, confiado y con derecho a saber tanto como quiera sobre el desarrollo de la terapéutica, lo cual facilitará la labor del segundo.

Pese a que no hay comprobación científica; y tal vez nunca la haya; sobre la magnitud de la incidencia de los factores psico-socio-emocionales en el inicio de la enfermedad, si contamos con experiencias controladas de los efectos de las intervenciones psicoterapéuticas, tanto Individuales como grupales, sobre la mejoría de la respuesta a los tratamientos.

Cada individuo reacciona de manera diferente tras ser ingresado en un hospital, dependiendo de la naturaleza de la enfermedad, de su personalidad y de su situación vital. Algunos pacientes lo interpretan como un lugar seguro del que van a obtener cuidado y alivio en sus síntomas, mientras que otras personas lo ven como un lugar que aumenta su ansiedad. En comparación con su hogar, un hospital es un ambiente impersonal, en el que a uno normalmente le despojan de sus ropas, a menudo hay que compartir habitación con otros y tiene que adaptarse a una nueva rutina, a horarios de comidas, sueño y visitas, rodeado de un sin fin de caras nuevas, cada una de ellas con una función concreta que desarrollar. Un hospital moderno es la empresa más compleja

que existe. Ingresar en uno para recibir cuidados es una experiencia que no deja impasible a nadie. La medicina científico natural ha transformado edificios e instituciones creados para cuidar y albergar (también aislar) en lugares de alta complejidad y tecnología”²⁰.

“En 1993, la División de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una monografía dedicada a cómo contar las malas noticias al enfermo. Las conclusiones fueron las siguientes:

1. Antes de informar al paciente, el médico deberá tener un plan. Es decir, deberá, haber considerado cuál es la mínima información que el paciente o los familiares necesitan saber para tomar decisiones de cara al futuro y cuál es la máxima información que se les puede dar en función de la seguridad del diagnóstico (p. Ej., cuando lleva un excesivo número de pruebas diagnósticas).

2. Dar el control a paciente sobre lo que quiere saber y cuándo lo quiere saber. Existe una amplia evidencia tanto de la literatura como de la experiencia clínica de que cuando a los pacientes se les presenta la oportunidad dirán lo que quieren saber y cuándo.

3. El médico deberá averiguar lo que el paciente piensa sobre su enfermedad. Deberá preguntarle lo que él cree que le sucede y lo que le preocupa. Normalmente el médico asume que el paciente tiene miedo porque va a morir, pero en muchos casos lo que le asusta es una muerte dolorosa.

4. Permitir al paciente que se tome tiempo para sumir toda la información, es importante no sobrecargar al paciente y ofrecerle la información en varias sesiones.

5. Dar alguna buena noticia o por lo menos esperanza. Incluso aunque sepamos que un 95% de los pacientes con la misma enfermedad morirá en 6 meses, el hecho es que un 5% no lo hará y el paciente podría ser de ese 5%.

6. Ofrecer al paciente un plan de tratamiento, aunque el médico no sepa con exactitud el diagnóstico, si sabrá las investigaciones que necesitará hacer, los pacientes se muestran muy agradecidos cuando ven que alguien sabe lo que está haciendo y parece controlar la situación.

²⁰ Los Trastornos Depresivos. Vázquez-Barquero, J.L. Editorial ELSERVIER-MASSON. Año 2008. Pág. 208.

7. El médico nunca deberá dar falsas esperanza o mentir, pues esto destruirá la confianza en el médico, así como la relación médico - paciente”²¹.

Podríamos definir el hospital como: «Una macro unidad operativa desde los puntos de vista social, económico, político y funcional, dentro de la cual se produce una serie casi ilimitada y dispar de situaciones, interacciones, funciones y prestaciones, tendentes en su conjunto a recuperar a los individuos para la sociedad.»

Con ello podemos entender cómo algo que es aparentemente simple (el hospital como casa de cura) es realmente una institución (algo más que una casa) de una enorme complejidad. Una institución cuyo objetivo, como nota curiosa, es la «recuperación de los individuos para la sociedad. Pero sucede que la mayoría de las camas hospitalarias acostumbran a estar ocupadas por pacientes crónicos o terminales, con lo que resulta que esos pacientes están siendo atendidos en una institución que no es la adecuada, ya que no cuenta con esa función entre sus objetivos.

“Carral y Delás (1992), que se basa fundamentalmente en dos aspectos que deberemos comentar brevemente: la pluralidad de los profesionales (a), que desarrollan una pluralidad de tareas (b), y que lo hacen en un espacio de capacidad limitada.

Dentro del referido marco de una intervención psicológicamente adecuada en los pacientes hospitalizados, que es preciso tratar de:

1. Frenar las molestias y disfunciones derivadas de la enfermedad (lo que se puede llamar rehabilitación y/o habilitación alternativa).
2. Evitar o retrasar complicaciones en los cuadros instaurados.
3. Mantener al paciente con la máxima autonomía, libertad e inserción en su entorno, que sean posibles.

²¹ Asociación Médica Mundial, OMS, "Declaración sobre los derechos humanos del paciente", www.vcl.servicom.es.1993

4. Mejorar la adaptación tanto del paciente como de su familia (que no olvidemos que también padece las consecuencias de la enfermedad y que, a su vez, influye muchas veces decisiva mente en la evolución del paciente) a la situación de enfermedad.
5. Mejorar el cumplimiento de las normas y controles de salud, tanto en sanos como en pacientes crónicos.
6. Implicar al paciente y a su familia tanto en la situación de enfermedad como en su tratamiento.
7. Evitar la pasividad, la dependencia y el conformismo.
8. Equilibrar, en cada caso, el reparto de las cargas-beneficios consecuentes a la enfermedad entre todas aquellas personas implicadas en esa situación de enfermedad.
9. Mejorar al máximo la calidad de vida en todos aquellos aspectos en que ello resulte posible.

El hecho estar hospitalizado les plantea unas dificultades que pueden resumirse en los siguientes aspectos:

- a) Son sujetos con su salud comprometida en extremo.
- b) Que reciben una atención tecnificada al máximo.
- c) Pero cuya asistencia se presta de una forma generalmente bastante desindividualizada.
- d) En la que se les exige que repriman al máximo sus manifestaciones espontáneas.
- e) Y donde se refuerzan sus conductas regresivas (que en el fondo eso es «ser un buen enfermo»).
- f) Se trata, por otra parte, de una situación en la que generalmente existen dificultades para poder aplicar los aprendizajes o experiencias previas,
- g) En la cual se produce una máxima dependencia de los medios técnicos y del personal.

h) Y en la que se está permanentemente en situación de peligro de poder sufrir situaciones desagradables, tanto por la propia evaluación de la enfermedad padecida, como por los tratamientos y exploraciones a que se puede ser sometido”²².

“La propia situación de hospitalización ya supone por sí misma una carga de ansiedad y unos problemas importantes para todos los implicados (pacientes, familiares y personal que desempeña su labor profesional), debemos considerar la situación de enfermedad que padece el paciente, complica aún más su situación y la hace más dificultosa.

La situación de enfermedad implica unos cambios, descritos por Detré y Jarecki en 1974 cuando se refieren a las causas de lo que ellos llaman «ansiedad situacional en la hospitalización». Esos pacientes se encuentran sometidos a unas condiciones particulares, de entre las que destacan:

- 1.) Un futuro personal en mayor o menor grado temible e incierto, en relación con su bienestar, salud y/o supervivencia.
- 2.) Unos problemas materiales, económicos, etc., derivados del internamiento.
- 3.) Unas molestias físicas y psíquicas deriva las de la enfermedad, de las exploraciones que ésta conlleva y de los tratamientos que puedan resultar potencialmente necesarios.
- 4.) La ignorancia del motivo de algunas exploraciones y de su peligrosidad, de los tratamientos que pudieran derivarse de sus resultados, de la evolución que probable y realmente va a seguir el cuadro, etc.
- 5.) La dependencia de su bienestar, de su sufrimiento y de su futuro, de unas personas desconocidas, con una conducta generalmente aséptica e impersonal, que no muestran estar especialmente motivadas afectivamente hacia él de una forma concreta.
- 6.) La consecuente separación familiar y de su entorno físico habitual, etc.

Las dificultades para poder adaptarse a la situación de enfermedad y más concretamente de hospitalización, que a su vez conllevarán a aumentos de la ya citada ansiedad situacional. Aumentos de ansiedad que, indefectiblemente, irán asociados a

²² Psicología Medica y Iatrogenia, Enfermo, Problema, Hospitalización, reacciones psicológicas del paciente. Ricardo González Menéndez. Revista Cubana de Medicina. Boletín No.2. 2003. Erroremedicina. Pág. 42

incrementos de los niveles de sufrimiento y consecuentemente también a un empeoramiento de las perspectivas pronosticas del mismo cuadro orgánico. Esas dificultades de adaptación, en cuanto a sus causas, podrían ser sistematizadas, con fines expositivos, en tres grandes bloques que comentaremos brevemente:

1. Las referidas a los hábitos personales del sujeto.
2. Las referidas a sus estilos de vida.
3. Las referidas a sus expectativas.

Dificultades de adaptación a la hospitalización referidas a los hábitos personales del paciente, podríamos distinguir cuatro aspectos:

- A) Alimentación: La hospitalización supone cambios (y por con siguiente necesidad de adaptarse) en este aspecto de la vida cotidiana del paciente, tanto en lo que se refiere a horarios, cantidad y calidad, condimentación o temperatura, como en lo que se refiere a la forma y postura física en que se ve obligado a comer, al tipo de servicio que se le proporciona para ello, etc.
- B) Sueño: Aquí la necesidad de adaptarse se plantea por los cambios que experimenta el sujeto hospitalizado tanto en lo que se refiere a los horarios (muy importante por los cambios que su pone en sus ritmos circadianos), como en lo que se refiere a la comodidad física (dimensiones de la cama, «extrañar» el colchón o la almohada, etc.), en lo referente (en contraste a lo que cualquier persona está acostumbrada a lo largo de toda su vida) a las interrupciones a que se le somete en el descanso por que la de compañeros deshabitación, ruidos y luces, tomas de medicación propias o de los compañeros dentro del horario de sueño, etc.
- C) Higiene personal: Aquí las dificultades se derivan de la necesidad de utilizar instalaciones generalmente inhóspitas e incómodas, con un espacio físico inusual en el que faltan los elementos habituales para el sujeto. Y que, además, se ve obligado a compartir con personas extrañas.

D) Alojamiento: En este caso las dificultades se derivan, obviamente, de las incomodidades que generalmente implica la estrecha convivencia con personas extrañas, de costumbres y gustos distintos, que la hospitalización impone. Pero no es raro que existan también problemas a la hora de ocupar tranquilamente una cama extraña, que ha sido ocupada anteriormente por personas desconocidas, con males ignorados o incluso que han fallecido en ella.

Las dificultades de adaptación a la hospitalización debida a los estilos de vida del paciente, se enumera a continuación:

A) Intimidad: Las dificultades se plantean aquí ante la imposibilidad de hablar en privado de asuntos personales o ínfimos y, en general, ante la de conservar la intimidad tanto ante el personal sanitario como ante los compañeros de habitación (por ejemplo a la hora de hacer sus necesidades estando encamado, o a la hora de tenerse que mostrar desnudo para exploraciones o curas).

B) Independencia: Las limitaciones de la movilidad (con un con finamiento en la sala que no se reduce sólo a quienes tienen que permanecer encamados), teniendo que pedir permiso para casi todo lo que en la vida habitual se hace libremente, con imposibilidad de control o de toma de decisiones, etc., implican obviamente, y cuando menos, molestias para la persona que, además de estar enferma, se tiene que someter a todos estos cambios de su vida habitual.

C) Atuendo: Aunque pueda parecer poco relevante, resulta también molesto para el paciente el tener que permanecer constantemente, durante el tiempo que dure la hospitalización, con ropa de noche, generalmente manteniendo la uniformidad que impone el hospital y muchas veces con inadecuación de tallas, de planchado, etc., de esa ropa que facilita la institución, con desconocimiento de lo referente al anterior usuario de esa misma prenda, etc.

También existen dificultades de adaptación en relación a la hospitalización que son derivadas de las expectativas del sujeto:

1. Hacia sí mismo: La expectativa del sujeto hacia sí mismo como paciente implica que debe «ser bueno». Y ello significa que debe ser dócil y hasta heroico si es menester. Debe obedecer ciegamente las indicaciones que se le hagan, sin rechazar en ningún caso tratamientos, dietas o manipulaciones, etc. (con independencia de lo que piense o tema de ellos). También debe curarse y (por supuesto) no debe morir ni mantener relaciones sexuales. Debe abstenerse de hacer preguntas comprometidas para el personal asistencial, lo mismo que tiene la obligación de no molestar llamando reiteradamente a los profesionales o planteándoles exigencia alguna. Debe también tratar con extremado tacto a ese personal (sin enjuiciar ni cuestionar su conducta). Debe controlar sus esfínteres, sus olores, etc. En cualquier caso, debe huir de ser etiquetado como «enfermo problema» por el personal sanitario, pues ello podría (aun que sólo fuera en su mente) acarrearle el rechazo de ese personal y con ello perjuicios en su asistencia. Aquel que el personal sanitario considera como «enfermo problema», por su parte, se caracteriza concretamente por mantener una excesiva dependencia del propio personal, por tratar de obtener «beneficios secundarios» de la enfermedad, por negar el cuadro orgánico, por su escasa colaboración en el tratamiento, por plantear dificultades de convivencia con el personal o con los otros pacientes, o por resistirse a renunciar a su propia personalidad y a las costumbres que tenía anteriormente, etc.

2. Hacia la enfermera: La enfermera es una figura profesional que despierta en el paciente expectativas ambivalentes. Por un lado, sabe que es una persona que no debe dejarle morir, pero que tampoco debe darle información ni su opinión, que no debe dejarse guiar en su actuación por su conciencia sino por su obligación, que tiene acceso a toda su intimidad pero que no debe divulgar la información.

3. Hacia el médico: Esa es una figura que en el hospital, más que en ningún otro sitio, es magnificada e idealizada. No se le debe enjuiciar ni molestar con preguntas, no debe eludir las decisiones últimas sobre cuál es la mejor atención, tiene en su poder la capacidad de indicar o suspender un tratamiento (y con ello facilitar el dolor, el sueño,

la vida o la muerte), es quien toma la decisión de dar por muerto a un enfermo o de que se siga luchando por su vida”²³.

Con todo ello podemos comprender que en la situación de verse hospitalizado, el paciente va a tener que poner en marcha los mecanismos de adaptación que son habituales en él cuando se encuentra en aquellas situaciones en las que se siente en peligro, indefenso e ineficaz. Sensaciones que generalmente se experimentan con poca frecuencia en el adulto, pero que sí pueden haber sido experimentadas cuando fue niño. La consecuencia va a ser fácilmente la utilización de mecanismos que quizá resultarán útiles en la infancia pero que, de ser utilizados de idéntica forma ha como se hizo entonces, resultarán cuando menos impropios e ineficaces en el adulto: regresión, negación, evasión, entrega, agresión, introversión, inculpación y utilización son algunos de ellos. La madurez personal previa del sujeto podrá lograr que en esa situación, para él novedosa, se pongan en marcha mecanismos de adaptación «sanos como son la superación, la apropiación o la resignación (sólo cuando no cabe otra), hacia los cuales los profesionales, conocedores de sus problemas, pueden ayudarle a marchar.

Un hospital es un lugar de cuidados, pero es también un lugar de búsqueda que deberá concernir a todo el campo de la psicología médica.

Finalmente es un lugar que posee unas características de funcionamiento propias, diferentes de las de la medicina práctica:

“1. Características de la hospitalización:

- a. La hospitalización acentúa algunos rasgos de la relación asistente-asistido. Y contribuye a desequilibrarla en detrimento del enfermo; aumento de la desigualdad de la relación y del sentimiento de inferioridad y de dependencia del enfermo. Aumento del aspecto técnico de la centralización de los intereses en el cuerpo y la enfermedad en detrimento de la relación de la palabra y de la personalidad del enfermo.

²³ Hospitalización, Ingreso, Estancia, Trastorno de Ansiedad y Trastorno Adaptativo. Detre, Thomas P., Jarecki, Henry G. Terapeutica y Psiquiatria. 1era Edición. RIMP. Santiago de Chile.1994.pag. 3,478.

- b. La hospitalización implica un funcionamiento de grupo en los asistentes. Esto Independientemente de cualquier elección de modalidades particulares de funcionamientos, trabajo en equipo, comunicación vertical jerarquizada u horizontal. La relación dual, incluso si se recrea en un diálogo privilegiado con un asistente, está por necesidad sometida a una red de relación mucho más basta que la modificara considerablemente; lo cual implicara:
- ✓ Problemas al nivel de la circulación de la información que pueden ser sofocadas, deformada, diluida. O problemas de relación entre los diferentes miembros asistentes.
 - ✓ La Aportación médica a las dificultades vinculadas a la hospitalización.
 - ✓ Las posibles respuestas a los efectos traumáticos de hospitalización.

La hospitalización presenta por sí misma las condiciones suficientes para hacer a un efecto de estrés y de desorganización del control emocional del enfermo.

Medidas relativamente sencillas podrían atenuar fácilmente estos riesgos. A menudo dichas medidas no se siguen por ignorancia de su importancia, su carácter vanal que hace desconocer su verdadero valor y alcance, La acogida, por ejemplo, constituye un momento en que el enfermo es particularmente vulnerable. Las palabras y las actitudes tomarán para él una importancia muy grande para agravarle o, al contrario calmarle. No es difícil, incluso si no se ha vivido, imaginar lo que puede ser la angustia de un enfermo que llega a las urgencias de un hospital; inquietud sobre la naturaleza de la afección, contacto con la familia, precipitación en un mundo desconocido, tumulto de las urgencias, promiscuidad, por no hablar de las repercusiones de los efectos físicos de la enfermedad (dolor, fiebre, malestares diversos...); además será el paso continuo anónimo del personal (Interno de guardia, enfermeras de urgencias, después de la sala de hospitalización, camilleros, personal administrativo), el recorrido del laberinto de los pasillos de una sala a la otra, de la sala de radiología a la sala de operaciones, la larga sucesión de exámenes complementarios. En estas condiciones puede bastar con pequeños gestos como apretar la mano, decir el nombre, explicar la naturaleza y razones de las diferentes

gestiones para que el clima psicológico cambie considerablemente y que la angustia vaya normalizándose.

Tres grandes principios podrían guiar siempre la actitud de los asistentes cualquiera que sea la naturaleza de su función; personalizar la relación, para evitar la desconocida ansiogénesis.

Tener presente la función, organizadora del asistente, siendo coherente en su actitud y explicando el sentido de lo que se realice.

Permitir al enfermo tener un papel activo, que sólo se conseguirá sugiriéndole unas posibles preguntas. La explicación de estos principios permite al asistente desempeñar su papel de guardián y restaurador del narcisismo amenazado de su paciente.

Dicha actitud tendrá tanto mas eficacia de formar parte del comportamiento habitual de los asistentes y será tanto más generalizada, y por consiguiente es eficaz, cuanto que el jefe de servicio la practique y explique su importancia. Pero esto nos lleva a hablar de la coherencia interna del grupo asistente.

Que se quiera o no, que sea deseado o temido, el funcionamiento de un servicio hospitalario implica unas relaciones de grupo. Se ha subrayado la importancia y consecuencias sobre la naturaleza y la calidad de la relación médico-paciente (asistente-asistido) y sobre la circulación de la información. A imitación de la familia, el grupo asistente va a funcionar como un sistema cerrado, Si la comunicación es mala en el interior del sistema, como entre el sistema y lo que le rodea se está expuesto a muchos riesgos; una pérdida de información perjudicial al enfermo. Por ejemplo, no es necesariamente el médico responsable del enfermo quien recogerá el máximo de informaciones sobre los elementos necesarios al establecimiento de lo que hemos llamado el diagnóstico global. Muy a menudo el enfermo las habrá dado confusamente a diferentes miembros del grupo asistente que, por su multiplicidad hacen la función de la conversación no directa y facilitan un funcionamiento en asociación libre del paciente.

Los asistentes recogen de este modo los datos suministrados por este tipo de conversación, cuando el médico no habrá podido obtenerlos porque está demasiado ocupado en su interrogatorio metódico y técnico y prisionero de su imagen de técnico distante e inquietante. Si estas informaciones no son recogidas, unificadas, serán más o menos incoherentes, carentes de interés y se perderán o no se utilizarán.

Un parasitismo de la comunicación por los conflictos entra asistentes. Por ejemplo retener la información es un medio fácil para todo asistente de ejercer un poder y de oponerse a otro asistente. Medio que es tanto más fácil de utilizar en cuanto se presta fácilmente a su utilización bajo la forma de olvidos y de otros malogrados, que permiten al conflicto ser tratado sin ser reconocido por completo. Los pacientes puedan utilizar también estos conflictos para obtener "beneficio" que perjudican al buen funcionamiento del servicio pero a menudo también perjudican a su salud. Es así como algunas personalidades intentan constantemente partir el grupo en dos: "los buenos" y "los malos". Es evidente que esta actitud se verá facilitada y sus consecuencias agravadas cuando existen disensiones no controladas en el grupo. Los papeles de bueno y de malo se perduran entonces sin perspectiva ni relativización y tomados al pie de la letra, pudiendo volver la atmósfera insoportable y conducir a pasos en falso más o menos graves; trastornos de la comunicación, como los que acabamos de examinar, que dificultan la calidad de los cuidados, reacciones agresivas o depresivas de las que se siente atrapado en el papel de malo. La cristalización en un "emisario" de los conflictos de un servicio de la agresividad y de todos los elementos mal juzgados, puede facilitar en un primer momento las relaciones entre todos los miembros pero se revela como un meato muy peligroso. Se trata de un (nieta de pasos en falso, como acabamos de decir, y comporta una ilusión perniciosa; la de un funcionamiento idealizado entre los miembros que evita al grupo madurar gracias a una elaboración de los conflictos, estos, en este caso, son sistemáticamente eludidos y desplazados sobre el emisario cuya presencia es entonces necesaria para el funcionamiento del servicio, Una desilusión brusca aparecerá tarde o temprano, desorganizando el equipo y: será perjudicial a todos los individuos.

- Una pérdida importante de energía, es el resultado ineluctable de esta mala comunicación. Mucha energía deberá ser gastada para recoger una información, que circule mal, compensar estas insuficiencias y mantener la cohesión del grupo. En la medida que la energía de manutención de un equipo sea débil más la sinergia efectiva será grande”²⁴.

En otras palabras, más armonioso resultará el funcionamiento de un equipo y más eficaz porque es disponible para sus actividades de asistencia.

Para mejorar el grupo de trabajo existen algunos principios pueden guiar su acción:

Todos los miembros del grupo deben comprender el Interés de una buena comunicación, condición para obtener su adhesión y motivación.

Las actitudes en el seno de un grupo son contagiosas y tienen una variable ejemplar. Son susceptibles de desencadenar actitudes semejantes o contra-actitudes, tanto más cuanto que las personas estaría más investidas; del carácter en ocasiones determinante de la actitud del jefe de servicio. Podemos así advertir que las enfermeras se comportan a menudo con los enfermos de una forma parecida a la que los médicos adoptan para ellos.

La información debe ser valorizada si se quiere obtener. Para esto toda Información que viene de cualquier persona debe poder ser dicha y ser oída sin desvalorización ni ironía. La selección se hará en un segundo tiempo. Si no las críticas las tomarán como una suspensión de funciones y las comunicaciones ulteriores serán inhibidas o seleccionadas en función de lo que será susceptible de gustar.

La comunicación, para mantenerse no se debe hacer en sentido único. Un mínimo de información debe venir en reciprocidad a todos los asistentes sobre el sentido de su acción, la importancia de sus informaciones y las consecuencias que han tenido.

El intercambio de información solo puede hacerse si cada uno de siete valorado en lo que debe decir y si la palabra de cada uno recibe la misma atención al ser escuchada.

²⁴ CARACTERÍSTICAS DE LA HOSPITALIZACIÓN EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL SAN RAFAEL DE TUNJA. Investigaciones Andina, vol. 11, núm. 19, septiembre, 2009, pp. 50-64. Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira, Colombia

“Es de suma importancia la humanización de los hospitales ya que pasa por la aplicación de estos principios.

Quien dice humanización significa en efecto el deseo de tener en cuenta necesidades verdaderas de los enfermos. No son únicamente materiales, pero implica tener en cuenta unas necesidades psicológicas y de la personalidad de los enfermos.

Humanizar es reintroducir lo humano en el funcionamiento del hospital, es decir, evitar que este último no sea reducido al papel de fábrica para reparar los órganos averiados. Todo lo que hemos podido decir del vínculo entre psique y soma nos muestra su importancia, Humanizar significa permitir a cada enfermo seguir viviendo como un ser humano, teniendo en cuenta sus valores de referencia, solicitando en la mayor medida el conjunto de sus posibilidades de funcionamiento, no solo fisiológicas sino también mentales.

Evitándole que se desorganice a través de la angustia y sumergirse por sus reacciones emocionales facilitándole el acceso a la palabra y a la posibilidad de unir y de simbolizar sus afectos.

Humanizar es volver conscientes a los asistentes que son depositarios de una parte del narcisismo de los pacientes, que deben desempeñar una función organizadora y a este fin desarrollar sus propias capacidades de mentalización. Podrán así evitar lo que no sería ni pensado, ni hecho dominante por el servicio, que no se haya actuado por error perjudicialmente”²⁵.

²⁵ PLAN DE HUMANIZACION DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA. GUTIERREZ MARTI, D. R. EDITORIAL: MINISTERIO SANIDAD Y CONSUMO. 1993.

2.2 OBJETIVOS

Objetivo General:

Contribuir a la construcción de hábitos de vida saludable, preventiva y de autocuidado en los pacientes en los servicios de cirugía y medicina de hombres y mujeres para evitar enfermedades comunes, lesiones, fracturas, fisuras, y otras complicaciones de tipo psicológicas producto de la hospitalización en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Betancourt.

Objetivos Específicos:

EJE DE ATENCION DIRECTA:

- Brindar atención psicoterapéutica a los pacientes con problemas emocionales causados por la hospitalización en los servicios de medicina y cirugía de hombres, medicina y cirugía de mujeres.
- Conocer la problemática bio-psico-social de las personas hospitalizadas en los servicios de encamamiento de cirugía y medicina de hombres y mujeres.
- Promover salud mental dentro del personal del hospital y pacientes de los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres.
- Intervención en crisis de pacientes del Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt internos de encamamiento en los servicios cirugía y medicina de hombres y mujeres.
- Brindar continuidad a los casos de pacientes de encamamiento en los servicios de cirugía y medicina de hombres y mujeres y necesiten de seguimiento terapéutico en consulta externa del hospital nacional.
- Mejorar el estado de ánimo de los pacientes de los servicios de en cama-miento de cirugía medicina de hombres y mujeres.

EJE DE ACCIONES ORIENTADAS A LA PREVENCIÓN Y FORMACIÓN:

- Apoyar en la psicoeducación de las necesidades psicológicas y médicas que afectan emocionalmente a los pacientes de medicina y cirugía de hombres y mujeres.
- Capacitar y orientar a familiares de los pacientes hospitalizados con charlas, sobre la importancia de cuidados los médicos, en sus hogares.
- Capacitar a familiares de los pacientes hospitalizados con charlas, sobre la importancia de la salud mental, en pacientes proclives a trastornos o disfunciones emocionales.

EJE DE INVESTIGACIÓN:

- Conocer los principales factores que refuerzan el padecimiento del Síndrome de Hospitalización en los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres del Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt.

2.3 METODOLOGÍA DE ABORDAMIENTO.

El ejercicio profesional supervisado se dividido en tres dimensiones, Eje de Atención Directa, Eje de Acciones Orientadas a la Prevención y Formación y Eje Investigación, cada uno conto con métodos, técnicas, procedimientos e instrumentos que fueron utilizados para alcanzar los objetivos en cada subprograma durante todo el proceso.

Es necesario indicar que la parte introductoria para la ejecución del -EPS- consistió en la visita preliminar al Hospital Hermano Pedro de Bethancour, la cual se realizo con una observación de dos semanas en la cuales se definió la problemática a investigar y se realizaron informes preliminares donde se indicaron los procedimientos y planificaciones a llevar a cabo.

En base a la problemática y necesidades encontradas se hizo necesario utilizar un tipo de método que integrara la investigación, introducción analítica, proximidad observación, comportamiento ordinario, estructura como requerimiento ritual, focos descriptivos, lenguaje conceptual y metafórico, entrevistas, completación de frases, sistema de conversación, argumentos, expresión de emociones, estrategias para captar la información no estructurada valida y hacerla una acción como lo es la metodología participativa, la cual permitió el abordaje de fenómenos desde el punto de vista cualitativo, problemáticas, métodos de investigación que establecieron juicios valorativos, y pudieron ser utilizados positivamente para crear un concepto científico.

En conclusión la metodología participativa fue motivadora dialéctica entre la teoría y la practica dialógica y educativa.

Eje Atención Directa:

La delegación del área de trabajo se definió a través del Jefe de Servicio encargado del departamento de Psicología, el cual dio a opción a los espacios de trabajo disponibles, y el cual para los fines necesarios de la observación, atención e investigación fue seleccionada el área de medicina y cirugía hombres y mujeres.

Esta área tenía un médico jefe de servicio del cual se brindaban las referencias y con el cual debían hacerse las observaciones pertinentes para el desarrollo de los casos.

El Eje de Atención Directa, inicio brindando atención psicológica individual y grupal de auto ayuda dentro de los mismos como pacientes de encamamiento. Se trabajo con referencia médica y se evaluó a pacientes diariamente en los servicios, para apoyar con un tratamiento psicoterapéutico. El proceso de consulta que ofreció el psicólogo clínico sigue un procedimiento que fue desde, la atención psicológica y concluyo con el saneamiento progresivo del paciente. De manera conjunta se trabajo con el médico especialista quien se encargo de enviar (en 1ª vez) al paciente a consulta, con referencia médica, el Psicólogo Clínico, también estuvo brindando atención para aquellas personas que lo solicitaron. El médico hizo referencia a un diagnóstico inicial, de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), el psicólogo anoto un resumen de los principales datos sintomáticos referidos y explorados en el paciente, el médico señalo el motivo de envío, el cual en algunos casos fue: falta de respuesta favorable al tratamiento médico; presencia de complicaciones; requirieron estudios auxiliares como la psicometría; complementación diagnóstica al realizar tratamiento especializado psicoterapéutico²⁶. La atención psicológica se dio de acuerdo a los requerimientos médicos, necesidades del paciente o de acuerdo al criterio del psicólogo clínico. Se realiza un interrogatorio de acuerdo a la técnica de entrevista clínica psicológica, se determino la aplicación de pruebas psicológicas, se realizaron anotaciones breves y muy generales en el expediente clínico, se determino un diagnóstico y pronóstico presuncional o de certeza, con base en la CIE-10, y se planifico el tratamiento psicológico que se considere más conveniente.

²⁶ Médico General o especialista hace uso de la Solicitud de Interconsulta: 4-30 8-93; MF-11 o 4-30-200

Aunque la Guía (GAPPAM)²⁷ establece que por cada consulta individual debe brindarse al paciente un tiempo de una hora en cada sesión y quince minutos para efectuar nota en expediente, y para sesiones grupales y de familia, otorgar hora y media de trabajo terapéutico²⁸, cada paciente tuvo un tiempo de consulta (un paciente por 45 minutos). La finalidad fue “asumir el compromiso de proporcionar atención psicológica con oportunidad, calidad, sentido social y satisfacción del usuario, así como del prestador del servicio, a través de mejorar la eficiencia en la operación y de mantener niveles de aseguramiento de la calidad de las prestaciones que se otorgan en las unidades médicas del sistema”.²⁹ Esta oportunidad de ínter consulta, permitió sensibilizar y asesorar al equipo de salud en cuanto a la etiología y manejo de los factores afectivos que experimentan los pacientes y sus cuidadores, sobre todo, en padecimientos crónicos o de situación terminal. En la ínter consulta hospitalaria, el psicólogo tuvo mayor oportunidad de escuchar al paciente en repetidas ocasiones y también, de atender las necesidades psicológicas del familiar que le cuida en mayor tiempo.

Eje de Acciones Orientadas a la Prevención y Formación:

Este eje de trabajo fue realizado a raíz de las necesidades presentadas por los pacientes, ya que la sugerencia de la necesidad por abordar no solo a pacientes sino también a familiares fue en aumento desde los inicios.

Esta fue una de las razones por la cual se inicio el procedimiento con los pacientes de encamamiento, los cuales en algunos casos se veían deteriorados en conductas y estados de ánimos desfavorables, por lo cual se inicio brindando información sobre su salud, permitiendo que el paciente hablara sobre su problemática

²⁷ La GAPPAM fue emitido por oficinas centrales del IMSS, la Dirección de Prestaciones Médicas a través de la Coordinación de Atención Médica, con un ámbito de aplicación para las Unidades Médicas de 1º, 2º y 3º Nivel de Atención. Fecha de emisión: septiembre de 1999.

²⁸ GAPPAM, IMSS. 1999. pp. 10

²⁹ GAPPAM, IMSS. 1999. pp.7

y el diagnóstico que conocía, posteriormente se daba un abordamiento psicológico y en algunos casos muy particulares se abordó psicoeducando a los familiares de los mismos que llegaban a la visita y/o que se encargaban de estar pendientes de su evolución.

Este Eje se desarrolló de manera sistemática en el Proceso de la Atención para abordar las necesidades cognitivas y psicológicas que carecen muchas personas sobre los cuidados del cuerpo y la mente y brindarle una transferencia de conocimientos generales sobre los cuidados que debe tener en su entorno. De manera que fue un aprendizaje en el abordaje de experiencias que promovió hábitos de vida saludable, preventiva y de auto-cuidado así mismo para evitar enfermedades comunes, lesiones, fracturas, fisuras, y otras complicaciones. También de manera continua se abordó a los familiares de pacientes en crisis emocionales, hospitalizados en los servicios de encamamiento de cirugía, medicina de hombres y mujeres. Capacitar y orientar a familiares de los pacientes hospitalizados con charlas, sobre la importancia de cuidados los médicos, en sus hogares. (Prescripciones medicas). Capacitar a familiares de los pacientes hospitalizados con charlas, sobre la importancia de la salud mental, en pacientes proclives a trastornos o disfunciones emocionales.

El eje de Acciones Orientadas a la Prevención y Formación propuso sistematizar y homogeneizar el trabajo del psicólogo, para educar a los pacientes en los cuidados pre y post operatorio, pre y post hospitalización, pre y post psicoterapia, todo ello, encaminado a la prevención, atención y rehabilitación de los aspectos en Salud Mental.

Eje de Investigación.

El eje de Acciones Orientadas a la Prevención y Formación se abordó con la visión de conocer los principales factores psicosociales que afectaban a los pacientes hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres.

Razón por la cual este eje se trabajó de manera conjunta en el mismo servicio y con la misma población, lo cual facilitó la realización del proceso integral.

Una vez delimitados los objetos de la investigación, se dio un paso más para la organización, el conjunto de operaciones básicas que permitieron llevar adelante el proceso de investigación.

En primera instancia se procedió en ponerse en contacto con esa parte de la realidad que se investigo en los pacientes de encamamiento, a través de lo que otros vieron o estudiaron en ellos. Los documentos fueron hechos con rastros de algo que paso, Historias Clínicas, psicológicas, entrevistas y observaciones que proporcionaron información, datos que constituyeron un tipo de material útil para la investigación social.

La población atendida, era proveniente de la Aldea San Felipe de Jesús y de sus trece aldeas aledañas, y departamentos como Chimaltenango, Escuintla, Retalhuleu, Santa Rosa y Ciudad Capital de Guatemala, entre los atendidos se encontraban adolescentes, adultos y adultos mayores, con un predominio de personas de sexo femenino en el servicio de medicina y algunos trastornos conversivos, en el caso de cirugía y traumatología de hombres, la mayor parte de población se encontraba hospitalizada debido a accidentes laborales y en algunos otros casos entraron a emergencia y quedaron hospitalizados desde ese ultimo ingreso, aunque también existían los casos de seguimiento desde la consulta externa con cirugías programadas.

La población pertenecía a un estado económico bajo, los hombres laboraban como carpinteros, agricultores, talabarteros, albañiles y/o trabajos varios, los cuales proporcionaban ingresos económicos inestables que dependían de temporadas laborales.

En las personas de sexo femenino realizaban oficios domésticos, cuidado de gallinas, ventas de dulces típicos o refacciones, así también trabajaban realizando venta de cosméticos, casadas y unidas, ladinas y algunos indígenas.

Estas personas por pertenecer a un nivel económico bajo carecen de vivienda propia, alquilan piezas en donde conviven hasta ocho personas y donde se cubren únicamente algunas necesidades básicas, además de ser familias extendidas también sufren de dinámicas familiares disfuncionales, violencia intrafamiliar, uno o varios

integrantes con problemas de adicción al alcohol o alguna droga medica comercial o de uso prohibido.

El caso particular de emergencia de donde se tomaron algunos casos para seguimiento fueron ingresados por enfermedades orgánicas, violencia, trastornos conversivos producto de ellos, en mujeres crisis nerviosas, violencia sexual y enfermedades de la piel.

Todos los casos poseen una o varias de las características socioeconómicas y de dinámica familiar, profesan religión católica predominante, evangélica en segundo lugar y Testigos de Jehová y Mormones, además de alguna minoría que mantiene una religión pasiva.

Las habitaciones en donde se hospedan los pacientes internos en el Hospital Hermano Pedro de Bethancourt son piezas grandes donde se colocan un aproximado de diez camas, con duchas, sanitarios y lavamanos comunes y diariamente se hace el cambio respectivo de ropa de cama. Así también existen tres habitaciones de aislamientos, construidas por una cama, una ducha, sanitario privado y una silla, estas últimas son utilizadas para pacientes con necesidades de aislamiento debido a enfermedades infecciosas contagiosas y algunos virus que ameritan mayor control.

La organización del campo de investigación consistió en disponer de todas las operaciones o herramientas necesarias para su realización.

Todos los fenómenos, hechos y problemas se dieron en el espacio y tiempo del -EPS-, ahí que, cuando un fenómeno, hecho o problema a estudiar es claro y delimitado, las probabilidades y el investigador de no perderse en la investigación tienden a ser mayores.

Por lo cual se escogieron instrumentos de trabajo para documentar la experiencia de la población, las cuales se describirán a continuación:

- Historia Clínica: Es un instrumento utilizado para apoyar no solo al psicólogo/a sino también a otros especialistas de la salud, que proporciona una visión global

e integral de la vida y origen de padecimientos de los pacientes, “es un registro de los datos derivados de las diversas exploraciones efectuadas al paciente”³⁰.

Para que esta herramienta logre ser sustancial debe estar constituida por un mínimo de 7 componentes, de los cuales posteriormente, el o los clínicos elaboran análisis y determinan conductas a seguir, lo cual constituye un diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Entre estos aspectos se encuentran:

1. Datos Generales
2. Motivo de Consulta o Queja Principal
3. Historia del Problema Actual
4. Historia Familiar
5. Historia Social
6. Historial Personal
7. Examen Mental

Esta herramienta fue utilizada dentro de la investigación ya que mediante la ficha de interconsulta en cada expediente se colocaba la información que se encontraba, y para fines de apoyo se buscaban los elementos repetitivos en cada caso diariamente, aunque esto incluyera varias visitas y constantes revisiones y observaciones.

- Entrevistas Psicológica:

“La entrevista es un instrumento o técnica fundamental del método clínico y es un procedimiento de investigación científica de la psicología. Tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con las cuales no sólo se amplían y se verifican los conocimientos científicos, sino que al mismo tiempo se aplican. Identifica o hace confluir en el psicólogo las funciones de investigador o de profesional, ya que la técnica es el punto de interacción entre las ciencias y las necesidades prácticas; es así que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo

³⁰ Vallejo Ruiloba J y otros, Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, Masson, Barcelona, 1999, 4° edición, pág 83.

tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica”³¹.

En el caso de esta investigación se utilizó la Entrevista abierta donde el entrevistador tuvo amplia libertad para las preguntas o para las intervenciones permitiendo toda la flexibilidad necesaria para cada caso particular. Hay una flexibilidad que permite que el entrevistado configure el campo de la entrevista según su estructura psicológica particular, o dicho de otra manera, que el campo de la entrevista se configure al máximo posible por las variables que dependen de la personalidad del entrevistado. Además posibilitó una investigación más amplia y profunda de la personalidad de los y las entrevistados.

Con ello se incluyeron dentro de dichas entrevistas algunas preguntas básicas para permitir una mejor comparación sistemática de datos. Este tipo de entrevista se apoyó con la Entrevista Terapéutica, mediante la cual se procuró readaptar socialmente al sujeto y reorganizar su afectividad.

La entrevista es una situación psicosocial compleja cuyas diferentes funciones, aunque formalmente analizables, se disocian difícilmente en la práctica profesional.

Esta herramienta también fue utilizada de manera frecuente con todos los pacientes y documentada en expediente psicológico y notas de evolución, así como también fue parte del material individual analizado para detección del fenómeno investigado.

Es necesario acentuar que la población de trabajo era población en constante movimiento y solo se tomaron aquellos casos a los cuales se les pudo atender de 4 sesiones en adelante es decir que tenían 15 días de hospitalización en adelante.

- Observación: “Entre las técnicas de recolección de datos, se utilizó la Observación Participante, Activa o Directa; en donde el investigador participó en el proceso investigativo desde el mismo lugar donde acontecieron los

³¹ www.slideshare.net/Psicologia.../la-entrevistapsicologica .Ruth Villanueva. Año 2010.

hechos, trabajando de manera individual ya que solo una sola persona se dedico a dicha investigación y a la aplicación de las herramientas”³².

- Instrumentos de Diagnostico, Clasificación Internacional de Enfermedades -CIE-10-, utilizado por personal médico y de las distintas especialidades como instrumento obligatorio para la realización de estadística, acompañado de fichas de ingreso, anotaciones evolutivas en expedientes y hojas estadísticas.

³² Curso Técnico Profesional Online. es.latamtraining.com/cursosadsl.2008

CAPITULO III

3.1 DESCRIPCION DE LA EXPERIENCIA

El trabajo de ejecución de -EPS- fue desarrollado en una temporalidad de 8 meses, en los cuales se atendió el servicio de medicina y cirugía de hombres y mujeres, atendiendo a personas de ambos sexos, adolescentes, adultos y adultos mayores.

En el mismo servicio se ejecutaron los tres ejes que conlleva el -EPS-, daré inicio hablando del Eje de Atención Directa.

El departamento de Psicología atiende los servicios de Consulta Externa, Maternidad, Pediatría, Medicina y Cirugía de hombres y mujeres, para los fines que convienen a la institución se delego un Epesista en cada una de las áreas y con miras al trabajo de investigación solicitado en el de EPS, el espacio de Medicina y Cirugía de hombres y mujeres entendido como encamamiento fue el espacio propicio para la ejecución del los tres ejes de la programación.

El jefe del servicio de medicina y cirugía de hombres y mujeres, es el primer contacto con pacientes, esta persona delimito la forma de referencia de pacientes indicando ciertos parámetros para la intervención psicológica, especificando un pre diagnostico pero sobre todo haciendo énfasis a que el psicólogo delegado para dicha área solo podría atender a los pacientes que el refiriera a través del personal de enfermería o por las hojas de referencia en el expediente.

Esta situación delimitó de alguna manera la intervención con algunos pacientes que por la hospitalización se observaban con necesidades de atención pero con dificultades si se les quería abordar.

Esta primera limitante llevo a realizar algunas extensiones a consulta externa e incluso atención en crisis a pacientes de Emergencia, los cuales eran atendidos en casos particulares de violencia social, lo que implica asaltos a mano armada, ataques de pánico por balaceras, discusiones familiares, accidentes automovilísticos, politraumatismos, asalto a buses etc.

En el servicio de medicina de hombres y mujeres está definido como Eje de Atención Directa ya que se dio seguimiento a los casos de hospitalización los cuales tenían una duración de una semana, meses e incluso hasta la muerte del paciente, según el caso lo ameritaba y que en las semanas preliminares de observación brindo indicadores necesarios de necesidades de atención psicológica.

Los primeros indicadores de atención psicológica fueron vistos por las necesidades debido a diagnósticos que con pruebas de laboratorio, médicas y otras no correspondían al padecimiento que referían los pacientes.

En esta área se atendían pacientes con diagnósticos médicos de todo tipo pero en algunas circunstancias dependiendo de la temporalidad de la hospitalización o de la enfermedad desencadenaban algunos síntomas conductuales que no eran propios del diagnóstico médico, lo cual dio origen a la primera problemática, ya que estos síntomas eran vistos por el personal médico y de enfermería como pacientes poco colaboradores y posibles referencia psicológicas.

Los primeros contactos con pacientes fueron referidos por el médico y atendidos diariamente en los espacios de camas interviniendo con terapia Breve, Intensiva y de Emergencia, ya que en buena parte de los casos observados y a los cuales se les brindo seguimiento se detectaba signos y síntomas que indicaban alteraciones del estado del ánimo y producto de ellos situaciones que llegaban a desfavorecer la mejoría del paciente.

Los pacientes atendidos en encamamiento se observaban divididos por servicio, medicina, cirugía y traumatología así como por sexo y en algunos casos dependiendo la demanda niños y adultos.

Parte de la convivencia entre pacientes frente al confinamiento hospitalario se realiza contando entre ellos sus padecimientos, describiendo como llegaron a este y como ha ido evolucionando, así también existe la convivencia de bienes, es decir comparten artículos de primera necesidad.

Otra parte importante es que si algún paciente tiene acceso a alimentos, los cuales aun se encuentran prohibidos por la dieta medica, existen familiares que los llevan para hacer sentir mejor al paciente y estos también son compartidos, aun cuando se sabe que la dieta lo impide.

La visita del médico a las camas se realiza dos veces al día, estas rondas son realizadas en acompañamiento por practicantes de medicina, el equipo de enfermería y en algunas ocasiones alguna persona de laboratorio, en estas visitas se habla abiertamente del caso de cada persona y en particular de los padecimientos, especificando al paciente por numero de cama y padecimiento, difícilmente por su nombre u apellido.

La alimentación de los pacientes es un tema de suma importancia ya que manifestaron en reiteradas ocasiones su inconformidad con respecto a lo que comían, ya que la alimentación hospitalaria varia por diagnostico, sin embargo, es necesario decir que aun cuando existe un número de personas encargadas de la nutrición, no siempre es el alimento más apetitoso o atractivo para el paciente. Estos elementos dentro de la terapia breve resaltaban ya que en algún momento estas situaciones desencadenaban recuerdos dolorosos de cuando se encontraban sanos y de su necesidad de salir, lo cual llevaba a algunos pacientes a cuestionar la temporalidad de la hospitalización referida por el médico encargado del caso.

La atención psicológica en la mayoría de los casos surgía por conductas desfavorable de algunos pacientes, por ejemplo falta de apetito, tristeza por no poder ver sus familiares y/o hijos, la pérdida de intimidad con la pareja, preocupaciones económicas etc.

Cabe mencionar que en casos de enfermedades terminales como es el caso de cáncer, enfermedades respiratorias y/o congénitas los pacientes mencionaban que por su creencia esa forma de morir era un castigo u obra de fuerzas malignas, la creencia de cada paciente era también manejada de manera mística, cultural y/o espiritual.

La visión cultural o creencias espirituales de cada paciente apoyaba la idea de enfermedad y del tipo que tenían, algunos encomendaban su enfermedad a algún líder espiritual y miraban la importancia de mantenerse libres de pecado para que al llegar a su muerte pudieran estar en paz, o por el contrario sentirse culpables por actos del pasado que los avergonzaban y consideraban la enfermedad como producto de estos.

Por otra parte la visión de enfermedad se encontraba muy unida a la muerte aun cuando eran personas jóvenes, una forma desfavorable de ver la enfermedad era esta visión de muerte, algunos veían esta situación como producto de un “mal hecho, por causa de envidia”, por lo que esta situación hacía que algunas personas sintieran que la enfermedad fuera injusta y la aceptación de la misma estaba colmada de enojo e insatisfacción.

La parte importante de la enfermedad en casos donde la visión era de muerte también estaba llena de esperanza de los familiares, hijos, cónyuges, padres, y otros familiares quienes refirieron no entender en su totalidad la situación de enfermedad de sus seres queridos, ya que el médico encargado de la situación brindaba información poco comprensible para ellos, reforzando de alguna manera creencias culturales con poca lógicas.

El abordamiento psicoterapéutico, de los pacientes de encamamiento se realizaba, en el lugar donde se encontraban hospedados, compartiendo con otros pacientes, situación que algunos momentos llevo a sentir incomodidad al hablar de sus sentimientos. Lo cual prolongo las visitas psicológicas y en otros casos llevo a negarse al hablar durante el tiempo de la sesión terapéutica, por miedo a que escucharan lo que decían o sentían.

Las incomodidades de la hospitalización y la falta de intimidad de los pacientes era uno de los motivos para adaptarse a una rutina hospitalaria, levantarse a bañar por la mañana, asear su boca, cambiar de vestimenta etc. Algunos pacientes fueron detectados luego de iniciar conductas extrañas como comer papel higiénico, provocarse lesiones en la piel, no tomarse el medicamento, irritabilidad, dejar de hablar

o simple y sencillamente llorar todo el día, la poca privacidad del ambiente terapéutico reforzó conductas negativas en algunos pacientes.

La terapia breve y de emergencia fue extendida a familiares de pacientes internos ya que las noticias desfavorables y el poco conocimiento de los padecimientos brindaban confusión en los mismos.

En algunos casos los pacientes de medicina y cirugía de hombres y mujeres encontraban necesario seguimiento en consulta externa y solicitaban al momento de su egreso, cita para una próxima sesión en consulta externa, lo cual hizo solicitar un espacio en consulta externa donde se atendía tres veces por semana en horarios programados con anticipación, estos casos tenían relación con la hospitalización y la readaptación al medio familiar así como los cuidados posteriores a la hospitalización y la reinserción a la vida laboral. Los pacientes que salían de una hospitalización atravesaban un periodo de recuperación que según la referencia de ellos mismo provocan miedo e inseguridad principalmente en pacientes post operatorios, todo ello influido por la situación económica en la que se encuentran, las dietas y cuidados a los que deben estar regidos.

Un indicador importante que apporto el proceso terapéutico fue en la readaptación que es encontrarse con problemáticas de las cuales se alejaron al momento de la hospitalización y en otros casos las que aparecieron mientras se encontraban hospitalizados.

Para documentar la evaluación psicológica era necesaria la utilización de fichas de referencia las cuales eran proporcionadas por el médico como autorización para la verificación y abordamiento del caso, estos se visitaban en los horarios posteriores a la visita del personal médico, en los mismos horarios de preferencia, esto de alguna manera afectaba la visita a otros pacientes ya que el tiempo se reducía para visitar a tres pacientes por día con los cuales solo se podía trabajar media hora, a su vez algunos días la demanda de pacientes aumentaba y otros no existía referencia de pacientes .

Otra dificultad era atender a pacientes los días de visita ya que después de estar confinados los pacientes obviamente preferían ver a sus familiares y amigos y algunos otros entraban en estados de crisis ya que ninguna persona les visitaba y era propicio el abordaje terapéutico aunque, en algunas situaciones los pacientes se negaban a hablar por sentirse tristes o avergonzados por no recibir visitas.

La relación entre pacientes y enfermeras/os en algún momento podía llegar a ponerse difícil, ya que afectados por la enfermedad y la hospitalización se tornaba demandantes lo cual intensificaba relaciones insatisfactorias o de inconformidad con el personal.

Se observó que algunos trabajadores contestaban celulares dentro de los servicios lo cual provocaba descontento en pacientes ya que parecían no poner atención a su caso.

Otro factor que influía en la atención personalizada era la demanda de pacientes que en algún momento llevo a no tener espacios de atención, en este caso camas disponibles y con ello la atención del personal médico y/o de enfermería disminuía frente a esta necesidad.

Algunos pacientes manifestaban su descontento por los tratos proporcionados por el personal y en ocasiones consecuencia de ello, los pacientes comentaban a sus familiares sus descontentos y estos familiares actuaban de manera que efectuaban amenazas verbales para los trabajadores.

Para los fines necesarios era prudente abordar a la familia y exponer las dificultades que los pacientes atravesaban por ser hospitalizados y mediar la comprensión de las razones de las inconformidades, conductas negativa y/o desfavorables, aunque también existían pacientes que se sentían a gusto con los tratos con el personal.

Las dificultades que conllevaba en ocasiones a atender pacientes bajo ninguna referencia por parte de los medico, fueron abordadas por el psicólogo de manera esporádica, y cuando no existía referencia de pacientes se brindó en algunos casos

llevar el apoyo psicológico en al servicio de emergencia del hospital donde llegaban pacientes para ser evaluados por psicólogos y en algunos casos donde se comprobaba enfermedad orgánica se quedaban para la atención en consulta externa y/o hospitalización, para dar seguimiento médico y/o psicológico.

Parte importante de lo que se entiende en el apoyo terapéutico es el establecimiento de objetivos, los cuales en algún momento no corresponden a los objetivos que el paciente posee, pero es importante tenerlos claros, en el caso particular de la terapia era importante apoyar en las dificultades emocionales que manifestaban los pacientes y propiciar un mejor hábito de vida saludable al momento del egreso de los pacientes, sin embargo es fundamental tener flexibilidad de establecer objetivos y priorizar en algunos que se encontraron dentro del proceso con cada paciente y que son particulares para cada persona según su condición.

Las metas dentro de la atención terapéutica se fijaron en convertir una crisis o situación de urgencia en una situación manejable, para el paciente y así facilitar el trabajo con otros profesionales.

La particularidad de cada caso poseía una relevancia debido a que su forma única que tenía que ver con la situación familiar, emocional y/o económica laboral cambiaba su diagnóstico y la estrategia de abordaje, eso llevo a la documentación del psicólogo para apoyar en el manejo de cada problemática.

Ya que en el entorno de la hospitalización salieron a relucir dificultades que no tenían exclusivamente que ver con la enfermedad y/o hospitalización de los pacientes en algunos casos decidieron continuar con el trabajo terapéutico, solicitando citas, los mismo días que realizaban sus chequeos post operatorios o después de crisis de emergencia.

Es de relevancia decir que los procesos terapéuticos de emergencia lograron que los pacientes observaran la importancia de abordar y tratar sus situaciones emocionales para mejorar su salud mental.

El apoyo de personal de enfermería en la detección de pacientes con estados de ánimo desfavorables fue un gran aporte, ya que el médico jefe de servicio en ocasiones no veía al paciente más que con una evaluación propiamente orgánica, pero la mayor parte del tiempo que él no estaba en contacto con pacientes existieron ciclaciones del estado del ánimo que fueron detectadas por el resto de personal que llevaban varios meses observando a los y las pacientes.

Aun sin la autorización y referencia del jefe de servicio se observaron y atendieron pacientes, en otras ocasiones fue necesario quedarse más tiempo realizando las visitas por las habitaciones porque era necesario abordar a algunos pacientes incluso por unos minutos.

Dentro de los logros alcanzados en el eje de Atención Directa como lo indican los objetivos, se estableció una relación de primera entrevista con 242 pacientes de los cuales se realizaron re consultas en encamamiento de medicina y cirugía de hombres y mujeres y en consulta externa con 73 pacientes, ya que el resto era población en movimiento.

Por lo cual si se cumplió el objetivo de intervención psicoterapéutica a pacientes con problemas emocionales debido a la hospitalización, y de estos 73 se logro profundizar en la problemática psicobiosocial a través de dichas intervenciones, de la misma manera también se promociono la salud mental en los pacientes en cada una de las intervenciones desde la primera entrevista e incluso en aquellas que no pudo darse continuidad.

Las entrevista psicológicas y psicoeducativas con familiares también formaron parte para el cumplimiento de los objetivos de atención directa, ya que estas fomentaron en alguna medida la necesidad de la asesoría psicológica y de conocer, poseer e incentivar hábitos de vida saludable los cuales forman parte de la Salud Mental.

La atención en crisis fue ofrecida en la atención directa a los pacientes de encamamiento que ingresaron por medio de la emergencia y a pacientes que

presentaban estados de ánimo desfavorables, así como aquellos que se encontraban previos a la intervención quirúrgica, con noticia diagnóstica de enfermedad terminal o debido a la temporalidad hospitalaria, los logros fueron observados y evaluados a través del mejoramiento de conductas que propiciaron una mejor disposición ante la adversidad, mejoramiento o desaparición de conductas ansiosas o mejoramiento, disminución y desaparición de estados de ánimo desfavorables .

Los logros observables fueron en primer lugar los que a través de la empatía se consiguieron las reconsultas en pacientes internos ya que debido a las pocas referencias y estado de los pacientes fue difícil.

Por otra parte dentro de la terapia de cada paciente se encontraba como factor repetitivo el poco conocimiento de acciones adecuadas para la resolución de conflictos y dentro del proceso algunos pacientes lograron disminuir sus preocupaciones debido a problemas familiares que afectaban su estado de hospitalización, ya que en medio de la hospitalización lograron mejorar su forma de ver los problemas, sentirse culpables o inútiles por ser personas hospitalizadas.

También se logró disminuir el número de reconsultas en la Consulta Externa de medicina y aumentaron las consultas psicológicas ya que los pacientes referían y se observaban mejor, específicamente en aquellos pacientes post - hospitalarios quienes lograron reintegrarse a sus medios de trabajo, núcleos familiares, mejoraron sus expectativas de vida, todo ello observado por los familiares.

Se consiguió disminuir a través de las visitas a encamamiento la ansiedad, en pacientes de preparación para cirugía, o con tratamientos difíciles, todo ello observable en la disminución o desaparición de síntomas de ansiedad.

Se logró aportar al hospital mediante las terapias en crisis a pacientes con problemas del estado del ánimo, mediando los conflictos con personal de enfermería y con ello mejorar en algunos pacientes el estado de ánimo, disminuyendo las conductas desfavorables en el servicio.

Para continuar el Eje de Acciones Orientas a la Prevención y Formación se realizo con la población atendida en el Servicio de Cirugía y Medicina de hombres y mujeres del 3er y 4to piso, a los cuales de manera conjunta con la terapia se le implementaron una serie de platicas que apoyaron la comprensión de su enfermedad y apoyaron en el fomento de hábitos de Vida Saludable, estos también ser realizaron con los familiares de algunos pacientes que se encontraban internos, los cuales se abordaron en los horarios de visita y otros casos eran familiares que permanecían con los pacientes debido a la gravedad de la enfermedad o la inmovilidad física.

La planificación de actividades se estableció mientras se realizaba la observación preliminar de las dos semanas en el mes de Diciembre del año 2008, en las instalaciones del Hospital Hermano Pedro de Bethancourt, donde bajo los parámetros de la observación se delimitaron algunos temas y otros quedaron pendientes a integrarlos mediante el surgimiento de las problemáticas de cada paciente.

El abordaje de ciertos temas con familiares de pacientes se dio de una manera más difícil ya que la mayor parte del tiempo se encontraban apoyando y acompañando al paciente y en otros casos buscaban hablar con el médico de servicio, sin embargo varias de las charlas se realizaron en espacios de terraza del hospital o sala de espera en tiempos de 30 a 45 minutos y en casos que se posibilitaba se daba el seguimiento en estos mismos espacios para continuar el abordaje de dichos temas.

Como parte del abordamiento de prevención y formación se realizaron algunas técnicas de relajación que apoyaron en el manejo de ansiedad y frustración a los pacientes y familiares.

Los temas que se abordaron se describirán a continuación con un cuadro de temas , sin embargo debe tomarse en cuenta que uno o varios temas fueron implementados a cada persona según su necesidad y en otros casos se realizaron el mismo tema a varias personas, este eje se realizo de manera personalizada con cada

paciente que se abordó tanto en las áreas de cirugía y medicina de hombres y mujeres en encamamiento, como a los familiares abordados en algún espacio de espera, de cuidado de pacientes o simplemente en la terraza mientras descansaban.

Tema	Contenido	Desarrollo de Tema
<p>Diagnósticos más comunes en pacientes Hospitalizados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones del Sistema Nervioso Central • Enfermedades Cardiovasculares • Infecciones del Aparato Digestivo • Infecciones de las vías Respiratorias • Infecciones de las Vías Urinarias • Infecciones Osteoarticulares • Infecciones de la Piel y Tejidos Blandos • Sepsis • Diabetes • Fiebre prolongada e infecciones • VIH • Cáncer de diferentes tipos. • Infecciones Importadas 	<p>Cada uno de los temas que se describen fue abordado de manera individual según la necesidad de cada paciente, a su vez se repitió con los familiares para apoyar en la comprensión de los padecimientos de los familiares hospitalizados.</p> <p>Complementando con las herramientas terapéuticas de la terapia breve y de emergencia.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Fracturas, fisuras, traumatismos etc. 	
Alteraciones del Estado del Animo:	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Ansiedad • Stress • Trastornos del Sueno • Trastornos de Adaptación • Trastornos Alimenticios 	Esta serie de temas se desarrollaron según la observación realizada en algunos pacientes que estaban atravesando una parte de estas dificultades como parte del proceso de hospitalización de los pacientes internos.
Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de Vida Saludable • Proyecto de Vida • Aspectos Psicológicos del paciente hospitalizado • Felicidad • Enfermedad y Muerte • Técnicas de Relajación • Autoestima • Cuidado del cuerpo y la mente • Control de 	<p>Estos temas se impartieron dentro de la terapia con pacientes de encamamiento y en los procesos que se continuaron en consulta externa, como parte de la referencia médica y las observaciones realizadas por personal de enfermería.</p> <p>En algunos casos las técnicas de relajación se llevaron a cabo con pacientes y familiares de pacientes.</p>

	Emociones	
--	-----------	--

En pacientes hospitalizados con un diagnóstico establecido se tomó como referencia dicho diagnóstico se documentó sobre el padecimiento para que durante las visitas que realizaba el psicólogo se propiciara una conversación encaminada a las dudas que los pacientes tenían sobre su padecimiento, además a ellos se explicaban tanto las causas como el tratamiento que están llevando como parte del proceso de recuperación, y los signos y síntomas que aparecían dentro de su diario vivir dentro del hospital se explicaba que era parte del confinamiento para tener la idea clara de que no eran los únicos en tener dichas conductas.

Además de ello se intercalaban las charlas que eran causa de preocupación y ansiedad en cada paciente, más aun en aquellos que manifestaban una pérdida de esperanza en la rehabilitación, o que por el contrario entraban en inconformidades frente a sus expectativas de vida.

Para aquellos pacientes que se encontraban viviendo enfermedades terminales se tocaron los temas que implicaban el sentido de vida y como en medio de la enfermedad encontrarán la forma de apreciar y vivir la vida y el tiempo que quedaba de ella.

Los casos de rehabilitación que habían perdido la esperanza de salida del hospital al momento de la readaptación se habían desorientado en sus metas de vidas, por lo cual se trabajó el Proyecto de Vida, como herramienta de motivación para iniciar nuevos objetivos y metas a cumplir e iniciar su proceso de incorporación a la vida diaria y sentirse útiles para continuar.

Además de ello fue necesario fortalecer las herramientas de Vida Saludable que les permitieran continuar una vida normal y evitar nuevas recaídas, tanto emocionales como físicas.

El tema de Hábitos de Vida Saludable, incluían en próximas sesiones abordar temas como el Autoestima, el cuidado de la mente y cuerpo y el control de emociones, ya que estas situaciones propician conductas que pueden alterar el funcionamiento del cuerpo.

En el caso particular del tema de Autoestima las personas con mucho tiempo de hospitalización se sentían inutilizadas, su desgaste físico y emocional las dejaban con poca expectativa de vida.

El trabajo con familiares de pacientes como se menciona con anterioridad se desarrollo en espacios que fueran acorde a la necesidad de ellos, lo cual fue una ventaja y una desventaja a la vez ya que las personas de la visitantes y trabajadores de hospital pasaban durante la plática e interrumpían de manera constante, pero por otro lado se propiciaba una plática casual en la cual se permitía crear un ambiente agradable de confianza donde las personas rompían con la relación médico-paciente, que brindaba una forma más relajada de comunicación, permitiendo la exposición de dudas, comentarios y aclaraciones de la situación de su enfermo.

Este trabajo es denominado como psicoeducación ya que integra la formación y prevención de los padecimientos físicos y psicológicos explicados por el psicólogo de manera comprensible que apoyen el autocuidado de la persona que padece y de los familiares que acompañan al paciente en su enfermedad.

Los temas como Muerte, La Felicidad, Control de emociones y el cuidado de Cuerpo y Mente, fueron temas abordados en algunos casos de forma muy concreta ya que la disposición de tiempo dentro del servicio no siempre era adecuada.

Un impedimento para el proceso de formación y prevención fueron los pacientes que se encontraban en constante movimiento, es decir aquellos que iban de manera frecuente a exámenes de laboratorio, radiografía, exámenes sofisticado o servicios con los que no contaba el hospital o que eran dados de alta o trasladados a otros centros asistenciales.

Dentro del eje de Acciones Orientadas a la Prevención y Formación es necesario mencionar que lo observado orienta a que tanto pacientes como familiares de los mismos no tienen acceso suficiente a la información de la enfermedad del paciente, ya que los médicos se encuentran en constante movimiento por el número de ingresos diarios y la sobre población hospitalaria la cual es observable dentro de todos los servicios.

Para los pacientes internos y sus familias es una preocupación constante el tener no tener noticias de la evolución del enfermo y a veces solo se le limitan a realizar llamadas para constatar cuando será el egreso de los pacientes.

La psicoeducación es evidentemente necesaria, sin embargo es un elemento que es poco utilizado ya que de manera habitual es proporcionado por los médicos, quienes cuentan con un tiempo reducido para poder hablar con toda las familias y delegan esta tarea a algunos practicantes de la carrera de medicina, quienes en su mayoría no poseen la experiencia necesaria para brindar información y relacionarse con pacientes y personal de apoyo.

Es importante mencionar que parte de los impedimentos encontrados fue la falta de espacios físicos propicios para hablar con los familiares de pacientes y con ello también la falta de apoyo al personal de psicología en algunos espacios de intervención.

La importancia de abordar el tema que cubre los aspectos psicológicos del paciente hospitalizado, era de principal importancia en cuanto a conocimiento para pacientes, familiares de pacientes y personal de enfermería, estos últimos reconocían muchas veces de manera empírica que la hospitalización provocaba cambios en la conducta del paciente enfermo. Sin embargo el personal de enfermería es el que mayor ocupación tiene por turno e impidió el abordamiento para tocar el tema y sensibilizar a la población para la comprensión de este tipo de paciente.

Por otra parte el paciente enfermo que desconocía el motivo de su desagrado en el ambiente hospitalario recibió información sobre su conducta y se apoyo en ello para

mejorar algunas actitudes, además el psicólogo encargado facilito herramientas psicológicas a utilizar para el mejor manejo de las tensiones propiciadas por la hospitalización.

La parte indispensable de la docencia fue realizada a través de material de apoyo para proporcionar información sobre algunos temas, como trífolios informativos sobre la Diabetes, Enfermedades Respiratorias, Enfermedades del Sistema Digestivo y Sistema Nervioso Central para difundir información confiable y destacada para mantener cuidados necesarios en los pacientes que padecían estos tipos de enfermedad.

Dicho material era proporcionado por algunas casas médicas que suministran medicamentos al hospital y con los cuales se logro el enlace para brindar información de interés a los pacientes.

Así también se realizo una campaña de información sobre Aspectos Psicológicos que presentan los pacientes hospitalizados, campana que tuvo una duración de una semana en la cual se dio información al personal de enfermería para obtener más referencias psicológicas en la población de encamamiento y se entregaron trífolios informativos.

En cuanto a los logros de este eje es necesario mencionar que se cumplieron a través del planteamiento de los objetivos que tomaron en cuenta la psicoeducación, las necesidades psicológicas, la capacitación y orientación de familiares y pacientes para un mejor conocimiento de las enfermedades de cada sujeto y promover de esta manera la salud mental, proporcionando talleres y charlas a los 73 pacientes a través del eje de atención directa y Eje de Acciones Orientadas a la Formación.

Además de 45 personas familiares de los 73 pacientes de seguimiento continuo, quienes también proporcionaron elementos de confirmación y recopilación de información así como que cada uno de ellos fue presencial en una o varias charlas personalizadas con ellos para psicoeducar y orientar apoyando psicológicamente para un mejor manejo de las dificultades de los familiares internos.

A través de la campaña informativa de enfermedades medicas y psicológicas se dio a conocer técnicas, cuidados, signos y síntomas de las enfermedades para poder cumplir con el objetivo debido a los inconvenientes de tiempo del personal.

Con este eje se cubrieron logros como la concientización a personal médico, personal de enfermería y aumentar el apoyo de familiares de pacientes para aprovechar un mejor convivencia.

Las visitas de pacientes y las constantes intervenciones lograron que los pacientes se sintieran mejor ya que el manejo de información que era necesaria para su recuperación fue brindada de manera fluida.

Conocer y dar la información necesaria apoye tanto en la disposición del paciente, para disminuir la ansiedad de los pacientes y con ello disminuir el número de quejas para con el personal.

Para finalizar este el capítulo III se hará la descripción conforme a la ejecución del Eje de Investigación el cual se enfoco en “Conocer los principales factores que refuerzan el padecimiento del Síndrome de Hospitalización en los servicios de medicina y cirugía de hombres y mujeres del Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt.”.

Este objetivo se llevo a cabo en los últimos 6 meses de -EPS- en los cuales se trabajaba de manera conjunta con los ejes de Atención Directa y Acciones Orientadas a la Prevención y Formación ya que dentro de estos ejes se trabajo dicha investigación.

Iniciando con el establecimiento de parámetros para la recolección de información, tomando como primer elemento la observación dentro del servicio.

Esta observación se llevaba a cabo mediante las rondas de referencia de pacientes. En ellas se evidenciaban los primeros indicadores de las necesidades de atención psicológica que no eran detectados por el personal médico y de enfermería.

Dicha observación tuvo una duración de un mes aproximadamente, en este tiempo se realizaban dos rondas aleatorias en los servicios de medicina y cirugía de

hombres y mujeres por día, para constatar el estado anímico de los pacientes, así también apoyaban las observaciones en los expedientes evolutivos de los pacientes donde se hacía mención de ciclaciones, evoluciones e involuciones de cada paciente.

Parte de los pacientes observados fueron divididos con fines de estudio por la temporalidad que tenían de la hospitalización, lo cual dio indicadores del deterioro según el tiempo de permanecía en el hospital, a su vez otro indicador a tomar en cuenta fue el diagnóstico médico para verificar la etapa en la que se encontraba el paciente el cual corresponde al síndrome de hospitalización y comparar la relación entre ambos indicadores y agregar un tercer elemento el cual es comprendido por dinámica institucional y las precariedades de la misma.

Posteriormente con la promoción del servicio por medio de la campaña informativa se logró ubicar un mayor número de pacientes los cuales a través del apoyo terapéutico y la reincidencia de signos y síntomas en varios pacientes se establecieron los parámetros que indican la presencia de características que denotan deterioro psicológico producto de la hospitalización.

Para apoyar la investigación se tomaron elementos como comentario, dudas e intervenciones por parte de los familiares de pacientes hospitalizados quienes referían los cambios de conducta, alteraciones del estado del ánimo, de sus pacientes a si también demostraron variabilidad e irritabilidad en el contacto terapéutico.

La docencia facilitó la recopilación de información ya que a través de ella existieron temas sugeridos como parte de la necesidad que manifestaban los pacientes.

Se trabajó con un número de pacientes de 73 personas los cuales fueron referidos por el médico de servicio y el personal de enfermería a los cuales se les debe sumar el número de reconsultas. De estas 73 personas se cuantificó el motivo de consulta, diagnóstico, información preliminar, observaciones realizadas tanto por el personal de enfermería tanto como las observaciones realizadas por el psicólogo, las cuales brindaron información fundamental para armar los resultados de la investigación. Por otra parte se realizó un conteo de los temas que se implementaron como parte del

refuerzo para la capacitación y potenciación de hábitos de vida saludable. Otro elemento importante fueron los aportes que brindaron los familiares de pacientes con la información sobre la trayectoria de la enfermedad que sufrían los pacientes hospitalizados.

Las entrevistas abiertas proporcionaron buena parte de la información que posteriormente sería procesada a través de la reincidencia de sintomatología, por lo cual la interpretación de los datos está basada en investigación cualitativa.

El número aproximado de personas que tienen una relación afectiva, familiar y conyugal con los pacientes internos, ascienden a 45 personas con las que se logró recabar información a través de la psicoeducación, estas personas tenían la peculiaridad de participar de manera intermitente y en algunos casos, no asistían los mismos familiares a la visita y con ello a las pláticas psicoeducativas.

Con la información que se lograba intercambiar entre familiares de pacientes y psicólogo se obtuvieron datos que nutrieron la investigación.

Estas reuniones se realizaron mediante la visita a pacientes o mientras cuidaban de ellos. De las conversaciones que se documentaron los familiares refirieron la necesidad de expresar sus inquietudes al terapeuta, por lo cual en la atención directa se atendieron a familiares lo cual ofreció más indicadores para la investigación.

La iniciativa de trabajar con personal de enfermería era prioritaria sin embargo la dificultad para establecer horarios acordes con ambos servicios se dificultó. El trabajo con el médico jefe de servicio fue totalmente negado debido a la exigencia laboral por lo cual la campaña informativa cubrió un número significativo del personal. Esta campaña también brindó indicadores ya que el personal se mostró interesado en información.

Esta iniciativa mostró también un lado negativo en la respuesta del personal el cual recibió la información debido a que no se interesó en lo descrito en los trífolios.

Para la recopilación de información se realizaban diariamente sistematizaciones de la información recabada por paciente con el fin de encontrar similitudes en los

distintos casos y determinar de esta manera la existencia del denominado síndrome de hospitalización.

Los gestionamientos para dar a conocer el proceso de investigación dentro del hospital fueron poco favorables ya que en reiteradas ocasiones se pretendió informar al jefe de servicio pero fue imposible.

En el capítulo siguiente se presentan los resultados por ejes de ejecución en el servicio de medicina y cirugía de hombres y mujeres.

Los cuales llevan consigo el análisis de todos los resultados obtenidos y de los inconvenientes encontrados para la realización del proyecto completo y el motivo de los replanteamientos que conllevo el proceso debido a situaciones desfavorables.

El logro significativo de este eje fue la realización integral del proyecto el cual a través de la investigación brindo datos primordiales por medio de los tres ejes de ejecución, y con la recopilación de información de la atención directa y las acciones orientadas a la prevención y formación dieron a conocer que los factores que refuerzan el padecimiento de Síndrome de Hospitalización.

En el logro y cumplimiento de este objetivo se encontró, como indicadores las relaciones familiares funcionales y disfuncionales, la situación económica pero sobre todo la agravante de la relación médico-paciente en cuanto a la desinformación sobre el padecimiento del paciente enfermo y la calidad de los servicios médicos hospitalarios, que van desde la alimentación, trato de pacientes con personal de enfermería y carencia de medicamentos, personal e insumos para tratamiento de pacientes.

Todos estos elementos apoyaron la clasificación de los pacientes necesarios para la investigación, así como la recopilación de información de los pacientes de seguimiento proveyendo elementos para la clasificación de factores para el pronóstico de la enfermedad y su abordamiento psicológico.

Capítulo IV

4.1 Análisis de Resultados

El desarrollo del -EPS- en estructura y ejecución estuvo planteado en tres ejes, Eje de Atención Directa, Eje de Acciones Orientadas a la Prevención y Formación, y finalmente el Eje de Investigación, todos ellos fueron ejecutados durante los ocho meses de trabajo los cuales se plantea un análisis cualitativo de las acciones realizadas durante este periodo de tiempo.

El primer planteamiento se refiere al **eje de Atención Directa**, en el cual desde sus inicios se observaron limitantes tanto en la referencia de los pacientes como en la relación con el jefe de servicio, en la actualidad como bien se ha dicho la psicología es un área de mucha importancia sin embargo aun existen profesionales que desconocen la relación que existe entre las enfermedades orgánicas y las psicológicas que en alguna medida unas empieza a raíz de necesidades psicológicas que no son cubiertas por falta de importancia y colapsan en los ingresos a emergencia; de donde se logra ver el desarrollo cuadros clínicos que son la punta del iceberg y al momento de indagar su origen fue una disfunción psicológica que inicio hace mucho tiempo.

Por otra parte como bien lo explica la teoría es necesario que para la mejora de un paciente se dé prioridad al aspecto psicológico para la mejoría del paciente, lo cual en los pabellones de medicina y cirugía de hombres y mujeres fue notorio bajo la herramienta utilizada, en este caso la observación, la cual fue apoyada por los comentarios de algunos signos y síntomas enumerados por el personal de enfermería, por lo cual es notorio que el jefe de medicina limitara la atención de pacientes en el espacio de los servicios y por lo cual fue difícil cubrir un mayor de numero de población en los ejes, en el caso de la emergencia fue muy generosa por lo cual las primeras sesiones contiene un numero bastante elevado.

Por lo explicado en el párrafo anterior surgieron las atenciones psicológicas mientras la ausencia del jefe de servicio ya que el personal de enfermería quienes

cumplieron con un papel importante ya que eran personas bastante sensibilizadas con las necesidades psicológicas aunque sea empíricamente.

De la atención y los procesos en los cuales el psicólogo estuvo presente podemos decir que se caracterizo por una atención clínica, la cual debió realizarse dentro de los pabellones del tercer y cuarto nivel, donde se tuvo en contacto con los pacientes referidos dentro del área de encamamiento de medicina y cirugía de hombres y mujeres del hospital, en algunos pacientes su tratamiento fue desarrollado dentro del área de encamamiento por más de cuatro sesiones, tomando en cuenta que la referencia llegaban sin anotación de algún síntoma únicamente por sospecha de padecimiento con la anotación “un diagnostico medico, posible diagnostico psicológico” y los datos personales del paciente y numero de cama.

Del espacio terapéutico se puede decir que en este tipo de situaciones el acompañamiento en encamamiento fue poco adecuado ya que existían situaciones por las cuales algunos pacientes se negaban a hablar ya que los pacientes de otras camas estaban durmiendo o por la pérdida de privacidad les daba pena hablar de sus temores y la razón de algunas conductas, otro factor interesante es que no existía una silla donde se pudiera sentar el terapeuta y debía permanecer parado durante toda la sesión con el paciente, lo cual era muy incomodo para el terapeuta y para el paciente.

Dentro de la terapia se encontró frecuencia de, características y manifestaciones del síndrome de hospitalización y otros signos y síntomas de pacientes con problemas psicológicos, planteados así los pacientes tienen disfunción en las áreas sociales, laborales, familiares, que hacen que un signo psicológico se vuelva un síntoma medico, he allí el abordamiento de de nuestro interés de dar una atención psicológica.

Es primordial explicar que aun en los hospitales públicos la figura del psicólogo entre el personal es una figura secundaria y desplazada, muchos saben y manejan que el psicólogo no es prioritario pero tampoco es innecesario, por lo cual incluso dentro de los servicios no existe un ambiente propicio con los elementos mínimos para la atención terapéutica, entendiendo que los pacientes no pueden moverse en algunos casos y

deben estar pendientes a la medicación, visita familiar, realización de exámenes, limpieza personal para poder ser atendidos.

El contacto con pacientes, plantea una estructura de signos y síntomas psicológicos característicos de una población afectada, alteraciones el estado del ánimo, ciclos del sueño, desordenes de alimentación, somatización, estrés, trastorno conversivo, síndrome de abstinencia. Estas preocupaciones o alteraciones producen un deterioro en el funcionamiento social, relacional o laboral de la persona.

El hallazgo dentro de la terapia con pacientes hospitalizados fue bastante repetitivo ya que las observaciones dirigían hacia los trastornos descritos en el párrafo anterior, todos ellos explicados a través del confinamiento hospitalario, lo cual quiere decir que al momento del abordamiento el mayor miedo que explicaban era no poder recuperar su anterior forma de vida, la preocupación por los hijos, el cuidado del hogar, el trabajo, el no sentirse física mente óptimos.

Esto acompañado de que como es de saber el Hospital Hermano Pedro de Bethancourt por ser un hospital nacional público sufre de igual manera desatenciones por el Ministerio de Salud Pública y algunos rubros no son cubiertos lo cual implica que existan deficiencias en la atención médica del mismo.

El trabajo total en el eje de Atención Directa que busca apoyar en la atención en crisis, la promoción de la salud mental, el mejoramiento de estados de ánimo, continuación de los casos y conocimiento de problemáticas fue de un buen impacto, ya que la población total atendida fue de 242 personas de ambos sexos incluyendo adolescentes, adultos jóvenes, adultos mayores con un 19% de reconsultas mayores a mayores a cuatro consultas, el 40% fue abordado 2 y 3 sesiones y el 41% únicamente fue abordado 1 vez, lo cual indica que las personas fueron pacientes en movimiento, lo que quiere decir que son pacientes de emergencia que no continuaron con ambos tratamientos, o que no decidieron continuar con la terapia y aquellos que fueron transferidos a otras salas y no pudo darse el seguimiento.

Cabe decir que esta población total integra el primer eje de atención ya que en ellas se procedió a incentivar el seguimiento psicológico y fueron atendidos/as.

Las observaciones preliminares coincidían con que era importante poder atender una buena parte de la población interna, pero al momento de querer intervenir algunas personas se negaban, otras encontraban la paz a través de manifestar sus sentimientos y otras en llorar como se menciona en otro capítulo la intervención en crisis fue utilizada con el fin de apoyar a los pacientes en sobre llevar sus tristezas.

Algunos pacientes reconocieron nunca haber hablado con un psicólogo ya que el pensamiento que tenían era que “ eso es para locos”, las intervenciones al principio provocaban en algunos pacientes desconfianza por esta misma falta de conocimiento sobre el papel de psicólogo, por otra parte la aceptación del psicólogo fue importante para algunos que se quejaron en distintas ocasiones de no sentir que era apoyada dentro de la institución y esta atención personalizada cambiaba esta forma de ver el hospital.

Algunos pacientes al salir solicitaron el seguimiento por consulta externa ya que consideraban de suma importancia el seguimiento esta parte considero cubrió el objetivo de promover salud mental ya que la asistencia al psicólogo/a se convirtió en un aspecto importante que les apoyaría en los cambios a los cuales se enfrentarían al salir de hospital.

Parte de las preocupaciones más frecuentes eran provenientes de la culpa que implica la hospitalización, principalmente las mujeres confesaban su malestar frente a la hospitalización porque repetían que sus obligaciones se encontraban en sus hogares con sus hijos y esposos, pero su preocupación en cuanto a la situación económica era mayor, ya que decían que al sentirse hospitalizadas nadie las visitaba por que debían trabajar, el mantenerse alejadas de hijos y esposo principalmente a la mujeres les provocaba mucha tristeza.

En el caso de adultos mayores su sentimiento de abandono falta de continuar su vida y la falta de apoyo familiar era un depresor muy fuerte en algunos otros casos el

temor a ser abandonados por familiares porque como lo decían ellos “ya somos una carga” situación que se trabajo en este tiempo como parte del proceso terapéutico.

El reforzamiento de autoestima, a las personas enfermas así como la motivación de la apreciación de la vida de cada uno es una tarea importante ya que los pacientes hospitalizados sufren pensando y sintiéndose una carga, aun mas aquellos y aquellas que han tenido una vida muy productiva y que por situaciones de enfermedad se han alejado de ellas.

En particular las ansiedades sufridas por el desarraigo de hogares por hospitalización hacen sentir a los pacientes sumamente deprimidos, de igual manera sucede porque a los hospitales no permiten el ingreso de menores de edad lo cual intensifica la angustia de no verlos, preguntando constantemente por ellos y esperando con ansiedad los reencuentros, esto se trabajo bajo el lineamiento del amor por la vida y el trabajo de los padres para con los hijos.

La psicoterapia brindo avances en pacientes que consideraban que su recuperación seria lenta y que posterior a la intervención en reiteradas ocasiones sintieron disminución de molestias y mayor motivación para regresar a sus hogares.

En personas de sexo masculino la preocupación por el sostenimiento del hogar hizo presentar grandes dificultades que manifestó abiertamente, ya que los pacientes ingresados a esta institución no son beneficiados por la pensión que proporciona el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social por sus labores varias, pero se logro alcanzar grados de motivación que sugirieran re consultas y al salir visitas a la consulta externa, es debido tomar en cuenta ya que de manera general los pacientes masculinos son menos quejumbrosos que los pacientes de sexo femenino.

En el **Eje de Acciones Orientadas a la Prevención y Formación**, se inicio desde los primeros contactos con pacientes internos ya que conforme se realizaban las terapias se incluían en ellas algunos temas que correspondían a la enfermedad de cada paciente y su relación con las dificultades que presentaba.

Los temas que se impartieron se seleccionaron de manera que conforme fueran apareciendo estas necesidades se iniciaban en el momento de la terapia.

No cabe duda que este eje es muy complejo debido a que la población en su mayoría está interesada en aplicar los conocimientos del médico, pero de la población con la que se logró y alcanzó a trabajar se encontraron a las 73 pacientes y sus 45 familiares haciendo un total de 118 personas entre familiares y pacientes, que es un aproximado de la mitad de la población total estimada en primeras consultas.

Si tomamos en cuenta lo que concierne a la Formación y Prevención la mayor parte de la población ya estaba en una etapa crítica de enfermedad, pero cuando se habla de hábitos de vida saludable, formación, psicoeducación, capacitación y orientación de este elemento tan importante se busca también evitar la reincidencia del padecimiento. Lo cual implica cuidados y amor por ellos mismos para obtener la capacidad de cuidarse, es necesario tomar en cuenta que cuando hablamos de programas de prevención se habla de inversión de tiempo, espacio y dinero, los 3 aspectos fueron cubiertos por el epesista quien se encargó de en primer lugar prevenir los tiempos de la población, en caso particular de pacientes y familiares de pacientes la psicoeducación se realizó a través de las terapias con pacientes y al hablar en pasillos con sus familiares, pero en el caso del abordamiento de profesionales y personal de enfermería fue mucho más complejo debido a que los tiempos eran poco favorables para la población pero en otros casos lo complicado es la falta de interés lo que complica el trabajo psicológico.

En cada uno de los temas lo difícil fue aprender y explicar los padecimientos de cada paciente ya que eran demasiados temas a cubrir, por lo tanto se organizó de manera que se viera a los pacientes por diagnóstico identificado en los expedientes y en ese orden se visitaron, además se preguntó a cada paciente la frecuencia de visita y horarios.

Pero dentro de la ejecución de cada tema se encontró particularidades como si la enfermedad de la que estaban en hospitalización podían morir, la cual era una pregunta frecuente, también se observó y sistematizó la preocupación de la poca

información de los pacientes, ya que el médico explicaba en lenguajes muy elevados para el nivel de comprensión de cada persona.

Por lo cual se buscaba lenguaje más comprensible, las preguntas aun cuando eran los mismos padecimientos sus preguntas eran diferentes, y la parte más compleja era la explicación psicológica de sus padecimientos.

El principal foco de la atención prevención y formación eran los familiares, pero en el momento de la ejecución del proyecto se dejó ver la dificultad de poder encontrar a la población por los horarios, muchos no querían perder el tiempo con el psicólogo pues asistían a ver a sus enfermos, pero en casos donde se veían en un estado de deterioro los familiares se ponían muy mal y era necesario abordarlo como atención en crisis pero esto incluía un aprendizaje, ya que la terapia debe dejar al paciente expresar sus emociones y no reprimir sus emociones y este escenario tan propicio dejó espacio para terminar la intervención brindando herramientas que apoyaran la vida saludable y el manejo de la ansiedad frente a las dificultades que padece.

La formación y prevención se hizo con el personal a través de campaña informativa, como ya se ha mencionado ya que la mayor dificultad es el tiempo del personal de enfermería y personal médico, pero sobre todo la disposición a invertir tiempo en ello, además esto es traducido a tiempos de trabajo, pero también incluye lo que conocemos como falta de interés en el tema y que cae en el problema fundamental de la población laborante en espacios de trabajo tan fuertes como es el espacio público, donde las persona de bajos recursos asiste y con la mayor problemática.

En el caso de esta población que asiste pues manifiesta que sus dificultades económicas han dado prioridad a otras necesidades, los casos más fuertes y difíciles llegan a los espacios públicos por que es la única opción de atención que se tienen y consecuencia de ello el personal se acostumbra a observar todo tipo de casos lo que de alguna manera repercute en el comportamiento del personal, de lo cual ellos no son conscientes porque en casos donde se les pregunto a algunos de ellos cual creían que era el servicio que brindaban se manifestaron como bueno o muy bueno, pocos reconocieron sus dificultades, cansancios o errores debido al desgaste laboral.

Además de ello pues fue muy común encontrar pacientes que debido a su condición de enfermedad se manifestaban hostiles e inconformes por el servicio por que su situación de dolor, desapego y pérdida de intimidad en las habitaciones, donde no se sienten libres de realizar cosas que de manera cotidiana realizarían, por lo cual no era propicio brindar ningún tipo de apoyo de este tipo.

La prevención y Formación tuvo una serie de temas los cuales todos fueron importantes, pero especialmente aquellos que tenían que ver con la felicidad, cuidado de la mente y el cuerpo y la muerte, estos temas junto con el tema de la vida saludable fueron los de mas impacto las personas tenían mucho que decir sobre sus aprendizajes de vida, lo cual encontraron como necesarios y dentro de ello analizaron la razón y posibilidad de actuar de una mejor manera, los pacientes en estado terminal en sus necesidades plantearon situaciones que lograron cumplir en su vida, pero la idea de la muerte para estos pacientes fue difícil por lo cual iniciaron relatando sus historias y reforzando lo que para ellos significa vivir, lo que les brindo felicidad, y la necesidad de ponerse en paz con las personas amadas, que era parte del objetivo que tenían las conferencias.

La concientización de lo que implica ser una personas saludable es una parte de mucha importancia ya los pacientes eran conscientes de que actitudes y desconocimiento de esto les hizo caer de manera reiterada en acciones que los mantenían hospitalizados.

Algunos hombres manifestaron que la negligencia en su forma de llevar la vida los ha llevado a estar hospitalizados, todo ello se relaciona con lo que desean cambiar y hacer cuando saliera de su hospitalización.

Por otra parte no cabe duda que el programa de realizar acciones orientadas a la prevención y formación se convirtieron en acciones de concientización de la población, ya que las personas actúan por desinformación, actuando negligentemente por ignorancia.

El apoyo a familiares dio un giro bastante complejo por la falta de apoyo de parte de familiares, los cuales aun están faltos de la conciencia pero que tampoco están anuentes a recibir el apoyo, en casos de emergencia lo más importante fue atender la crisis pero no se veían como personas afectas como para continuar en ella o como para pedir apoyo para sobre llevar la situación.

Para lo que si formaron parte indispensable los familiares de pacientes fue en la recolección de datos importantes que comprobaban que las enfermedades y hospitalizaciones están producto de formas de vida poco saludables.

En el caso del diagnostico se observo que cada persona que se disponía al resultado de evaluaciones y estas predisposiciones provocaban un estado alterado de ansiedad, depresión etc. Muchas veces estos pacientes se enfocaban en la parte negativa del diagnostico y obviaban el resto de la información, por lo cual implicaba una doble inversión de tiempo, lo cual llevo a enfocarnos en un grupo minoritario de 45 personas, aunado a esto se tomo en cuenta que las personas que llegaban a las visitas no eran las mismas, ya que estas sesiones eran informativas envían en otra ocasión un hijo, un tio, un sobrino u otro pariente al cual era necesario explicar desde el principio y retomar cada vez que regresara, lo cual fue sumamente complejo por la equivocación en el tema para continuar.

En el **Eje de Investigación** las principales deficiencias encontradas que son arrastradas desde los dos ejes anteriores fue el tipo de población que se decidió abordar, ya que esta población se encuentra en constante movimiento, es decir egresos, nuevos ingresos, tiempos cortos de estancia, muerte en algunos casos y en otros falta de interés en la participación de las actividades.

Todas estas deficiencias tuvieron una repercusión en el proceso de investigación que no se detectaron desde un inicio, tal es el caso de el número de personas que se tenía previsto cubrir, y que en un inicio se pensó en un 100% para verificar los datos repetitivos en todos las pacientes atendidos en encamamiento, sin embargo debido a los elementos anteriormente descritos encontramos la disponibilidad únicamente de un universo del 19%, con anterioridad también se pensó en una posible herramienta, como

es el testimonio que podría adoptar los elementos necesario para la investigación, pero se descubrió que el testimonio implicaba demasiado tiempo para la recopilación de la información y pacientes con una largo tiempo de estancia dentro del hospital, lo cual fue muy poco común y se desistió de esa herramienta y apoyarse en las historias clínicas, las observaciones, las entrevistas psicológicas y los elementos que brindaba el eje de Acciones Orientadas a la Prevención y Formación, por medio de la implementación de charlas y talleres personales,

Las personas que optaron por participar en estas actividades al final de la investigación y de algunas entrevistas comentaron “Siento que me han ayudado mucho”, “A veces me ponía triste no saber como explicarle a mis hijos lo que le pasa a su papa con su enfermedad”, “pienso que ahora que se lo que le pasa puedo entender porque a veces se enoja conmigo”.

El objetivo de investigación fue modificado, para obtener una mejor delimitación que brindara información más directa del fenómeno estudiado, decisión que se tomo con la carencia de pacientes involucrados en el proceso.

Algunas personas al ofrecer el servicio o querer abordar el tema comentaban, “pero es que el doctor me dijo otra cosa...”, “el doctor es quien sabe más yo casi no entiendo...” o “lo mejor es tener paciencia porque el doctor es el que tiene que entender...yo solo quiero que se cure...”.

Como se explico en capítulos anteriores la utilización de herramientas como la historia clínica, que fue un elemento fundamental para la investigación fue necesario recabar información que se consideraba de importancia.

En estas historias clínicas, la información se encontraba apoyada por las anotaciones medicas, sin embargo toda la parte familiar no se encontró, ni la personal, ya que el enfoque era estrictamente medica, muchos pacientes mostraron satisfacción al manifestar, “que bien me siento que alguien me escuche...”, “hay cosas que le cuento a usted de las que ya casi no me acordaba...eso me hace sentir bien...”

La mayor parte de la información fue basada en este instrumento acompañado de la entrevista psicológicas y la observación donde de manera recurrente se confirmó en primera instancia la presencia de síndrome de hospitalización, los síntomas más frecuentes eran por ejemplo que los pacientes se observaban y comentaban “desde que estoy aquí siento que ya se olvidaron de mí...ni las enfermeras me hacen caso”, “estoy triste, no tengo con quien hablar...los otros enfermos solo de verlos me siento peor...” y como bien se mencionaba consiste en cambios emocionales, conductuales que afectan el desarrollo evolutivo del paciente hospitalizado la detección de esta síndrome como se ha dicho no se posee una herramienta que cuantifique los síntomas, sin embargo la temporalidad en que aparecen los síntomas agregado a la edad, diagnóstico y el apoyo familiar, muestran padecimiento los resultados encontrados en la población del 19% no implica que el resto de la población no lo padeciera simplemente que este diez y nueve por ciento llevo un proceso de seguimiento de análisis de la información.

Este análisis identifica que ciertamente una gran parte de pacientes hospitalizados tiene una fuerte tendencia al síndrome de hospitalización debido a la consagración que sufre al momento de enfermarse, el desarraigo y el agravante de poca solvencia económica, relaciones familiares disfuncionales, obtención de deudas y hospitales que no poseen todos los insumos necesarios para un tratamiento integral y multidisciplinario.

Estos factores predisponen al paciente a sufrir doblemente la hospitalización en Guatemala un paciente habla pocas veces de su preocupación de intimidad sexual con su pareja, por enfermarse debido a la hospitalización, lo cual provoca una serie de presiones entre la pareja, en el caso de los hombres es muy notorio el miedo a quedar “mal”, si no cumple sexualmente con su pareja, sin embargo es una preocupación que se deja entre ver, algunos comentarios son, “mi mujer se va a desesperar, no es mi culpa... pero en la calle hay otros hombres que le pueden dar lo que yo ahorita no puedo...” por otra parte su preocupación también es muy evidente en cuanto a lo económico ya que principalmente las familias de este tipo cubren con 60 % de su

salario a las necesidades familiares el otro 40% esta dirigido a cubrir deudas y algunos gastos innecesarios.

En el caso de las mujeres sus mayores preocupaciones giran en torno a la familia donde el número de integrantes es numeroso la preocupación del cuidado de los hijos, negocios, que aceres domésticos, etc, todo ello indirectamente cuando se habla de factores económicos estas mujeres completan las necesidades económicas realizando planchados, lavados de ropa ajena, o cumpliendo con oficios domésticos de otras personas.

“...la verdad yo ya quisiera salir y estar bien, ahora no se ni como están mis hijos, porque a mi solo me dice bien, bien, pero saber hasta que yo no los mire no voy a estar tranquila...”

Las personas enfermas mantienen una convivencia hospitalaria en la que se ha notado que sus conversaciones giran en torno a sus padecimientos y en alguna medida se apropian de los síntomas de otros pacientes, que tienen enfermedades distintas.

Otro fenómeno importante es la ganancia que algunos pacientes reciben al permanecer enfermos, en este caso atención, cuidados y preocupación por parte de la familia, esta ganancia el enfermo puede llegar a manipularla para seguir obteniendo estos beneficios esto se da principalmente en pacientes mayores de edad o en aquellos que viven bajo una constante situación de violencia, utilizándolo para escapar de sus hogares o como acto de venganza por los malos tratos recibidos en sus hogares.

Algunos familiares de pacientes han mencionado dentro de sus percepciones “yo quiero mucho a mi mama, pero ahora que está enferma se ha puesto muy exigente, llora un montón como para que me sienta mal, de todas manera yo no puedo hacer más que venir a verla...”

El síndrome de hospitalización requiere cierta sensibilidad para su detección sin embargo algunos medico pueden llegar a confundir los síntomas de este padecimiento con la repercusión de los tratamientos médicos, los cuales pueden llegar a hacer que algunos pacientes pierdan el apetito como producto de la hospitalización y no debido a

la medicación. Es importante recalcar que el acompañamiento de un psicólogo en pacientes hospitalizados primordial ya que el trauma de la hospitalización conlleva al apareamiento de signos y síntomas psicológicos que truncan el mejoramiento del paciente.

Lastimosamente debido a las jerarquías institucionales y el celo por la profesión del médico, no permite el abordamiento multidisciplinario de los especialistas en salud mental.

Parte de la experiencia dejaba ver las discrepancias entre el médico jefe de servicio y las necesidades observadas por el psicólogo al momento de las evaluaciones, algunos casos en que se consideraba necesario el abordamiento psicológico, el medico no permitia que se hablara con los pacientes, sin mayor explicación que el que a su parecer no era prioritario como otros.

De ahí que la teoría explica la necesidad de integrar el trabajo entre profesionales que permita un abordaje integral y no únicamente organicista, lo cual se comprobó en al momento de realizar la comparación entre algunos pacientes que fueron abordados que mejoraron conductas que se consideran inapropiadas para el personal de enfermería y que a través de la terapia y el acompañamiento psicológico dieron otra perspectiva de la situación.

Los hábitos de vida saludable son de gran importancia sin embargo no existe una cultura de cuidado, con ello quiero decir que el paciente no ha sido educado para reconocer sus propias necesidades y deja de manera negligente que el padecimiento crezca hasta llegar a fases avanzadas, otro impedimento es la situación económica muchos pacientes se encuentran sin acceso a agua potable, vivienda adecuada o salario que le permita, cubrir sus necesidades básicas de allí se derivan enfermedades gastrointestinales, de las vías respiratorias etc.

Bajo este parámetro la salud - enfermedad se convierte en aspectos complejos económicamente altos que dificultan tanto la rehabilitación como la detección de enfermedades tempranas, prolongando así su estancia en centros asistenciales.

Por otra parte las familias que acompañan al paciente enfermo las familias que sufren grandes decepciones, impotencias y frustraciones debido a la falta de apoyo económico ya que en cada visita que realiza entre semana pierden espacios laborales que repercuten doblemente en la economía familiar y el desequilibrio en el apoyo familiar.

El funcionamiento armónico de los tres factores biológico, psicológico y social da como resultado la salud, sin embargo en espacios de la realidad guatemalteca se observo y verifíco que la mayoría de pacientes atendidos carencia de uno o varios de los elementos planteados como parte importante para una buena salud, estaban en disfunción, y definitivamente alteraban los estados biológicos del cuerpo, pero permitía en alguna medida poseer una vida “estable”, porque eran pacientes que enfermaban mas no, eran pacientes que no funcionaran bien en la sociedad.

De igual, manera el buen funcionamiento intelectual están comprometidos integralmente estos tres elementos, pero no depende de la parte académica únicamente, ya que los pacientes con una educación primaria incluso sin finalizar lograron desenvolverse en la vida.

La parte biológica que equivale a la estructura orgánica e individual y el buen funcionamiento de la estructura cerebral es base para el buen desarrollo de inteligencia, sin embargo en esta investigación se pudo constatar el fenómenos del funcionamiento de la mente a través de la conducta, ya que muchas de las enfermedades observadas e ingresadas por la Emergencia evidenciaron con el tratamiento disminución de algunas molestias físicas y en otras se observo la mejoría en las conductas que reforzaban la involución de la enfermedad.

De la misma manera los pacientes que tenían a un familiar permanentemente con ellos acompañándoles en el hospital mostraron mayor mejoría.

De igual manera los familiares de pacientes que recibieron apoyo psicológico demostraron menor estado de alteración, al recibir noticias sobre el diagnostico y el tratamiento.

Este apoyo terapéutico apoyo a los pacientes en los meses posteriores al egreso de la hospitalización, ya que tenían realizar actividades que impidieran su recuperación, no cabe duda que el apoyo psicológico logro un impacto en esta población, por lo cual se estableció la relación de enfermedad orgánica versus acompañamiento psicológico.

De la misma manera la parte social que fue equivale a que los procesos le permitir al paciente manejar apropiadamente los estímulos que el medio ambiente lograron una mejor de adaptación adecuada, disminuyendo signos y síntomas propios del paciente hospitalizado, con algunas recaídas pero manteniendo un constante refuerzo a partir de sus propios logros, los cuales se enseno a identificar.

Ciertamente uno de los tres componentes que se ve seriamente afectado, influyo negativamente sobre los otros dos creando enfermedades denominadas psicosomáticas y el elemento que inicialmente resulto afectado pudo haber sido psicológico, que cuando se torna muy prolongada e intensa, puede canalizarse hacia uno de los diferentes sistemas orgánicos produciendo un daño el mismo. A su vez este cambio puede afectar el aspecto social, en el sentido que el individuo parece sentirse limitado para llevar a cabo algunas actividades sociales de naturaleza recreativa o cultural. Cuando las personas enferman físicamente, tienden a experimentar simultáneamente cambios psicológicos y sociales de diferentes grados de intensidad.

Tales cambios son a veces, más importantes que la propia enfermedad. Por lo tanto, al analizar, diagnosticar y tratar la problemática del enfermo, debe hacerse en forma integral, en el sentido de que no solamente hay que considerar los problemas somáticos del enfermo, sino los psicológicos, los sociales y sus interrelaciones.

Los problemas de salud y enfermedad en Guatemala siguen siendo vistos con exclusividad por la parte médica. El trabajo de otros profesionales como psicólogos, trabajadores sociales, terapistas ocupacionales, recreacioncitas, con una filosofía de proporcionar al paciente una atención integral y humanizada es una utopía.

Todo lo anterior apunta a la necesidad de profundizar en la etiología de las enfermedades. Aclarando que los factores psicológicos que pueden desencadenar enfermedades por si mismo e influir de manera significativa sobre el curso de enfermedades probadas por otros factores.

Principalmente pacientes hicieron saber “yo a veces se que tomar muchas colas me hace mal pero lo he hecho, se pero no lo hago y eso me tiene malo hoy...”, “Creo que si a uno le explicaran mejor lo que a uno le pasa cuando lo encierran en un hospital uno se calmaría un poco más...”, “...la verdad me siento mejor ahora que me explica lo que me está pasando, no solo porque estoy enferma sino también porque me siento que al salir de aquí si voy a poder cuidarme...”.

Estas observaciones dejan ver el trabajo del EPS, desarrollado en los tres ejes fue un aporte verdadero, que con sus dificultades permitió que las personas conocieran, se hicieran conscientes y por lo menos pensaran en el mejoramiento de su forma de vida, para mejorar su salud.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

Generales:

- El Ejercicio Profesional Supervisado es una tarea de formación profesional que contrasta la teoría con la realidad para preparar al futuro graduando en su que hacer como psicólogo/a apoyando a la población general y reforzando el juramento de profesionalidad en el ámbito laboral, que denota, la confidencialidad, ética profesional y servicio sin excepción a la humanidad.
- La Escuela de Ciencias Psicológicas prepara a los estudiantes desde el tercer año de la carrera para el contacto con la realidad lo que de alguna manera ayuda a que el Ejercicio Profesional Supervisado sea una experiencia menos impactante, sin embargo en cuanto al aprendizaje de todo lo que implica la profesión hace falta cubrir muchos temas a los cuales el estudiante se enfrenta por lo tanto fue necesaria la documentación y solicitar apoyo de personas que conocieran sobre los temas.
- El Ejercicio Profesional Supervisado es un aporte a la población guatemalteca que se encuentra desfavorecida en alguna medida por las dificultades económicas y/o contextuales, por lo cual es un elemento indispensable que esta cargado de la responsabilidad ética y profesional y la población con la cual se trabaja.
- El trabajo del Epesista en instituciones públicas como el Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, se percibe con poca importancia por parte de otros profesionales de la salud, por el celo de la profesión y la competencia entre profesionales, sin embargo la población que se vio beneficiada recalca los

beneficios del trabajo, aunque estos impedimentos también limitan el acceso a un mayor número de población.

- El desarrollar la labor del Ejercicio Profesional Supervisado implica no solo tener todos los conocimientos científicos terapéuticos sino también cumplir con la parte humana para la cual es indispensable establecer las relaciones psicólogo-paciente para brindar una atención valiosa en el encuentro personal de cada paciente.
- La experiencia de Ejercicio Profesional Supervisado tiene un impacto para el estudiante ya que ayuda a poder visualizar el ámbito de trabajo y es en el, en el que se manifiesta el don de servicio y el amor por ejercicio de la profesión.

Específicos:

- El Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt no posee dentro de los espacios de pabellón de encamamiento una área adecuada de atención terapéutica con un mínimo de elementos para realizar las visitas a pacientes ya que el tiempo de atención es incluso de una hora en la cual el terapeuta debe mantenerse de pie.
- Los pacientes de encamamiento del Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, actualmente no poseen acceso libre a la visita de psicólogos/as que evalúen su condición anímica y conductual para el apoyo en el mejoramiento del procedimiento de sanación, únicamente aquellos que son referidos por el personal médico y/o personal de enfermería.
- El personal médico y enfermería conocen de manera ambigua los diagnósticos psicológicos especificados en CIE-10 sin embargo no reconocen el su totalidad

las manifestaciones conductuales y emocionales de los pacientes hospitalizados los cuales pueden equivocarse con pacientes poco colaboradores o difíciles.

- La población profesional del Hospital Hermano Pedro de Bethancourt no posee un programa de interés académico que apoye el fortalecimiento científico y de aprendizaje para incentivar conocimientos científicos para la mejorar en el servicio a la población.
- Los pacientes y familiares de pacientes que se encuentran hospitalizados conocen en la teoría algunos elementos que implican los hábitos de vida saludable, sin embargo no existe una práctica de lo que se necesita para mejorar la calidad de vida y otros debido a la situación económica que muchas personas a traviesan y por su poco acceso a la salud.
- La falta de explicación, comprensible que ofrece el médico para los pacientes y sus familiares con respecto a su diagnostico, tratamiento y pronostico promueve la confusión, inconformidad e inestabilidad, produciendo en las personas síntomas y signos de ansiedad, ya que notan de manera incierta la evolución de la enfermedad de los pacientes.
- El programa de formación y prevención orientado al psicoeducacion ayudo en la mejor comprensión de las enfermedades así como en la forma de ver la evolución en los pacientes interno observadas por medio de la conducta posterior a la implementación de charlas y talleres tanto como en pacientes y familiares de pacientes.
- El síndrome de hospitalización es un fenómeno influenciado por factores internos y externos de la vida hospitalaria, el cual puede ser apoyado atreves de la

terapia, abordado y aminorar conductas y sentimientos de inutilidad que pueden intensificar y prolongar la estadía en un centro hospitalario, evitando si la estigmatización del paciente como pacientes difíciles o demandantes.

- El hospital no cuenta con programas de apoyo a familiares de pacientes internos que los preparen o apoyen para la muerte o para la reintegración del paciente para la vida cotidiana.
- Mejorar las relaciones humanas entre médicos y pacientes, concientizando a los profesionales de la salud para brindar una atención más amena a los pacientes y familiares de pacientes que apoyen los diagnósticos para que estos sean comprensibles para las personas en general.
- Incrementar el apoyo psicológico en los pabellones de medicina de hombres y mujeres siempre se les de la libertad de trabajar mayormente con pacientes que presentan poca mejoría debido a la hospitalización.

5.2 RECOMENDACIONES

Generales:

- Que la Escuela de Ciencias Psicológicas gestione fondos de apoyo económico y/o de materiales con las instituciones a las cuales se les presta el servicio de Ejercicio Profesional Supervisado, para brindar un mejor servicio y lograr mayor cobertura por parte de los estudiantes, que estos no pueden cubrir por motivos económicos, para realizar campañas de difusión de actividades y reproducción de material a utilizar.
- Al Hospital Hermano Pedro de Bethancourt para que a través de sus profesionales puedan apoyar a los Epesistas para realizar trabajo multidisciplinario que no limite las actividades, pacientes y acceso a los servicios para poder abordar y beneficiar al mayor número de personas posibles para cada eje de ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado.
- Incentivar a las personas que opten al Ejercicio Profesional Supervisado de manera consciente y no únicamente por llenar requisitos para finalizar su carrera.
- Incentiva al estudiante del Ejercicio Profesional Supervisado por medio de un porcentaje económico mínimo para que realice el proyecto no por el compromiso de un requisito sino bajo la visualización de un trabajo estable y formal.
- A la Escuela de Ciencias Psicológicas para crear más programas alternos de temas de interés llevando a profesionales que faciliten información sobre los distintos temas, así como para la actualización del aprendizaje en las distintas áreas de desarrollo de la psicología y así mejorar los estándares de educación a nivel universitario.

Específicas:

- Estructurar de manera gradual el ambiente físico proporcionando mobiliario mínimo que se encuentre en los espacios de encamamiento para realizar las intervenciones terapéuticas, así como cortinas separadoras entre camas para brindar un poco de privacidad a los pacientes tanto en las visitas psicológicas como en las medicas.
- Los pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, independientemente de su situación de enfermos deben tener derecho a elegir si desean la atención de un psicólogo/a que les acompañe durante su estancia en la institución y no solo aquellos que son observados por el médico y/o personal de enfermería.
- Crear programas de sensibilización psicológica para el personal a manera de apoyar el trabajo multidisciplinario y atender necesidades emergentes de los pacientes hospitalizados y su repercusión psicológica manifestada a través de la conducta.
- Facilitar la promoción de vida saludable con el fin de reducir situaciones de riesgo por medio de campañas informativas, afiches publicitarios, invitados especiales que brinde charlas a los visitantes a manera de brindar elementos útiles para promover los hábitos de vida saludable.
- Apoyar en el financiamiento de los proyectos de investigación no solo a nivel financiero si no también a nivel de difusión de información a otros pacientes y apoyo multidisciplinario, validando los espacios necesarios para la realización de la investigación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-Fernández b, Gómez-huelgas r. Síndrome Confusional Agudo en el Paciente Hospitalizado.
2. Arnal, Mariano: "Enfermedad", en el Almanaque del Léxico Etimología (Álvarez, j.l.: www.elalmanaque.com).
3. Asociación médica mundial, OMS, "Declaración Sobre Los Derechos Humanos del Paciente", www.vcl.servicom.es.1993.
4. Canales f. Alvarado. Pineda. Metodología de la investigación manual para el desarrollo personal de salud. 2da ed. Washington D.C. editorial OPS / OMS. 1997.
5. Características de la Hospitalización en el Servicio de Medicina Interna del Hospital San Rafael de Tunja. Investigaciones andina, vol. 11, núm. 19, septiembre, 2009, pp. 50-64. Fundación Universitaria del Área Andina. Pereira, Colombia.
6. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Editado por el Inmerso., OMS, 1980.
7. Datos estadísticos brindados por INE (Instituto Nacional de Estadística). Censo 2002.
8. Engel G. La necesidad de un nuevo modelo médico: un reto para la biomedicina. Ciencia 1977; 196:129-36.
9. Freud a. Normalidad y Patología en la Niñez. Paidós, Bs. As. 6ª edición.1986.
10. Gall, francis. Diccionario Geográfico de Guatemala. Tomo III. Comp. Critica. Guatemala c.a. 1980. Pág. 277.
11. Hospitalización, Ingreso, Estancia, Trastorno de Ansiedad y Trastorno Adaptativo. Detre, Thomas P., Jarecki, Henry g. Terapéutica y Psiquiatría. 1era edición. Rimp. Santiago de chile.1994.pag. 478.
12. Kozier, Bárbara. Fundamentos de Enfermería Conceptos Procesos y Prácticas. 5ta edición. México. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. Año 2000.

13. Lecciones de psicología médica. Juan José López – Ibar, Tomás Ortiz Alonso; María Inés López. Ibar Alcocer 1999.
14. Organización mundial de la salud (OMS) en su constitución de 1948.
15. Plan de humanización de la Asistencia Hospitalaria. Gutiérrez Marti, D. R. Editorial: Ministerio Sanidad y Consumo. 1993.
16. Psicología Médica e Iatrogenia, Enfermo, Problema, Hospitalización, Reacciones Psicológicas del Paciente. Ricardo González Menéndez. Revista cubana de medicina. Boletín no.2. 2003. Erroremedicina. Pág. 42.
17. Psicología médica: Ridrurejo – a. Medicina león – J.L.Rubio Sánchez. 1996.
18. Salud en Guatemala. Archivo PDF. 2002. Guatemala.
19. Vásquez-barquero, J.L. Los Trastornos Depresivos. Editorial Elservier-masson.ano 2008. Pág. 208.