

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

**INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL AREA  
DE MEDICINA DE MUJERES DEL HOSPITAL  
NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT'**

**INFORME FINAL DE E. P. S.**

**PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**

**MAYRA OTILIA MORALES MONTUEAR**

**PREMIO A CONFERIRSELE EL TITULO DE  
PSICOLOGA**

**EN EL GRADO ACADEMICO DE**

**LICENCIADA**

**GUATEMALA MARZO DE 1998**

**RECTOR DE LA UNIVERSIDAD DE GUATEMALA**

13  
T(442)  
C. 4

## TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía  
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce  
S E C R E T A R I A

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero  
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, Zona 12  
Tels. 4780010-4, 4780005, ext. 400-1  
Directos: 4780002, 4782219, Int. 4780014  
e Mail: USACPSIC@uac.g  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

cc.: Control Académico  
Depto. EPS.  
archivo

REG. 165-97

CODIPs. 190-98

ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE EPS.

Marzo 25 de 1998

Señorita Estudiante  
Mayra Otilia Morales Montufar  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO TERCERO (13o.) del Acta CERO OCHO NOVENTA Y OCHO (08-98) de Consejo Directivo, de fecha 25 de febrero del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO TERCERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO - EPS, titulado: "INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL AREA DE MEDICINA DE MUJERES DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT", de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

MAYRA OTILIA MORALES MONTUFAR

CARNET No. 92-11119

El presente trabajo fue supervisado por el Licenciado Hugo Velásquez Velásquez y revisado por el Licenciado Domingo Romero Reyes.

Después de conocido el expediente, Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional, en lo que sea aplicable."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

Licenciada *Elizabeth Ponce*  
SECRETARIA



/Rosy

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



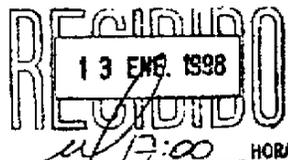
ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
Edificio M5, Ciudad Universitaria, Zona 12  
Tels. 4760700-4, 4760885, ext. 400-1  
Director: 4760902, 4767210, fax: 4760014  
e Mail: USACPSIC@deci.gi  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

E.P.S. 043-97

Reg. 165-97

Guatemala,  
28 de Noviembre de 1997.

Universidad de San Carlos  
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS



Señores Miembros  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

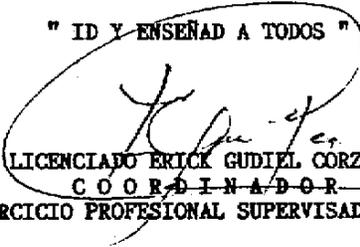
Respetables Miembros:

Hago de su conocimiento que el Licenciado Hugo Velásquez Velásquez, ejecutó la asesoría y supervisión del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, de la Estudiante: MAYRA OTILIA MORALES MONTUFAR, Carnet: 92-11119, titulado: "INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL AREA DE MEDICINA DE MUJERES DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT".

Asimismo se informa que el Licenciado Domingo Romero, realizó la revisión del Informe Final del trabajo referido; por lo que se solicita continuar con los trámites respectivos.

Sin otro particular, atentamente.

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

  
LICENCIADO ERICK GUDIEL CORZANTES  
C O O R D I N A D O R

EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, E.P.S.



/ab.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, Zona 12  
Tels. 4780780-4, 4780885, ext. 480-1  
Directos: 4788802, 4787218, Int. 4788914  
e Mail: USACPSIC@uni.gi  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Universidad de San Carlos  
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS

E.P.S. 043-97

Reg. 165-97



Guatemala,  
27 de Noviembre de 1997.

Licenciado Erick Gudiel  
Coordinador del Departamento  
Ejercicio Profesional Supervisado, E.P.S.  
Edificio

Licenciado Gudiel:

Con la presente informo que he concluido con la revisión del Informe Final del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado por la Estudiante: MAYRA OTILIA MORALES MONTUFAR, Carnet: 92-11119, titulado: "INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DE MUJERES DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT".

El trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por el Departamento, por lo que emito mi APROBACION al mismo.

Sin otro particular, atentamente.

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

LICENCIADO DOMINGO ROMERO REYES  
REVISOR  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, E.P.S.



/ab.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS  
DE GUATEMALA



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
Edificio M-5, Ciudad Universitaria, Zona 12  
Tels. 4780700-4, 4780805, ext. 490-1  
Directos: 4788602, 4787218, fax 4788014  
e Mail: USACPSIC@edu.gt  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

E.P.S. 043-97

Reg. 165-97

Guatemala,  
26 de Noviembre de 1997.

Licenciado Erick Gudiel  
Coordinador del Departamento  
Ejercicio Profesional Supervisado, E.P.S.  
Edificio

Licenciado Gudiel:

La presente es para informarle que he concluido con la **asesoría y supervisión** del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado por la Estudiante: **MAYRA OTILIA MORALES MONTUFAR**, Carnet: 92-11119, titulado: **"INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ÁREA DE MEDICINA DE MUJERES DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT"**,

El trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por el Departamento, por lo que emito dictamen de **APROBACION** al mismo.

Sin otro particular, me suscribo atentamente.

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

  
LICENCIADO HUGO VELÁSQUEZ VELÁSQUEZ  
ASESOR Y SUPERVISOR  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, E.P.S.

/ab.



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Edificio M-5, Cda. Universitaria, zona 12  
Tels: 4760790-4, 4760985, ext. 490-1  
Directos: 4768902, 4767219, fax. 4769914  
GUATEMALA, CENTROAMERICA

cc.: Control Acad.  
Depto. EPS.  
Asesor  
Archivo

REG. 165-97

CODIPs. 312-97

DE APROBACION REALIZACION PROYECTO DE  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

Abril 16 de 1997

Señorita Estudiante  
Mayra Otilia Morales Montufar  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Señorita Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto SEXTO (6o.) del Acta CERO SEIS NOVENTA Y SIETE (06-97) de Consejo Directivo, de fecha 12 de febrero del año en curso, que copiado literalmente dice:

"SEXTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el proyecto de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO (E.P.S.), denominado: "INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL AREA DE MEDICINA DE MUJERES DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT", de la Carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por:

MAYRA OTILIA MORALES MONTUFAR

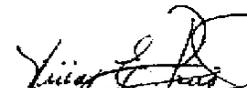
CARNET No. 92-11119

Dicho proyecto se desarrollará en Antigua Guatemala, ubicándose al Doctor José Abelino Del Busto Maza, como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y al Licenciado Hugo Velásquez por parte de esta Unidad Académica.

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos, resuelve APROBAR SU REALIZACION en el periodo comprendido del mes enero al mes agosto de 1997." - - - - -

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

  
Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce  
SECRETARIA



/Rosy



## SINTESIS DESCRIPTIVA

El proyecto del Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología, se efectuó en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, en el área de Medicina de Mujeres.

En la evaluación diagnóstica se observó la problemática de las pacientes internas, por tal motivo, surgió la inquietud y necesidad de la intervención psicológica.

El presente informe final contiene información pertinente sobre la institución y el desarrollo de conceptos generales de depresión, ansiedad, agresividad, trastornos psicofisiológicos y también las actividades que se realizaron en los subprogramas de: servicio, docencia e investigación.

El subprograma de servicio consistió en proporcionar atención psicológica individual y grupal a mujeres hospitalizadas, con el fin de que pudieran superar sus problemas psicosomáticos, mejoraran salud mental y emocional.

En el subprograma de docencia se brindó orientación académica a los estudiantes practicantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC. Se realizó por medio de charlas y un taller, esto fué acorde a las necesidades de los

estudiantes.

Referente al subprograma de investigación se realizó sobre "La influencia del trato del personal paramédico en la rehabilitación de las pacientes mujeres," dejándose algunas líneas de acción para futuras intervenciones.

El proyecto se ejecutó del mes de enero a agosto de 1997, de lunes a viernes en la tarde y sábados todo el día.

## INTRODUCCION

Existe una serie de factores que influyeron a que las pacientes hospitalizadas manifestaran en determinado momento signos y síntomas psicofisiológicos, por lo regular, lo expresaron con estado de ánimo depresivo, ansiedad, agresividad, angustia, bajo peso; además tenemos la enfermedad física que fue el origen por el cual ingresaron al hospital.

La evolución y el desenlace del proceso orgánico influyeron en gran parte por la actitud mental de la paciente. Entre las respuestas psicológicas, se encontraron pacientes con represión, negación o a veces una exageración de los síntomas con objeto de lograr compasión y atención de la gente que le rodeaba.

La disfunción psicológica puede ocurrir en el curso de la enfermedad física y ésta se puede dar como consecuencia del significado perturbador, consciente o inconscientemente de la enfermedad del paciente o debido a la alteración en la capacidad del individuo para enfrentarse a sus propias necesidades y objetivos; también cuando se agravan los estados emocionales y conflictos no resueltos; cualquier factor o causa que sea, las pacientes por lo regular somatizan su conflicto agravándolo.

Por tal motivo, se brindó apoyo psicológico en el área de medicina de mujeres del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de La Antigua Guatemala.

# "INTERVENCION PSICOLOGICA EN EL AREA DE MEDICINA DE MUJERES DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT".

## CAPITULO 1

### 1. ANTECEDENTES

#### 1.1 MONOGRAFIA:

La aldea de San Felipe de Jesús fue fundada en el siglo XVII por disposición del Muy Noble Ayuntamiento de la entonces metrópoli del reino de Santiago de Guatemala, hoy La Antigua Guatemala. Esta lleva el nombre de un santo misionero de la orden franciscana, San Felipe de Jesús, que nació en México el 1 de mayo de 1572, hijo de padres españoles que se habían establecido en la Nueva España, México, pocos meses antes, y cuando se dirigió en busca de aventuras, ingresó a la orden franciscana y cuatro años después, el 5 de febrero de 1597, murió martirizado en la isla de Nagasaki, Japón, dando así testimonio de su fe. El nombre de la aldea, a juicio del Muy Noble Ayuntamiento, fue rendir homenaje a uno de los primeros santos nacidos en el Nuevo Mundo, mientras que la iglesia acordó dar el nombre del apóstol al templo del lugar.

La altura sobre el nivel del mar de la aldea es de 1,535 metros, goza de un clima templado y agradable, durante todo

el año.

**POBLACION:**

De acuerdo al censo de 1996, la aldea de San Felipe de Jesús, tiene una población de 7.000 habitantes, integrada de la siguiente forma:

Hombres: 3,500

Mujeres: 2,000

Niños: 1,500

**OROGRAFIA:**

San Felipe de Jesús colinda con el Cerro de la Cruz y está al pie de las colinas de "El Rejón", a dos kilómetros al norte de la ciudad colonial estando unida a ella por una carretera asfaltada. Entre sus principales fincas cafetaleras se encuentran, La Quinta y la Folié.

**INTEGRACION ECONOMICA:**

Entre sus principales productos agrícolas están: café, maíz, frijol; verduras variadas, flores y frutales de diversas clases; entre su artesanía: muebles tallados en maderas finas y objetos zoomorfos de barro cocido de muy buena calidad. Los habitantes se dedican a la agricultura, artesanía y otros son profesionales.

Su comercio lo realizan en la Plaza Mayor, así como la venta de comidas típicas y artesanías.

### ASPECTO SOCIAL:

El núcleo familiar, tiene un promedio de seis a siete miembros, pero también hay familias más numerosas; su idioma regional es el español. La conformación social representa el 99% de ladinos y 1% de indígenas de étnia Cakchiquel, el nivel socio-económico es bajo.

### SERVICIOS BASICOS URBANOS:

Cuenta con todos los servicios públicos necesarios: Agua potable, alumbrado eléctrico, vías de comunicación, transporte, teléfono, hospital y Alcaldía Auxiliar de la Municipalidad.

### INFRAESTRUCTURA:

En su amplia plazuela se encuentra una hermosa fuente colonial (siglo XVII) y al norte de la misma, su Auxiliatura; al oriente y al poniente, un moderno mercado de artesanía, comedores y otros centros comerciales.

### ASPECTO SOCIO-CULTURAL:

Sus habitantes profesan en su mayoría la religión Católica, otros la Evangelica. entre sus actividades tenemos las celebraciones de San Felipe Apóstol, el 1 de mayo, ésta se lleva a cabo con actos religiosos, culturales, deportivos, sociales y populares. También la del Jueves de la Ascensión del Señor, la del Corpus Christi, Semana Santa y Navidad.

### CENTROS EDUCATIVOS:

Cuenta con una Escuela Rural, Mixta San Felipe de Jesús, de nivel primario y un colegio llamado Centro Pedagógico Snoopy, de nivel pre-primario y primario.

ASPECTO POLITICO:

No existen filiales de partidos políticos. La Administración Pública la ejerce la Municipalidad de La Antigua y la Alcaldía Auxiliar de San Felipe de Jesús. cuenta con un Comité de Pro-mejoramiento para la aldea. La auxiliatura está integrada por: un auxiliar de la Alcaldía y un encargado de repartir la correspondencia a toda la aldea; ambos, para mantener el orden llaman a la Policía Nacional de La Antigua Guatemala cuando se presenta un problema.

La aldea no tiene más instituciones, solamente los 2 centros educativos y la auxiliatura de la alcaldía.

## 1.2 DESCRIPCION DE LA INSTITUCION

### FINES Y OBJETIVOS:

MANTENER LA SALUD DE LA COMUNIDAD, BRINDANDO ATENCION MEDICA HOSPITALARIA.

### ANTECEDENTES DE LA ORGANIZACION:

En la aldea de San Felipe de Jesús se construyó el moderno Hospital Nacional "Pedro de Bethancourt" que fue inaugurado en 1991, comenzando a funcionar un año más tarde, ésta institución de servicio social sustituyó al anterior de La Antigua Guatemala, destruido con el terremoto del 4 de febrero de 1976. El nuevo hospital está ubicado al suroriente de la aldea, el terreno que ocupa es de siete manzanas, cedido por el Muy Noble Ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1972.

### CARACTERISTICAS DE LA POBLACION:

La población anual que cubre el hospital es de UN MILLON, presta servicio las 24 horas. La mayoría de personas que atiende proceden de los municipios rurales entre estos están: Ciudad Vieja, Alotenango, Santiago Sacatepéquez, Jocotenango, Pastores, San Antonio Aguas Calientes, Santa María de Jesús, Santa Lucía Milpas Altas, San Lucas y San Pedro Las Huertas y la minoría son de Chimaltenango, Escuintla, Quiché y Retalhuleu.

Estos tienen estratificación socioeconómica de nivel bajo y medio. El hospital cuenta con un espacio suficiente para cubrir cada uno de los servicios en sus cuatro niveles.

El primer nivel consta de consulta externa, emergencia, salud comunitaria, medicina comunitaria, enfermería, laboratorio, trabajo social, registros médicos, alimentación y dietas, central de equipos, rayos x, farmacia, patología, artes gráficas, biblioteca, quirófano, contabilidad, personal, almacén, lavandería y costurería, transportes, compras, seguridad, mantenimiento, salas de operaciones, salón de usos múltiples, servicios sanitarios para pacientes y personal, cocina, área de esterilización, bodegas de medicamentos, garita, parqueo y área verde, cuenta con cancha de basquet-ball, papi foot-ball, ubicadas en el parqueo del hospital.

En el segundo nivel se encuentra el área de Pediatría con los servicios de área recreativa, encamamiento, servicios sanitarios, unidad de recién nacidos, puestos de enfermería, maternidad. El área de Ginecología, encamamiento, oficinas de jefes de área, jefatura de enfermería, sala de médicos residentes.

El tercer nivel consta de fisioterapia y salones para diversos servicios.

En el cuarto nivel presta los servicios de cirugía de hombres y de mujeres, medicina de hombres y de mujeres, jefatura de enfermería, servicios sanitarios y encamamiento.

**SALUBRIDAD:**

Cuenta con un departamento específico de salubridad donde se determinan los programas de extensión a otros departamentos de la república para servicios de prevención y control de epidemias, también suficiente personal para servicio del mismo.

**SEGURIDAD:**

Cuenta con dos garitas de control y una entrada principal con personal de seguridad las 24 horas del día.

**VENTILACION E ILUMINACION:**

Los salones cuentan con una adecuada ventilación, iluminación natural y artificial.

**FUNCIONES ADMINISTRATIVAS:**

- Servicios Administrativos
- Servicios Técnicos
- Servicios Médicos.

**PROGRAMAS QUE ATIENDE Y ASISTENCIA MEDICA EN LAS AREAS DE:**

- Pediatría
- Crecimiento y Desarrollo
- Gineco-Obstetricia
- Medicina General de Hombres y Mujeres
- Neurología.
- Electrocardiografía
- Dermatología
- Radiología
- Patología
- Traumatología
- Ortopedia
- Salud Comunitaria
- Servicio Social
- Nutrición y Dietética
- Oftalmología
- Fisioterapia.

**PROGRAMAS QUE ATIENDE EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA:**

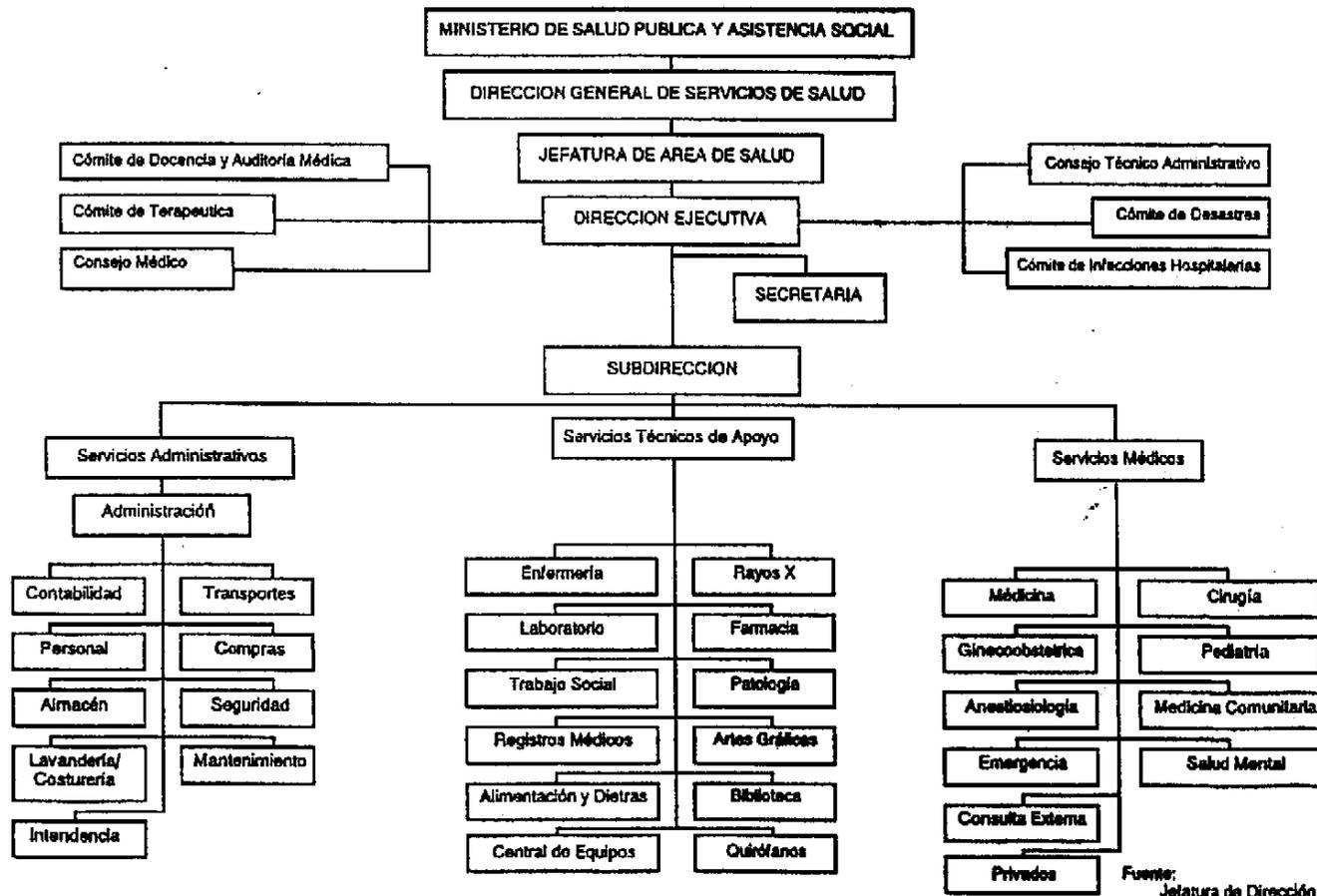
- Programa de Consulta Externa
- Programa de Pediatría
- Programa de Gineco-obstetricia
- Programa de Medicina y Cirugía de Hombres y Mujeres
- Programa de Emergencia.

ORGANIGRAMA:

El organigrama del Hospital Regional Pedro de Bethancourt, esta conformado por servicios administrativos, servicios técnicos y servicios Médicos dentro de éste último se ubican las clínicas de consulta externa a la cual asiste la mayor parte de pacientes y está integrada por medicina de hombres y mujeres, dermatología, endoscopia gastrointestinal, ortopedia, cirugía general, gineco-obstetricia, pediatría, traumatología, neurología, odontología y psicología.

PROYECTO DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y SERVICIOS  
CENTRAL

# Organigrama del Hospital Regional Pedro de Bethancourt



### 1.3 DESCRIPCION DE LA POBLACION BENEFICIARIA

Se trabajó en el área de Medicina de Mujeres, las pacientes internas se encontraban comprendidas entre las edades de 13 a 84 años, procedentes la mayor parte de las áreas cercanas de San Felipe de Jesús, entre estas están: La Antigua, San Juan, Ciudad Vieja, Santa Ana, San Pedro las Huertas, Santa María de Jesús, Pastores, Jocotenango, San Lucas, Santa Lucía Milpas Altas y la minoría son de Chimaltenango, Escuintla, El Quiché y Retalhuleu. El estado civil de las pacientes hospitalizadas, son casadas y la mínima parte solteras.

Se realizaron actividades con estudiantes practicantes de cuarto y quinto año de psicología que prestaron servicio los días lunes, miércoles, viernes y sábado en horario de 8:00 a.m. a 12:00 p.m.; cubriendo las áreas de emergencia, consulta externa, pediatría, gineco-obstetricia, medicina de hombres, mujeres; cirugía de hombres y mujeres del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. La mayoría de estudiantes proceden de Guatemala y la minoría de La Antigua.

Se trabajó con el personal paramédico que atendió a pacientes del área de Medicina de Mujeres, en tres turnos rotativos de mañana, tarde y noche, las enfermeras que cubren ésta área son 8, algunas son casadas, otras solteras y proceden de: Jocotenango, Pastores, San Felipe de Jesús y La Antigua. Las pacientes internas, regularmente adultas con problemas

físicos y emocionales manifestaron conductas variables por la enfermedad en que se encontraban, por tal motivo, la aceptación de las pacientes hacia el personal paramédico fue variable.

## 1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la evaluación diagnóstica en el Area de Medicina de Mujeres del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, las pacientes manifestaron los siguientes problemas:

### 1. DEPRESION:

Las mujeres hospitalizadas presentaron un estado de ánimo depresivo, no sólo por la naturaleza de la enfermedad, sino por el alejamiento parcial o total de sus familiares, la mayoría de ellas estaban casadas, extrañaban y se preocupaban por sus hijos.

Otro factor que contribuyó a que las pacientes se deprimieran fue: la avanzada edad, el sexo, situación socioeconómica y los factores culturales, regularmente, se preocuparon por el alto costo de la medicina, debido que en el estrato social bajo, acostumbran a curar sus enfermedades con plantas medicinales, como en la cultura maya.

### 2. ANSIEDAD:

Las pacientes mostraron irritabilidad, temblor de manos, sudoración, desorientadas en tiempo, espacio y persona, tendencia a llorar abundantemente por encontrarse enfermas. La mayor parte de ellas, no están acostumbradas a utilizar los servicios hospitalarios y

prefieren terminar su tratamiento cerca de su familia. La ansiedad y preocupación no realistas, fue entorno a dos circunstancias: Angustia, por el posible peligro que representa dejar a un niño con otra persona, o por asuntos económicos, lo que ocasionó trastornos psicofisiológicos.

3. AGRESIVIDAD:

Las pacientes no aceptaron la enfermedad y se mostraron agresivas con el personal médico y de enfermería solicitando su egreso, aludiendo que se encontraban en perfecto estado; o bien por la escasa orientación que tenían para confiar en los médicos. Algunas pacientes tuvieron miedo porque tienen el concepto de que un hospital es un centro donde sólo los enfermos de gravedad son atendidos, conocieron casos de personas que fallecieron en dicho centro, prefiriendo asistir con naturistas.

4. TRASTORNOS PSICOSOMATICOS:

Considerando que las pacientes tuvieron disfunciones orgánicas en las cuales los trastornos emocionales desempeñaron un papel etiológico o contribuidor de la gravedad de la enfermedad. Muchas veces ingresaron pacientes con sintomatología orgánica, pero al elaborarse pruebas clínicas, no se detectó la

organicidad, ya que el origen de éstas fue psicógeno.

5. **PROCESO DE CAPACITACION:**

Los practicantes de psicología prestaron servicio a niños, adolescentes y adultos en diferentes áreas del hospital; debido al tipo de población y al bajo nivel académico que tenían, surgió la necesidad de implementarles técnicas y conocimientos sobre los signos y síntomas depresivos, de ansiedad, abordamiento de pacientes y tratamiento de apoyo que se brinda al paciente hospitalizado.

Las pacientes son atendidas la mayor parte del tiempo, por el personal paramédico. En la evaluación diagnóstica, se observó deficiencias con el servicio que prestan las enfermeras, por tal motivo, surgió la inquietud de conocer, si realmente influye el trato del personal paramédico en la rehabilitación de las pacientes.

## CAPITULO II REFERENTE TEORICO METODOLOGICO

### 2.1 ABORDAMIENTO TEORICO-METODOLOGICO

#### LA HOSPITALIZACION Y LOS EFECTOS EN LOS PACIENTES:

Existe el acuerdo general que el impacto de la hospitalización y la enfermedad va de ligero a grave, la primera provoca un grado variable de incertidumbre y aprensión en el paciente.

"La vida afectiva es el complejo de reacciones psicofísicas que se asocian a la vida mental de todo individuo y se indican generalmente con los términos de sentimientos o estados de ánimo". (Ey. 1969, p.145).

La hospitalización se vuelve un problema psicofisiológico en el manejo del paciente; no por lo que es un hospital; sino, por lo que simboliza. Un hospital nacional en la actualidad es un lugar que atiende grandes cantidades de gente enferma: contando con escaso equipo, el personal médico y paramédico. La gente con escasa orientación sobre la función social que brinda un hospital, tiene la idea de que van al mismo, todos aquellos enfermos sin remedio y es donde van a morir; lo cual, les infunde pavor a utilizar el servicio.

"Un paciente temeroso en el hospital puede rehusarse a que se lleven a cabo pruebas diagnósticas, en especial aquellas con las cuales no está familiarizado (electroencefalograma, broncograma, etc.)". (Solom, 1976, p. 153). Por lo regular, estas pacientes se mostraron agresivas, por desconfianza a lo que les pudieran hacer.

Las enfermedades más frecuentes de las pacientes en el área de medicina de mujeres es: Diabetes, enfermedades coronarias, úlcera, aparato digestivo, convulsiones e intoxicación.

Estas enfermedades fueron agravadas por trastornos emocionales entre estos tenemos depresión, ansiedad, agresividad, somatización e intento de suicidio por intoxicación.

Dentro de las personas referidas al hospital muchas de éstas presentaron síntomas y signos depresivos. Entendemos la depresión como el tono afectivo de tristeza, desajuste emocional, pérdida de ánimo, siendo la afección de que más se quejaron las pacientes. La depresión puede variar desde un abatimiento ligero o sentimiento de indiferencia hasta desesperación en grado extremo. En el síndrome depresivo menos grave, el paciente está callado, cohibido, inhibido, infeliz, pesimista y ésto tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales.

El paciente con depresión es incapaz de tomar decisiones y le cuesta trabajo ejecutar actividades mentales que habitualmente no se le dificultan.

En el hospital las pacientes se preocupan exageradamente por problemas personales y familiares. Sufrieron falta de apetito, pérdida de peso e insomnio; toda experiencia se acompañó de dolor físico y mental, la actitud y sus modales reflejaron aflicción y desesperación. Llegaron a preocuparse en tal grado que alteraron su atención, concentración y memoria.

Los síntomas de la depresión ligera se manifiestan por una pérdida de interés agradable en los asuntos habituales de la vida. se pierde la espontaneidad; todo requiere un esfuerzo extra y proporciona menos satisfacción que antes. El paciente se siente enfermo orgánicamente. La fatiga es excesiva, las preocupaciones reales y los trastornos corporales ordinarios son predominantes en cognición; mientras las memorias alentadoras, las esperanzas y los planes son difíciles de tenerse presente.

En la depresión más intensa el paciente se halla francamente abatido o se siente físicamente enfermo. Por lo general está desesperado, desvalido y carente de autoestima, su raciocinio, verbalización y movimientos se hallan retardados, está tenso e intranquilo.

El paciente deprimido y agitado se queja de sus achaques, dolores, fatiga, sentimientos de desmerecimiento o temores de culpa.

De los numerosos síntomas físicos, el insomnio es el más prominente. En las presiones más intensas, hace falta el sueño que es necesario para atenuar su agotamiento. Estas vigiliias solitarias en las horas de madrugada son con frecuencia las horas de desesperación más profunda.

Entre las características de las depresiones fuertes, se encuentra una disminución psicomotora del habla, del andar y de los gestos, además de un rostro típicamente deprimido. El paciente dirá que siente que la vida no vale la pena, que no tiene ganas de seguir viviendo, que nada le proporciona placer, que es una mala persona que no merece vivir. En las depresiones menos agudas, el cuadro manifiesto será simplemente que se queja de sentirse deprimido e infeliz.

La depresión es un padecimiento recurrente, pero de curso definido puede clasificarse de la siguiente manera:

**Exógena o reactiva:** cuando hay factores ambientales psicológicos que la determinan.

**Endógena:** no hay evidencia de factores determinantes.

Unipolares: sólo presenta un trastorno de tipo depresivo.

Bipolares: experimentan accesos de manía y depresión.

La depresión como la ansiedad, constituye una de las modalidades de reacción del paciente frente a diversas causas psicofisiológicas, cosa que ha experimentado en sí mismo a lo largo del tiempo (de un día a otro, de una hora a otra o en el mismo día) esa particular sucesión de estados de ánimo llamada tono del humor. A veces el paciente se siente triste, de mal humor, pesimista sin razón aparente.

Otros de los cuadros clínicos dentro de las mujeres tenemos la ansiedad, la cual vamos a entender como una respuesta normal a conflictos que ponen en peligro la vida. Sin embargo en este contexto, la ansiedad parece más grave y de mayor duración por las circunstancias que la causan. En el uso común el miedo y la ansiedad se diferencia en que el miedo es la respuesta a un peligro real y la ansiedad es el resultado de causas oscuras e irracionales.

Las pacientes muchas veces tuvieron miedo a los daños que la enfermedad pudieron causarles, otras solo manifestaron la sintomatología de la ansiedad como tendencia a llorar, irritabilidad y temblor de manos fueron los síntomas más frecuentes que presentaron las pacientes del hospital.

La ansiedad se caracteriza por la sensación subjetiva de

anticipación, temor o aprensión o una sensación de desastre inminente asociada con grados diversos de excitación y reactividad autónomas. Al igual que el dolor físico, la ansiedad determina alteraciones de conducta. Sin embargo, la ansiedad severa representa un factor primario del funcionamiento no adaptado y de los trastornos psicológicos. Se describe a la ansiedad con dos elementos, psicológico y somático. El componente psicológico varía en los distintos individuos y está firmemente afectado por la personalidad y por los mecanismos operativos del sujeto. Las manifestaciones somáticas pueden ser descritas en forma más sucinta por el paciente y su severidad es variable.

Ansiedad y preocupaciones son motivos reales excesivos acerca de dos o más circunstancias de la vida. La mayor parte de pacientes son casadas y el estar hospitalizadas les causó ansiedad, les preocupaba que a sus hijos les pudiera ocurrir alguna desgracia cuando en realidad no corrían peligro.

La agresividad es un cuadro clínico que presentaron las pacientes hacia el personal; ésta conducta agresiva fue una forma intensa o violenta de conducta física que produjo consecuencias aversivas y daño en otros sujetos, así como respuestas verbales, con efectos similares debido a su contenido o intensidad. Las manifestaciones de agresividad fueron la hostilidad, odio, o furor que pudieron estar dirigidas, tanto contra sí mismo, como contra los demás.

Cuando un deseo no es satisfecho provoca frustración y ésta a su vez promueve agresividad, como si se tratara de una respuesta de ataque.

Las pacientes se mostraron agresivas verbalmente y físicamente con el personal de enfermería y ellas desconfiaron de los médicos, acá; se debe tomar en cuenta los factores culturales, edades, el sexo, la situación económica que son desencadenantes en cuanto a la conducta agresiva.

Uno de los mayores cuadros clínicos son los trastornos psicósomáticos: la cual es una enfermedad de naturaleza física que suele acompañarse de rasgos psicológicos, el paciente sufre de angustia y tristeza. Los síntomas de conversión se producen por la transformación de un estado de ansiedad en una disfunción somática, por lo general con alivio parcial o completo de la ansiedad. Frecuentemente se hallan involucrados los sistemas motor y sensorial, la sintomatología es a menudo la expresión simbólica del conflicto emocional. El término psicógeno (funcional) se refiere a las manifestaciones clínicas de origen psíquico de cualquier clase. Un trastorno funcional es aquel en el cual no hay cambios morfológicos y no existe causa orgánica alguna.

Las de pacientes sufrieron de síntomas psicósomáticos en el

hospital que se manifestaron más en la diabetes, ulcera, enfermedades coronarias entre otros.

Estas pacientes presentaron problemas familiares, maltrato emocional por parte del esposo e inconscientemente los convirtieron en trastornos psicósomáticos, para llamar la atención de su familia; el esposo agredió verbalmente y físicamente a su pareja cuando se encontraba bajo efectos alcohólicos, agravando la enfermedad de la paciente.

Muchos de los indígenas Cakchiqueles no van a hospitales porque viven en lugares aislados y poco accesibles, debido a los medios de comunicación y transporte se les hace difícil acudir a un hospital; por lo que utilizan la medicina natural y por lo regular, acostumbran a curar las enfermedades en el hogar. La cultura se define como las costumbres, actos, creencias y formas sociales integradas que practica un grupo o tribu determinado, también es el grado de avance del individuo o del grupo social en conocimientos generales y en conducta social coordinada, debido al progreso continuo de la organización social, que se acompaña de un aumento de conocimientos de evolución de las costumbres.

Las pacientes que acudieron al hospital provienen de distintos tipos de familias. A la familia se le define como:

"El clima emocional y como tono emotivo global del hogar.

Todo miembro de la casa contribuye a crear este clima, pero los padres y su ajuste emocional entre sí son los principales factores determinantes del aura familiar". (Finch, 1976, p.41).

La importancia estratégica de la familia se encuentra en función mediadora dentro de una sociedad más extensa, ella es la que enlaza al individuo con una estructura social más amplia; de los padres y otros miembros de la familia aprenden costumbres, valores, reglas, con las cuales van a vivir dentro del grupo social.

El rol de la familia va a estar determinado por tres factores que son:

Factor biológico. hombre-mujer.

Factor social: funciones interpersonales.

Factor Cultural: lo que va a determinar toda aquella asimilación del elemento creado por el grupo social. Los roles familiares tienen que llenar estos tres factores para mantener un equilibrio.

Dentro de las funciones de la familia tenemos que es la encargada de la crianza, cuidado, orientación, defensa y procreación de los hijos.

La estructura psicológica de la familia está determinada por cada miembro; dentro de los tipos de familia tenemos las

siguientes:

La Familia Normal es aquella en donde el padre es un individuo maduro y masculino que acepta el papel de padre y se siente cómodo con él. Ama y respeta a su esposa y funda un hogar adecuado. La madre es una persona femenina que acepta y satisface sus funciones como esposa y madre; respeta a su esposo, así como éste la respeta a ella. Cada uno de ellos depende del otro, pero cada cual conserva cierto grado de independencia.

La Familia Invertida es una especie de matriarcado donde la madre es casi la autoridad absoluta en el hogar. Las decisiones concernientes a los niños las adopta ella y el papel como esposa y madre no le agrada. Se ha casado con un hombre que presenta innumerable demandas y al que critica y empequeñece constantemente. El desarrolla la sensación de que no es importante en el hogar y delega a su esposa la mayoría de los asuntos concernientes a la casa y a los niños; llega a casa cansado del trabajo y dedica poco tiempo a sus hijos.

La Familia Agotada es aquella en donde ambos padres viven intensamente ocupados en actividades afuera de la casa y que a menudo son financieramente remunerativas, pero dejan el hogar emocionalmente estéril ya que ambos padres trabajan y llegan cansados e irritables y eventualmente empiezan a

demandar a los niños.

En la Familia Hiperemotiva todos, padres y niños por igual, dan rienda suelta a sus emociones en mayor medida de lo común. Si los padres se enfurecen entre ellos, expresan abiertamente su resentimiento con sonoros vituperios, basta para crear una perturbación emocional y todos los sentimientos se expresan libre y excesivamente, inclusive el amor, la depresión, la excitación y la ira. Los niños nacidos en una familia así aprenden al poco tiempo a gritar para hacerse oír. La hiperemoción es un tipo de ajuste inmaduro no frecuente, por lo menos en ciertos segmentos de nuestra sociedad.

La Familia Ignorante es aquella donde ambos padres, por uno u otro motivo carecen de conocimientos generales sobre el mundo que los rodea. Sea por deficiencia mental o por otras razones. En estos padres no siempre hay retardo mental ni un fondo educativo limitado, pero muchas veces intervienen ambos factores.

Para que las pacientes pudieran gozar de una buena salud mental se les brindó ayuda psicológica. la salud mental son las capacidades para readaptarse ante el stress o para recuperarse de una enfermedad, a ésta se le define como:

La presencia de bienestar físico y emocional. Un adulto sano

es una persona que muestra una conducta que confirma el hecho de que se percibe a sí mismo, o sea su identidad personal, junto con un propósito en la vida, un sentimiento de autonomía personal y una voluntad de percibir la realidad y hacer frente a sus vicisitudes. El adulto sano tiene capacidad para invertir afecto en otros y entender sus necesidades.

Por el tiempo que permanecen las pacientes, se brindó terapia de apoyo, psicoterapia breve de emergencia conductual y a veces terapia de grupo y recreativa: todo dependiendo de las necesidades y problemas que presentaron las mismas.

La Psicoterapia de Apoyo sirve para suprimir y disminuir la angustia, para lograr que la paciente se tranquilice y se le hace la observación de que su enfermedad se curará con el tratamiento que indique el médico, también se modifica su ambiente social cambiando de lugar al enfermo.

La Psicoterapia Breve es una terapéutica que se brinda en una situación de crisis, prevendrá que la ansiedad, depresión y otros síntomas continúen y produzcan mayor desorganización y psicopatología. A la psicoterapia breve se le define como un intento mutuo entre paciente y terapeuta, para cambiar la percepción, ideación, sentimiento y conducta del paciente dentro de un número acordado de 15 a 45 minutos.

En la Terapia Conductual el terapeuta enfoca la atención en la conducta inadaptada y no en cualquier proceso patológico. Se considera que ésta terapia es una técnica efectiva en el tratamiento de los padecimientos neuróticos, especialmente la ansiedad y las reacciones fóbicas y otros trastornos funcionales.

La Terapia de Grupo sirve para el alivio de la angustia, aumento de la dignidad, de la personalidad, autocognición, mejoría de la conducta y de las relaciones sociales y para producir un cambio favorable en el estado de ánimo de algunos enfermos. Para disminuir el nivel de depresión también se puede utilizar la terapia recreativa, la cual sirvió para distraer a las pacientes haciéndoles olvidar la problemática que estaban viviendo para que pudieran gozar de buena salud mental y emocional.

Para la realización de los sub-programas de servicio, docencia e investigación se utilizaron métodos y técnicas que se definen a continuación:

**METODO:**

"Es el procedimiento ordenado que se sigue para establecer lo significativo de los hechos y fenómenos, hacia los cuales se dirige el interés científico y para enseñar lo que en materia de ciencia es la verdad" (Baravaresco, 1986, pp. 19).

### CLASIFICACION DE METODOS:

- a. Análisis: Es la descomposición de un todo en sus elementos; la observación y exámen de un hecho particular.
- b. Síntesis: Es la meta y resultado final del análisis; por medio de la síntesis se logra la comprensión cabal de la esencia de los que hemos conocido en todos sus aspectos particulares.
- c. Inducción: Va de lo particular a lo general. Se emplea el método inductivo cuando de la observación de hechos particulares obtenemos proposiciones generales.
- d. Deducción: Va de lo general a lo particular.
- e. Objetivismo: En Psicología, se refiere a los datos que en determinadas condiciones están a disposición de todos los investigadores o que son accesibles a instrumentos físicos de medida. Lo que percibimos con nuestros sentidos.
- f. Subjetivismo: Es una doctrina que para el conocimiento no admite otra realidad que la del sujeto pensante.
- g. Participativo: Compartimiento libre y voluntario en actividades de diferente índole, para fomentar las

relaciones interpersonales.

**TECNICA:**

"La técnica puede ser considerada como un presupuesto para la creación del propio ambiente por parte del hombre, o como un factor dinámico que interactúa con la sociedad".  
(Pardinas, 1986. pp.69).

**CLASIFICACION DE TECNICAS:**

- a. Entrevista: Es una conversación generalmente oral, entre dos seres humanos, la cual tiene la finalidad de obtener alguna información.
- b. Entrevista Dirigida: Es una entrevista estructurada, controlada, que sigue un procedimiento fijado de antemano por un cuestionario o una guía.
- c. Entrevista No Dirigida: Es la entrevista que deja prácticamente la iniciativa total al entrevistado, permite que la persona vaya narrando sus experiencias.
- d. Cuestionario: Es una técnica de investigación, que tiene como finalidad obtener datos, el cuestionario presupone el diseño de la investigación.

e. Observación: Técnica que permite la posibilidad de registrar una sucesión de hechos, comparando las semejanzas y diferencias de un hecho observado.

## 2.2 OBJETIVOS

### 2.2.1 OBJETIVO GENERAL:

Brindar atención psicológica en el área de Medicina de Mujeres para contribuir con su salud mental y emocional.

### 2.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS:

#### SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

- Proporcionar atención psicológica de apoyo individual a mujeres para superar sus crisis emocionales.
- Realizar terapias de grupo y recreativas para mejorar su salud mental y emocional.

#### SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

- Proporcionar orientación a los estudiantes practicantes de psicología, para que atiendan a las personas que requieran del servicio psicológico.

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION:

La investigación se planteó sobre: "LA INFLUENCIA DEL TRATO DEL PERSONAL PARAMEDICO EN LA REHABILITACION DE LAS PACIENTES MUJERES".

## 2.3 METODOLOGIA O ESTRATEGIA DE ABORDAMIENTO

El Ejercicio Profesional Supervisado, se desarrolló a través de acciones y procedimientos divididos entre subprogramas, los cuales son: servicio, docencia e investigación que a continuación se describen:

### SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

Este programa se llevó a cabo por medio de dos instancias las cuales fueron: atención individual y grupal.

La atención individual se realizó a través de referencias por parte del personal médico, paramédico o bien se detectó por medio de la observación a las pacientes tratadas. En la metodología se tomaron datos generales a las pacientes, se les hizo examen mental, se brindó terapia de apoyo, terapia breve y de emergencia conductual cada sesión con una duración de 30 a 50 minutos dependiendo del caso que se presentó, posteriormente, se anotó el examen mental en el expediente médico cuando fue referido y se registraron los datos generales de las pacientes en las hojas de control del Departamento de Psicología.

Para la realización de las terapias de grupo y recreativas, primero se identificó al grupo por medio de observaciones y referencias del personal paramédico, se reunieron a las pacientes que estaban en condiciones de poderse movilizar y

se ubicaron en la sala de recreación de ésta área.

Se estableció rapport con el grupo, se les dió instrucciones de la terapia ocupacional: en el momento, se les dieron a conocer temas reflexivos de autoestima, motivación y salud mental, posteriormente ellas expresaron su opinión sobre la reflexión, en algunas ocasiones. la terapia reflexiva varió, puesto que las pacientes procedieron a ventilar su problemática una por una y se les orientó para la resolución del problema, dicho proceso fue participativo.

Los grupos estuvieron formados por 4 a 6 pacientes en cada actividad, fueron agrupadas por síntomas de depresión y de ansiedad cada terapia duró 1 hora con 30 minutos. Al terminar se procedió a la movilización de las pacientes a sus respectivas salas. Este subprograma se desarrolló en los meses de enero a agosto.

#### SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

Se realizó una encuesta a los estudiantes de psicología sobre los temas de su interés, posteriormente se solicitó la colaboración de la supervisora de práctica del hospital para la elección, jerarquización y calendarización de las conferencias y un taller.

Se procedió a investigar y a elaborar material de apoyo para

beneficiar a los estudiantes: los temas impartidos fueron: Focalización y Jerarquización, diferencias entre sintomatología de depresión y ansiedad, terapia breve y de emergencia.

En otras ocasiones se procedió a contactar a licenciados invitados a impartir los temas de abordamiento de pacientes, terapia de apoyo y un taller de motivación. Las actividades de docencia, se realizaron de acuerdo a las necesidades de los estudiantes: se desarrolló en la Universidad de San Carlos de Guatemala y en el hospital de La Antigua, con una duración de 2 horas cada una, al mismo tiempo: se brindó acompañamiento individual de los casos que atendían los estudiantes y grupal, durante los meses de abril a junio.

Se realizó una encuesta a los estudiantes sobre técnicas y procedimientos que utilizaban en la práctica: además se evaluó los contenidos impartidos en el Ejercicio Profesional Supervisado.

#### SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION:

Se trabajó sobre "La influencia del trato del personal paramédico en la rehabilitación en las pacientes mujeres".

Se conoció el personal que atiende el área de Medicina de Mujeres. En los meses de marzo a julio, se elaboró y se

realizó observaciones estructuradas al personal paramédico. se hicieron entrevistas dirigidas individuales y grupales a pacientes para conocer la opinión del servicio que presta el personal paramédico. también se entrevistó a algunas enfermeras sobre la información general del área y se evaluó el autoestima de ellas. Dichas técnicas se realizaron para la recopilación de datos de este subprograma.

## CAPITULO III

### PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

#### 3.1 SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

El subprograma de servicio se trabajó en el área de medicina de mujeres, se brindó atención individual a 185 pacientes internas. (ver cuadro No. 1 ).

La atención psicoterapéutica de apoyo individual que se brindó en la primera entrevista, los resultados fueron:

107 pacientes con depresión, mostraron interés por la terapia, sonrieron, aceptaron positivamente la realidad de la enfermedad psicofisiológica, se subió el autoestima, tuvieron confianza en sí mismas y disminuyó la crisis emocional: 3 pacientes estaban tristes y decaídas, pero se encontraban desorientadas en tiempo, espacio y persona, no fue posible realizar el proceso terapéutico.

14 pacientes con síntomas de ansiedad manifestaron: Tranquilidad al ventilar su problemática, aceptaron su realidad y reaccionaron positivamente.

Se estableció rapport con 4 pacientes con trastornos psicósomáticos, logrando que sonrieran.

mostrarán interés en la terapia y ventilarán su problema. 2 pacientes, no colaboraron con la terapia porque piensan que el tratamiento psicológico no resuelve su conflicto emocional y no ayuda a mejorar su estado físico.

Las pacientes con 2-3 sesiones terapéuticas se logró lo siguiente:

40 pacientes con depresión se sintieron contentas, satisfechas, aprendieron a afrontar la realidad de su problemática, sintieron confianza en sí mismas.

10 pacientes con síntomas de ansiedad, ventilaron su problema y disminuyó su preocupación, nerviosismo, irritabilidad, reflexionaron positivamente, aprendieron a afrontar la realidad de su problemática y aceptaron la terapia.

2 pacientes con trastornos psicosomáticos, manifestaron: interés por la terapia, controlaron sus impulsos agresivos y reflexionaron positivamente.

Las pacientes con más sesiones terapéuticas obtuvieron una mejor salud mental y emocional durante su hospitalización.

Con respecto a las edades de las pacientes, de 31 a 50 años, fueron las que más aceptaron el tratamiento de apoyo, por la madurez que tienen para afrontar la realidad; de 51 a 70 años, las pacientes, mostraron menos interés porque creen que su ciclo de vida está por terminar.

Se realizaron 9 terapias grupales recreativas y reflexivas, el total de pacientes atendidas fue de 42, comprendidas entre las edades de 19 a 71 años.

Se logró reunir a las pacientes con la misma sintomatología depresiva y de ansiedad, las pacientes se sintieron motivadas, disminuyó su depresión, ansiedad, angustia, se socializaron, subió el autoestima: manifestaron confianza en sí mismas, alegría, asumieron una mejor actitud hacia la vida, mediante reflexiones y se apoyaron: todo contribuyó a que mejorara la salud mental y emocional durante el proceso terapéutico.

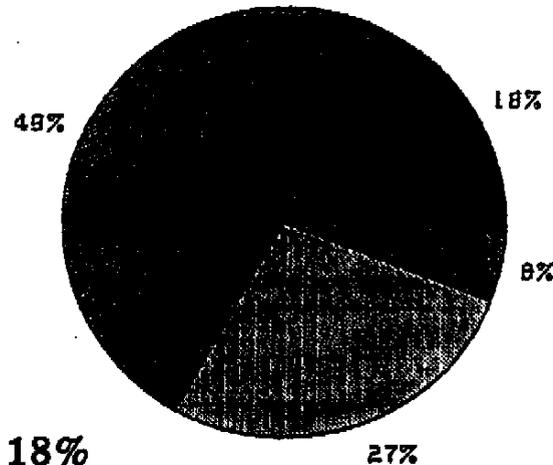
A continuación se presentan los resultados de la atención individual.

CUADRO No. 1

REGISTRO DE CASOS INDIVIDUALES ATENDIDOS  
EN EL AREA DE MEDICINA DE MUJERES

DIAGNOSTICO	1RA. SESION	2-3 SESION	No. DE CASOS
- TRASTORNOS DE DEPRESION	112	40	153
- TRASTORNOS DE ANSIEDAD	14	10	24
- TRASTORNOS PSICOSOMATICOS	08	02	08
TOTALES	132	52	185

**REGISTRO DE EDADES DE LA POBLACION  
ATENDIDA EN CASOS INDIVIDUALES**



**13-30 AÑOS 18%**  
**31-50 AÑOS 49%**  
**51-70 AÑOS 27%**  
**71-84 AÑOS 6%**

SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

Se trabajó con 23 estudiantes practicantes de los grados de cuarto y quinto año de Psicología, realizándose 5 pláticas y 1 taller de motivación.

La verificación se llevó mediante una encuesta y un test que evaluó los contenidos que se impartieron en el Ejercicio Profesional Supervisado, que los estudiantes aplicaron la mayoría de las técnicas y procedimientos en un 80% y el 20% utilizaron algunas de éstas ajustándolas al tipo de paciente que se les presentó. Los temas tuvieron seguimiento, empezando desde cómo focalizar y jerarquizar la problemática de un paciente hasta las terapias que se utilizan con ellos.

Se obtuvo la atención, aceptación, comprensión, participación y mejoraron su situación técnica individual y grupal los estudiantes: logrando que tuvieran seguridad para atender al paciente, sintieran confianza en sí mismos y se motivó a que prestaran mejor servicio psicológico en el hospital.

A continuación se presenta el siguiente cuadro de los temas impartidos en este subprograma:

CUADRO No. 2

CUADRO DE CONFERENCIAS Y TALLER  
IMPARTIDOS A ESTUDIANTES

TEMAS	NO. CHARLAS	No. PARTICIPANTES
- Focalización y Jerarquización	1	19
- Abordamiento de Pacientes	2	21 y 13
- Psicoterapia de apoyo	1	13
- Diferencias entre Sintomatología de Depresión y Ansiedad.	1	22
- Psicoterapia Breve y de Emergencia.	1	20
- Taller de Motivación	1	15

SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION:

Esta área fue atendida por 8 enfermeras que cubrieron 3 turnos con horario de 7:00 a.m. y 2:00 p.m.; 1:00 p.m. a 7:00 p.m. y de 7:00 p.m a 7:00 a.m., cada turno fue atendido por 1 ó 2 enfermeras dependieron de la cantidad de pacientes que habían.

El área consta de 5 salas, 3 de ellas para aislamiento y 2 salas generales; la capacidad máxima que atendió el área fue de 16 pacientes, por el espacio físico limitado.

Las observaciones y entrevistas se realizaron a partir de los meses de marzo a julio; se logró detectar que el servicio que prestó el personal paramédico fue variable, puesto que algunas enfermeras se limitaron a prestar un servicio general, no atendieron aspectos minuciosos, como levantar algún objeto que la paciente haya botado, ellas prestaron el servicio médico cuando administraron la medicina, escasas veces acudieron a atender una llamada de la paciente cuando no les tocaba el medicamento, otras enfermeras en cambio, cumplieron a cabalidad con su trabajo médico y establecieron rapport con las pacientes, las motivaron emocionalmente, lo que evidenció la

diferencia con las que no lo hicieron.

Las pacientes que fueron atendidas médicamente y motivadas se sintieron contentas y satisfechas con el servicio que les brindaron, lo que contribuyó a que ellas tuvieran un ambiente agradable y se recuperaran pronto, mientras que las que fueron atendidas solo medicamente, tendieron a deprimirse, puesto que el medicamento fue administrado algunas veces en forma brusca, grosera, lo que dió lugar a que estas pacientes no sintieran confianza y manifestaran depresión, algunas ansiedad por el ambiente del hospital, por su enfermedad y por el servicio que les prestaron solicitando su egreso.

Otro factor que influyó a que algunas pacientes mejoraran y otras se deprimieran es que el personal paramédico prestó su servicio de acuerdo al estado de ánimo o la problemática que estaban viviendo, lo que contribuyó a que dicho servicio fuera muy variable.

Se aplicó el cuestionario de autoestima los resultados fueron: el 50% del personal paramédico tiene baja autoestima de lo normal, ellas mismas reconocieron que no trabajaron al máximo de su

potencial, les fue difícil aceptar sus errores, que acostumbraban a ver lo malo en los demás, le dieron importancia a lo que las personas pensaban de ellas, les era difícil pedir disculpas y a veces evitaron tratar a la gente que consideraban no les era de su agrado y creen que algunas personas no puedan cambiar su mal comportamiento.

El otro 50% de enfermeras tiene alta autoestima y las características que manifestaron fueron:

Aceptaron sus errores, creen en la amistad y sinceridad, aceptan que otras personas tienen virtudes, prestan el servicio médico siempre que las pacientes lo solicitan, se sienten seguras de sí mismas y no le dan importancia a lo que otras personas puedan pensar de ellas, tratan a todas las personas bien ya que están para brindarles buen servicio y ayudarlas, también creen que su desarrollo personal ha progresado porque ellas mismas lo merecen.

Lo que logró verificar que el servicio es variable y si influye el trato del personal paramédico en la rehabilitación de las pacientes.

Se logró determinar mediante la investigación que si influye el trato del personal paramédico en la rehabilitación de las pacientes mujeres.

El cuadro siguiente muestra las actividades realizadas en el área de Medicina de Mujeres.

CUADRO No. 3

REGISTRO DE ACTIVIDADES PARA EL  
PROCESO DE RECOLECCION DE DATOS

ENFERMERAS

TECNICA	No.
- Observaciones estructuradas	15
- Entrevistas de campo	3
- Cuestionario Inf. General	8
- Cuestionario Autoestima	8

PACIENTES

TECNICA	No.
- Observaciones de campo	15
- Entrevistas dirigidas	26

## CAPITULO IV

### ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

#### 4.1. SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

Se brindó terapia de apoyo y breve de emergencia conductual a las pacientes referidas e indentificadas. la mayor parte de pacientes presentaron síntomas de depresión y ansiedad por encontrarse enfermas. lejos de su hogar y hospitalizadas: la minoría con trastornos psicossomáticos. se logró que comprendieran la importancia de la salud física. emocional y mental. mediante el proceso terapéutico y conscientización.

Las pacientes con otra cosmovisión cultural manifestaron desconfianza. asombro y desagrado durante la permanencia en el hospital; no están acostumbradas a recibir atención médica. administración de medicina. pruebas clínicas y atención psicológica. lo que provocó incertidumbre. reaccionaron con síntomas de ansiedad y depresión. puesto que en el estrato social bajo. tratan las enfermedades con medicina natural. por tal motivo se rehusaron a colaborar y la recuperación fue lenta.

Las pacientes que tuvieron una sesión psicoterapéutica, se logró que ventilaran su problemática, se tranquilizaran, se les orientó que debían aceptar la realidad, afrontarla con fortaleza, fé y cooperación para que tuvieran una mejor rehabilitación en su hogar, debido a que no tienen la posibilidad de continuar su tratamiento psicológico porque viven lejos y la permanencia de ellas en el hospital es de 2 días regularmente, por la demanda de pacientes existentes.

En cambio las que tuvieron dos o tres sesiones, cambiaron actitudes negativas a positivas: con respecto, al comportamiento agresivo, ansioso y estado de ánimo depresivo que manifestaron en el hospital, se logró que sonrieran, sintieran seguridad en sí mismas, apoyo moral, reflexionaron positivamente, aceptaron su realidad, colaboraron con el tratamiento médico y psicológico, disminuyendo su crisis emocional.

Las personas que aceptaron la terapia psicológica expresaron libremente sus pensamientos, sentimientos escucharon con interés, comprendieron la importancia de afrontar y resolver los problemas; se mostraron muy agradecidas por el servicio que se les prestó durante su estadía en el hospital, puesto que, al

encontrarse mejor y ser egresadas de éste, regresan con sus familiares con salud física y mental para continuar su vida cotidiana. Con respecto a las terapias grupales las pacientes se sintieron estimuladas y motivadas, porque realizaron manualidades e hicieron reflexiones sobre su problemática, lo que contribuyó a que se interesaran por la terapia, se sintieran contentas y se apoyaran entre sí mismas; logrando que mejorara su salud mental y emocional.

Con la atención psicológica individual y grupal conductista, las pacientes cambiaron su comportamiento, actitudes, mejoraron sus relaciones interpersonales, con sus compañeras de sala, con sus hijos, esposo, familiares y amigas, fueron más comprensivas y amables con el personal paramédico, lo que contribuyó a que se socializaran.

En algunas ocasiones hubo dificultad en continuar la terapia individual y grupal por la interrupción del personal paramédico, pero se logró terminar la sesión psicoterapéutica.

#### 4.2 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

Se logró impartir las pláticas de acuerdo a las

necesidades de los estudiantes porque se presentaban pacientes con los cuales, ellos no tenían los conocimientos de técnicas para atender los casos. Las pláticas se impartieron en los meses de abril, mayo y junio, se reforzó las técnicas del método Clínico que incluye información general de los pasos a seguir que son: observación, entrevistas, recopilación de anamnesis, aplicación de pruebas psicológicas, focalización, jerarquización de los problemas, el uso de la asesoría bibliográfica: todo para llegar a establecer el diagnóstico y tratamiento terapéutico a brindar. Se les proporcionó conocimientos sobre los síntomas de ansiedad y depresión para que los estudiantes prestaran un mejor servicio a los pacientes.

Se contactó a licenciados invitados a impartir terapia de apoyo; abordamiento de pacientes. Las técnicas fueron adecuadas al tipo de pacientes que se presentan en el hospital, el contenido fue amplio de las pláticas. el taller de motivación trató sobre autoestima, autoimagen y conscientización del servicio que deben prestar los estudiantes; todo contribuyó a que mejoraran el servicio psicológico.

La mayor parte de estudiantes utilizaron los procedimientos y técnicas impartidas en el E.P.S. de

acuerdo al tipo de paciente que atendieron, regularmente las terapias y el procedimiento terapéutico que brindan al paciente, es corto debido a que, ellos viven lejos del centro hospitalario, tienen que trabajar o bien porque las pacientes no tienen costumbre de utilizar el servicio psicológico.

Se dificultó realizar la docencia en la Universidad de San Carlos, por no contar con un salón específico de clase.

## 4.3

**SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION:**

Por medio de la recopilación de datos, se detectó que es muy importante que el personal paramédico trate bien a las pacientes, porque de ellas depende en gran parte la rehabilitación física y emocional de las pacientes.

En el autoestima del personal paramédico, se detectó que la mitad de ellas tienen baja autoestima, manifestaron en su conducta y actitud: inseguridad en sí mismas, desconfianza, critican frecuentemente a otras personas, son negativas, no tienen bien formada su autoimagen, se desvalorizan y no trabajan a consciencia: otras enfermeras, tienen alta autoestima, son sinceras, hacen amistad

con las demás personas, aceptan sus errores, tienen seguridad en sí mismas, son optimistas y les gusta trabajar.

El servicio es variable, puesto que en ocasiones existió bastante demanda de trabajo y no les fue posible establecer rapport y motivar a las pacientes, también las enfermeras como seres humanos, no siempre lograron resolver su problemática familiar, descargan su ira en el trabajo o bien transmiten su alegría, confianza al paciente y le atienden con sutileza.

La relación enfermera-paciente fue variable de ambas partes, ya que dependió del carácter y estado de ánimo de ellas.

Algunas pacientes se sintieron contentas y agradecidas con el servicio que les prestaron; otras se desilucionaron y manifestaron desagrado con el servicio que recibieron.

Se dificultó trabajar con el personal paramédico, ya que la mayor parte de ellas se sintieron observadas y no fue de su agrado colaborar en la aplicación de los cuestionarios, sintiéndose comprometidas a participar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES:

5.1.1 CONCLUSIONES GENERALES:

- Se evidenció la necesidad de proporcionar ayuda psicológica en el área de Medicina de Mujeres del Hospital, porque las pacientes presentaron conflictos y trastornos emocionales por estar internas.
- Se detectó que el personal paramédico necesita ser orientado con respecto al trato del paciente.

5.1.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

- La atención individual y grupal dirigida a las pacientes, lleva a la superación de la crisis emocional de ansiedad, depresión y trastornos psicósomáticos.
- El establecimiento de rapport, logra que el paciente ventile su problemática y preste interés en el proceso terapéutico.

5.1.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

- La orientación a los estudiantes, sobre los síntomas de depresión, ansiedad, tratamiento terapéutico y el taller de motivación, mejora la atención psicológica que se presta a los pacientes que asisten al hospital.

5.1.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION:

- El carácter y estado de ánimo del personal paramédico, influye en el trato que brindan a las pacientes.
- Se determinó que las pacientes que son motivadas y reciben buen trato por el personal paramédico, se recuperaron rápidamente.
- Las enfermeras que tienen alta autoestima son amables, agradables, serviciales y prestan mejor servicio a las pacientes.

5.2 RECOMENDACIONES:

5.2.1 RECOMENDACIONES GENERALES:

- Que se continúe brindando atención psicológica individual y grupal a las pacientes.
- Se recomienda que impartan talleres de relaciones humanas, de autoestima y de motivación a las enfermeras.

5.2.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO:

- Se recomienda que el Departamento de Psicología brinde terapias grupales reflexivas y recreativas para que mejoren el estado psicofisiológico de los pacientes.
- Que los estudiantes practicantes de psicología atiendan pacientes identificados y referidos para que mejore el servicio psicológico.

5.2.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA:

- Se recomienda a los estudiantes que extiendan invitaciones extracurriculares a licenciados para que les impartan pláticas y talleres sobre el tratamiento psicoterapéutico que se le debe brindar a un paciente.

- Que los estudiantes practiquen técnicas de auto-relajación con los pacientes que presentan trastornos de ansiedad y psicósomáticos para que ellos tengan una mejor rehabilitación.

5.2.4. SUBPROGRAMA DE INVESTIGACION:

- Se recomienda al personal paramédico que asuma una actitud positiva para tratar mejor a las pacientes.
- Que se impartan talleres de relaciones humanas. autoestima y motivación al personal paramédico para que tengan un crecimiento personal y así mejoren el trato con las pacientes.
- Se recomienda que se les brinde orientación al personal paramédico sobre la importancia que tiene el trato enfermera-paciente y su relación con la enfermedad para que las pacientes mejoren su estado psicofisiológico y se preste un buen servicio general.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARESCO, PRIETO. LAS TECNICAS DE LA INVESTIGACION. EDITORIAL IBEROAMERICANA, MEXICO D.F. 1986. 19-20-23 PP.
2. DEVEUX, GEORGE. DE LA ANSIEDAD AL METODO DE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO. MEXICO. 1988. 75 PP.
3. DORSCH, FRIEDRICH. DICCIONARIO DE PSICOLOGIA. EDITORIAL HERDER, BARCELONA 1981. 80-231-633-748-922-1028 PP.
4. DSM III-R MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES. AMERICAN PSYCHATRIC ASSOCIATION. COORDINACION, TRADUCIDO POR FIERRE PICHOT, EDIT. MASSON, S.A. 1988. 262-480 PP.
5. EY, HENRY Y OTROS. TRATADO DE PSIQUIATRIA. EDITORIAL TORAY MASSON, S.A. BARCELONA 1970. 145 PP.
6. FINCH, STUART A. FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA INFANTIL. EDITORIAL PSIQUE, BUENOS AIRES, ARGENTINA, 1976. 41 A LA 48 PP.
7. KOLB, LAWRENCE. PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. EDITORIAL LA PRENSA MEDICA, S.A., MEXICO 1992. 164-165 PP.

8. QUINTANILLA MEZA, CARLOS HUMBERTO. BREVE RELACION HISTORICO GEOGRAFICO DE SACATEPEQUEZ. EDITORIAL GUATEMALTECO 1994. 35-36-38-39 PP.
9. PARDINAS, FELIPE. METODOLOGIA Y TECNICAS DE INVESTIGACION. EDITORIAL MEXICANO, 1986. 69-89-112 PP.
10. RAJIV SHARMA, SUZANE. PSIQUIATRIA. EDITORIAL MASSON, MEXICO 1988. 108-109 PP.
11. SARASON, IRWIN G. Y BARBARA SARASON. PSICOLOGIA ANORMAL Y LOS PROBLEMAS DE LA CONDUCTA DESADAPTADA. EDITORIAL TRILLAS, MEXICO 1988. 144-145 PP.
12. SLUCHEUSKY, L.F. PSIQUIATRIA. EDITORIAL GRIJALBO, MEXICO 1963. 207 PP.
13. SOLOM, PHILIP. MANUAL DE PSIQUIATRIA. EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S.A. DE C.V. MEXICO 1976. 155-154 PP.

# GLOSARIO

## TRASTORNOS FUNCIONALES:

Trastornos del sistema psicofísico total, integrativamente entrelazados, en ausencia de alteraciones orgánicas. Todos los trastornos funcionales indican la existencia de un fallo en el mantenimiento de esta integridad del todo armónicamente coordinado y complejo que es la personalidad.

## DEPRESION:

Estado de ánimo triste, deprimido, de mal humor, con inhibición del curso del pensamiento, débil voluntad e incapacidad de decisión.

## PSICOGENO:

De origen psíquico, se emplea particularmente con referencia a trastornos corporales y variaciones en la conducta debidas a causas psíquicas.

## SOMATIZACION:

Trasformación de un conflicto psíquico en una enfermedad orgánica.

## AURA:

Sensación o fenómeno especial, muy variable en individuos diversos, que precede inmediatamente al ataque epiléptico.

Consiste generalmente en falsas percepciones sensoriales de breve duración.

**NEGATIVISMO:**

Actitud que tiene exteriormente aspecto de indiferencia, observada en enfermos mentales. El enfermo está inmóvil y existe una oposición interior. El negativismo puede ser activo o pasivo.

**AUTOESTIMA:**

Se refiere a la estima que se tiene de sí mismo, es una forma de pensar, de sentir, de actuar que implica que tu te aceptas a ti mismo.

**MOTIVACION:**

La motivación es el trasfondo psíquico, impulsor, que sostiene la fuerza de la acción y señala su dirección. El curso del acontecer psíquico se rige por la motivación más fuerte, quedando apartadas, sin efecto, las motivaciones débiles. Las motivaciones tiene su origen en el medio ambiente o en la actividad voluntaria o automática del yo.

# INDICE

## DESCRIPCION DEL CONTENIDO:

## PAGINAS No.

Síntesis Descriptiva

Introducción

## CAPITULO I

### ANTECEDENTES

1.1	Monografía .....	1
1.2	Descripción de la Institución .....	5
1.3	Descripción de la Población Beneficiaria.....	11
1.4	Planteamiento del Problema .....	13

## CAPITULO II

### REFERENTE TEORICO METODOLOGICO

2.1	Abordamiento Teórico Metodológico .....	16
2.2	Objetivos .....	32
2.2.1	Objetivo General .....	32
2.2.2	Objetivos Específicos .....	32
2.3	Metodología de Abordamiento.....	34

### CAPITULO III

#### PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

3.1	Sub-Programa de Servicio .....	38
3.2	Sub-Programa de Docencia .....	43
3.3	Sub-Programa de Investigación .....	45

### CAPITULO IV

#### ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

4.1	Sub-Programa de Servicio.....	50
4.2	Sub-Programa de Docencia.....	52
4.3	Sub-Programa de Investigación .....	54

### CAPITULO V

#### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1	CONCLUSIONES	
5.1.1	Conclusiones Generales.....	56
5.1.2	Sub-Programa de Servicio.....	56
5.1.2	Sub-Programa de Docencia .....	57
5.1.3	Sub-Programa de Investigación .....	57
5.2	RECOMENDACIONES	
5.2.1	Recomendaciones Generales.....	58
5.2.2	Sub-Programa de Servicio.....	58

5.2.3	Sub-Programa de Docencia.....	58
5.2.4	Sub-Programa de Investigación.....	59
-	Referencias Bibliográficas .....	60
-	Glosario .....	62
-	Indice .....	64

INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS  
INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS