

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

ATENCIÓN PSICOLÓGICA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO
INTEGRAL PARA LOS PACIENTES INTERNOS DEL SANATORIO
ANTI-TUBERCULOSO SAN VICENTE

INFORME FINAL
DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

Presentado ante el Consejo Directivo
y Tribunal Examinador de la
Escuela de Ciencias Psicológicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala

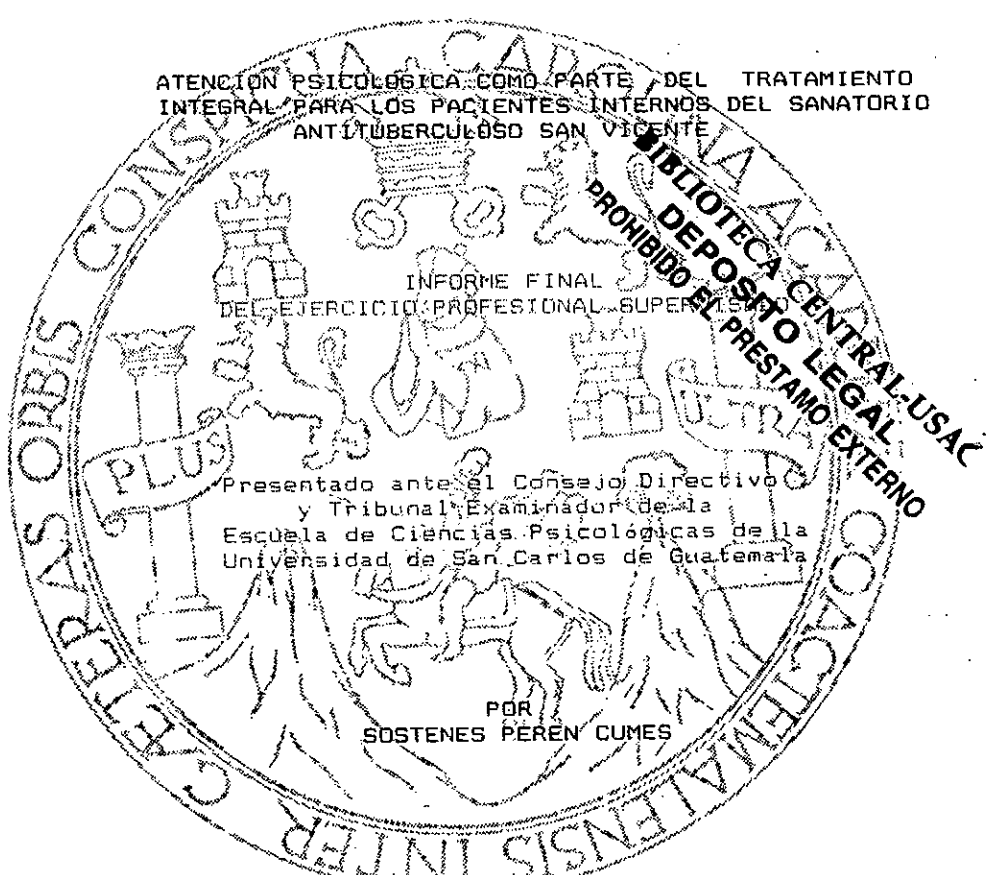
POR
SOSTENES PÉREN CUMES

Previo a conferirse el título de:

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

Guatemala, Junio de 1994.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central



DL

13

†(723)

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes
D I R E C T O R

Licenciado Abraham Cortez Mejía
S E C R E T A R I O

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
R E P R E S E N T A N T E C L A U S T R O C A T E D R A T I C O S



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 780790-94 Y 780985-88
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Académico
Depto. E.P.S.
archivo

REG. 4693-92

CODIPs. 328-94

DE IMPRESION INFORME FINAL EJERCICIO
PROFESIONAL SUPERVISADO EPS.

24 de agosto de 1994

Señor Estudiante
Sóstenes Perén Cumes
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señor Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el punto SEXTO (6o.) del Acta VEINTICUATRO NOVENTA Y CUATRO (24-94) de Consejo Directivo, de fecha 16 de agosto en curso, que copiado literalmente dice:

"**SEXTO:** El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS, titulado: "ATENCION PSICOLOGICA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO INTEGRAL PARA LOS PACIENTES INTERNOS DEL SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE.", de la carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

SOSTENES PEREN CUMES

CARNET No.85-11094

El presente trabajo fue supervisado por la Licenciada Ileana Godoy Calzia y revisado por el Licenciado Erick Amilcar Gudiel Corzantes.

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 "


Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO



/Lillian



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-5, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760790-94 Y 760985-88
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

4693/92
1400
E.P.S. 050-94

5 de julio de 1994

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Respetables Señores:

Atentamente hago de su conocimiento que la Licenciada Ileana Godoy Calzia ha concluido con la Asesoría y Supervisión del Ejercicio Profesional Supervisado titulado "ATENCIÓN PSICOLÓGICA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO INTEGRAL PARA LOS PACIENTES INTERNOS DEL SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE", correspondiente a la Carrera de Licenciatura en Psicología.

Asimismo, se informa que el suscrito, Licenciado Erick A. Gudiel Corzantes, procedió a la revisión y aprobación del Informe Final del trabajo ejecutado por el estudiante SOSTENES PEREN CUMES, Carnet No. 85-11094.

Por lo anterior expuesto, solicito se continúe con los trámites respectivos.

Sin otro particular, quedo de ustedes atento servidor,

"DID Y ENSEÑAR A TODOS"
COORDINACIÓN
CENTRO DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
USAC.
Lic. ERICK A. GUDIEL CORZANTES
Coordinador del Departamento de
Ejercicio Profesional Supervisado

c.c.: Archivo

ECC/blm

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS 'M-3, M-3'
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 780730-94 Y 760985-88
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

E.P.S. 051-94

5 de julio de 1994

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señores Miembros:

Me permito informar a ustedes que se llevó a cabo la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado denominado: "ATENCIÓN PSICOLÓGICA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO INTEGRAL PARA LOS PACIENTES INTERNOS DEL SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE", realizado por el estudiante SOSTENES PEREN CUMES, Carnet No. 85-11094.

El trabajo referido cumple con los requerimientos establecidos por el Departamento de E.P.S., por lo cual brindo mi dictamen de APROBACION a la revisión del Informe Final de E.P.S.

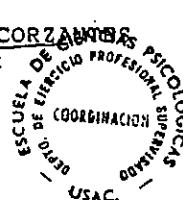
Sin otro particular, me suscribo atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Lic. ERICK A. GUDIEL CORZANOS
REVISOR

c.c.: Archivo

EGC/blm



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

28 de junio de 1994

EDIFICIOS M-5, M-3
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 760730-84 Y 760985-88
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Licenciado
ERICK GUDIEL CORZANTES
Coordinador del Departamento
de Ejercicio Profesional Supervisado
Edificio

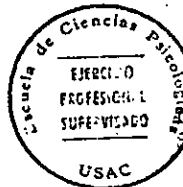
Señor Coordinador:

De manera atenta me permito informar a usted, que asesoré y supervisé el Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.) titulado: Atención Psicológica como parte del Tratamiento Integral para los pacientes Internos del Sanatorio Antituberculoso San Vicente realizado en el Sanatorio San Vicente de la Zona 7 de la ciudad capital, por el estudiante SOSTENES PEREN CUMES con número de Carnet 8511094.

Considero que el trabajo en mención llena los requisitos necesarios, por lo que solicito sea revisado y trasladarlo para su aprobación al Consejo Directivo.

Sin otro particular, me suscribo atenta servidora,

ID Y ENSEÑAD A TODOS



Ileana Godoy
Licda. ILEANA GODOY CALZIA, M.A.
Supervisora de E.P.S.



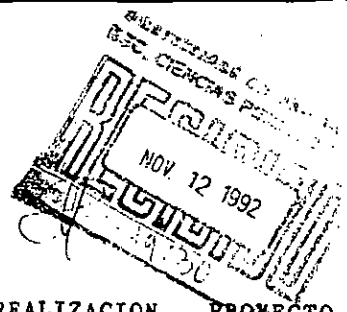
ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EDIFICIO "M.S. M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760790-94 Y 760583-85
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
Depto. E.P.S.
Archivo
Asesor

REG. 4693-92

CODIPs. 594-92

DE APROBACION REALIZACION PROYECTO
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO



11 de noviembre de 1992

Señor Estudiante
SOSTENES PEREN CUMES
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señor Estudiante

Para su conocimiento y efectos transcribo a usted el Punto VIGESIMO PRIMERO (21o.), del Acta TREINTA Y NUEVE NOVENTA Y DOS (39-92) de Consejo Directivo, de fecha 28 de octubre del año en curso, que literalmente dice:

"VIGESIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el proyecto de EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO (E.P.S.), denominado: **"ATENCION PSICOLOGICA COMO PARTE DEL TRATAMIENTO INTEGRAL PARA LOS PACIENTES INTERNOS DEL SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE."**, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por:

SOSTENES PEREN CUMES

CARNET No. 85-11094

Dicho proyecto se desarrollará en el Sanatorio Antituberculoso "San Vicente", ubicándose a la Licenciada Ileana Godoy Calzia como la persona que ejercerá funciones de supervisión y control, tanto por la parte requiriente como por esta Unidad Académica. Lo anterior obedece a que la Licenciada Godoy Calzia es Psicóloga de planta de la Institución mencionada y, además Supervisora del Departamento de E.P.S. en esa área.

El Consejo Directivo considerando:

que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos, resuelve aprobar su realización en el período comprendido del mes de noviembre de 1992 al mes de mayo de 1993."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAR A TODOS "

Licenciado Abraham Cortez Mejía



AGRADECIMIENTO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA:

Por abrirme sus puertas y brindarme la oportunidad de crecer.

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS:

Por darme los lineamientos que son la base de mi profesión.

SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE:

Que fué un campo fértil en el que pude poner en práctica y adquirir conocimientos. En especial a la licenciada Ileana Godoy Calzia, M.A. y al Dr. Ricardo García Manzo de la unidad de Salud Mental.

A MIS MAESTROS:

Quienes con su ejemplo y enseñanza, han legado en mí, el secreto camino del éxito en la vida: honradez, bondad, humildad y constancia.

ACTO QUE DEDICO

- A DIOS: Ser supremo, fuente de sabiduría.
- A MIS PADRES: Por enseñarme el camino del bien.
- A MI ESPOSA E HIJAS: Con amor y reconocimiento a su apoyo.
- A MI FAMILIA EN GENERAL: Con amor fraternal.
- A COMALAPA, CHIMALTENANGO: Territorio que me vió nacer.

PADRINOS DE GRADUACION

Licenciada Ileana Godoy Calzia, M.A.

Doctor Ricardo García Manzo.

Licenciado Erick A. Gudiel Corzantes.

1. SINTESIS DESCRIPTIVA

El informe del Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología, efectuado en la Unidad de Salud Mental del Sanatorio Antituberculoso San Vicente, contiene información pertinente sobre la institución, enfocando principalmente la organización y el desarrollo de las actividades que en ella se realizan. Además describe conceptos generales sobre tuberculosis, sus precipitantes, complicaciones, así como las alteraciones emocionales de mayor intensidad encontrados en los pacientes hospitalizados.

Se detalla el plan de actividades, programación y la metodología de abordamiento, especificando objetivos, procedimientos estadísticos y definición de variables utilizadas, tanto en los programas de docencia, servicio e investigación. Amparado con sustentaciones teóricas y haciendo un análisis y presentación de resultados, a través de cuadros y gráficas que esquematizan los tres programas, principalmente el de investigación.

Referente al programa de investigación, se tomaron 20 casos de pacientes con tuberculosis crónica (más de 4 años de padecer la enfermedad), para detectar las alteraciones emocionales más frecuentes que experimentan estos pacientes, actividad que se ejecutó a través de observaciones, entrevistas y la aplicación del test Percepto-Motriz de Bender Hutt.

En los siguientes contenidos se hace un recorrido analítico de los resultados obtenidos en los tres programas, haciendo mención de las condiciones, aportaciones y problemática encontrada.

Al finalizar se dan las conclusiones de la investigación y las recomendaciones para que los futuros especialistas, puedan tomar estos datos como base para nuevas investigaciones.

2.- INTRODUCCION

Existe una serie de factores que influyen y favorecen el desarrollo de la tuberculosis en nuestro medio, tales como la desnutrición, drogadicción, prostitución, SIDA, desempleo, pobreza económica y falta de educación. Condiciones que de una u otra manera hacen de la tuberculosis un problema de salud constante y que por lo mismo se hace necesario abordarlo multidisciplinariamente. Aunando esfuerzos se afrontarán los múltiples fenómenos causales de la enfermedad, a través de alternativas de solución que promuevan beneficios a las personas y sociedad en general.

Se suma a la tuberculosis como problemática de salud, las alteraciones emocionales que sufre el paciente hospitalizado, las cuales son producto de antecedentes personales, familiares, del estrés psicosocial de la enfermedad, del tiempo prolongado de la hospitalización y del evidente temor a la muerte que experimentan estos pacientes. Todo ello conduce al desequilibrio de la personalidad del sujeto, limitando su interacción tanto familiar como social, haciendo difícil su proceso de adaptación.

Durante el desarrollo del programa del Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología, realizado en la Unidad de Salud Mental del Sanatorio Antituberculoso San Vicente, y a través de la Universidad de San Carlos de Guatemala, se trataron de establecer los conflictos emocionales predominantes que afronta el paciente con la enfermedad de la tuberculosis, brindando apoyo psicológico a los mismos, evaluando y estableciendo un plan de tratamiento donde se refuerzan las áreas más afectadas, en forma individualizada.

Además, se dió orientación y plan educativo a familiares de pacientes para prevención de la enfermedad y para mejor seguimiento de los casos.

3.-ANTECEDENTES

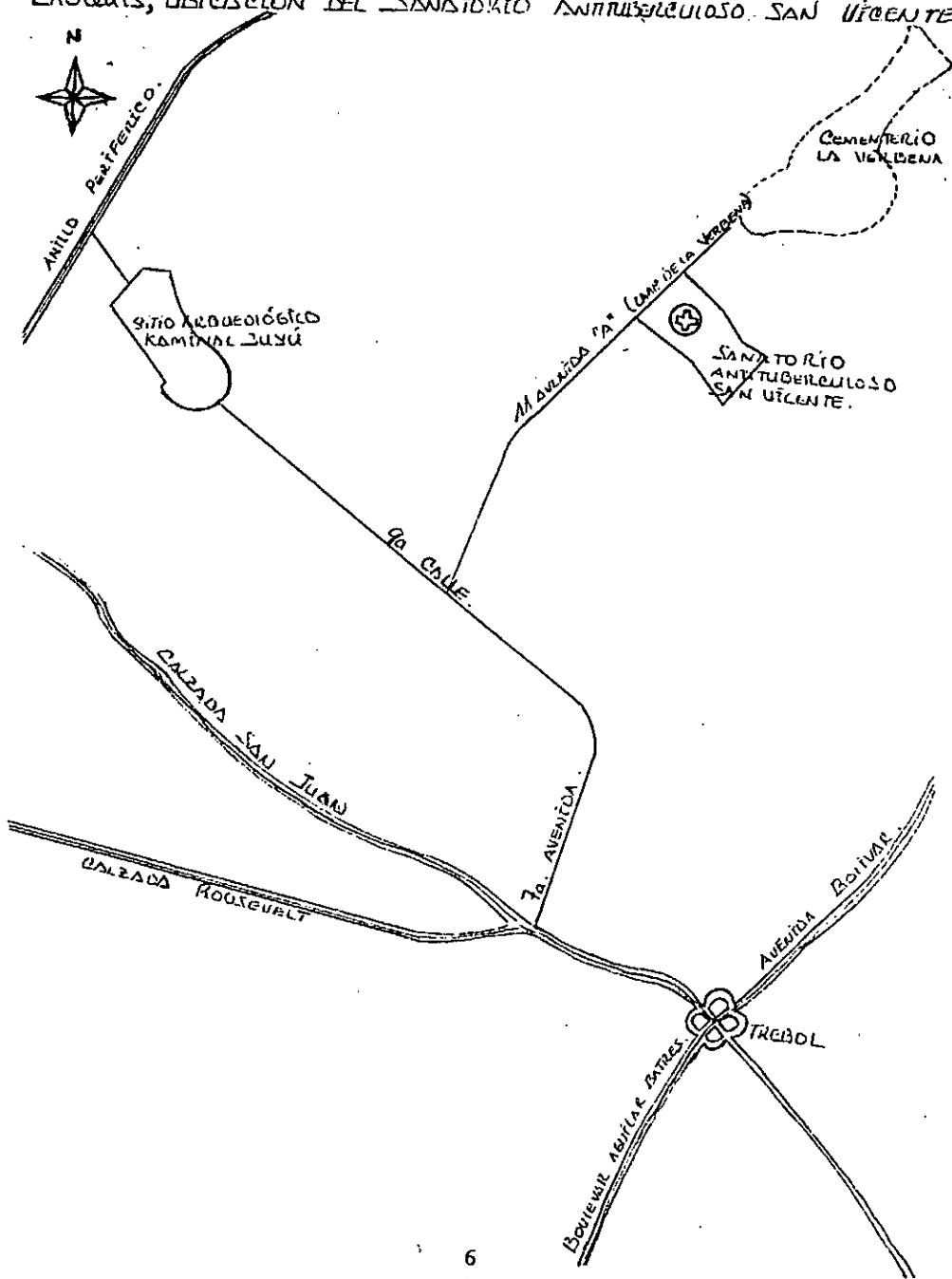
El servicio de atención Psicológica del Sanatorio Antituberculoso San Vicente, se inició el 1 de agosto de 1980, a cargo de la Licenciada en Psicología Ileana Godoy Calzía. Posteriormente con la llegada del Doctor Ricardo García Manzo, Psiquiatra, se creó la Unidad de Salud Mental en junio de 1991, conformado por los servicios de Psiquiatría, Psicología y Terapia Ocupacional.

Con el fin de ampliar la cobertura de atención psicológica a la población hospitalizada en el Sanatorio, la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Sanatorio Antituberculoso San Vicente, en Abril de 1992, suscribieron un convenio para que estudiantes de cuarto, quinto grados y epevistas de psicología, puedan realizar sus prácticas en la referida institución. Esto ha implicado la planificación, organización, ejecución y evaluación de actividades de atención psicológica en diversos problemas de tipo emocional, social y de aprendizaje, que afectan a los pacientes y sus familiares que utilizan este servicio. Se amplía la necesidad de atención psicológica de la población, mediante el desarrollo del Ejercicio Profesional Supervisado a cargo de estudiantes próximos a graduarse, con lo cual se tiene la posibilidad de investigar y atender problemas específicos. Así mismo, dentro de este programa se contempla el área de docencia como uno de los principales medios para promover la atención integral y el fomento de la Salud Mental del enfermo encamado.

3.1 DESCRIPCION DE LA POBLACION

El Sanatorio Antituberculoso San Vicente, es una institución estatal, especializada, de carácter docente y asistencial, que depende del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, bajo la supervisión y control directo de la Jefatura de la Región Metropolitana. Se encuentra ubicado en la Finca de La Verbena, zona 7 de la ciudad capital en un sector caracterizado por la presencia del cementerio La Verbena.

CROQUIS, UBICACIÓN DEL SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE



El Sanatorio Antituberculoso San Vicente, es la única institución a nivel nacional que atiende enfermos diagnosticados o con sospecha de tuberculosis.

La población que atiende, tiene las características de ser en su mayoría, personas de escasos recursos económicos, analfabetas, del área rural, de cultura y creencias diversas, provenientes de diferentes partes del país. Estas personas padecen una enfermedad incurable, crónica, que puede controlarse si se trata a tiempo, necesitándose mejorar la calidad de vida que hasta ahora han tenido. La tuberculosis constituye un problema de salud constante de nuestro país, básicamente por las condiciones favorables a la enfermedad, tales como pobreza económica.

3.2 ORGANISMO SOCIAL

El 16 de abril de 1943 fué fundado el Sanatorio Antituberculoso San Vicente para realizar acciones relacionadas con prevención, tratamiento quirúrgico y rehabilitación, dirigidas a la población de adultos y niños de ambos sexos, afectados de tuberculosis pulmonar y extrapulmonar, o cualquier otra enfermedad neumológica que necesita atención especializada cubriendo el ámbito nacional. Atendió a niños hasta diciembre de 1992. Coordina sus funciones con la Universidad de San Carlos de Guatemala y con los hospitales integrados.

Además atiende pacientes adultos de ambos sexos con enfermedades transmisibles (SIDA, Hepatitis, Cólera), referidos por otras instituciones de salud, de cualquier lugar de la república y lleva a cabo programas de seguimiento y control de casos egresados; colabora en la implementación de normas para el control de la tuberculosis como problema nacional.

3.2.1 Objetivos de la Institución:

1. Romper con la cadena de transmisión de la tuberculosis, mediante la pesquisa y tratamiento de casos.
2. Ofrecer tratamiento a los casos graves o resistentes a drogas antituberculosas.

3. Incrementar el diagnóstico y tratamiento de otras enfermedades neumológicas e infectocontagiosas.
4. Proporcionar los medios para formación especializada, sirviendo de campo de instrucción y práctica a médicos, estudiantes de medicina, de psicología y técnicos.
5. Proporcionar los medios para la investigación científica.
6. Contribuir para la educación sanitaria del pueblo.
7. Dar tratamiento médico quirúrgico a los pacientes con afecciones bronquiales, pulmonares e infecciones, referidos de las diferentes instituciones estatales y privadas de todo el país.
8. Promover actividades, proyectos y programas para la rehabilitación integral de los pacientes.
9. Proporcionar seguimiento y tratamiento supervisado a pacientes egresados.
10. Coordinar con otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales, para el mejor control de casos egresados.

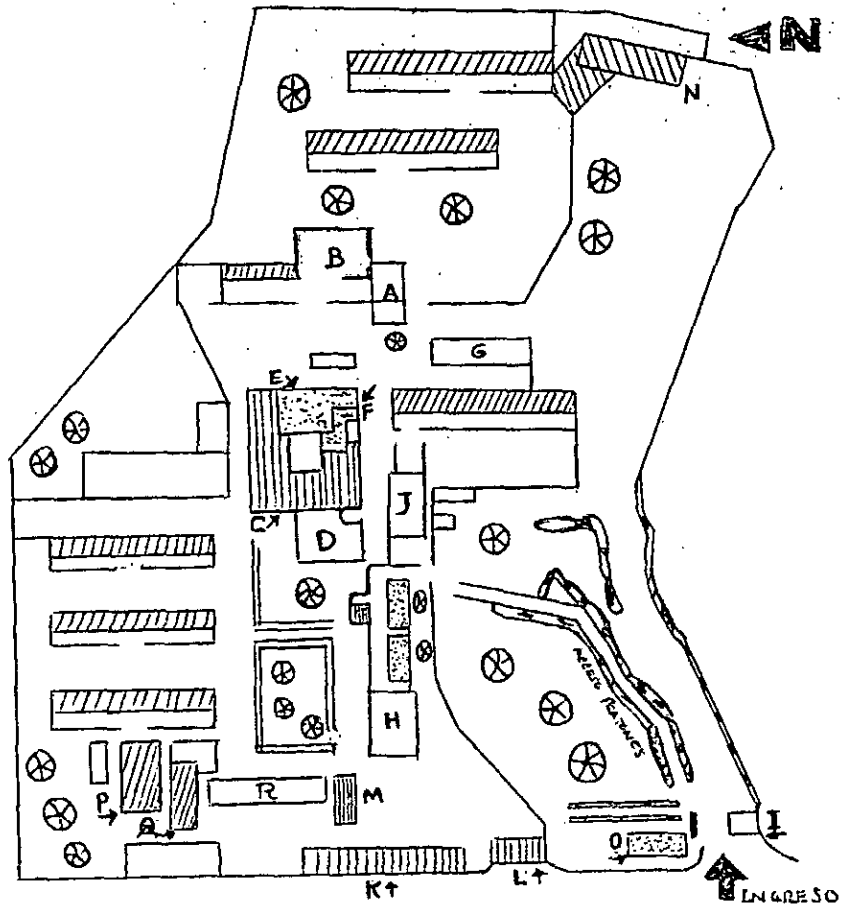
3.2.2 Estructura




Dentro de la institución existen varios Comités que han sido creados para el funcionamiento adecuado de la institución, éstos son: Comité de Docencia e Investigación, Administrativo, Auditoría Médica, Terapéutica Farmacológica, de Infecciones Nosocomiales y Junta Médica.

Para su organización, los servicios del Sanatorio se distribuyen en tres grandes Divisiones que comprende:

1. La División de Atención Médica Directa: Integrada por los Departamentos de Medicina, de la que depende Cardiología, Médico de Personal y encamamientos. Consulta Externa, La Unidad de Cuidados Intensivos y Emergencia. Departamento de Cirugía de donde dependen Odontología y las salas de cirugía.
2. La División Técnica de Apoyo: Contiene los servicios que participan en la atención, el desempeño de funciones de colaboración diagnóstica y otras específicas de diversas

SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE



-  AREA ENCERRAMIENTO
-  AREA ADMINISTRATIVA
-  AREA DE OBRAS Y MANTENIMIENTO

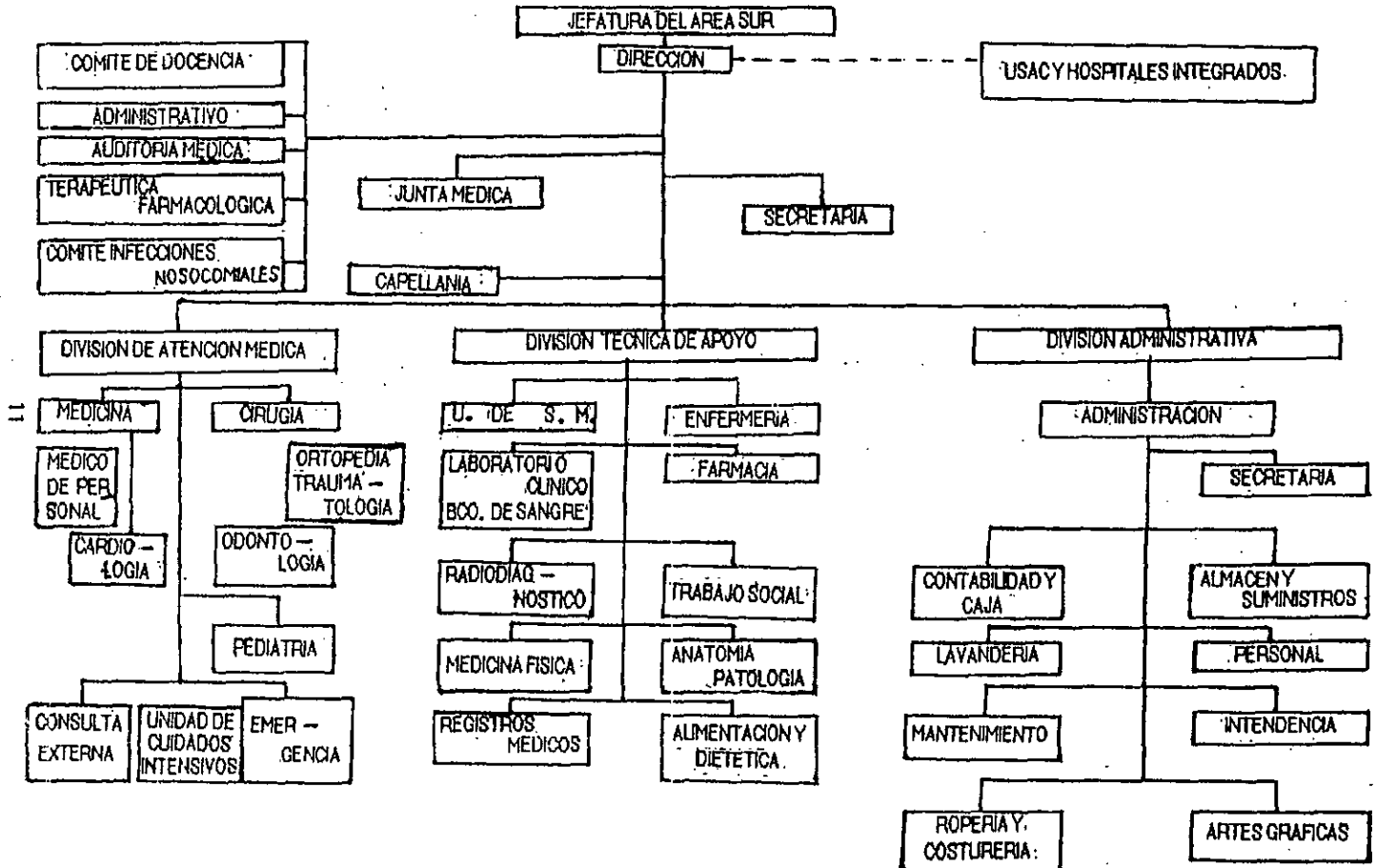
- A.- RAYOS X Y LABORATORIO.
- B.- UNIDAD DE SALUD MENTAL.
- C.- COCINA.
- D.- COMEDOR PERSONAL.
- E.- ALMACEN.
- F.- FARMACIA.
- G.- SALA DE OPERACIONES.

- H.- SERVICIO REGISTRO.
- I.- GARITA
- J.- ADMISION.
- K.- LAVANDERIA Y CALDERAS.
- L.- MANTENIMIENTO.
- M.- COSTURERIA Y ROPERIA.
- N.- AREA DEL COLERA.
- D.- DIVISION DE TUBERCULOSIS.
- P.- INFERTOLOGIA.
- Q.- TERAPIA OCUPACIONAL, SALON DE USOS MULTIPLES.
- R.- ODONTOLOGIA, GINECOLOGIA, DEPTO. INVESTIGACION.

disciplinas, tales como las que se enumeran a continuación: Unidad de Salud Mental, Enfermería, Laboratorio Clínico, Banco de Sangre, Farmacia, Radiodiagnóstico, Trabajo Social, Medicina Física, Anatomía Patológica, Registros Médicos, Alimentación y Dietética.

3. La División Administrativa: Esta integrada por los servicios que realizan actividades de apoyo a las funciones técnicas destinadas a lograr el mayor rendimiento de los recursos humanos, materiales y financieros asignados para el desarrollo de programas. Abarca todos los sectores que se relacionan con servicios generales, los cuales cuentan con un organismo central o Administración, debidamente implementado y encargado de programar, organizar, ejecutar y evaluar las actividades que le son inherentes a esa División. Comprende los siguientes departamentos y/o servicios: Administración, Secretaría, Contabilidad y Caja, Almacén y Suministros, Lavandería, Oficina de Personal, Mantenimiento, Intendencia, Ropería y Costurería, y Artes Gráficas (ver anexo I).

ORGANIGRAMA SANATORIO ANTITUBERCULOSO SAN VICENTE



3.2.3 Formas de Atención:

1. Servicio de atención mixta (control post-sanatorial, egresados y encamamiento).
2. Atención especializada a enfermos con problemas broncopulmonares e infecciones.
3. Atención gratuita a pacientes encamados; en control post-sanatorial, si la persona no puede proporcionar dos donantes de sangre, cancela su valor de acuerdo a evaluación socioeconómica.

3.2.4 Personal:

El Sanatorio San Vicente es atendido por el siguiente personal:

- 29 Médicos (incluyendo al Director).
- 6 Médicos Residentes.
- 14 Enfermeras Graduadas.
- 114 Personal Técnico Auxiliar (incluyendo Personal de Rayos X, Laboratorio, Banco de Sangre y Central de Equipos).
- 1 Jefe de Farmacia.
- 1 Jefe de Laboratorio Clínico.
- 1 Psicólogo.
- 2 Profesores de Terapia ocupacional.
- 3 Trabajadoras Sociales.

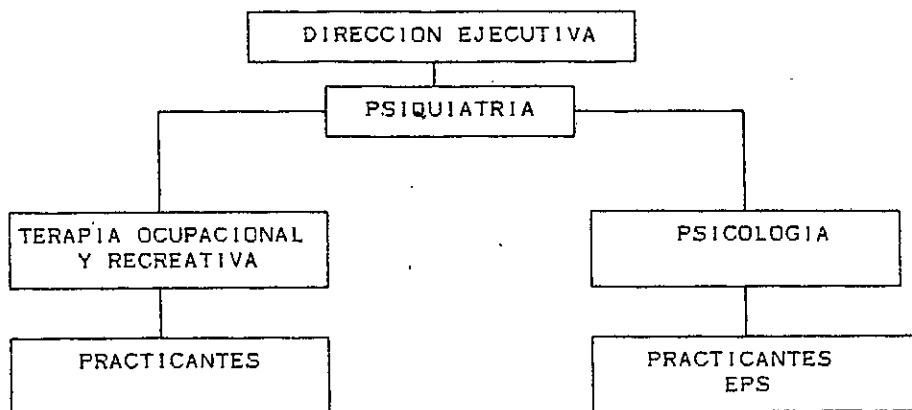
Sumando además al personal administrativo, de mantenimiento, cocina, lavandería, ropería, talleres, porteros, agentes de vigilancia y un Capellán, hacen un total de 370 empleados.

3.3 DESCRIPCIÓN DEL ORGANISMO REQUIRIENTE

3.3.1 Estructura:

La Unidad de Salud Mental del Sanatorio Antituberculoso es una entidad técnica administrativa, cuyo funcionamiento depende directamente de la Dirección Ejecutiva. Dentro de su estructura organizativa cuenta con: Una sección de Psiquiatría y es donde se

encuentra la Jefatura de la Unidad, es atendida por un médico especialista en Psiquiatría, de la cual dependen las secciones de Psicología, Terapia Ocupacional y Recreativa (ver organigrama)



3.3.2 Objetivos:

a) Objetivo General:

Promover la atención integral del enfermo con enfoque individual, grupal, familiar y comunitario, en los aspectos de docencia, investigación y servicio, tanto a nivel preventivo como curativo y de rehabilitación.

b) Objetivos Específicos

1. Creación de la Salud Mental de enlace como una forma de atención integral al paciente hospitalizado.
2. Elaborar y llevar a la práctica programas educativos dirigidas a los pacientes, sobre distintos temas que buscan la prevención en salud mental.
3. Detección temprana de problemas emocionales en la población hospitalizada.

4. Coadyuvar y participar en el desarrollo de programas docentes del personal médico y de apoyo.
5. Buscar la integración de Terapia Ocupacional y Recreativa, Psicológica y Psiquiátrica para el tratamiento integral del paciente hospitalizado.
6. Realizar evaluaciones del estado mental y dinámica de conflicto que presentan los pacientes referidos a la unidad.
7. Involucrar a la familia en el abordamiento del problema del paciente.
8. Diseñar control estadístico que permita contar con datos de la población atendida y su problemática.
9. Obtener un índice del impacto que producen los programas de Salud Mental en el personal y pacientes de este Sanatorio.
10. Llevar acabo estudio clínico y de laboratorio de los casos de enfermedad mental, tanto de origen funcional como de tipo orgánico.
11. Realizar tratamiento psicofarmacológico de los casos clínicos que lo ameriten, para reforzar el tratamiento psicoterapéutico.
12. Buscar la integración de los recursos diversos del Sanatorio para tratamiento integral del enfermo mental.

3.3.3 Programas:

A. PROGRAMA ASISTENCIAL:

Programa de enlace, atención psicológica y psiquiátrica de pacientes hospitalizados en cualquiera de los servicios de encamamiento, incluyendo relación inter-institucional para el tratamiento integral de la enfermedad mental a nivel individual, grupal, familiar y comunitaria, auxiliada con los proyectos de Terapia Ocupacional y Recreativa.

1. Evaluación Mental: Se realiza previo a integrar a los pacientes a los distintos tipos de atención.
2. Psicoterapia Individual: Se atiende en forma individual a aquellos pacientes que así lo ameriten, dependiendo de las distintas problemáticas que presentan.

3. Psicoterapia de Grupo: Se forman grupos de pacientes hospitalizados que presentan entidades nosológicas similares que se puedan beneficiar de este tipo de atención.
4. Atención Directa: Se brinda a aquellos pacientes que están incapacitados de movilizarse de su cama.
5. Seguimiento de Casos: Reconsultas a pacientes, en control post-sanatorial que han sido atendidos en la Unidad de Salud Mental durante su hospitalización.
6. Atención Primaria: Se brinda atención a las familias de los pacientes hospitalizados del Sanatorio, que les sea factible asistir a las consultas.
7. Terapia Ocupacional: Se implementan una serie de actividades, tales como Corte y Confección, tejidos, hortalizas, manualidades, alfabetización, etc.

B. PROGRAMA PREVENTIVO:

1. Educación médica, paramédica y de otro personal de apoyo sobre otros aspectos de salud mental a través de cursillos, conferencias, presentaciones de casos etc.
2. Educación de pacientes sobre aspectos de las enfermedades que padecen, formación de una familia integrada, desarrollo normal de la personalidad, educación psicosexual, drogadicción, etc.
3. Terapia Ocupacional, la cual es un medio de aprendizaje, superación que permite al paciente superar su valía y estima propia, adquiriendo seguridad en sí mismo y una actitud más positiva en la vida.

C. PROGRAMA DE INVESTIGACION

1. Promover trabajos de investigación y realizar asesoría de tesis médicas, psicológicas, de enfermería, trabajo social y terapia ocupacional.
2. Asesorar trabajos de investigación de los médicos Residentes del sanatorio.

3.4 ABORDAMIENTO CIENTÍFICO DE LAS BASES TEORICO METODOLOGICAS QUE ENFOCAN EL PROBLEMA A TRATAR

La tuberculosis es una infección bacteriana necrosante con sintomatología muy variada. En el hombre los órganos mas lesionados son los pulmones. En algunos casos puede haber asintomatología.

Es una enfermedad transmisible y la mas común en todas las partes del mundo, principalmente en donde hay viviendas pobres, poca higiene y pocas facilidades sanitarias. Esta enfermedad concomitantemente conlleva alteraciones emocionales, como producto de antecedentes personales, familiares, del estres psicosocial, de la enfermedad, del tiempo prolongado de la hospitalización y del temor a la muerte que experimentan estos pacientes. (15)

3.4.1. FRECIPITANTES

Aunque el dominio de la tuberculosis ha sido satisfactoria en muchas regiones del mundo, sigue siendo problema clínico mayor, incluso en países económicamente desarrollados, los tugurios con apiñamiento en casi todos los centros urbanos, además de las regiones rurales económicamente pobres, siguen siendo bolsas de alta frecuencia de la enfermedad. En la tuberculosis debemos diferenciar entre infección y enfermedad. En sujetos de edad avanzada, la enfermedad suele corresponder a activación de infección latente adquiridas durante la niñez. Se calcula que alrededor del 75 por ciento de los casos sintomáticos corresponden a activación de infecciones latentes infantiles de esta índole (15,21)

DESNUTRICION

Los estados carenciales pueden ser primarios (insuficiencia alimentaria) o secundaria (producidos por alguna influencia a pesar de ingreso suficiente). Como resultado de la ignorancia, la pobreza o caprichos pasajeros, pueden faltar en la dieta algunos nutrimentos esenciales, lo cual origina enfermedad carencial primaria. La combinación de pobreza con algunos tabúes culturales también produce deficiencia de algunos nutrimentos esenciales.

Estos efectos carenciales en el individuo, tienen consecuencia de bajar la inmunidad en el organismo, a todos los niveles. Al estar baja la inmunidad del individuo, lógicamente por no tener defensas adecuadas para combatir el bacilo, se desarrolla la enfermedad. (21)

B. CULTURALES:

Papel social es aquello que la persona es en relación con su sociedad.

Se ha dicho a menudo que los papeles sociales constituyen un puente entre el mundo interno o psíquico y el mundo de la realidad externa. Esto es cierto pero no excepcional. En el mundo externo tenemos muchos tipos de organización que corresponden a las existentes en nuestro mundo interno; así mismo mucho de las representaciones del cuerpo corresponden a la realidad somática. El puente entre la experiencia interna y el mundo externo no está representado por el papel social, sino por la conducta del hombre, mediante algún acto importante comprobaremos la veracidad de lo imaginado. (21)

Cada grupo social promueve sus propias pautas socioculturales mediante la enseñanza sistemática de los jóvenes, lo cual tienden a ser parecidos entre sí a todos los miembros del grupo. Cada cultura tiene sus propios márgenes de variabilidad, lo que permite dentro de ciertos límites, que los sujetos puedan escoger aquello que es más afín a su temperamento.

Al desglosar la cultura, el núcleo es la familia, donde debe tomarse en cuenta que una familia plagada de tensiones e inestabilidad proporcione la clase precisa de ambiente en que florece la desadaptación. (21)

Los padres por uno u otro motivo, carecen de conocimientos generales sobre el mundo que los rodea. Estos están cargados de prejuicios, son tendenciosos, tienen puntos de vista limitados y exponen a sus hijos un concepto cerrado e inhibido del mundo y de la gente que los rodea. Estos padres inculcan en sus hijos ciertas verdades a medias o falsedades, de las cuales cuesta despojarse después. Ello hace que el individuo luego tenga conducta irregulares que van en contra de su salud. (21)

C. ALCOHOLISMO

Pocos aspectos de la conducta han provocado reacciones sociales tan divergentes como la ingesta de bebidas alcohólicas. La sociedad ha tratado de controlar la bebida con exhortaciones desde el púlpito, con prohibiciones legales y con los consejos de los médicos. Hoy en día, la preocupación de la sociedad respecto al licor se refiere principalmente a la conducta provocada por el exceso en la bebida, por los efectos y por sus consecuencias.

En la mayoría de las descripciones de los alcohólicos aparecen las siguientes características:

1. Consumo compulsivo de grandes cantidades de bebidas alcohólicas durante varios años;
2. Interés anormal por la bebida, aumento progresivo de la cantidad de alcohol consumida, e incapacidad evidente para interrumpir o limitar la ingestión, todo lo cual reduce la capacidad para desenvolverse en la sociedad; y
3. diversos efectos fisiológicos, que llevan a deterioro orgánico.(3)

Regularmente, el bebedor crónico no le importa si ingiere alimentos o no, y mucho menos si la ingesta de éstos son de calidad nutritiva necesaria para mantener el organismo en óptimas condiciones. Por lo que poco a poco va mermando la inmunidad fisiológica y el organismo es propenso a adquirir cualquier enfermedad oportunista, en este caso, no solo la adquiere (la primo infección) , sino que la desarrolla.(3, 19)

C.1. PSICOGENESIS DEL ALCOHOLISMO

Los estudios prologandos acerca de la familia y los parientes de los alcohólicos reafirman que el alcohólico es mas común que en otras personas haber experimentado una pérdida parental temprana, debido a la muerte, la separación o el divorcio.(3) En algunas investigaciones se ha notado que un factor importante en los alcohólicos cuando eran niños, fue la privación de ambos padres, con subsecuente cuidado en una institución u hogar sustituto.(3) Las familias grandes, con padres viejos y una predominancia de hombres, generan más alcohólicos. La iniciación temprana de beber

alcohol en exceso parece ser mas probable en los individuos que no han sufrido dicha pérdida. EL alcoholismo es más común en hombres que en mujeres. De igual manera, en los hombres se reconoce la existencia de una adicción a una edad promedio casi 10 años menos que la edad en la que se reconoce el alcoholismo en las mujeres.(3) Muchas mujeres casadas se inician en la bebida a una edad madura, cuando su papel de madre o esposa se ve amenazada, ya que los hijos se van del hogar (el problema del nido vacío).(3)

Muy a menudo se caracteriza al alcohólico, el ser una persona dependiente oral. La tendencia oral es obvia, pues el alcohólico bebe el agente perturbador , pero ocurre también que el alcohólico crónico puede emplear el licor para combatir ansiedades, conflictos o frustraciones a uno o a todos los niveles. Se ha dicho que quienes caen en el alcoholismo son personas incapaces de desarrollar estructuras neuróticas, psicóticas o psicósomáticas.(3, 19)

C.2. DETERIORO CEREBRAL

La encefalopatía de Wernicke resulta de una deficiencia de vitamina B; puede asociarse con el alcoholismo y con otros cuadros en los cuales exista dicha deficiencia .

EL alcohólico crónico también puede desarrollar una encefalopatía debido a la deficiencia de ácido nicotínico, en la cual se observa síntomas típicos semejantes a los de la pelagra, con obnubilación de la conciencia, signos de rigidez semejantes a los de la enfermedad de Parkinson y reflejos de succión y prensión.(12)

La enfermedad de Marchiafava, con signos de afasia, agnosia y apraxia, está relacionada con la ingesta excesiva y prolongada de vino rojo de mala calidad. En la necropsia, estos pacientes se encuentran con cambios degenerativos en el cuerpo calloso, y múltiples áreas subcorticales y corticales. En los alcohólicos crónicos también se puede desarrollar ataxia cerebelar (12).

3.4.2. CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA TUBERCULOSIS

La tuberculosis es una enfermedad crónica que puede durar toda la vida y que se produce por dos especies de microbacilos *Mycobacterium Tuberculosis* y más raramente por *M. bovis*. Casi siempre comienza por inhalación de sustancia infecciosa, menos comunmente por ingestión, y aún con menos frecuencia por inoculación cutánea (verruga necrótica). En fase temprana de la infección, el microbio se extiende en forma asintomática por el torrente sanguíneo y se disemina por el sistema linfático y otros órganos por toda la economía, dejando focos que pueden producir enfermedad clínica después de largos periodos de latencia.

A. PATOGENIA

El bacilo tuberculoso necesita fácil acceso al oxígeno para crecer. Incluso en las circunstancias más favorables, la división celular no tiene lugar en menos de uno o dos días, explicando el carácter subagudo de la enfermedad tuberculosa invasora. En circunstancias desfavorables la infección puede hacerse metabólicamente latente y conservarse en el tejido necrótico durante años. En circunstancias favorables la infección por inhalación requiere de muy pocos organismos infecciosos. El foco inicial suele estar en los campos pulmonares medio o inferior, donde la ventilación es mayor. La multiplicación bacteriana se lleva a cabo con poca o ninguna reacción, se extiende a los nódulos regionales en el hilio pulmonar y de allí penetra al torrente sanguíneo. La multiplicación bacteriana es favorecida en las zonas que se sabe se asocian a tuberculosis clínica, sobre todo los ápices pulmonares, nódulos linfáticos, riñones, zonas esqueléticas muy vascularizadas y sistema nervioso central.

B. TUBERCULOSIS PULMONAR CRONICA

La tuberculosis pulmonar en adultos es sobre todo un proceso apical y parenquimatoso, que casi siempre se produce por evolución de focos hematógenos que se crearon en la fase prealérgica de la infección primaria (esta se da en la niñez). Puede presentarse con rapidez o después de largos periodos de inactividad. Haya o no periodo de latencia, los focos metastáticos adquieren mayor tamaño

y por lo tanto son mas inestables, en las zonas superiores del pulmón en los que hay factores locales que favorecen el crecimiento bacteriano.(2)

La difusión broncógena de material infeccioso se facilita por la tos que causa un aerosol de material infeccioso que se distribuye ampliamente por todo el pulmón. Tarde o temprano se desarrollan nuevos focos de enfermedad que puede sufrir necrosis caseosa y luego curar, licuarse, esfalsarse y producir otra cavidad. Las lesiones nuevas suelen aparecer primero en el segmento o lóbulo afectado inicialmente provocando enfermedad dispersa y en focos múltiples. Las zonas apicales posteriores del pulmón contralateral tienen tendencia a enfermar.(2)

La tuberculosis pulmonar crónica comienza con una pequeña zona de bronconeumonía alrededor de una colonia bacteriana en crecimiento, las mas de las veces en el segmento posterior o apical del lóbulo superior o en el segmento apical del lóbulo inferior. La respuesta inflamatoria en el huésped sensibilizado produce un líquido intraalveolar rico en fibrina que contiene una variedad de células inflamatorias. La situación crítica está en que la facilidad con la cual el material caseoso de las zonas pulmonares altas acaba por licuarse, y el acceso del material licuado al árbol bronquial, produce una cavidad en comunicación abierta con el aire inspirado, desde el cual se difunden secreciones siguiendo los bronquios a otras zonas pulmonares y al medio exterior.(2)

B.1. SINTOMAS

Los infiltrados apicales pequeños pueden mantenerse por meses o aun años apenas en equilibrio con extensiones y regresiones de poca importancia y sin producir síntomas. Estos casos se descubren por casualidad al hacer una radiografía de tórax. Sin embargo, cuando la infección llega a cierta extensión, la absorción de sustancias antigénicas, produce síntomas generales totalmente inespecíficos como anorexia, fatiga, fiebre, escalofríos y sudores nocturnos. Los síntomas generales suelen comenzar en forma insidiosa y progresar lentamente. Es más probable que el paciente consulte por la fiebre, que suele ocurrir en la tarde y que con

frecuencia no se aprecia.

Los síntomas que se producen por inflamación pulmonar local son también variables en la intensidad y momento de comienzo. Los síntomas mas frecuentes son tos y esputo por el trastorno bronquial y por las secreciones de las cavidades, esto indica enfermedad avanzada. Según la intensidad de la reacción bronquial, tamaño de las cavidades y cantidad de drenado, la tos puede ser leve o grave y el esputo escaso y mucoso, o abundante y purulento.(11)

La hemoptisis y dolor torácico son síntomas que pueden presentarse o no y que preocupan mucho al paciente. La hemoptisis puede deberse a esfacelación de una lesión caseosa o ulceración bronquial. Suele ser leve pero, por lo regular, se acompaña de enfermedad avanzada. Sobre todo en la enfermedad crónica tardía, la hemorragia puede ser copiosa y súbita, por la ruptura de una arteria dentro de la pared fibrosa de una cavidad, el paciente no se desangrará, pero puede verse amenazada de ahogo.(11)

C. MENINGITIS TUBERCULOSA

La meningitis tuberculosa es invariablemente mortal cuando no se trata y con frecuencia se asocia a lesión neurológica incapacitante, en especial en pacientes de corta edad, aún cuando se instituya rápidamente el tratamiento. En la actualidad más de la mitad de los casos ocurre en pacientes adultos. La meningitis es una combinación en la mayor parte de los casos tratados de tuberculosis miliar. La infección alcanza el espacio subaracnoideo por extensión directa desde un foco tuberculoso subyacente, casi siempre un pequeño tubérculo subependimario. Una vez que penetra substancia infecciosa en el espacio subaracnoideo, la infección se extiende por medio del líquido cefalorraquídeo a la respuesta alérgica inflamatoria y los bacilos se implantan en otros sitios de las superficies meníngeas. Por lo regular el trastorno es más notorio en la base del encéfalo y puede producir un exudado espeso y no uniforme que ocupa espacio y que puede producir lesiones por presión en los pares craneales y largas vías nerviosas adyacentes. Puede haber hidrocefalia por obstrucción de

agujeros basilares. También puede ocurrir trombosis vascular y presión cerebral por isquemia.(4, 11)

C.1. MANIFESTACIONES CLINICAS:

El inicio es usualmente gradual, presentándose indiferencia, irritabilidad, pérdida de apetito y fiebre ligera. En algunos casos hay defectos en la mente o el estado afectivo.

Durante la evaluación de la enfermedad, usualmente aparecen cefaleas, vómitos, parálisis extraoculares, llantos nocturnos, convulsiones, además cuello doloroso y rígido.(4, 11)

3.4.3 FISILOGIA PULMONAR EN LA OXIGENACION

Durante la inspiración, el aire fluye de la atmósfera hacia la traquea, bronquios, en consecuencia, tiene efectos en la resistencia de las vías respiratorias y modifica la velocidad de flujo del aire con un gradiente de presión dado durante la respiración. Entre los factores comunes que suelen modificar el diámetro bronquial se incluye la contracción del músculo liso bronquial, el engrosamiento de la mucosa bronquial y la obstrucción de las vías respiratorias por moco, tumores o cuerpos extraños. La disminución de la elasticidad pulmonar, que surge en trastornos como el emfisema, también modifica el diámetro bronquial porque el tejido conectivo pulmonar envuelve a las vías respiratorias y participa en la conservación de su permeabilidad durante la inspiración y la espiración. Al aumentar la resistencia, se requiere un esfuerzo respiratorio mayor que el normal para lograr una ventilación adecuada.

Los pulmones distendibles se dilatan con facilidad cuando se aplica presión, mientras que los no distendibles requieren presión mayor que la normal para dilatarse. Los factores principales de que depende la distensibilidad pulmonar, son el tejido conectivo y la tensión superficial de los alvéolos. El aumento del tejido conectivo o de la tensión superficial alveolar produce baja distensibilidad. En el síndrome de disfunción respiratoria del adulto, hay deficiencia de la sustancia tensoactiva y los pulmones están rígidos o sea que tienen baja distensibilidad. En la

fibrosis pulmonar el tejido conectivo prolifera y se reduce también la distensibilidad. En estas condiciones se requiere un gasto de energía mayor que el normal para lograr una ventilación normal.(7)

A. TRANSPORTE DEL OXIGENO

El transporte del oxígeno y dióxido de carbono ocurre en forma simultánea, en virtud de que ambos gases se disuelven en la sangre o se combinan con algunos elementos de ésta. El transporte del oxígeno en sangre tiene lugar en dos formas: como oxígeno disuelto en el plasma y en combinación con la hemoglobina de los eritrocitos. El surgimiento de algún fenómeno, por ejemplo broncoespasmo, aspiración, hipotensión o disritmias cardíacas, que reduzca el intercambio de gases en los pulmones, origina hipoxia tisular, pues las células del cuerpo derivan la energía que necesitan de la oxidación de carbohidratos, grasas y proteínas. El oxígeno es necesario en este proceso, al igual que en cualquier tipo de combustión. Ciertos tejidos vitales como los de encéfalo y corazón, no sobreviven largo tiempo sin el aporte continuo de oxígeno. A resueltas de la oxidación en los tejidos del organismo, se produce dióxido de carbono, que debe salir de las células para evitar la acumulación de productos ácidos de desecho.

EL oxígeno llega a las células por medio de la sangre circulante, que también extrae el dióxido de carbono de ellas. Las células están en contacto estrecho con los capilares, cuya delgadas paredes permiten el fácil paso o intercambio gaseoso. (7, 20).

3.4.4. ALTERACIONES EMOCIONALES PREVALECIENTES EN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS

Considerando la cantidad de problemas orgánicos que complican al paciente con tuberculosis, resulta importante ahondar en los factores emocionales que experimentan estos individuos.

El paciente con tuberculosis conlleva consigo deterioro físico, intelectual y social, lo que constituye un desequilibrio

ocional con sus respectivas repercusiones, haciendo difícil su adaptación.

A continuación se definen brevemente los problemas psicológicos que prevalecen en los pacientes con diagnóstico de tuberculosis reclusos en la institución.

A. TRANSTORNO DE ADAPTACION

Consiste en una reacción adaptativa ante un estres psicosocial identificable. La naturaleza adaptativa está indicada por dos tipos de características, una por la incapacidad o incapacitación de la actividad social o laboral (incluida la vida académica); la otra, porque los síntomas son excesivos respecto a la reacción normal o esperable frente al estres. La alteración no es exclusivamente una forma de hiperacción, ni tampoco una exacerbación de alguno de los trastornos mentales; se supone que la alteración remitirá después de que cese el estres o si el estres persiste, cuando se consiga un nuevo nivel de adaptación.

El estres puede ser único, como por ejemplo el divorcio, o múltiple, tal como ocurre en las dificultades laborales y en los problemas matrimoniales. Puede ser recurrente, como ocurre en las crisis económicas estacionales, o continuas, como ocurre en las enfermedades crónicas. (ejemplo tuberculosis crónica).

Algún estres se encuentra asociado a etapas específicas del desarrollo, tal como empezar la escuela, abandonar el hogar familiar, casarse, ser padre, fracasar en obtener los objetivos profesionales y jubilarse.

Cuando el estres es un acontecimiento relevante, y la duración es relativamente breve, el trastorno no pasa de algunos meses. Pero cuando el estres continúa, como ocurre en enfermedades somáticas crónicas, la duración puede ser mayor, hasta que se consigue un nuevo nivel de adaptación. Influyen en su aparición ciertos factores predisponentes como los antecedentes familiares. Una reacción de adaptación a un estres psicosocial identificable, que se presenta durante los tres meses siguientes del comienzo del estres, se caracteriza básicamente en lo siguiente:

- Incapacidad para la actividad social o laboral.
- Síntomas que son excesivos a la reacción normal y esperable frente al estrés.
- La alteración no es sólo la que ocurriría si se tratara de una hiperreacción, ante el estrés de una exacerbación de alguna de las enfermedades mentales.

A.1 TIPOS DE TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Entre los trastornos adaptativos se clasifican los siguientes tipos:

- Con estado de ánimo ansioso: Nerviosismo, preocupación e inquietud.
- Con estado de ánimo deprimido: Animo deprimido, llanto y desesperación.
- Con alteraciones de la conducta: Conductas que violen las normas sociales.
- Con alteración mixta de las emociones y de la conducta: Alteración de la conducta y rasgos emocionales, ansiedad-depresión.
- Con síntomas emocionales mixtos: Predominio de depresión-ansiedad u otras emociones.
- Con síntomas físicos: Síntomas físicos no diagnosticados como otros trastornos somáticos.
- Con retraimiento social: Retraimiento social sin que los estados de ánimo sean significativos.
- No especificado: Reacciones no clasificadas en ningún tipo específico de trastorno adaptativo, ejemplo reacción inmediata ante un diagnóstico médico (5).

B. ANSIEDAD

Es una respuesta normal a enfermedades que ponen en peligro la vida y en consecuencia cabe esperarla. Sin embargo en este contexto, la ansiedad parece más grave y de mayor duración. Que la ansiedad sea normal o anormal depende de su intensidad y duración y de 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 el resultado de causas oscuras e irracionales.

B.1. Características de la Ansiedad

Se manifiesta en el comportamiento, por medio de indecisión, irritabilidad, tendencia a llorar abundantemente, palpitaciones, temblor de manos, sudoración, intranquilidad, incertidumbre, desintegración de sí mismo y otros. (12,6)

C. ANGUSTIA

Sensación persistente de temor, aprensión y desastre eminente, constituye una respuesta a la amenaza que surge de profundos y peligrosos impulsos reprimidos que luchan por hacerse conscientes; el paciente ignora las fuentes de su angustia. En la angustia normal existe un peligro real, el cual es apreciado de manera objetiva, aquí el grado de angustia guarda proporción con la amenaza.

La angustia a menudo es desplazada de su fuente original, no reconocida, hacia otra situación que el paciente considera como una causa razonable de aprensión que despierta esa inquietud difusa e imprecisa y esa tensión molesta. En ocasiones la angustia no está ligada a su contenido ideativo, sino que se experimenta como un miedo morboso sin causa aparente. Esto que se siente y se expresa directamente, se conoce como angustia libre flotante. Por otra parte, puede estar encubierta; en esta forma escondida no existe tensión aparente, ni aprensión molesta, ni sus manifestaciones físicas. Puede ser, apesar de todo, la base fundamental para el desarrollo de trastornos, de desviaciones graves de la personalidad, sirve como señal o indicador de conflicto.

C.1. SINTOMAS

La angustia trastorna fácilmente las funciones fisiológicas, encontrando su expresión en síntomas psicofisiológicos, produciendo: Tensión visceral generalizada, hiperventilación, espasmos de las porciones cardíacas y pilórica, irritabilidad intestinal, diarrea o constipación, taquicardia, extrasístoles.

dificultad respiratoria acompañada de náusea, desmayo, debilidad, sudoración y temblores. Cuando la angustia es intensa, se habla de agitación. (8,18)

D. DEPRESION

Es un tono afectivo de tristeza, desajuste emocional, pérdida de ánimo y/o trastorno afectivo; tiene sus raíces en la culpa inconsciente que surge de las dificultades interpersonales.'

D.1. FUENTES DE LA DEPRESION

Los complejos depresivos surgen en los conflictos y tensiones entre los que están las desesperanzas y aspiraciones y sus potenciales opuestos en la realidad o fantasía.

Se debe tomar muy en cuenta las variantes culturales de la frecuencia de depresión, en relación con las actividades de las distintas sociedades hacia la tolerancia de la conducta agresiva. Es de considerar la información procedente del análisis de la ocurrencia de depresión en diversos grupos de edades, sexos, clases sociales y minorías raciales.

D.2. SINTOMAS

La depresión ligera se manifiesta 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. Uno no se siente enfermo orgánicamente, pero tampoco se siente a gusto, ni bien. 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. Una persona con una depresión ligera hace su trabajo, se enfrenta a sus obligaciones y parece normal a sus conocidos; sin embargo, para él y para sus amigos íntimos, algo ha cambiado.

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

puede estar tenso, hiperalerta é intranquilo. EL paciente deprimido agitado probablemente se queje indeterminablemente acerca de achaques y 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 necesario para atenuar su agotamiento. Estas vigiliias solitarias en las horas de madrugada son con frecuencia las horas de desesperación mas profunda.

La anorexia y la pérdida de peso son también características. Se presentan otros males, en especial dolor de origen obscuro, síntomas gastrointestinales, irregularidades menstruales y toda la gama de trastornos psicofisiológicos. Se describe como síntoma clásico la pérdida de interés sexual o la incapacidad, los cuatro principales apetitos se hallan deteriorados: Hambre, sueño, sexo y actividades (5,12).

E. TRASTORNO DE PERSONALIDAD

Los rasgos de personalidad son pautas duraderas en la forma de percibir, pensar y relacionarse con el ambiente y con uno mismo, y se hacen patentes en una amplia gama de contextos personales y sociales .

Las manifestaciones de los trastornos de personalidad son reconocibles generalmente alrededor de la adolescencia y continúan a lo largo de toda la vida adulta, aunque a menudo se hacen menos patentes en la edad intermedia y avanzada.

El diagnóstico de trastorno de personalidad debe hacerse solamente cuando los rasgos característicos son típicos de la actividad del individuo y a lo largo del tiempo y no se limitan a episodios característicos o concretos de alguna enfermedad.

Cuando el individuo tiene menos de 18 años debe efectuarse el diagnóstico de trastorno de conducta en lugar del trastorno de personalidad, puesto que algunos estudios han indicado que muchos niños con conducta antisocial evidente tiende a normalizarse al llegar a la edad adulta. El trastorno de conducta puede diagnosticarse en adultos cuando no se cumplen con los criterios

del transtorno antisocial de la personalidad.(5,12)

E.1. SINTOMAS

El individuo que presenta trastorno de personalidad con frecuencia se encuentra insatisfecho con el efecto de que su conducta tiene sobre los otros. Hay rasgos egodistónicos, alteraciones en el estado de ánimo de tipo depresión o ansiedad e incluso estos pueden constituir el principal síntoma que presenta el sujeto.

Puede haber una marcada incapacitación social y laboral. Cuando la actividad laboral se encuentra alterada, el deterioro es por general de larga duración, pero en otros casos puede ser episódico y adoptar la forma de períodos recurrentes de inhibición laboral. Los individuos con trastornos de personalidad casi nunca requiere hospitalización, a no ser que exista una alteración sobre añadida, como transtorno por uso de sustancias psicoactivas o depresión mayor. (5,12)

F. TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

En nuestra sociedad, la utilización de determinadas sustancias que alteran el estado de ánimo o la conducta es estimada en alguna circunstancia apropiada. Así se considera como pasatiempo la bebida de alcohol, de cafeína en forma de café o te. Por otra parte se observan variaciones culturales amplias. Algunos grupos desapruaban el uso de alcohol, mientras que en otros se acepta ampliamente el uso de diversas sustancias ilegales para conseguir una alteración del estado de ánimo. Algunas sustancias psicoactivas son usadas con finalidades médicas para aliviar el dolor, disminuir la tensión o suprimir el apetito. Los síntomas y los cambios conductuales de inadaptación asociados al uso más o menos regular de sustancias psicoactivas, afecta al sistema nervioso central; por lo tanto se presentan problemas sociales, laborales, psicológicos y físicos persistentes o recurrentes, que el sujeto sabe que pueden incrementarse con tal uso. Se desarrollan graves síntomas de abstinencia después de cesar o reducir el uso de la sustancia psicoactiva.

F.1. CONSECUENCIAS EN EL USO Y ABUSO DE DROGAS

Todas las consecuencias que acarrearán el uso de drogas son lamentables y muchas de ellas peligrosas, tanto para el adicto como para su familia y la sociedad. Entre estas consecuencias están:

- La salud: Enfermedades mentales, intoxicaciones, daños cerebrales, pérdida de la autoestima, depresión, accidentes, limitaciones físicas, daños congénitos en niños y muerte.
- Económicas: Endeudamiento, pérdida de bienes, pérdida de trabajo.
- Sociales: Problemas familiares, rechazo de la sociedad, fracaso en los estudios, pérdida de amigos, delincuencia juvenil, embarazo en la adolescencia, pérdida de la estimación social, fracaso en el deporte y otras actividades sanas.
- Legales: persecución, encarcelamiento, en algunos países pena de muerte. (14)

G. PSICOSIS

Alteración grave en el juicio de la realidad y creación de una nueva realidad. El término puede emplearse para describir a un sujeto en un momento dado, o un trastorno mental en cuyo transcurso todos los sujetos que lo padecen están psicóticos durante algún tiempo. Cuando una persona está psicótica evalúa incorrectamente la exactitud de sus percepciones y pensamientos y hace indiferencia incorrectas acerca de la realidad externa, incluso a pesar de las evidencias contrarias. El término psicótico no es aplicable a distorsiones menores de la realidad sobre temas opinables o ambiguos. El término psicótico puede emplearse siempre que la conducta de una persona se muestre tan altamente desorganizada, que permita inferir razonablemente que su enjuiciamiento de la realidad está alterado. (9,12)

H. ESQUIZOFRENIA

Es un trastorno persistente en la percepción y evaluación de la realidad, de etiología desconocida. Síntomas similares producidos por causas desconocidas no necesariamente son

considerados como esquizofrenias. Los estados transitorios de perturbación de la percepción, por ejemplo: Deprivación sensorial, estado hipnagógico, intoxicaciones y deprivaciones del sueño, no se incluye como trastornos esquizofrénicos.

El diagnóstico sólo se establece si no puede demostrarse que una causa orgánica inició y mantuvo la alteración. Tampoco se establece este diagnóstico si los síntomas responden a un trastorno del estado de ánimo o un trastorno esquizoafectivo. (1)

I. ETAPAS QUE PRESENTAN LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS CRONICA TERMINAL

Estos pacientes entre sus conflictos emocionales principalmente afrontan la proximidad de la muerte. Al darse cuenta que les queda poco tiempo de vida presentan cambios emocionales que la Psiquiatra Elizabeth Kubler Ross descubrió en 1974. Ella destacó la importancia concebida a la existencia y a la no existencia en el enfoque humanístico-existencial, observando que el paciente terminal suele pasar por 5 etapas en su enfrentamiento con la inminencia de la muerte, las cuales son:

- Etapa de Negación y Aislamiento: El paciente adopta inicialmente una actitud negativa, trata de confirmar diagnóstico con varios médicos o curanderos; seguidamente viene el aislamiento de la realidad de la muerte.
- Etapa de Cólera o de Ansiedad: Cuando el paciente renuncia a su negación, se encoleriza y se vuelve difícil; aparece rebeldía del paciente ante la injusticia de la vida por ser él la persona enferma y no otra, demostrando enojo contra la familia o la vida en general, un sentido anormal de ultraje que puede convertirse en período de amargura.
- Etapa de Regateo o de Ajuste: El regateo es hacer pacto, "está bien pero yo debo de vivir hasta..." esta etapa aparece en el enfermo terminal cuando advierte que la ira no dá resultado, recurriendo el paciente al pacto o regateo con Dios, con la enfermedad o con personal médico y paramédico. Desde luego el regateo no es una estrategia muy eficaz para superar la enfermedad, a menos que se utilice muy corto

tiempo.

-Etapa de la Depresión: Aquí el paciente se siente deprimido como reacción a la pérdida de algún órgano ó a la pérdida de la vida. "Que tristeza así soy yo ". Se abandona, no colabora en el tratamiento.

-Etapa de Aceptación: Aquí hay ausencia total de sentimientos y el paciente contempla su inminente final con resignación, es como decir "Ha terminado mi problema". Esta última etapa es conceptualizado, como un estado alcanzado a través de un trabajo emocional, las pérdidas son lamentadas y el fin es anticipado con un grado de tranquilidad y aceptación. (13,16).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .

Los pacientes internados en el Sanatorio Antituberculoso de San Vicente, con diagnóstico de Tuberculosis, padecen simultáneamente de algunas otras enfermedades, tanto orgánicas como psicológicas que necesitan ser tratados. Para el tratamiento hospitalario de la tuberculosis se necesita de varios meses (6, 12 meses o más) por ser una enfermedad crónica. Durante este tiempo los pacientes experimentan una serie de conflictos emocionales tales como: Trastornos de adaptación, ansiedad, angustia, depresión, trastornos de personalidad, drogadicción-alcoholismo y otros. Estos problemas emocionales competen al campo de las ciencias psicológicas, por lo que es la Unidad de Salud Mental de la institución la encargada de afrontarlos y darles el tratamiento adecuado.

Dentro de la Unidad de Salud Mental del Sanatorio se hace necesario continuar con la implementación del Ejercicio Profesional Supervisado de estudiantes de psicología, para coadyuvar en el abordamiento de los conflictos emocionales mencionados anteriormente.

El E.P.S. de psicología proyectó acciones a través de programas de atención divididas en tres áreas de trabajo: Docencia, Investigación y Servicio, para poder abarcar ampliamente las necesidades psicológicas de la población, las cuales están condicionadas por ciertos factores como: La diversidad de culturas de las que provienen los pacientes (básicamente del área rural, católicos e indígenas), el analfabetismo dominante en la mayoría de ellos, así como la desnutrición crónica que padecen y la escases de recursos económicos, tanto de la institución como la de los pacientes.

5. OBJETIVOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO

A través del Ejercicio Profesional Supervisado, se plantearon los siguientes objetivos:

5.1. OBJETIVO GENERAL:

- Prestar asistencia psicológica a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis internados en el Sanatorio Antituberculoso de San Vicente, efectuando paralelamente un estudio para investigar cuales son las alteraciones emocionales más frecuentes que experimentan estos pacientes.
- Organizar actividades docentes sobre problemas psicobiosociales de los pacientes internos en el Sanatorio, para personal de la institución, estudiantes practicantes y familiares de pacientes.

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

A. DOCENCIA:

- Organizar pláticas para los pacientes, con el fin de implementarlos teóricamente sobre los problemas psicobiosociales que enfrentan.
- Orientar al personal médico y paramédico para que coadyuve en la atención psicológica de los pacientes.
- Educar a la familia, orientándolos en el abordamiento de problemas emocionales que presentan los pacientes.
- Implementar la formación teórica y práctica de los estudiantes practicantes de psicología, que se encuentran realizando su práctica en ésta institución.

B. SERVICIO:

- Promocionar el servicio psicológico y detectar tempranamente los problemas emocionales en los pacientes del Sanatorio, para brindarles atención oportuna y eficaz.
- Evaluar y diagnosticar a los pacientes que son referidos a la Unidad de Salud Mental.
- Establecer los métodos y las estrategias de tratamiento de los casos de pacientes con enfermedad mental, tanto de origen funcional, como de tipo orgánico.
- Coordinar con Terapia Ocupacional y Recreativa la rehabilitación del paciente referido a la Unidad de Salud Mental del Sanatorio.

C. INVESTIGACION:

- Establecer cuáles son los conflictos emocionales más comunes en los pacientes del Sanatorio, para abordarlos a través de programas educativos y atención directa, contribuyendo así a la educación y salud mental de los pacientes.
- Conocer y detectar los conflictos emocionales que experimenta la persona con tuberculosis crónica.

6. METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO

A continuación se describen las acciones y procedimientos que se utilizaron en el desarrollo del ejercicio profesional supervisado en el Sanatorio Antituberculoso de San Vicente.

6.1 DOCENCIA:

Comprendió la planificación de actividades docentes, impartir las clases magistrales y participativas, evaluación de las mismas sobre temas relacionados a salud mental, relaciones interpersonales, tuberculosis, alcoholismo-drogadicción, y otros temas de interés dirigidos a pacientes, estudiantes-practicantes, personal que labora en la institución y familiares de pacientes.

Dentro de la misma, a la vez se recibió implementación docente por parte de la Supervisora del Centro de práctica, del Programa de E.P.S y Psicóloga de la Unidad de Salud Mental de la Institución.

6.2 SERVICIO:

Comprendió un primer contacto terapéutico con los pacientes y familiares, asignación de los mismos a estudiantes de psicología de cuarto y quinto año, observaciones y entrevistas. Se realizaron evaluaciones a pacientes, a través de los Test de la Figura Humana, Test del Arbol, Test de la Familia, Test Visomotor de Bender Hutt y otros según los casos que se presentaron. De acuerdo a la evaluación obtenida, se estableció un plan de tratamiento y se dió seguimiento individual a cada caso. Se dió atención grupal a los pacientes adictos al alcohol en coordinación con representantes de intergrupos de Alcohólicos Anónimos.

Se brindó asesoría a estudiantes-practicantes, respecto al manejo de expedientes clínicos, hojas de evolución, discusión de casos, plan de tratamiento, que permitió una mejor atención a los pacientes referidos a la Unidad de Salud Mental.

Se estableció contacto con el personal médico y paramédico de los servicios de encamamiento para mejor diagnóstico y técnica de tratamiento.

6.3 INVESTIGACION:

La investigación que se planteó se denomina "Evaluación Emocional de pacientes con Tuberculosis Crónica".

La metodología empleada, fué de tipo descriptiva, tomando en cuenta a los pacientes con diagnóstico de tuberculosis crónica (más de 4 años de padecer la enfermedad), comprendidos entre las edades de 20 a 60 años, de ambos sexos y hospitalizados en los diferentes servicios de encamamientos del Sanatorio. Se tomó un muestreo de 20 casos, los cuales recibieron tratamiento psicoterapéutico.

Las técnicas e instrumentos que se seleccionaron para la medición de variables, así como la comprobación de la hipótesis y que permitió llegar a obtener datos confiables y válidos relacionados con el problema estudiado son:

1. Observaciones: Las observaciones directas permitieron detectar las diferentes reacciones y manifestaciones psicológicas que los pacientes experimentaron durante las entrevistas, administración del test proyectivo y en las diferentes sesiones de

psicoterapia, recolectando los datos necesarios según los objetivos.

2. Entrevistas: Esta técnica permitió tener contacto directo con el paciente, recolectando así información veraz, concreta y objetiva, puesto que son datos provenientes de la propia fuente, apoyando así la problemática estudiada.
3. Instrumento Utilizado: Se seleccionó la interpretación proyectiva del Test Visomotor de Bender Hutt, por reunir las condiciones necesarias que se adapta a las características culturales de los pacientes internados en el Sanatorio Antituberculoso.

6.3.1 Estrategia de abordamiento:

La metodología utilizada en la investigación fué la siguiente:

- 1 Se revisó bibliografía, elaborando fichas bibliográficas, se realizaron consultas y entrevistas con asesores.
- 2 Para recolectar la información se consultaron los expedientes psicológicos y médicos de los pacientes, entrevistas a familiares, personal médico y paramédico de la institución, así como de los resultados obtenidos de la administración del Test Vismotor de Bender Hutt.
- 3 Se hizo una suma de frecuencias de los datos obtenidos.
- 4 Haciendo uso de la estadística descriptiva, y de algunos instrumentos de integración, se procedió a obtener porcentajes.
- 5 Posteriormente se procedió a elaborar gráficas de los resultados de la investigación.
- 6 En el análisis los resultados se interpretaron en función de la más alta incidencia.


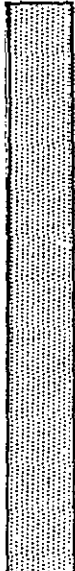

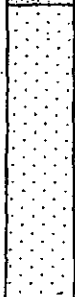


7. ACCIONES CONCRETAS REALIZADAS

7.1 Docencia

7.2 Servicio


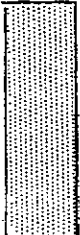

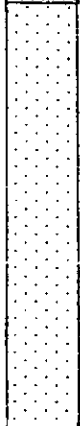


7.3 Investigación

NOVIEMBRE DE 1992

| AREA | FECHA | DE LUNES A VIERNES 8:00- 12:00 | % | GRAFICA |
|---|----------------------|---|---------|---|
| DO- CEN- CIA.  | 9 Y 12 | -Docencia a pacientes, alcoholismo. | 50 % |  |
| | 17 | -Docencia a Personal de Enfermería del servicio de pediatría, Estimulación Temprana. | | |
| | 18 | -Docencia a pacientes de la 3ra. y 4ta. medicina de Hombres, Tuberculosis, Complicaciones, Tratamiento. | | |
| | 23 | -Docencia a pacientes de la 1ra. medicina de hombres, Tuberculosis, Complicaciones, Tratamiento y Prevención. | | |
| | 24 | -Docencia a pacientes mujeres del Sanatorio, Educación Sexual. | | |
| | 25 | -Docencia a pacientes hombres del Sanatorio, Educación Sexual | | |
| Servi- cio  | 2 - 5 | -Planificación actividades del mes. | 25 % |  |
| | 11-12 | -Administración de la prueba de ejecución Gessel a pacientes del servicio de pediatría. | | |
| | 15-18 | -Discusión de casos. | | |
| | 18-26 | -Atención directa, Estimulación Temprana a niños del servicio de pediatría. | | |
| Investi- gación  | no- viem- bre. | -Revisión expedientes de archivo. Determinar problema a investigar. | 25% |  |

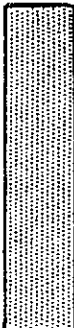
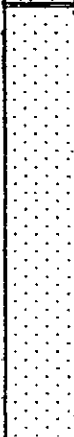

DICIEMBRE DE 1992

| AREA | FECHA | DE LUNES A VIERNES 8:00- 12:00 | % | GRA-FICA |
|-----------------------------------|---|--|---------|----------|
| DO- CEN- CIA | 4-22 14 y 21 17 22 23 25 | -Alfabetización a pacientes del servicio de cirugía de hombres. -Educación y orientación a familiares de pacientes. -Docencia a pacientes, Higiene personal. -Docencia a pacientes, Reglamento interno para pacientes del Sanatorio San Vicente. -Docencia a pacientes, Nutrición -Docencia a pacientes, Drogadicción y Alcoholismo. | 40 % | |
| Ser- vi- cio | 1 - 2 1-20 7,14, 21,28. 4,7, 23,30. 15 1,2, 14. 1-29 | -Planificación actividades del mes. -Actividad salud mental a través de juegos de mesa: El Solitario, Juego de Damas y la Torre. (dirigido a pacientes). -Psicoterapia de grupo a pacientes, sobre alcoholismo. -Atención de casos clínicos. -Almuerzo-recreativo con pacientes. -Coordinación y planificación con Trabajo Social sobre actividades con pacientes, tales como: Docencia, recreación, citas y otros. -Terapia ocupacional con pacientes sobre hortalizas. | 30 % | |
| In- ves- ti- ga- ción | 6-15 20,27 8.10 | -Revisión de tesis, seminarios y folletos. -Lectura de textos. -Coordinación de 2 estudiantes de psicología sobre la investigación "Pacientes con SIDA y el temor a morir" (con fines de tesis) | 30 % | |


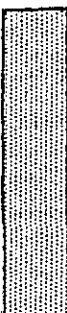

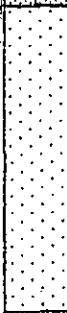


| AREA | FECHA | DE LUNES A VIERNES 8:00- 12:00 | % | GRAFICA |
|--|------------------------------------|--|---------|--|
| DO- CEN- CIA.  | 13,14 | -Implementación E.P.S. | 30 % |  |
| | 7,8, 14,15, 21,22, 28,29. | -Alfabetización a pacientes del servicio de cirugía de hombres. | | |
| Ser- vi- cio  | 4 - 5 | -Planificación actividades del mes. | 45 % |  |
| | 4-28 | -Actividad de salud mental a través de juegos de mesa: El Solitario, Juego de Damas, la Torre y el Scrabble. | | |
| | 4 -15 | -Terapia Ocupacional, con pacientes, hortelizas. | | |
| | 14-29 | -Atención de casos clínicos en los diferentes servicios de encamamiento. | | |
| In- ves- ti- ga- ción  | 5,7 8,9 | -Encuestas sobre evaluación del programa de docencia de 1992 a pacientes. | 25% |  |
| | 18,19 20. | -Revisión del proceso de investigación. | | |
| | 25-29 | -Elaboración del proyecto de investigación, cuestionario Básico. | | |
| | 26-29 | -Ficheo de libros, Marco Teórico. | | |

FEBRERO DE 1993

| AREA | FECHA | DE LUNES A VIERNES 8:00- 12:00 | % | GRA-FICA. |
|-----------------------------------|--|---|---------|-----------|
| DO- CEN- CIA. | 1,2,4- 8,10. 5-19 | -Implementación E.P.S. - Discusión y análisis de casos clínicos. -Docencia a pacientes, Alcoholismo. -Docencia a pacientes, Normas hospitalarias para pacientes. -Asistencia a Junta Médica, Cáncer de la mama. -Asistencia a Junta Médica, Pericarditis. 15-19 22-26 | 25 % | |
| Ser- vi- cio | 1-2 1-26 1-4 4,11, 18,25. 25,26 | -Planificación actividades del mes. -Atención de casos clínicos en los servicios de encamamientos. -Actividades de salud mental con pacientes, por medio de juegos de mesa: El Solitario, Juego de Damas, la Torre y el scrable. -Psicoterapia de grupo a pacientes, sobre alcoholismo. -Estadística mensual de casos clínicos evaluados por la Unidad de Salud Mental del Sanatorio. | 50 % | |
| In- ves- ti- ga- ción | 1-16 23 20-29 Febre- ro. | -Lectura de textos. -Coordinación de 2 estudiantes de psicología, la investigación: "Pacientes con SIDA y el temor a morir" (con fines de tesis). -Continuación marco teórico del proyecto de investigación E.P.S. -Captación de casos, para el muestreo de la investigación E.P.S. | 25 % | |

| AREA | FECHA | DE LUNES A VIERNES 8:00- 12:00 | % | GRA-FICA |
|-------------------|--|--|---------|--|
| DO-CEN-CIA. | 1,10, 11,12. 2 3,4,5. 6,13 20,21. 18 23 | -Docencia a estudiantes practicantes de psicología, Rutinas Hospitalarias del Sanatorio. -Docencia a estudiantes practicantes de Psicología, la Entrevista Clínica. -Asistencia al seminario " Metodología de abordaje comunitario y evaluación sistemática en programas de prevención del alcoholismo y la drogadicción", en la D.G.S.S. -Asistencia a Junta Médica, conferencias: SIDA, Docencia, Avances de computación en Medicina. -Docencia a pacientes, Reglamento hospitalario para pacientes. -Docencia a pacientes, Relaciones Interpersonales. | 30 % |  |
| Ser-vicio | 1-3. 2,9, 11,18, 23,24, 31. 4 Marzo Marzo 30,31. | -Planificación actividades del mes. -Psicoterapia de grupo a pacientes, sobre alcoholismo. -Psicoterapia individual sobre alcoholismo, a pacientes. -Atención de casos en los diferentes servicios de encamamientos del Sanatorio San Vicente. -Discusión de casos clínicos. -Estadística mensual de los casos clínicos evaluados por la Unidad de Salud Mental del Sanatorio. | 40 % |  |
| In-vas-ti-ga-ción | Marzo | -Ejecución del Proyecto de Investigación "Evaluación Emocional de pacientes con tuberculosis crónica", captación de casos para el muestreo (Evaluación y tratamiento). | 30 % |  |

ABRIL DE 1993

| AREA | FECHA | DE LUNES A VIERNES. 8:00- 12:00 | % | GRA-FICA |
|--|------------------------|---|---------|---|
| DO- CEN- CIA.  | 12-20 14. | -Implementación E.P.S. -Docencia a pacientes, Higiéne en el hospital. | 30 % |  |
| | 15 | -Docencia a pacientes, Relaciones Interpersonales. | | |
| | 21,22 | -Docencia a pacientes, Primeros Auxilios en accidente. (Película). | | |
| | 27,28, 29. | -Asistencia al Seminario-Taller: "Hablando sobre SIDA a Jóvenes", organizado por COEPSIDA, en el Hotel Guatemala Fiesta. | | |
| | 20-26 | -Orientación y tratamiento extrahospitalario, a familiares de ps- cientes. | | |
| Ser- vi- cio.  | 1-2 6,13, 20,27. | -Planificación actividades del mes. -Psicoterapia de grupo sobre alco- holismo, a pacientes adictos al al- cohol. | 30 % |  |
| | Abril. | -Atención de casos clínicos en los servicios de encamamientos del Sana- torio. | | |
| | Abril. | -Análisis y discusión de los casos clínicos evaluados. | | |
| | 29-30. | -Estadística mensual de casos clí- nicos evaluados por la Unidad de Salud Mental del Sanatorio. | | |
| In- ves- ti- ga- ción  | Abril. | -Revisiones bibliográficas para am- pliar el marco teórico del proyecto de investigación: "Evaluación Emo- cional de pacientes con tuberculosis crónica". | 40 % |  |
| | Abril. | -Estudio, tratamiento y seguimiento de los casos clínicos pertenecientes al muestreo de la investigación. | | |

MAYO DE 1993

| AREA | FECHA | DE LUNES A VIERNES 8:00- 12:00 | % | GRA-FICA |
|---------------|--|---|------|----------|
| DO-CEN-CIA. | 5 10 13 17 19 24 | -Docencia a pacientes, Drogadicción. -Implementación a estudiantes de psicología, la Entrevista Clínica. -Educación sobre orientación y tratamiento extrahospitalario a familiares de pacientes. -Implementación E.P.S. y estudiantes practicantes de psicología, Examen Mental. -Docencia a pacientes, Terapia Ocupacional. (Película). -Conferencia a personal que labora en la institución, Autoestima. (Licda. invitada ONAM). | 20 % | |
| Servicio. | 3-4 Mayo. Mayo 5,12, 19,26. 27-28 | -Planificación actividades del mes. -Atención de casos clínicos en los servicios de encamamientos del Sanatorio. -Estudio y análisis de los casos clínicos evaluados. -Psicoterapia de grupo sobre alcoholismo, a pacientes adictos al alcohol. -Estadística mensual de los casos clínicos evaluados por la Unidad de Salud Mental del Sanatorio. | 20 % | |
| Investigación | Mayo. | -Elaboración de cuadros y gráficas. -Análisis de resultados y gráficas. -Revisión del proyecto inicial, para reestructurar el informe final. | 60 % | |

7.3.1. CASUÍSTICA

Con base en los objetivos específicos de la investigación (5.2.C) y en la metodología de la investigación (6.3), se determinó desarrollar la investigación bajo la denominación "Evaluación emocional de pacientes con tuberculosis crónica", utilizando técnicas sobre la misma que implicó, en términos generales calificar la información bibliográfica e institucional, entrevistas constantes con la asesora, ordenamiento de la muestra escogida, elaboración del material de trabajo, recolección de la información a través de entrevistas, observaciones y de la aplicación del Test Visomotor Bender Hutt a 20 pacientes con tuberculosis crónica, análisis estadístico de los datos obtenidos y elaboración de gráficas respectivas.

A continuación se presentan los cuadros y gráficas correspondientes a la muestra escogida, con las siguientes características:

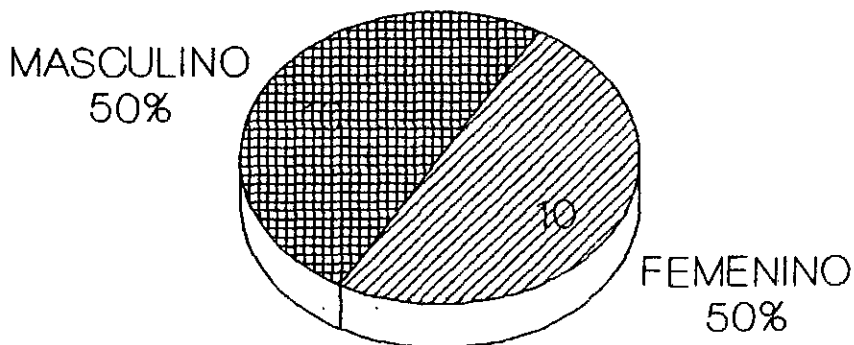
- Cuadros y gráficas de 1 al 4, presentan aspectos relacionados con datos personales de los pacientes, tales como: Sexo, escolaridad, estado civil y edades.
- Gráficas del 5 al 9, presentan resultados de las alteraciones emocionales más relevantes encontrados en los pacientes pertenecientes al muestreo, medidos a través del Test Vismotor de Bender Hutt, así mismo fundamentado por entrevistas y observaciones.

CUADRO Y GRAFICA No., 1

| CUADRO No. 1 | | |
|--------------|----|--------|
| MASCULINO | 10 | 50.00% |
| FEMENINO | 10 | 50.00% |

SEXO DE PACIENTES, del muestreo de la investigación, de 20 casos con tuberculosis crónica

GRAFICA No. 1 SEXO DE PACIENTES

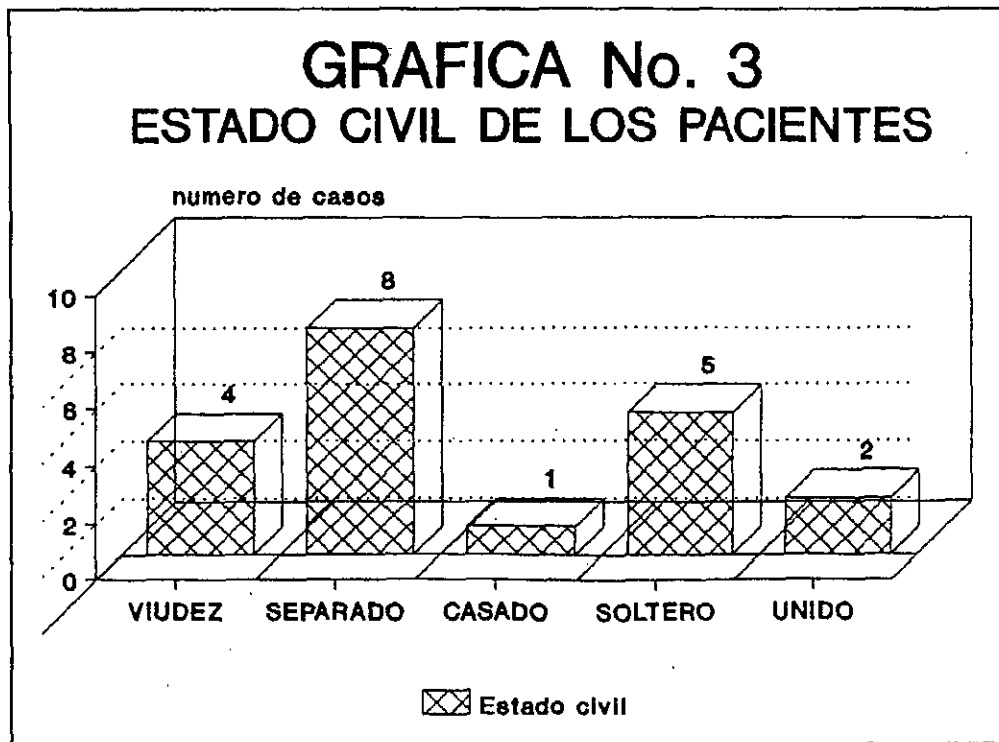


Muestra utilizada 20 casos

CUADRO Y GRAFICA No., 3

| CUADRO No. 3 | | |
|--------------|---|--------|
| VIUDEZ | 4 | 20.00% |
| SEPARADO | 8 | 40.00% |
| CASADO | 1 | 5.00% |
| SOLTERO | 5 | 25.00% |
| UNIDO | 2 | 10.00% |

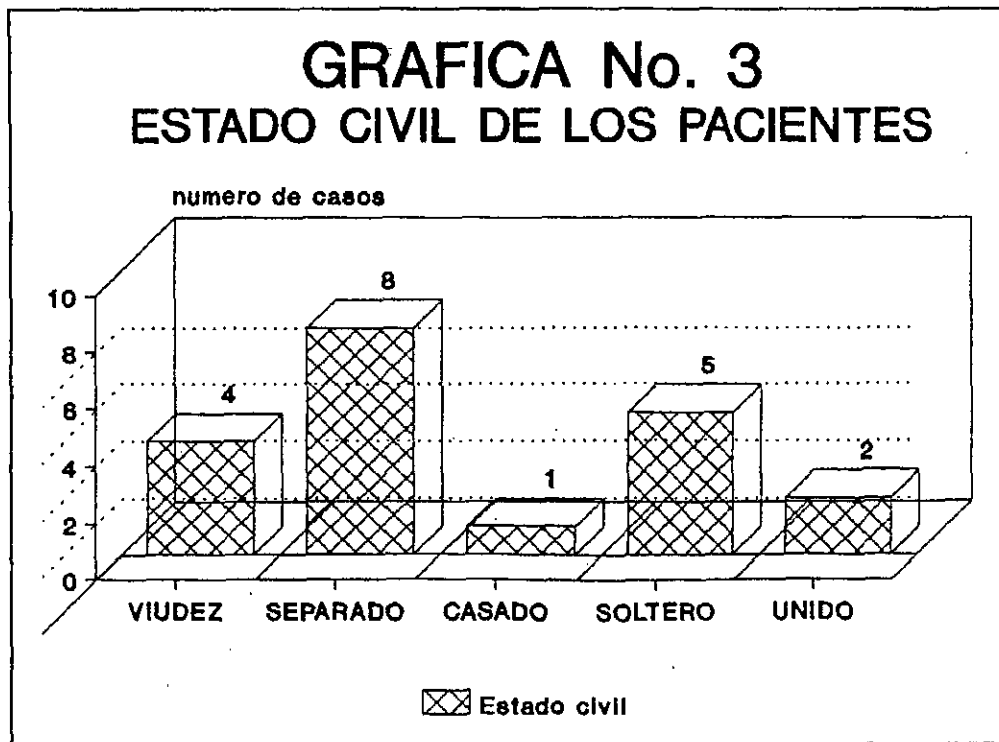
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES, del muestreo de la investigación de 20 casos con tuberculosis crónica.



CUADRO Y GRAFICA No., 3

| CUADRO No. 3 | | |
|--------------|---|--------|
| VIUDEZ | 4 | 20.00% |
| SEPARADO | 8 | 40.00% |
| CASADO | 1 | 5.00% |
| SOLTERO | 5 | 25.00% |
| UNIDO | 2 | 10.00% |

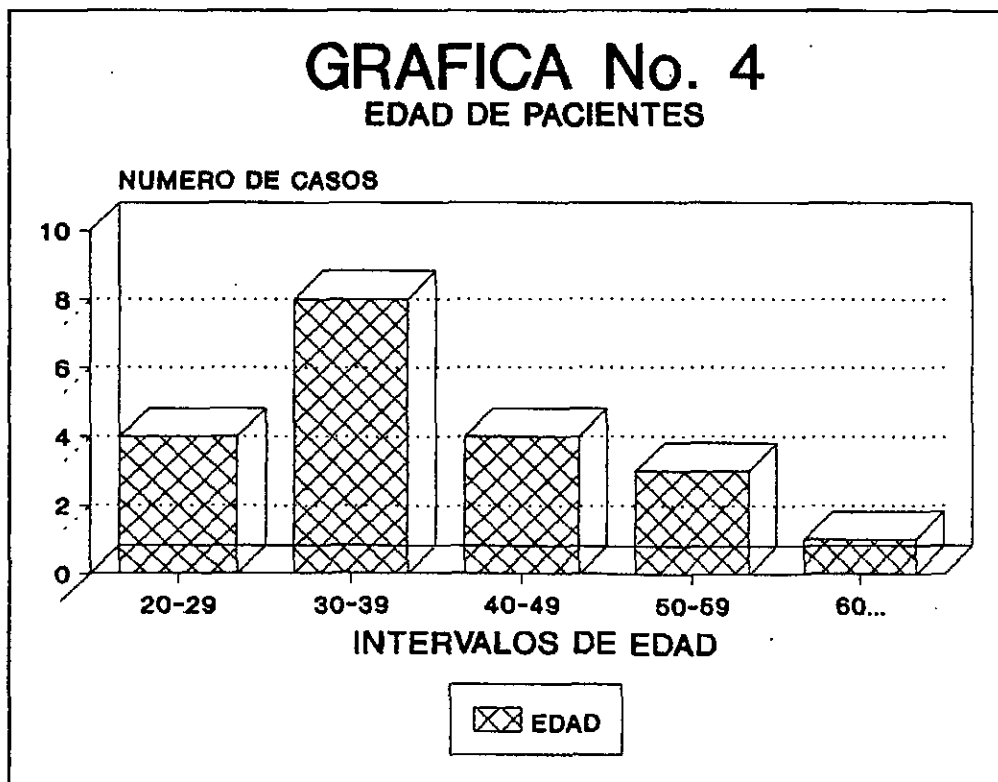
ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES, del muestreo de la investigación de 20 casos con tuberculosis crónica.



CUADRO Y GRAFICA No. 4

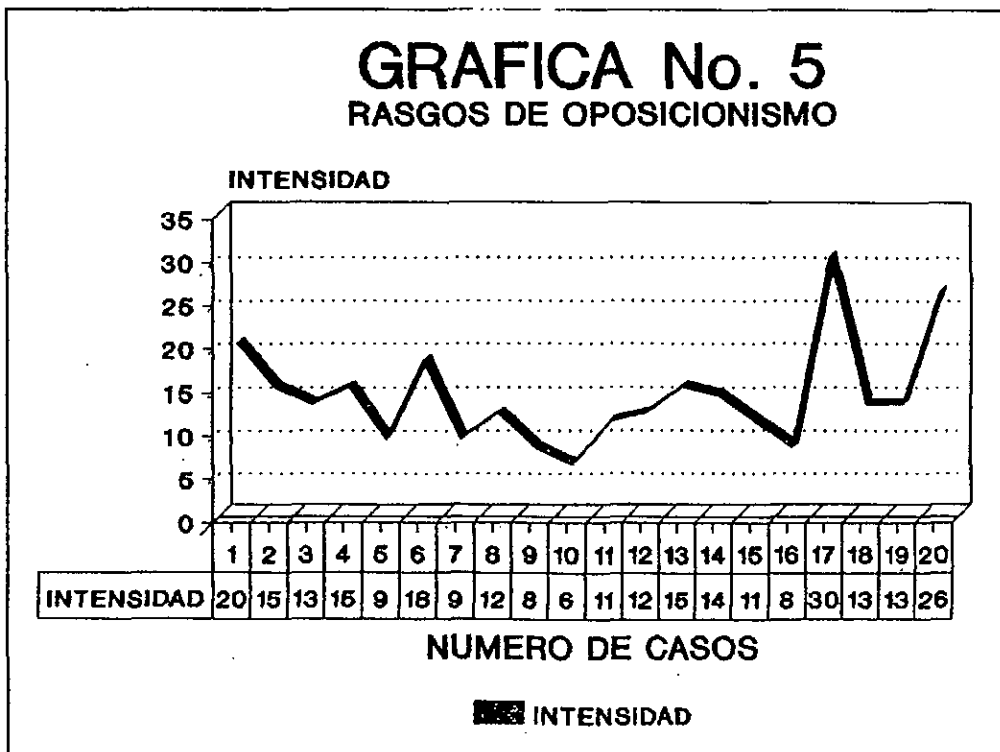
| CUADRO No. 4 | | | |
|-----------------|--|---|--------|
| DE 20 A 29 AÑOS | | 4 | 20.00% |
| DE 30 A 39 AÑOS | | 8 | 40.00% |
| DE 40 A 49 AÑOS | | 4 | 20.00% |
| DE 50 A 59 AÑOS | | 3 | 15.00% |
| DE 60... AÑOS | | 1 | 5.00% |

Edad de pacientes, del muestreo de la investigación de 20 casos con tuberculosis crónica.



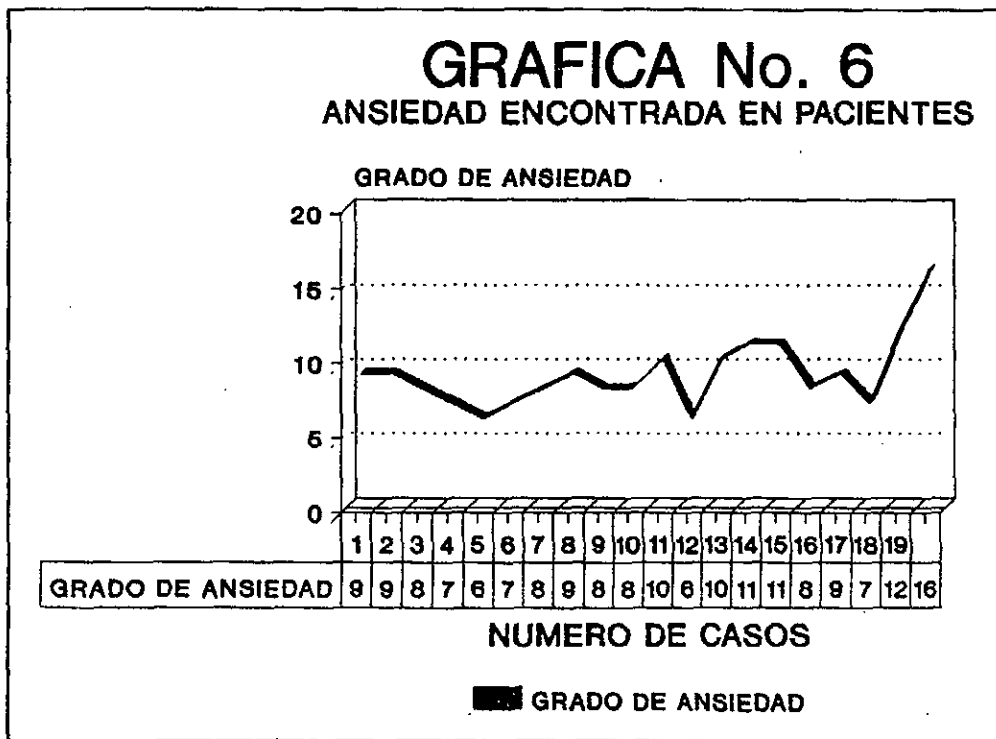
GRAFICA No. 5

Rasgos de oposicionismo encontrados en pacientes con tuberculosis crónica, medido a través de 30 indicadores del Bender Hutt.



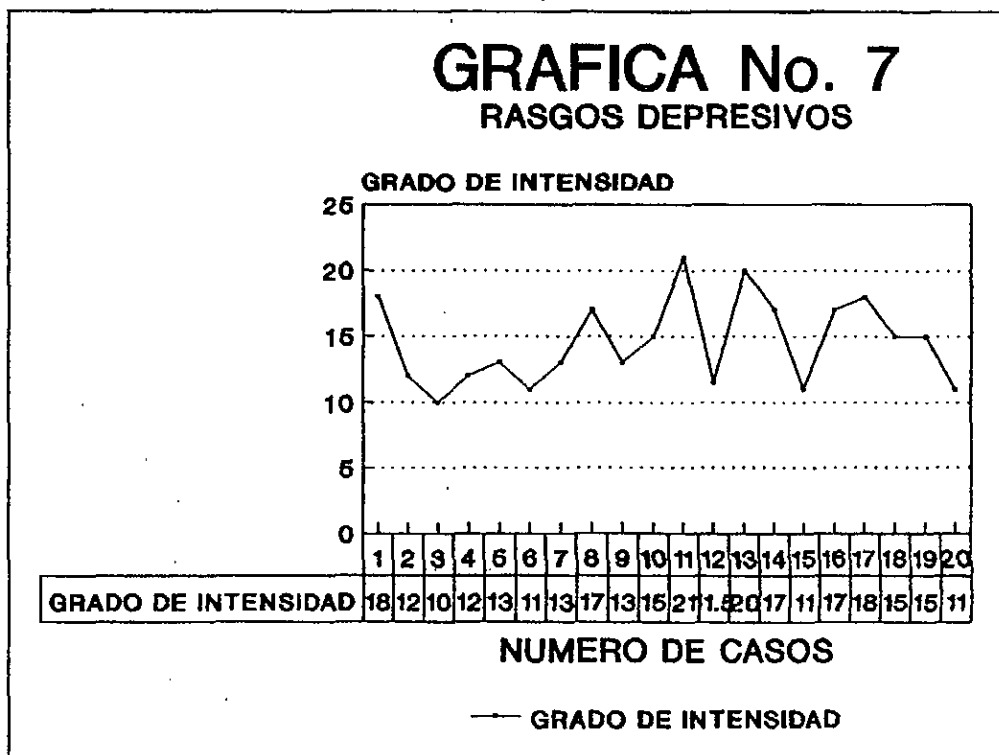
GRAFICA No. 6

Ansiedad encontrada en 20 pacientes con tuberculosis crónica, medidos a través de 26 indicadores del Bender Hutt



GRAFICA No. 7

Rasgos depresivos encontrados en 20 pacientes con tuberculosis crónica, medido a través de 30 indicadores del Bender Hutt.

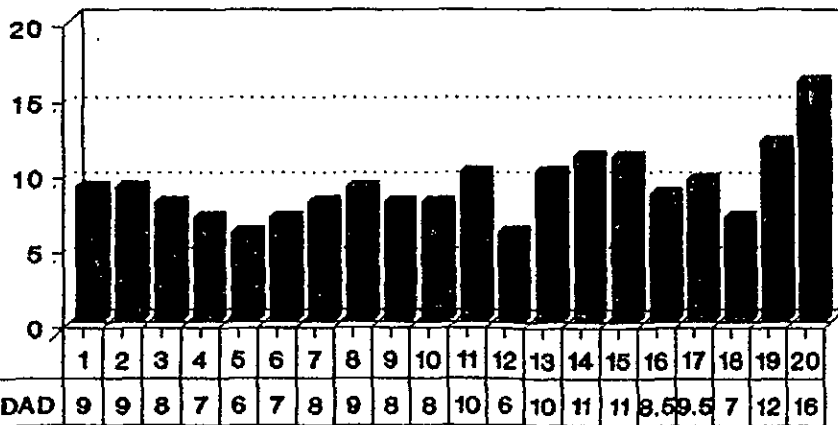


GRAFICA No. 8

Perturbación emocional encontrada en 20 pacientes con tuberculosis crónica, medida a través de 30 indicadores del Bender Hutt.

GRAFICA No. 8 PERTURBACION EMOCIONAL

GRADO DE INTENSIDAD

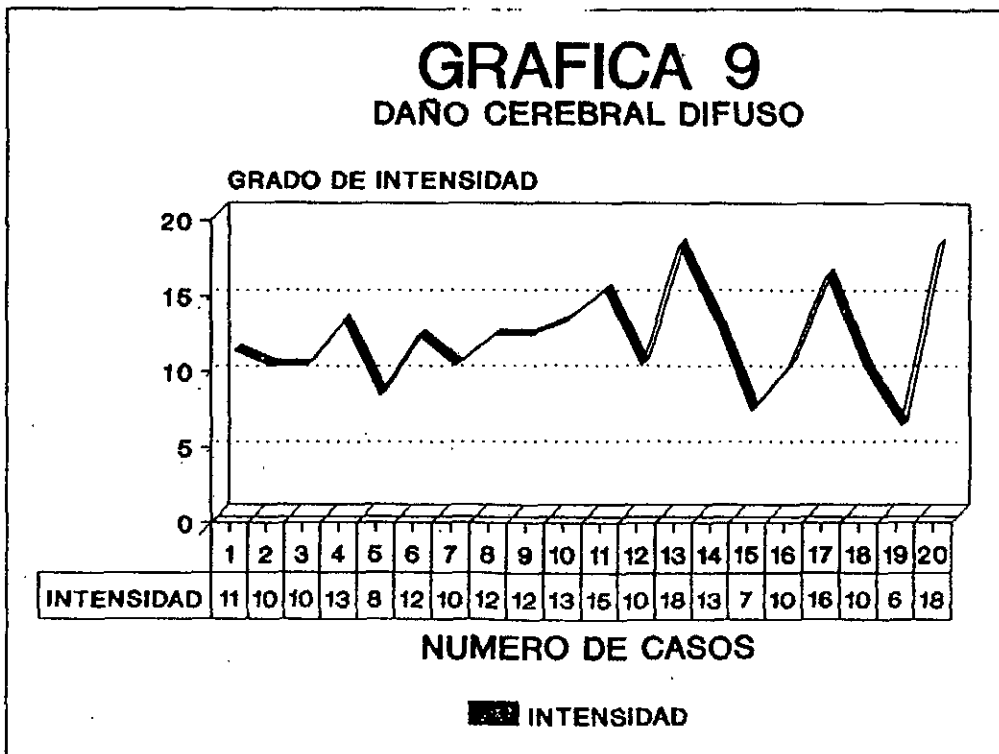


NUMERO DE CASOS

■ ANSIEDAD

GRAFICA No. 9

Daño cerebral difuso encontrado en 20 pacientes con tuberculosis crónica, medido a través de 40 indicadores del Bender Hutt.



INTERPRETACION Y ANALISIS DE GRAFICAS

GRAFICA No. 1

Sexo de pacientes, del muestreo de la investigación, de 20 casos con tuberculosis crónica.

Para hacer comparaciones equitativas en los resultados, se seleccionaron 10 pacientes masculinos que corresponden al 50% de la muestra y 10 pacientes femeninas que completan el otro 50% del muestreo. Otra de las características que orientaron a conformar la muestra de esa forma, consistió en tomar en cuenta que la tuberculosis es una enfermedad que ataca a cualquier persona.

GRAFICA No. 2

Escolaridad de pacientes, del muestreo de la investigación de 20 casos con tuberculosis crónica.

La escolaridad es un indicador importante con relación a ciertos resultados de los instrumentos psicométricos; sin embargo en este caso se tomó en cuenta el parámetro en mención, al seleccionar el test Visimotor Bender Hutt que tiene la propiedad de ser aplicable a personas alfabetas y analfabetas.

Los resultados obtenidos aquí, corresponden a un 60% para personas analfabetas y el resto de la muestra que son 8 pacientes alfabetas, corresponden al 40%.

Es necesario aclarar que las personas alfabetas hospitalizadas en el Sanatorio Antituberculoso, generalmente solo han cursado los primeros grados de la escuela primaria.

GRAFICA No. 3

Estado civil de pacientes, del muestro de la investigación de 20 casos con tuberculosis crónica.

El estado civil de los pacientes incluidos en el muestreo y que nos demuestran la gráfica en cuestionamiento son:

a) Cuatro casos de Viudez, que corresponden al 20 % de la muestra .

- b). Ocho casos de Separación, que corresponden al 40% de la muestra.
- c) Un caso de Casado que corresponde al 5 % de la muestra.
- d) Cinco casos de Soltero, que corresponden al 25 % de la muestra.
- e) Dos casos de Unión, que corresponden al 10 % de la muestra.

Estos resultados confirman el predominio de pacientes incluidos en la muestra que provienen de hogares desintegrados 60 % (20 % de viudez, más 40% de separados), situación que influye en la esfera Psicológica del paciente.

GRAFICA No. 4

Para fines prácticos se dividió en intervalos de edades los 20 casos del muestreo, quedando de la siguiente manera:

- a) Intervalo de 20 a 29 años de edad, 4 casos, que corresponden al 20 % de la muestra.
- b) Intervalo de 30 a 39 años de edad, 8 casos, que corresponden al 40 % de la muestra.
- c) Intervalo de 40 a 49 años de edad, 4 casos, que corresponden al 20 % de la muestra.
- d) Intervalo de 50 a 59 años de edad, 3 casos, que corresponden al 15 % de la muestra.
- e) Intervalo de 60 años de edad en adelante, 1 caso, que corresponde al 5 % de la muestra.

Esta gráfica nos demuestra que el mayor porcentaje de los pacientes estudiados que padecen tuberculosis crónica y que se encuentran hospitalizados están comprendidos entre los 30 y 40 años de edad. Se debe principalmente a la desnutrición, al deterioro físico acelerado al adquirir la enfermedad y en algunos casos al uso y el abuso de drogas principalmente el alcohol.

GRAFICA No. 5

Rasgos de oposicionismo encontrado en 20 pacientes con tuberculosis crónica, medido a través de 30 indicadores del Bender Hutt.

Los indicadores del Test Bender Hutt que miden

oposicionismo, tomados en cuenta son: Secuencia, uso del espacio I, rotación o cambio de posición de la figura, rotaciones de la tarjeta estímulo, uso del espacio II, dificultad en la realización de líneas verticales.

Los resultados obtenidos en esta gráfica, indican que los 20 pacientes evaluados presentan rasgos: Rebeldía, hostilidad, problemas con figuras autoritarias o mayores y dificultades en sus relaciones interpersonales, que confirman en ellos el oposicionismo, el cual oscila del 30 % al 100 % de intensidad de acuerdo con los resultados del estudio. Esto indica que los pacientes con tuberculosis crónica presentan dificultades en su proceso de adaptación. Los antecedentes personales y familiares de los pacientes, más el estrés psicosocial de la enfermedad crónica, contribuyen a que los pacientes presenten alteraciones de conducta que rompen las normas sociales.

GRAFICA No 6

Ansiedad encontrada en 20 pacientes con tuberculosis crónica, medida a través de 26 indicadores del Bender Hutt. Los parámetros que miden ansiedad, a través de 26 indicadores del Bender Hutt y que se tomaron en cuenta para este estudio son: Colocación anormal de la primera figura, colisión o tendencia a la colisión, cambios en la gestalt de las figuras, uso del espacio II, calidad difusa de las líneas, empleo de gran energía en la realización de la primera figura y dificultad en dibujar líneas curvas.

La gráfica demuestra que el rasgo ansiedad está presente en todos los pacientes del muestreo, con una variación de intensidad que oscila del 23 % al 65 % de intensidad. En 18 de los 20 casos, es decir el 90 % del muestreo se encuentran por debajo de la media, indicando así que la ansiedad está presente en los pacientes pero con baja intensidad. Sin embargo, clínicamente se observó que cuando los pacientes se enfrentaban a un estrés psicosocial, experimentaban ciertos comportamientos como indecisión,

irritabilidad, tendencia a llorar abundantemente, palpitations, temblor de manos, sudoración, intranquilidad, inestabilidad y otros que orientan hacia el rasgo ansiedad.

GRAFICA No. 7

Rasgos depresivos encontrados en 20 pacientes con tuberculosis crónica, medido a través de 30 indicadores del Bender Hutt. Los indicadores del Test Bender Hutt que miden depresión, tomados en cuenta son: Colocación anormal de la primera figura, tendencia a la colisión, dificultad o cambios en la realización de ángulos, rotación perceptual, uso del espacio I, dificultad en el trazo de líneas curvas.

En la gráfica se puede observar que la depresión es una de las alteraciones emocionales de mayor complicación en los pacientes, con una variación de intensidad que oscila del 30 % al 70 %.

Ocho de los casos estudiados, que corresponden al 40 % , sobrepasan la media. Esto indica, como fue fácilmente observable, que ellos presentan síntomas de alteraciones en el estado de ánimo, pérdida de interés en los asuntos habituales de la vida, pérdida de la espontaneidad, somatizaciones, fatiga, sentimientos de desmerecimiento, de culpa, trastornos de sueño y anorexia. Todo ello como resultado de antecedentes personales y familiares, del estrés psicosocial de la enfermedad crónica, del tiempo prolongado de hospitalización y del temor a la muerte.

GRAFICA No. 8

Perturbación emocional encontrada en 20 pacientes con tuberculosis crónica, medido a través de 30 indicadores del Bender Hutt. Los indicadores del Test Bender Hutt, que miden perturbación emocional, tomados en cuenta son: Colisión o tendencia a la colisión, dificultad de cierre en las figuras, dificultad en el trazo de líneas curvas, rotación perceptual, cambios en la gestalt de las figuras y perseveración.

El rasgo perturbación emocional según se refleja en esta

gráfica, está presente en todos los pacientes del muestreo. El caso más bajo presenta 20 % de intensidad y el caso más alto en 53 % de intensidad. El resto de los casos se encuentran dentro de los porcentajes descritos, con mayor tendencia por debajo de la media. Se pudo observar además en las entrevistas que los pacientes estudiados, reflejan su perturbación emocional a través de comportamientos de desesperación, apatía, falta de interés, intranquilidad, ansiedad ante su pronóstico de salud y el deterioro progresivo de su imagen corporal, así como su temor manifiesto ante la muerte.

GRAFICA No. 9

Daño cerebral difuso encontrado en 20 pacientes con tuberculosis crónica, medido a través de 40 indicadores del Bender Hutt. Los parámetros del Bender Hutt que indican daño cerebral difuso (incluye los indicadores de daño orgánico, organicidad y daño cerebral difuso), que se tomaron en cuenta para la investigación son: Dificultad en la realización de ángulos, colisión de figuras, dificultad de traslape entre figuras, distorsión de la gestalt, dificultades de marginación, esbozo de líneas, perseveración y dificultad en realización de la figura No. 7. La gráfica demuestra que el daño cerebral difuso está presente en los pacientes evaluados, con grados de intensidad variable para cada caso que van desde un 20 % a un 45 % de intensidad, encontrándose todos los casos por debajo de la media. Además del instrumento percepto-motriz utilizado para detectar daño cerebral difuso, también se constataron estos resultados a través de entrevistas y observaciones. Se encontró presencia de combinaciones neuropsicológicas tales como: apatía, lentitud, labilidad emocional, falta de motivación e interés por la vida, incapacidad de planificación y anticipación. Alteraciones que limitan la interacción social de las personas, haciendo difícil el proceso de adaptación. Es importante aclarar que no se encontró alteración severa en el lenguaje, memoria, atención, pensamiento y otras funciones cognitivas.

8. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

El Ejercicio Profesional Supervisado fué realizado con satisfacción, del primero de noviembre de 1992 al treinta y uno de mayo de 1993, en el Sanatorio Antituberculoso de San Vicente, en la zona 7 de esta capital. En el capitulo siguiente se hará un análisis del trabajo obtenido, tanto en el área de docencia, como de servicio, e investigación .

8.1 RESULTADOS DEL AREA DE DOCENCIA

La experiencia docente en el Sanatorio Antituberculoso San Vicente fue muy enriquecedora, tanto para los estudiantes practicantes de psicología, personal laborante de la institución, pacientes y familiares.

Se realizaron actividades en el área de docencia con temas de psicología, específicos para el abordaje de los pacientes con tuberculosis, técnicas de tratamiento, instrumentos psicométricos y otros temas relacionados con aspectos de salud mental, obteniendo respuesta positiva de los mismos.

Como epesista, también se recibió implementación teórica relacionada a problemas afines con la tuberculosis e implicaciones emocionales, de parte de la Licenciada de Psicología de la Unidad de Salud Mental del Sanatorio y Supervisora del Programa de E.P.S. de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y a través de congresos y seminarios autofinanciados.

8.1.1 LIMITACIONES ENCONTRADAS

Dentro de las limitaciones encontradas se puede mencionar, que se carece de material audiovisual adecuado, así como salón y muebles adecuados para impartir las pláticas.

Otra de las limitaciones encontradas fué el escaso interés a estas actividades manifestado principalmente por parte de los pacientes, por su mismo estado de salud y nutrición, en algunos casos no les permite estar en condición para asistir a las charlas. Sin embargo, ésto no fué un obstáculo para el desarrollo de la

actividad, cumpliéndose a cabalidad, según lo programado.

8.2 RESULTADOS DEL AREA DE SERVICIO

La Unidad de Salud Mental del Sanatorio Antituberculoso San Vicente presta sus servicios a través de distintos programas

1. Programa asistencial, en donde el epeista tuvo la oportunidad de evaluar, diagnosticar, dar orientación y tratamiento a cada caso en particular y grupalmente.
2. Programa preventivo, a través de él, el epeista, tuvo la oportunidad de promocionar, orientar y dirigir aspectos de salud mental, por medio de la educación a pacientes y familiares, conferencias al personal laborante de la institución y presentación de casos a los estudiantes practicantes de psicología.
3. Programa de Investigación, a través de él, se realizó el trabajo de investigación "Evaluación emocional de pacientes con tuberculosis crónica" relacionado con la problemática y necesidades de los pacientes internados en el Sanatorio.

8.2.1 LIMITACIONES ENCONTRADAS

A pesar de la promoción del servicio psicológico y del empeño en el tratamiento de los casos clínicos, las condiciones físicas deterioradas, la resistencia de algunos pacientes, especialmente los adictos al alcohol y otras drogas, fueron obstáculos contra los que se luchó incansablemente para lograr los objetivos del programa de E.P.S.

Dificultad en el seguimiento de casos, debido a que la mayoría de pacientes son originarios del interior de la república y ya no se presentan a sus citas de control post-Sanatorial.

8.3 RESULTADOS DEL ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Durante el periodo del Ejercicio Profesional Supervisado, paralelamente al programa de servicio, se estableció el tema de investigación. Las alteraciones emocionales que experimentan los pacientes con tuberculosis crónica, internados en el Sanatorio San Vicente. Estos pacientes presentan rasgos de oposicionismo como

rebeldía, hostilidad y problemas de relaciones interpersonales, como una de las respuestas a la enfermedad crónica. Otras alteraciones emocionales encontradas son: Ansiedad, depresión perturbación emocional y daño cerebral difuso. De estos la depresión es la problemática psicológica mas frecuente y de mayor complicación en estos pacientes (Gráfica No. 7). Comúnmente se observan en ellos alteraciones en el estado de ánimo, pérdida de interés en los asuntos habituales de la vida, pérdida de la espontaneidad, somatizaciones, fatiga, sentimientos de desmerecimiento, sentimientos de culpa, trastornos de sueño y anorexia.

Es necesario aclarar que, las alteraciones emocionales descritas y que pertenecen a los casos clínicos del muestreo de la investigación efectuada, son producto de antecedentes personales y familiares sumado al estres psicosocial que cosntituye la enfermedad crónica.

8.3.1 LIMITACIONES ENCONTRADAS

Los pacientes con tuberculosis crónica, generalmente carecen de familiares y de un hogar para su rehabilitación, en algunos casos si hay familiares se muestran poco interesados en colaborar. Estos pacientes representan una carga social y económica para la familia, por lo que se dificulta el tratamiento integral de estos casos.

La institución no cuenta con recursos económicos necesarios para subvencionar proyectos de investigación.

9. CONCLUSIONES

1. La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa que prevalece en nuestro país, como consecuencia de la pobreza económica, desnutrición, analfabetismo, y drogadicción, incluyendo el alcoholismo. Constituye un problema real de la población hospitalaria del Sanatorio San Vicente.
2. La tuberculosis crónica es consecuencia de la reactivación de una infección primaria, la cual se torna resistente a los distintos esquemas de tratamiento. La enfermedad progresa paulatinamente hasta comprometer órganos vitales. Así mismo hay deterioro progresivo de la imagen corporal y de la esfera psicológica.
3. Las alteraciones emocionales encontradas en el estudio de campo efectuado con un muestreo de 20 pacientes con tuberculosis crónica (más de cuatro años de padecer la enfermedad) son: Rasgos de oposicionismo (rebeldía, hostilidad y problemas de relaciones interpersonales), ansiedad, depresión, perturbación emocional y daño cerebral difuso. De éstos la depresión constituyó una de las alteraciones emocionales de mayor complicación, demostrado en la gráfica No.7, donde el 40 % de los casos sobrepasó la media. Además este factor emocional fué fácilmente observable en los pacientes a través de la sintomatología que manifiestan. Esto es consecuencia de antecedentes personales, familiares, del estrés psicosocial de la enfermedad crónica, del tiempo prolongado de hospitalización y del temor a la muerte.
4. El programa de docencia cumplió su cometido, llevándose a cabalidad todo lo programado, en donde se contemplaron conocimientos debidamente planificados de acuerdo a las necesidades de la población.
5. A los familiares de algunos pacientes se les orientó en

aspectos referentes al control extra hospitalario de la tuberculosis y en necesidades relacionadas con la salud mental, favoreciendo la evolución de los casos particulares.

6. En el programa de servicio, se evaluó, diagnosticó, se dió tratamiento a casos específicos. Se participó en los programas de promoción del servicio psicológico de la Unidad de Salud Mental del Sanatorio. Se guió a los compañeros practicantes de cuarto y quinto año de Psicología en el seguimiento de casos, bajo la guía de la Psicóloga de la Unidad de Salud Mental de la institución y Supervisora del programa de E.P.S.
7. El profesional de la Psicología tiene adecuado campo aplicativo en lo que se refiere al manejo y tratamiento del aspecto emocional de los pacientes con tuberculosis. Asimismo el Ejercicio Profesional Supervisado es un mecanismo coadyuvante en el abordaje de la problemática en mención.

10. RECOMENDACIONES

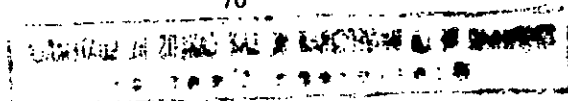
1. Se recomienda la continuación del programa del Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.), pues es uno de los medios por el cual la Universidad de San Carlos de Guatemala se proyecta hacia la sociedad guatemalteca, con la finalidad de introducir al futuro profesional en su campo de acción, para que conozca las necesidades reales de la población y a la vez contribuya con el desarrollo de la sociedad.
2. La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa prevalecte en nuestro medio, por lo que se recomienda su abordaje multidisciplinario. Aunando esfuerzos se podrán afrontar los múltiples fenómenos causales de la problemática, proponiendo alternativas de solución que promuevan beneficios a las personas y la sociedad en general.
3. El abordaje de esta enfermedad debe estar encaminado hacia la atención primaria de salud, implementando programas educativos y preventivos que orienten a la población a evitar el contagio, proliferación y gravedad de la enfermedad. Así mismo se debe priorizar la educación y orientación a familiares de los pacientes, para mejor control y seguimiento de casos.
4. De las alteraciones emocionales que padecen los pacientes con tuberculosis crónica hospitalizados en el Sanatorio San Vicente, se debe tratar en especial la depresión que se encuentra presente en alto porcentaje.

11 REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Appleton, S. Willian Davis Psicofarmacología Clínica Práctica Edit. Salvat, Barcelona, Madrid 1985. 107-175 Pp.
2. Besson, Paul Tratado de Medicina Interna Edit. La Prensa Médica Mexicana S.A. México 1983. 465-654 Pp.
3. Cameron, Norman Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad Edit. Trillas, México 1990. 653-654 Pp.
4. Chussid, Joseph Neuroanatomía Correlativa y Neurología Funcional Edit. El Manual Moderno, México 1980. 358-518 Pp.
5. DSM III-R Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales American Psychatric Association. Coordinación, traducción al Español por Pierre Pichot, Edit. Masson S.A. 1989. 262-480 Pp.
6. Deveux, George De la Ansiedad al Metodo de las Ciencias del Comportamiento México 1988. 75 Pp.
7. Dugas, Beverly y Barbará Tratado de Enfermería Práctica México 1979. 54-58 Pp.
8. Ey Fayard, M.I. La Clave de la Felicidad y la Salud Mental Argentina 1973. 162-172 Pp.
9. Ey Henry, Ch. Bernard Tratado de Psiquiatría México 1979. 40 Pp.
10. Friederich, Dorch Diccionario de Psicología Barcelona 1981. 50-309 Pp.
11. Harrison Principios de Medicina Interna México 1978, Tomo II. 1703-2548 Pp.

1703-2548 Pp.

12. Kolb, Lawrence Psiquiatría Clínica Moderna Edit. La Prensa Médica mexicana S.A. México 1983. 108-730 Pp.
13. Kubbler-Ross, Elizabeth Una Luz Que se Apaga México 1977. 7 Pp.
14. La Familia el Mejor Frente Contra Las Drogas Departamento de medios del programa de educación física integral de la Asociación de Amigos del país de Guatemala, Sexta edición 1992. 1-27 Pp.
15. Mory, Mitryu El Ultimo Combate Contra la Tuberculosis Hasta su Eliminación Edit. CMI, Aris, Francia, Volumen 65 1990. 125 Pp.
16. Martínez Corado, Carmen Sintomatología Depresiva en Pacientes con Diagnóstico de Cancer Tesis (Lic. en Psicología) universidad de San Carlos de Guatemala 1980. 8-9 Pp.
17. Merani, Alberto Diccionario de Psicología México 1979. 107 Pp.
18. Miller, Weber Green Atención de Pacientes de Sida México 1991. 107 Pp.
19. Sarason, Irwin Psicología Anormal Edit. Trillas, México 1988. 399-400 Pp.
20. Sholtis Bruner, Lilian Enfermería Médico Quirúrgico Sexta edición, Vol. I. Edit. Interamericana. 400-407 Pp.
21. Robbins Patología Estructural y Funcional Edit. Interamericana, México 1975. 1516 Pp.



INDICE

| | |
|--|----|
| 1. SINTESIS DESCRIPTIVA..... | 1 |
| 2. INTRODUCCION..... | 3 |
| 3. ANTECEDENTES..... | 5 |
| 3.1. DESCRIPCION DE LA POBLACION..... | 5 |
| 3.2. ORGANISMO SOCIAL..... | 7 |
| 3.2.1 Objetivos de la institución..... | 7 |
| 3.2.2 Estructura..... | 8 |
| 3.2.3 Formas de atención..... | 12 |
| 3.2.4 Personal..... | 12 |
| 3.3. DESCRIPCION DEL ORGANISMO REQUERIENTE..... | 12 |
| 3.3.1 Estructura..... | 12 |
| 3.3.2 Objetivos..... | 13 |
| 3.3.3 programas..... | 14 |
| A) Programa Asistencial..... | 14 |
| B) Programa Preventivo..... | 14 |
| C) Programa de investigación..... | 15 |
| 3.4. ABORDAMIENTO CIENTIFICO DE LAS BASES TEORICO-METODOLOGI- CAS QUE ENFOCAN EL PROBLEMA A TRATAR..... | 16 |
| 3.4.1 Precipitantes..... | 16 |
| A) Desnutrición..... | 16 |
| B) Culturales..... | 17 |
| C) Alcoholismo..... | 18 |
| C.1 Psicogenesis del alcoholismo..... | 18 |
| C.2 Deterioro cerebral..... | 19 |
| 3.4.2 Consideraciones generales sobre la Tuberculosis... .. | 20 |
| A) Patogenia..... | 20 |
| B) Tuberculosis Pulmonar Crónica..... | 20 |
| B.1 Síntomas..... | 21 |
| C) Meningitis Tuberculosa..... | 22 |
| C.1 Manifestaciones Clínicas..... | 23 |
| 3.4.3 Generalidades Fisiológicas Pulmonar-oxigenación... .. | 23 |
| A) Transporte de Oxígeno..... | 24 |
| 3.4.4 Alteraciones Emocionales Prevalcientes en los Pacientes con Tuberculosis..... | 24 |
| A) Trastorno de Adaptación..... | 25 |
| A.1 Tipos de Trastornos Adaptativos..... | 26 |
| B) Ansiedad..... | 26 |
| B.1 Características de la Ansiedad..... | 27 |
| C) Angustia..... | 27 |
| C.1 Síntomas..... | 27 |
| D) Depresión..... | 28 |
| D.1 Fuentes de la Depresión..... | 28 |

| | |
|---|----|
| D.2 Síntomas..... | 28 |
| E) Trastorno de Personalidad..... | 29 |
| E.1 Síntomas..... | 30 |
| F) Trastornos por uso de Sustancias Psicoactivas.. | 30 |
| F.1 Consecuencias en el Uso y Abuso de Drogas.. | 31 |
| G) Psicosis..... | 31 |
| H) Esquizofrenia..... | 31 |
| I) Etapas que presentan los Pacientes con Tubercu- losis Crónica Terminal..... | 32 |
| 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 34 |
| 5. OBJETIVOS DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO..... | 35 |
| 5.1 OBJETIVO GENERAL..... | 35 |
| 5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS..... | 35 |
| A) DOCENCIA..... | 35 |
| B) SERVICIO..... | 36 |
| C) INVESTIGACION..... | 36 |
| 6. METODOLOGIA DE ABORDAMIENTO..... | 36 |
| 6.1 DOCENCIA..... | 36 |
| 6.2 SERVICIO..... | 37 |
| 6.3 INVESTIGACION..... | 37 |
| 7. ACCIONES CONCRETAS REALIZADAS..... | 38 |
| 7.1 ACCIONES DE DOCENCIA..... | 39 |
| 7.2 ACCIONES DE SERVICIO..... | 39 |
| 7.3 ACCIONES DE INVESTIGACION..... | 39 |
| 7.3.1 Casuística-cuadros..... | 46 |
| gráficas..... | 47 |
| interpretación-análisis de gráficas..... | 57 |
| 8. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS..... | 62 |
| 8.1 RESULTADOS DE DOCENCIA..... | 62 |
| 8.1.1 Limitaciones encontradas..... | 62 |
| 8.2 RESULTADOS DE SERVICIO..... | 63 |
| 8.2.1 Limitaciones encontradas..... | 63 |
| 8.3 RESULTADOS DE INVESTIGACION..... | 63 |
| 8.3.1 Limitaciones encontradas..... | 64 |
| 9. CONCLUSIONES..... | 65 |
| 10. RECOMENDACIONES..... | 67 |
| 11. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA..... | 68 |

