

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

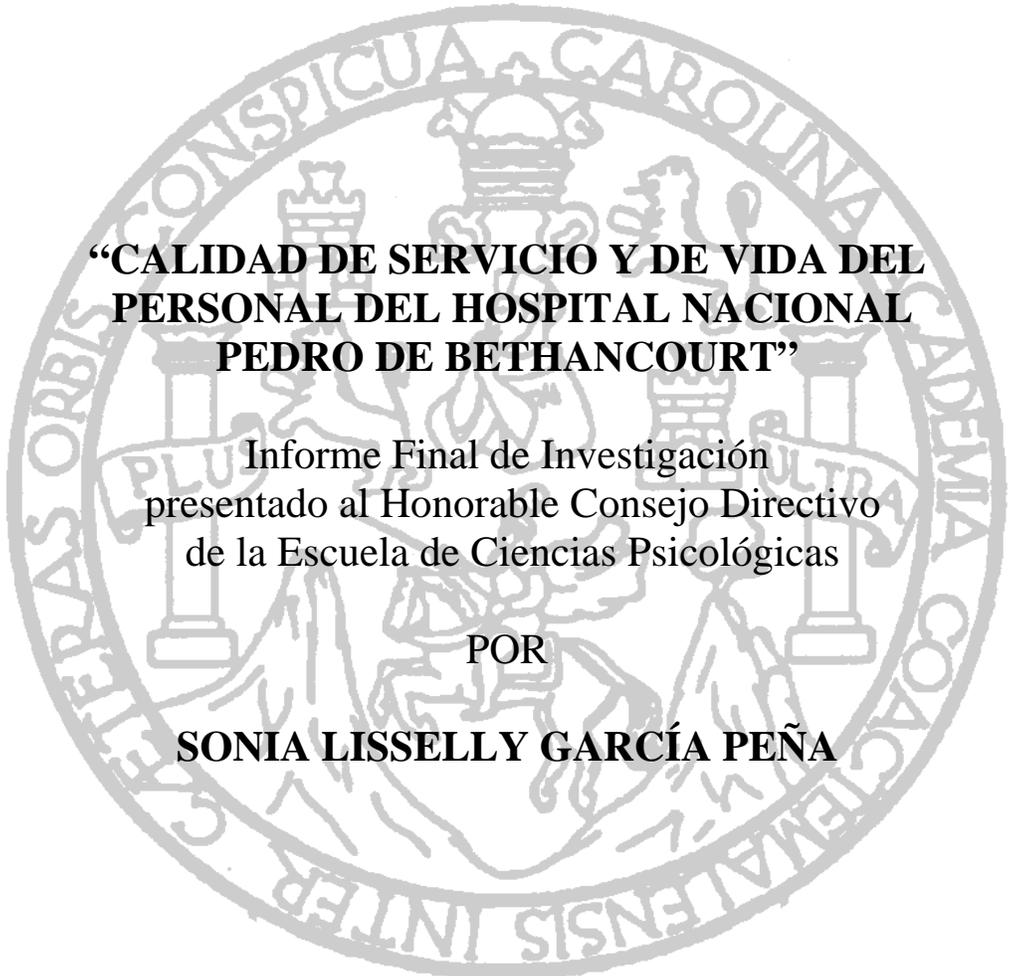


**“CALIDAD DE SERVICIO Y DE VIDA DEL
PERSONAL DEL HOSPITAL NACIONAL
PEDRO DE BETHANCOURT”**

SONIA LISSELY GARCÍA PEÑA

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2003

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS



**“CALIDAD DE SERVICIO Y DE VIDA DEL
PERSONAL DEL HOSPITAL NACIONAL
PEDRO DE BETHANCOURT”**

Informe Final de Investigación
presentado al Honorable Consejo Directivo
de la Escuela de Ciencias Psicológicas

POR

SONIA LISSELY GARCÍA PEÑA

Previo a optar el título de Psicóloga
en el grado académico de Licenciatura

GUATEMALA, NOVIEMBRE 2003

ACTO QUE DEDICO

A DIOS: Por ser él quien me a guiado e iluminado en todo momento, siendo él ser más especial de mi vida, mostrándome su AMOR todos los días, a través de su presencia reflejada en la naturaleza. Te Amo.

A LA VIRGEN MARIA AUXILIADORA: Por ser el mejor ejemplo de mujer, y por permitirme estudiar en su casa desde que era una niña.

A MIS PAPÁS: Por ser las personas más cercanas a mí, quienes me han apoyado incondicionalmente en todos los proyectos de mi vida. Los quiero Mucho. Sonia de García. Por sus consejos, comprensión, aceptación y ser una mujer luchadora, quien es testimonio de vida. Adolfo García por estar siempre en todos los momentos de mi vida, por entregarme su amor.

A MIS HERMANOS: Christian García y Negly García. Por apoyarme en algunos momentos difíciles de mi vida, lo cual ha sido de gran importancia. Gracias de corazón.

A MI SOBRINO: Christopher por ser la alegría e inocencia de la casa. Te quiero Mucho.

A MIS ABUELITOS: Quienes son los pilares de mi familia. Josefina Morataya por compartir sus recuerdos y darme consejos de sabiduría. Eulalio García por su ejemplo de vida y su amor. Carmen de Peña por su gran amor y motivación a seguir adelante. Daniel Peña por hacerme sentir una persona especial al brindarme su amor puro y sincero.

A MIS TIOS Por su cariño sincero y estímulo en todo momento. Domingo Molineros, Regina de Molineros, Arturo Peña, Etelvina Peña, Luis Peña y Salomón García.

A MIS PRIMOS Y PRIMAS Ingrid, Brenda, Senia, Carmen, Nadia, Edgar, Luis, Daniel y Wendy. Por demostrarme su cariño, apoyo y la alegría de compartir diferentes momentos. Gracias los quiero mucho

A UN SER ESPECIAL: Gerardo Pérez por su amor, comprensión y por el apoyo en la última etapa de este proyecto. Te Quiero

A MIS AMIGOS Y AMIGAS Por ser parte de mi vida, en las diferentes situaciones y dejarme compartir sus vidas en especial a Lucrecia Quiróa, Claudia de Paz, Jessika Ruano, Ivette Joaquín, Patricia Orantes, Sor Cecilia Caril, Nancy Velíz. T.L por ser una motivación a continuar en especial a Araceli Escobar, Heidy Sánchez, Vania Gómez, Patricia Franco. Hilda por ser una súper amiga. Lilian de Peña por su cariño y atención especial y a German López por ser un gran amigo. Los quiero Mucho.

A MIS MADRINAS Licenciada Senia Yudith Peña Por ser un ejemplo de profesionalismo y de vida que me motiva a seguir sus pasos Licenciada Lucrecia Martínez Por ser una persona incondicional, sincera y dispuesta a compartir sus conocimientos. Gracias.

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto María Auxiliadora
Por ser mí segundo hogar.

A la universidad San Carlos de Guatemala
Por ser mi casa de estudios.

Escuela de Psicología
Por su formación académica.

A l@s diferentes Licenciad@s que con su presencia
y ejemplo me motivaron a seguir adelante.

A la Licda. Ninet Muñoz por ayudarme a descubrir mi verdadera esencia y a ser lo que yo
quiero ser.

Al departamento de EPS en especial al Lic. Josué Samayoa por su apoyo y confianza y al
Lic Estuardo Espinoza por su dedicación y orientación.

A José Reyes, Sonia de García, Hilda Guzmán, Adolfo García, Gustavo Letona y Negly
García por ayudarme a la realización del presente informe.

Al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt y a las autoridades del mismo por darme la
oportunidad de realizarme como persona y como profesional.

A todo el personal del Hospital por darme la oportunidad de conocerlos, aceptarme y dejar
que compartiera diferentes situaciones de aprendizaje con ustedes.

A las compañeras de EPS por los momentos compartidos.

A todas las personas que a lo largo de mi vida me han enseñado su propia sabiduría de
vida.

NOMINA DE MADRINAS



Reina Lucrecia Martínez Ventura
Licenciada en Psicología
Terapista del Lenguaje
USAC



Senia Yudith Peña Díaz
Licenciada en Administración
y de Negocios
UNITEC (Honduras)

SINTESIS DESCRIPTIVA

El Informe de Ejercicio Profesional Supervisado Titulado “Calidad de Servicio y de Vida del Personal del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt” se ejecutó en la Aldea San Felipe de Jesús, ubicada en el Departamento de Sacatepéquez. Tomando en cuenta la problemática observada en la Institución el Objetivo del Proyecto fue: Promover La Calidad de Vida del Personal Técnico Administrativo, mejorando la motivación interna y externa para la realización de su proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo e Inducir a Mejorar la Calidad del Servicio del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en las diferentes Áreas del Personal, promoviendo las relaciones interpersonales y el control de calidad del trabajo.

Para lo cual se realizó a través de sub programas:

Servicio; En donde se brindó atención individual a las diferentes personas que lo solicitaron o fueron referidas, utilizando especialmente tres tipos de terapias, según las características del paciente: La Terapia Centrada en el Cliente, La logoterapia , y la Terapia Cognitiva de la Depresión.

A nivel grupal se brindó asesoría a los diferentes departamentos del Personal en situaciones conflictivas laborales que se presentaron durante el proceso del proyecto, contando con el apoyo de la Dirección y en especial con los jefes de cada uno de los departamentos.

Y elaboración de Talleres de relajación utilizando las técnicas de Relajación Yóguica (Savasana), gimnasia respiratoria, Aromaterapia, Visualización (viajes imaginarios), Masoterapia (masaje energético), Musicoterapia con el objetivo de bajar el nivel de estrés.

Docencia

Presenta tres formas importantes de trabajo realizándose simultáneamente en cuanto a tiempo:

La primera se centra en el Personal Técnico Administrativo elaborando dos fases de talleres los cuales tenían como tema central; La Motivación y Proyecto de Vida para la Autorrealización.

La segunda forma de trabajo se organizó conjuntamente con el Director del Hospital el Dr. Gustavo Palencia, para realizar Círculos de Calidad según la problemática actual.

La tercera forma de trabajo se realizó conjuntamente con los jefes de los departamentos programando charlas adecuadas para poder mejorar las situaciones que se presentaron a lo largo del proyecto.

Investigación

Se investigó los **Factores primordiales que desencadenan la falta de Motivación del Personal Técnico Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt** a través de la Investigación por Indagación Naturalística; la que se centra en el estudio de personas en sus ambientes naturales.

Brindando al área del personal la oportunidad de crecer por medio de la realización de su proyecto de vida, mejorar las relaciones humanas entre sus compañeros y por ende, el Hospital se vio beneficiado con el mejoramiento de la Calidad del Servicio.

INTRODUCCION

El presente proyecto se realizó en la Aldea San Felipe de Jesús de Antigua Guatemala del Departamento de Sacatepéquez en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt con el Personal Técnico - Administrativo; comprendidos en las edades de 20 a 60 años, quienes provienen de las diferentes aldeas del Municipio de Antigua Guatemala, de nivel socio-económico medio, medio-bajo ó bajo, de origen ladino, mestizo e indígena. Y con el Personal Médico que pertenece a un nivel económico medio, medio alto y alto, quienes residen en la ciudad capital, municipios cercanos a la Antigua Guatemala y en la misma.

Para la realización de dicho Informe se ejecutó una visita diagnóstica a la Institución y Comunidad en donde se evidenció la problemática de la misma por medio de observación directa y entrevistas con personas claves de la institución, recabando datos sobresalientes al proyecto, realizando seguidamente visitas a bibliotecas para consultar bibliografía relacionada con los diferentes temas que se abordaron, inspecciones a diferentes direcciones de Internet utilizando técnicas de resumen, paráfrasis y análisis de contenido para estructurar adecuadamente el mismo. La ejecución del mismo se realizó a lo largo de seis meses en la institución en donde se trabajaban paralelamente los sub programas según las necesidades de la población y la metodología elegida con anterioridad. En donde se evidenció de manera directa diferentes situaciones que afectan a la motivación de los empleados, los cuales se ven influenciados por actitudes negativas del entorno.

Dicho proyecto se ejecutó de la manera posteriormente descrita ya que las necesidades observadas en el período Diagnóstico Institucional fueron:

Falta de **Motivación** a nivel interno y externo del personal Técnico-Administrativo mostraba para realizar sus actividades laborales y personales, ya que existe dentro de la institución un ambiente de desmotivación a nivel general, lo cual crea inadecuadas **relaciones humanas** entre compañeros de trabajo y los pacientes del mismo.

Evidenciando un grado de **Estrés Excesivo** lo que influye notablemente a las actitudes negativas que presentan en sus diferentes esferas laboral, familiar, social y personal.

Por lo que muestran una actitud de acomodación ante la vida ya que su mayor motivación es la jubilación sin pensar en un **Proyecto de Vida**, que les dará la oportunidad de ocupar su tiempo en lo que a ellos les guste, sintiéndose útiles y productivos para la sociedad, evitando así la depresión y frustración.

Y las inadecuadas **relaciones interpersonales** que presentan los médicos entre sus colegas y el personal Técnico Administrativo lo cual se refleja en el trato a sus subalternos, sentimiento de superioridad que algunos de ellos manifiestan hacia las demás personas lo que a nivel general crea deficiencia en la calidad de servicio del Hospital hacia los pacientes, a todo nivel laboral.

Para la realización del mismo la epesista contó con el apoyo del Director de la Institución, El jefe de Personal de Recursos Humanos y las Psicólogas del Hospital, quienes le proporcionan el espacio físico de trabajo y respaldo en las diferentes situaciones que se le presentaron; facilitándole el tiempo para entablar comunicación con el personal, accesibilidad de horario de trabajo para que los empleados utilicen el servicio psicológico en los diferentes sub programas.

El trabajo Psicológico que se realizó a nivel laboral fue de suma importancia para la Salud Integral de los empleados, ya que con este servicio se motivó a los trabajadores, a realizar adecuadamente sus labores, por una satisfacción personal y así llegar ellos a sentirse útiles para la sociedad y por ende auto-realizarse, motivándose a superarse a nivel económico, intelectual o personal, por medio de un Proyecto de Vida. Y no se les manipuló para que fueran máquinas de trabajo en bien de la productividad. Logrando así inducir a un Clima Organizacional, en donde la opinión de cada uno de las personas es importante ya que son un equipo de trabajo, con un objetivo en común.

CAPITULO I

ANTECEDENTES

1.1 Monografía del Lugar *

La Aldea de San Felipe de Jesús fue fundada en el siglo XVII por la disposición del muy Noble Ayuntamiento de la entonces Metrópoli del Reino de Guatemala, Santiago de Los Caballeros de Guatemala, hoy La Antigua Guatemala; en el Valle que se encuentra al pié de las Colinas de “El Rejón”, a dos kilómetros al norte de San Felipe de Jesús se le asignó para rendir homenaje a uno de los primeros Santos nacidos en el Nuevo Mundo, ya que San Felipe de Jesús nació el 01 de Mayo de 1,572 en México, hijo de padres españoles que se habían establecido en la Nueva España, pocos meses antes, San Felipe de Jesús se dirigió en busca de aventuras, ingresó a la orden Franciscana y cuatro años después, el 05 de febrero de 1,597, murió martirizado en la isla de Nagasaki, Japón dando testimonio de su fe.

Los primeros vecinos que se establecieron en el Valle, en el siglo XVII, construyeron un modesto oratorio pajizo que en 1,760 fue consumido por un incendio, salvándose milagrosamente las imágenes de San Felipe Apóstol, patrono del oratorio, así como la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente. A iniciativa de presbítero Don Manuel Francisco Barrutia, en 1,819 se procedió a construir un nuevo oratorio en el mismo solar y un año más tarde, en 1,820 se inauguró y fue puesto al culto religioso, ante el regocijo de los fieles y vecinos de la aldea.

En 1,978 se inició la reconstrucción y ampliación de la iglesia quedando terminada en 1,984. El 01 de diciembre de 1,984 se consagró el Santuario y el Altar Mayor. En 1,986 es elevada a la categoría de vicaría episcopal, el 27 de julio de 1,986 por disposición de la venerable Curia Eclesiástica, siendo nombrado para ocupar tan delicado cargo, Monseñor José Ramiro Pellecer Samayoa. El 02 de Mayo de 1,986 es consagrada la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente a cargo del Revmo. Monseñor Próspero Penado del Barrio, Arzobispo de Guatemala.

* Referencia: Documento Monográfico del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, propiedad del mismo.

La Aldea de San Felipe de Jesús cuenta con una altura sobre el nivel del mar de 1,535 metros, goza de un clima templado y agradable, en los diferentes meses del año.

Población: De acuerdo al último censo de 1,996, la aldea de San Felipe de Jesús tiene una población de 7,000 habitantes, integrada de la siguiente forma:

| | |
|----------|-------|
| Hombres: | 3,500 |
| Mujeres: | 2,000 |
| Niños: | 1,500 |

Orografía: La Aldea de San Felipe de Jesús colinda con el Cerro de la Cruz y está al pie de la Colina de El Rejón, a dos kilómetros al norte de la Ciudad de Antigua Guatemala. Entre sus principales Fincas cafetaleras están: La Quinta y La Folié.

Integración Económica: Sus habitantes se dedican a la agricultura en su mayoría, existiendo además excelentes artesanos y profesionales, de los cuales muchos trabajan para el Hospital Nacional Pedro de Betancourt.

Sus principales productos agrícolas son el café, maíz, frijol, hortalizas variadas, flores y árboles frutales de diversas clases: entre las artesanías se pueden mencionar muebles y adornos tallados en maderas finas y objetos zoomorfos de barro cocido de buena calidad, lo cual lo realizan en sus casas y algunos de ellos comercializan en las mismas y otros en el mercado de la Aldea de San Felipe de Jesús y en sus alrededores, efectuando su comercio con la cabecera departamental y la ciudad capital.

Una parte de sus habitantes se dedica a la venta de comida típica en la plazuela central de la aldea, siendo: atol de elote, atol blanco, arroz en leche, dulces típicos del área, rellenitos, así como artesanías propias del lugar.

Aspecto Social: El núcleo familiar, tiene un promedio de 5 a 7 integrantes, tomando en cuenta que existen algunas familias con más integrantes. Su idioma es el español. Los ladinos conforman el 99% y el 01% es de indígenas de etnia Cakchiquel, teniendo un bajo nivel socioeconómico.

Servicios Básicos Urbanos: Cuentan con los servicios públicos de: agua potable, alumbrado eléctrico, vías de comunicación, transporte, teléfonos, hospital y una auxiliatura de la Municipalidad.

Infraestructura: En su amplia plazuela se encuentra una hermosa fuente colonial (siglo XVII) y al norte de la misma, la auxiliatura municipal en donde funcionan otras oficinas de servicio comunal; al oriente y al poniente, un mercado de artesanías, comedores y otros centros comerciales para la afluencia de turistas al mismo.

Aspecto Socio-Cultural: Sus habitantes profesan en su mayoría la religión Católica, otros la Evangélica, y una minoría la Mormona. Dentro de las festividades que se celebran está el 01 de mayo cuando celebra la fiesta Patronal de San Felipe Apóstol, con actos religiosos, culturales y deportivos, sociales y populares, también la del Jueves de Ascensión del Señor, la del Corpus Christi, el 25 de julio día de Santiago de los Caballeros y la de Navidad

Centros Educativos: La aldea cuenta con una escuela rural mixta, llamada San Felipe de Jesús, de nivel primario y un colegio llamado Centro Psicopedagógico Antigüeño que atiende nivel primario, básico y diversificado.

Aspecto Político: No existen filiales a los partidos políticos. La administración pública la ejerce la Municipalidad de la Antigua Guatemala y la Alcaldía Auxiliar de la Aldea de San Felipe de Jesús, cuenta con un comité pro-mejoramiento para la aldea. La auxiliatura está integrada por: un auxiliar de la alcaldía y un encargado de repartir la correspondencia a toda la aldea.

1.2 Descripción de la Institución:

Antecedente: Cuando se construyó la Catedral de Guatemala, se dispuso de las rentas de los diezmos recaudados por la iglesia, se separaron la novena y media parte para la fabricación y manutención de un hospital para los eclesiásticos. Se trataba de favorecer a los sacerdotes, diáconos, subdiáconos pobres que enfermaran, pero como las rentas de la iglesia eran mínimas, los obispos y el cabildo eclesiástico dispusieron que el producto de la disposición

serviera para repartir el dinero como limosnas que se daban los sábados en la misma iglesia, y así se acostumbró hasta el año 1,646 en que el Obispo Dr. Bartolomé González Sotero, observando que ya entonces las rentas había aumentado dispuso suprimir las limosnas y construir un Hospital Eclesiástico, y desde luego se comprara una casa o predio donde se construyera éste.

No faltó sin embargo, lo inesperado, el obispo murió y no se volvió a tratar el asunto hasta el 15 de octubre de 1,654, en que el Cabildo Eclesiástico ordenó poner en obra el Hospital, trazándolo el 03 de noviembre siguiente.

Hecha la bendición de la casa, así como de la primera piedra para la iglesia, que hizo Fray Payo Enríquez de Rivera, en noviembre de 1,662, en mayo de 1,663 comenzaron a llegar los enfermos nombrándose entonces para primer rector del Hospital a Don Antonio Álvarez de la Vega y como enfermero y ecónomo a Don Salvador Nabrija.

Los religiosos de San Juan se hicieron cargo de la administración del hospital, en mayo de 1,663 y 02 de diciembre del mismo año, cuando tanto el hospital como el Templo ya estaban terminados, fueron bendecidos por el Obispo Fray Payo Enríquez de Rivera, trasladándose enseguida provisionalmente la catedral al referido templo, hasta el 06 de noviembre de 1,680 en que se estrenó la nueva.

Con el terremoto de 1,773, la situación varía completamente, las casas de beneficencia pública sufrieron trastornos y el Hospital que se encontraba tan ordenado, se vio en circunstancias tan aflictivas por el hecho de tener que atender no solamente al elemento clerical, sino a toda clase de personas.

Se construyó todo lo que se pudo, especialmente se hizo su iglesia que se estrenó el 24 de octubre de 1,869 con el nombre de San Juan de Dios, pero la suerte se presentaba tan voluble, pues a causa de generalizar el servicio para hombres, mujeres y niños en su estado seglar, los religiosos tuvieron que dejar la administración, sustituyéndolas en 1,865 las Hermanas Capuchinas de la Divina Pastora, congregación fundada por Fray Pedro de Elisa. Las Hermanas Capuchinas dejaron de prestar sus servicios en 1,869, fueron sustituidas por las Hermanas de la Caridad.

Hoy la Institución se le conoce como Hospital Nacional “Pedro de Bethancourt” y su nueva ubicación es en la Aldea de San Felipe de Jesús, cuenta con un edificio adecuado con todos los servicios, personal y equipo indispensable, beneficiando así a más de 22,000 personas por año, fue inaugurado en 1,991 y un año más tarde inició sus labores, está construida al sur oriente de la aldea en un terreno que mide aproximadamente siete manzanas, cedido por el Muy Noble Ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1,972 de donde depende, así como de la Dirección del Sistema Integral de Atención en Salud, y de la Dirección Área de Salud.

Está compuesto fundamentalmente por una Dirección Ejecutiva, Comités de Apoyo, por una Sub-Dirección Ejecutiva y una Sub-Dirección Administrativo Financiera, de la primera subdirección se desprenden todos los servicios Médicos y Servicios Técnicos de Apoyo, de la segunda se desprenden la Jefatura Administrativa y Financiera de donde dependen todos los Departamentos Administrativos y el de Recursos Humanos, teniendo también ingerencia en los servicios Técnicos de Apoyo.

Los Objetivos del Hospital Pedro de Bethancourt:

1. Prevenir Enfermedades (atención primaria)
 - a. Saneamiento del medio
 - b. Educación Sanitaria
 - c. Control del Niño Sano

2. Curar Enfermedades (atención secundaria)
 - a. Atención de Pacientes agudamente enfermos con tratamiento Médico Quirúrgico
 - b. Atención del paciente ambulatorio
 - c. Educación para recuperar la Salud
 - d. Atención a la Madre Embarazada
 - e.

3. Rehabilitación (Atención Terciaria)
 - a. Educación para mantener la salud
 - b. Integración al hogar
 - c. Seguimiento en Consulta Externa o en la Comunidad

Los Servicios con los que cuenta el Hospital son: Psicología, Estimulación Temprana, Ginecología, Pediatría, Nutrición de Niños, Nutrición de Adultos, Cirugía Plástica, Traumatología, Dermatología, Neurología, Odontología, Cirugía Menor, Fisioterapia, Endoscopia, Radiología, Laboratorio, Ultrasonido, Curaciones Varias, Servicio Social, Farmacia Interna y Externa, Programa para Diabéticos y Emergencia.

Recursos Físicos, Equipo y Materiales: El Hospital Nacional Pedro de Betancourt cuenta con cuatro niveles en donde se ubican los diversos servicios que brindan la atención necesaria a los pacientes que solicitan atención según su padecimiento. Cada nivel está provisto de dos oficinas que pertenecen a los médicos internos encargados de área y cada uno de los servicios tiene un puesto de enfermería con toda la papelería necesaria. Cuenta además con servicios sanitarios, higiénicos y desinfectados en cada uno de los niveles los cuales están a disposición del personal, y otros servicios que cuentan con duchas tanto para pacientes internos, externos, personal del Hospital y visitantes. También consta de un salón de Dirección en el que se llevan a cabo sesiones o charlas y un salón de usos múltiples para el personal de la Institución, el cual tiene una capacidad para 35 a 50 personas aproximadamente. Cuenta con áreas recreativas en cada nivel que sirven de entretenimiento para los pacientes, en las cuales pueden ver televisión.

Recurso Humano: Cada departamento del Hospital cuenta con un equipo que comprende: dos médicos graduados con especialización por servicio, quienes pasan visitas por la mañana todos los días acompañados de los estudiantes de quinto y/o sexto año de medicina los cuales chequean signos vitales; dos enfermeras graduadas que son las encargadas de supervisar la administración de fármacos a los pacientes de cada departamento; cuatro enfermeras auxiliares, quienes se encargan de administrar los medicamentos. En cada uno de los servicios hay personas encargadas de realizar la limpieza y de proporcionar la alimentación a los pacientes. Los Departamentos Administrativos cuentan con un jefe, una secretaria y el equipo de personas necesarias de acuerdo al tipo de trabajo.

El Hospital también cuenta con pilotos de ambulancias, de vehículos para diligencias y encargados de garitas: de personal y de emergencia. Siendo el personal de enfermería y mantenimiento los grupos mayoritarios.

1.3 Descripción de la Población Atendida:

Personal Técnico Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancour, comprendidos en las edades de 20 a 60 años. Quienes provienen de las diferentes aldeas del Municipio de Antigua Guatemala como lo son; San Felipe, Jocotenango, San Lorenzo, Ciudad Vieja, San Juan El Obispo, San Miguel Dueñas, Alotenango y Pastores. Algunos de ellos provienen de San Lucas, Santa Lucia Milpas Altas y Chimaltenango.

De un nivel socio-económico medio, medio-bajo ó bajo, de origen ladino, mestizo e indígena. Pertenecientes a familias en donde ambos cónyuges deben de trabajar debido a la situación económica, descuidan indirectamente a los hijos en las diferentes etapas de su vida. Madres solteras quienes tiene la responsabilidad total de su hogar, por lo cual exceden en el trabajo cubriendo diferentes turnos, por lo que muestran agotamiento físico y mental, presentan diferentes expresiones negativas en su conducta en el área laboral. Personas de la tercera edad quienes viven solas y no tienen quien los espere en su hogar por lo que prefieren trabajar en exceso con la mayor cantidad de turnos en el hospital. Y personas solteras que vienen con su familia nuclear quienes estudian una carrera universitaria y buscan superación personal, siendo una minoría del personal Técnico Administrativo.

El nivel educativo de los mismos es aproximadamente un 25% nivel primario (sexto grado), un 30% nivel básico (Tercero Básico), un 35% a nivel diversificado y un 10% nivel profesional universitario.

El Personal Técnico Administrativo se divide en diferentes áreas las cuales son:

- a. Enfermeras: - Profesionales
-Auxiliares
- b. Personal de Alimentación
- c. Intendencia
- d. Seguridad
- e. Área Verde
- f. Lavandería

- g. Mantenimiento
- h. Calderas
- i. Farmacia
- j. Laboratorio
- k. Rayos X
- l. Patología
- m. Patrimonio
- n. Almacén de Material Medico Quirúrgico
- o. Almacén de Suministros
- p. Transporte
- q. Administración

El Personal médico pertenece a un nivel económico medio, medio alto y alto, quienes residen en la ciudad capital, municipios cercanos a la Antigua Guatemala y en la misma. La mayoría de estos prestan sus servicios en otras Instituciones Hospitalarias o atienden pacientes particulares en sus clínicas. Teniendo el Título de Medicina General y sus diferentes especialidades como lo son: Cirugía, Gineco-obstetricia, Pediatría, Anestesiología, Traumatología, Ortopedia y Odontología.

1.4 Planteamiento del Problema

El personal Técnico-Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancour mostró falta de **Motivación** a nivel interno y externo para realizar sus actividades laborales y personales, ya que existe dentro de la institución un ambiente de desmotivación a nivel general, lo cual crea inadecuadas relaciones humanas entre compañeros de trabajo y los pacientes del mismo. El nivel de motivación interna se ve afectada en las diferentes actitudes personales y familiares que presenta siendo estas: Desinterés, aburrimiento, mal humor, tristeza, desesperanza, falta de voluntad, pesimismo, inseguridad y minusvalías

Debido a las diferentes situaciones que presentan los mismos viven con un grado de **Estrés Excesivo** lo que influye notablemente a las actitudes negativas que presentan entre los compañeros de trabajo y la atención a los pacientes tanto

a nivel interno como externo. Pertenecen a un nivel socio-económico medio, medio-bajo ó bajo, por lo que deben de trabajar ambos cónyuges descuidando indirectamente a los hijos en las diferentes etapas de su vida, deforman la relación de pareja, algunas son madres solteras que exceden en el trabajo cubriendo diferentes turnos manifestando agotamiento físico y mental, personas de la tercera edad quienes viven solas y trabajan en exceso en el hospital y personas solteras que vienen con su familia nuclear, quienes estudian una carrera universitaria y buscan superación personal siendo una minoría del personal Técnico Administrativo.

La meta primordial de la mayoría de los trabajadores es su jubilación ya que ellos consideran que esta será la felicidad que tanto han anhelado para su retiro laboral, sin pensar en un **Proyecto de Vida**, que les dará la oportunidad de ocupar su tiempo en lo que a ellos les guste sintiéndose útiles y productivos para la sociedad, evitando así la depresión y frustración que han sufrido personas que se jubilaron de dicha Institución. Lo cual ha generado un ambiente de acomodación ante su realidad sin buscar la manera de superarse a nivel económico, profesional y personal. Teniendo los medios necesarios para realizarlo, ya que algunos de ellos tienen un Título Universitario o están por Cerrar su carrera y no buscan la manera de abrirse campo en su profesión, otros tienen la oportunidad seguir estudiando, obtener ingresos económicos, ocuparse en actividades culturales, deportivas y sociales para encontrar calidad de vida y se limitan de ello.

Los Médicos presentan malas **relaciones interpersonales** entre sus colegas y el personal Técnico Administrativo, lo cual se refleja en el trato a sus subalternos por medio de mala comunicación y actitud de superioridad que algunos de ellos reflejan hacia las demás personas.

A nivel general se observa deficiencia en la calidad del servicio del Hospital hacia los pacientes, a todo nivel laboral. Lo cual se ve influenciado por lo anteriormente descrito.

CAPITULO II

REFERENTE TEORICO METODOLOGICO

2.1 Abordamiento Teórico Metodológico

La desigualdad social existe desde los albores de la civilización. En el siglo XX los científicos sociales han establecido una serie de indicadores para estudiar la desigualdad en los principales aspectos de la vida; entre ellos están el ingreso, la raza, la influencia política, la educación, el género o, más recientemente, la calidad de vida.

Los orígenes históricos de la desigualdad social son muy variados y, en algunos casos, han sido resultado de las conquistas. Por ejemplo, el sistema de castas de la India, que ostentó el récord más prolongado de desigualdad institucionalizada hasta hace unas décadas, se desarrolló como resultado de la invasión de los pueblos arios del noroeste y de la diferenciación étnica de los nativos. El colonialismo ha provocado el racismo hacia los indígenas, a veces poblaciones minoritarias, como los indígenas americanos o australianos. (1) Siendo este el caso de Guatemala, en especial en el Municipio de Antigua Guatemala.

Otros tipos de desigualdad social son el sexismo, la diferencia de clase social (endémica en los países industrializados) y la derivada del desarrollo económico del planeta, que separa a las naciones industrializadas más avanzadas de las más pobres (Subdesarrollo). El ingreso es el eje de la desigualdad social. En los países desarrollados, en la medida en que domina el mercado, se produce un alto grado de desigualdad. En los Estados de bienestar se tiende a fomentar la igualdad, pero como la redistribución económica abarca por lo general sólo el 20% del ingreso total, la distribución neta sigue siendo muy desigual.

En Guatemala se marca notablemente la desigualdad social a todo nivel ya que esto crea disconformidad en las diferentes clases sociales en especial en las menos favorecidas; como lo son las áreas marginales las que no cuentan con los recursos básicos para la supervivencia y por ende no son capaces de alcanzar una calidad de vida.

¹"Desigualdad social," *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2000*.

La UNESCO publica cada año los índices de calidad de vida de los países más avanzados, aunque no están necesariamente vinculados al producto nacional bruto (PNB). También persisten otros tipos de desigualdad social. Las estadísticas sobre sanidad, mortalidad, vivienda, educación y bienestar muestran una marcada desigualdad entre clases, grupos y minorías, a pesar de que la tendencia hacia una mayor igualdad varía entre los países y las estructuras sociales de cada sociedad. (2)

El desarrollo se refiere a las personas y no a los objetos. El mejor proceso de desarrollo será aquel que permita elevar más la calidad de vida de las personas.

La calidad de vida dependerá de las posibilidades que tengan las personas de satisfacer adecuadamente sus necesidades humanas fundamentales. (3)

En Guatemala no contamos con la calidad de vida ya que somos un país subdesarrollado y por ende no tenemos los recursos necesarios para mejorar nuestro nivel de vida en las áreas de la educación, economía, vivienda, salud, política y principalmente psicológica debido al medio en que nos desarrollamos.

Para que haya desarrollo es imprescindible que la economía se especialice y aparezca la división del trabajo: a medida que las personas van desempeñando funciones más específicas y aumenta el nivel de producción, la productividad del trabajo, aumenta. (4)

La economía de un país poco desarrollado puede definirse como pobre; ésta puede crecer y crear riqueza y, sin embargo, dejar a grandes capas de la población sumidas en la miseria

Durante la segunda mitad del siglo XX se ha empezado a tener conciencia de las dificultades que atraviesan la mayoría de los países en vías de desarrollo, muchos de los cuales fueron antiguas colonias de los países industrializados. Por ello, el término 'economía del desarrollo' ha pasado a ser sinónimo del estudio de las soluciones que podrían aplicarse en estos países para erradicar la pobreza. De igual forma, los historiadores económicos han analizado los procesos de desarrollo de los países industrializados y coinciden en que estos también fueron subdesarrollados. (5)

2. CORRALIZA JOSE ANTONIO, Psicología Social, Procesos Psicosociales y Marcos Físicos. Mac Graw Hill, 1992.

3. Sociólogo Guatemalteco, Conferencia sobre la Desarrollo Social.

4. CUDICIO CATHERINE, PNL y Comunicación, Management p.216

5. CORRALIZA JOSE ANTONIO, Psicología Social, Procesos Psicosociales y Marcos Físicos. Mac Graw Hill, 1992.

En Guatemala más del 70% de las familias perciben ingresos económicos por debajo de la canasta básica (INE, 1993) lo que obliga a la totalidad de sus miembros a desempeñar una actividad generadora de ingresos para el hogar, dentro del sector informal y economía subterránea. En la medida que los ingresos se reducen los principales gastos son destinados al alimento y al transporte, y al reducirse la capacidad adquisitiva, empiezan a sacrificarse satisfactores como vivienda, vestido y educación; posteriormente se sacrifican otros satisfactores como alimentación, con el consecuente deterioro del estado nutricional y la salud familiar.

La Salud Mental es el estado que se caracteriza por el bienestar psíquico y la autoaceptación. Desde una perspectiva clínica, la salud mental es la ausencia de enfermedades mentales. Para hablar de Salud Mental en Guatemala debemos tomar en cuenta el medio que rodea a los individuos, ya que si este es negativo o desfavorable para los mismos, no es fácil adquirir Salud Mental; ya que influye directamente en las relaciones interpersonales e intrapersonales que generan en el individuo diferentes problemáticas. Partiendo de que el individuo es eminentemente un ser social, no debe verse sólo, aislado sino en función del medio, de la sociedad que lo rodea. (06) En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad, estrés u otro tipo de trastornos emocionales. A ello habría que sumar el alcoholismo, que en muchos países va en aumento, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social.

Actualmente asesores e investigadores de la Psicología Social han trabajado para mitigar los problemas en las relaciones étnicas, internacionales, laborales e industriales, en las económico-políticas, en la educación, la publicidad y la salud mental comunitaria. Las industrias, organizaciones, escuelas y grupos de trabajo de diversa índole recurren regularmente a los servicios de los psicólogos para mejorar las relaciones interpersonales, aumentar la comprensión de las relaciones entre los miembros de los grupos en conflicto, y diagnosticar y ayudar a corregir los problemas en la productividad del grupo y la organización. (7) Creando así Salud Mental a nivel grupal en la sociedad.

6. PRONICE Salud Mental en la Escuela REDD BARNA Guatemala, 1997.

7. CHAVENATO IDALBERTO, Administración de Recursos Humanos "Las Personas" Mc Graw-Hill pág. 65 1999.

Toda conducta está determinada por múltiples factores: los genéticos o hereditarios y los situacionales o del medio. Los primeros hacen referencia a la conducta innata (instintiva) que existe en el individuo al nacer; los segundos, a la conducta concreta que se da ante una determinada situación (aprendida). El estudio de la conducta no se limita a investigar la evolución de ciertas etapas formativas en el individuo, como la infancia o adolescencia, sino que va unida a su desarrollo físico desde el nacimiento hasta la muerte. (8)

En Guatemala actualmente el campo psicológico está siendo aceptado paulatinamente, ya que la mayoría de la población cree que dicha área de estudio es para personas que están “locas” y no tienen el punto de vista que la Psicología ayuda a regenerar la problemática psicosocial de los individuos tanto a nivel personal como grupal, a través de diferentes técnicas y métodos especializados para cada uno de los problemas que se puedan presentar. Por lo cual se debe de seguir abriendo el espacio psicológico a nivel general en la población guatemalteca. En las diferentes áreas como lo es; Clínica, Educativa, Social e Industrial.

Psicología Industrial o laboral: estudia los factores que intervienen en las relaciones laborales y el comportamiento en el lugar de trabajo, utilizando los conceptos y los métodos de la psicología para ayudar a las organizaciones a seleccionar e instruir a los empleados, elevar su autoestima y productividad, controlar los factores de estrés laboral, promover las conductas de prevención de la salud en el trabajo y evaluar las reacciones de la gente frente a ellas.

Trabajo; el esfuerzo necesario para suministrar bienes o servicios mediante el trabajo físico, mental o emocional para beneficio propio o de otros. En el lenguaje actual tiende a diferenciarse entre trabajo remunerado y trabajo gratuito.

Se suele denominar trabajo remunerado al empleo bajo contrato a cambio de un sueldo o salario; suele ser considerado como un intercambio de esfuerzos en un lugar determinado y dentro de un horario específico. Sin embargo, estas características están asociadas a la industrialización, con su organización en fábricas y oficinas, que, en su conjunto, fue una actividad masculina.

Así, el trabajo en el sentido de empleo ha sido básicamente masculino hasta la reciente incorporación de la mujer. Históricamente la definición de trabajo en su sentido más amplio es incorrecta, ya que de hecho en su mayor parte ha sido realizado por mujeres, especialmente en el hogar y en las prácticas de crianza. El impacto de la cultura industrial ha sido tan grande que se ha llegado a asociar el concepto de trabajo con el de la fábrica o la empresa, cuando, por el contrario, actualmente se realiza cada vez más en lugares como el hogar, la comunidad y los centros de recreo.

En el siglo XX se ha reducido el número de horas de trabajo (por día, semana, año) al mismo tiempo que se han ampliado el periodo de la infancia y los beneficios de la jubilación.

Teoría del valor trabajo, principio que afirma que el valor de un bien o servicio depende de forma directa de la cantidad de trabajo que lleva incorporado. Adam Smith pensaba que el trabajo era la unidad de medida exacta para cuantificar el *valor*, pero no el factor determinante de los precios. Durante los 25 años posteriores al fallecimiento de Smith, David Ricardo desarrolló la teoría del valor trabajo en sus *Principios de economía política y de la imposición* (1817) en la que afirmaba que todos los costos de producción son, de hecho, costos laborales que se pagan, bien de una forma directa o bien acumulándolos al capital (por ejemplo, maquinaria adquirida gracias al esfuerzo de los trabajadores). (09) Por ello se defendía que los precios dependerían de la cantidad de trabajo incorporado en los bienes o servicios. Sin embargo, el posible fallo de la teoría es que si dos bienes se producen utilizando la misma cantidad de factor trabajo, pero uno de ellos utiliza más factor capital, el productor del bien intensivo en capital tendrá que recoger el valor de este capital e incluirlo en el precio si quiere obtener la misma tasa de beneficios o ganancias que la del productor del bien intensivo en trabajo. No obstante, la teoría del valor basada en el trabajo se convirtió en un principio fundamental en el pensamiento económico de Karl Marx, que suponía que sólo el factor trabajo podía crear valor. (10)

Control de calidad, proceso seguido por una empresa de negocios para asegurarse de que sus productos o servicios cumplen con los requisitos mínimos de calidad, establecidos por la propia empresa. Con la política de Gestión

09. DUNETTE D. MARVIN, *Psicología Industrial*, Ed. Trillas México Pág. 46

10. Idem. Pág 50

(o administración) de Calidad Óptima (GCO) toda la organización y actividad de la empresa está sometida a un estricto control de calidad, ya sea de los procesos productivos como de los productos finales. En el caso de producción de bienes, la GCO implica que tanto el diseño, como la producción y la venta, la calidad de los materiales utilizados y los procesos seguidos se ajustan a unos patrones de calidad establecidos con antelación.

Algunas veces este patrón viene definido por la ley; por ejemplo, la legislación relativa a la seguridad y materiales empleados en la fabricación de juguetes, o la legislación que regula las emisiones contaminantes de los coches. La exigencia de una mayor o menor calidad depende de muchos factores. Cuanto mayor es la vida del producto, menores serán las ventas, porque los consumidores no tendrán que volver a comprarlo, por lo que la calidad suele ser menor. La importancia otorgada durante los últimos años al control de calidad es una respuesta a la competencia japonesa basada en la calidad. Sin embargo, fue un asesor económico estadounidense, W. Edwards Deming, el que señaló que "el consumidor es la parte más importante de la línea productiva", (11) y el que enseñó a los japoneses los distintos métodos de control de calidad. Otro estadounidense, Joseph Juran, también desempeñó un papel crucial a la hora de promocionar la idea de vigilar la calidad y crear métodos de control. Entre los pasos que estableció para controlar la calidad destacan: la importancia de fomentar la idea de la necesidad de un control férreo de la calidad; la búsqueda de métodos de mejora; el establecimiento de objetivos de calidad y la aplicación de todo tipo de medidas y cambios para poder alcanzar estas metas; la necesidad de comprometer a los trabajadores en la obtención de una mayor calidad mediante programas de formación profesional, comunicación y aprendizaje, así como la revisión de los sistemas y procesos productivos para poder mantener el nivel de calidad alcanzado.

La Motivación es uno de los factores internos que requiere mayor atención. Sin un mínimo conocimiento de la motivación de un comportamiento, es imposible comprender el comportamiento de las personas. La Motivación, causa del comportamiento de un organismo, o razón por la que un organismo lleva a cabo una actividad determinada. En los seres humanos, la motivación engloba tanto los impulsos conscientes como los inconscientes. Las teorías de la

11. Enciclopedia de la Psicología, OCEANO, España Tomo 4

motivación, en Psicología, establecen un nivel de motivación primario, que se refiere a la satisfacción de las necesidades elementales, como respirar, comer o beber, y un nivel secundario referido a las necesidades sociales, como el logro o el afecto. Se supone que el primer nivel debe estar satisfecho antes de plantearse los secundarios.

Las personas son diferentes por lo que las necesidades varían de individuo a individuo y producen diversos patrones de comportamiento. Los valores sociales y la capacidad individual para alcanzar los objetivos también son diferentes. Existiendo tres premisas que explican el comportamiento humano:

1. El comportamiento es causado. Existe una casualidad del comportamiento. Tanto la herencia como el ambiente influyen de manera decisiva en el comportamiento de las personas, el cual se origina en estímulos internos y externos.
2. El comportamiento es motivado. En todo comportamiento humano existe una finalidad. El comportamiento no es causal ni aleatorio; siempre está dirigido u orientado hacia algún objetivo.
3. El comportamiento está orientado hacia objetivos. En todo comportamiento existe un impulso, un deseo, una necesidad, una tendencia expresiones que sirven para indicar los motivos del comportamiento. (12)

En los ambientes laborales de las instituciones públicas a nivel general en Guatemala y en especial en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt; el personal muestra desmotivación ya que se les toma como máquinas de trabajo y no como personas que tienen necesidades de relacionarse y sentirse parte de un ambiente, lo que produce un estado de tensión, insatisfacción, inconformismo y desequilibrio.

El psicólogo estadounidense Abraham Maslow diseñó una jerarquía motivacional en seis niveles que, según él explicaban la determinación del comportamiento humano. Este orden de necesidades sería el siguiente:

12. CHAVENATO IDALBERTO, Administración de Recursos Humanos "Las Personas" Mc Graw- Hill

(1) fisiológicas , (2) de seguridad, (3) amor y sentimientos de pertenencia, (4) prestigio, competencia y estima sociales, (5) autorrealización, y (6) curiosidad y necesidad de comprender el mundo circundante.

Ninguna teoría de la motivación ha sido universalmente aceptada. En primer lugar, muchos psicólogos, dentro del enfoque del conductismo, plantearon que el nivel mínimo de estimulación hacía a un organismo comportarse de forma tal que trataba de eliminar dicha estimulación, ocasionando un estado deseado de ausencia de estimulación. De hecho, gran parte de la fisiología humana opera de este modo. Sin embargo, las recientes teorías cognitivas de la motivación describen a los seres humanos intentando optimizar, antes que eliminar, su estado de estimulación. Con ello, estas teorías resultan más eficaces para explicar la tendencia humana hacia el comportamiento exploratorio, la necesidad –o el gusto– por la variedad, las reacciones estéticas y la curiosidad. (13)

El individuo, presionado por los distintos grupos sociales a los que pertenece, experimenta conflictos personales. Hoy, la socialización del niño se tiende a considerar como un conflicto entre el individuo y la sociedad. La inadaptación social y los trastornos mentales son conflictos psicológicos que de alguna forma fomentan distintos tipo de patologías sociales, como la delincuencia, la prostitución o el consumo de drogas. (14)

Conflicto, tensión que un individuo mantiene al estar sometido a dos o más fuerzas que se excluyen mutuamente. El neurólogo Sigmund Freud y su compatriota austriaco, el fisiólogo Josef Breuer, fueron los primeros en utilizar este concepto. Para Freud, el conflicto surge “cuando las respuestas de comportamiento, necesarias para satisfacer una motivación, no son compatibles con las requeridas para satisfacer otra”.

Posteriormente, Freud llegaría a la conclusión de que la represión de un conflicto, de forma parcial, puede ocasionar ansiedad y desembocar en una neurosis que a su vez puede iniciar con estrés.

13."Maslow, Abraham Harold," Hacia una psicología del Ser.

14. Idem. Pág. 145.

El conflicto puede aparecer a distintos niveles: a nivel verbal (por ejemplo, un individuo que desea decir la verdad pero tiene miedo de ofender); a nivel simbólico (cuando se dan dos ideas contradictorias), o a nivel emotivo (una impresión fuerte causa reacciones viscerales incompatibles con la digestión). La vida social también entraña un gran número de conflictos. (15)

La Actitud; forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. La actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado. Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas.

A lo largo de la vida, las personas adquieren experiencia y forman una red u organización de creencias características, entendiendo por creencia la predisposición a la acción. La actitud engloba un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación. Las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada.

La Voluntad se puede tomar como un aspecto o cualidad de la conducta, más que como una facultad diferenciada: es la persona la que dispone. Este acto de voluntad se manifiesta: primero, en la fijación del interés sobre metas más o menos distantes y modelos y principios de conducta abstractos hasta cierto punto; en segundo lugar, al ponderar vías alternativas de acción y efectuar acciones deliberadas que parecen mejor calculadas para servir a principios y metas específicos; tercero, en la inhibición de impulsos y hábitos que pudieran distraer la atención, o entrar en conflicto con un principio o un fin, y, por último, en la perseverancia frente a obstáculos y frustraciones en la persecución de metas y en la adhesión a principios establecidos previamente. Entre los defectos comunes que pueden conducir a la debilidad de la voluntad figuran la ausencia de objetivos que exijan esfuerzo o de ideales y modelos de conducta que merezcan ser considerados, atención vacilante, incapacidad para resistir los impulsos o romper hábitos, y la incapacidad para decidir entre alternativas o asumir una decisión, una vez tomada.

15. Vallejo Ruiloba, J. y otros. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Salvat Editores, 1984.

La Actitud y la voluntad están íntimamente ligadas a la motivación ya que dependiendo de estas puede o no existir la misma. Evidenciando que las actitudes sociales que se dan en las instituciones del Gobierno en Guatemala son predisposiciones negativas ya que estas estigmatizan al personal a nivel general, creando a su vez un ambiente de desmotivación.

La afectividad juega un papel fundamental en el desarrollo de la vida humana: mediante ella nos unimos a los otros, al mundo y a nosotros mismos. Este sentimiento aparece en las conductas más elementales de la vida animal y se va volviendo más compleja según nos elevamos en la escala. En el ser humano sufre un proceso de maduración y desarrollo desde la infancia, donde aparece como difusa y egocéntrica, hasta que en la vida adulta se diversifica como tonalidad que tiñe todo nuestro acontecer.

Trastornos de la Afectividad: Son aquellos trastornos en los que el síntoma predominante es una alteración del estado de ánimo. El más típico es la depresión, se caracteriza por la tristeza, el sentimiento de culpa, la desesperanza y la sensación de inutilidad personal. Su opuesta, la manía, se caracteriza por un ánimo exaltado, expansivo, megalomaniaco y también cambiante e irritable, que se alterna casi siempre con el estado depresivo.

A diferencia de la tristeza normal, o la del duelo, que sigue a la pérdida de un ser querido, la depresión patológica es una tristeza sin razón aparente que la justifique, y además grave y persistente. Puede aparecer acompañada de varios síntomas concomitantes, incluidas las perturbaciones del sueño y de la comida, la pérdida de iniciativa, el autocastigo, el abandono, la inactividad y la incapacidad para el placer.

La depresión; el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital (adolescencia, menopausia y andropausia, y en general los periodos de crisis o cambios importantes) parecen ser las más afectadas.

En psicopatología se reconocen dos grandes categorías dentro de la depresión, aunque en ambos la perturbación del estado de ánimo es el síntoma principal. En la primera, el trastorno depresivo, aparecen sólo episodios de depresión. En la segunda, depresión bipolar o síndromes maniaco-depresivos, se alternan periodos depresivos con otros de ánimo exaltado y euforia (manía).

En las depresiones simples o en las fases depresivas de las bipolares, domina el ánimo depresivo, aunque el paciente puede no ser consciente de su tristeza. Suele haber pérdida de interés y abandono de las actividades habituales, y los síntomas pueden incluir: perturbaciones del sueño, pérdidas de apetito o apetito desmedido, incapacidad para concentrarse o para tomar decisiones, lentitud de ideación y energía decaída, sentimientos de inutilidad, culpa, desesperación y desprecio de uno mismo, disminución del interés sexual e ideas recurrentes de suicidio y muerte, que en ocasiones pueden llevar efectivamente al suicidio. En la fase maníaca, el ánimo del paciente es elevado, exaltado, expansivo o irritable. El comportamiento es extravagante y en ocasiones ofensivo.

Ansiedad: temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce. El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abordar las tareas de una en una. Los síntomas físicos son tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia.

Los Trastornos de Ansiedad son los trastornos mentales más comunes en los países occidentales. Además hay evidencia de que el trastorno de ansiedad se da en más de un miembro de la misma familia. El tratamiento más común para la ansiedad es la combinación de: medicamentos, psicoterapia, modificación de conducta y otros tratamientos de apoyo como las técnicas de relajación.

En las fobias y las neurosis obsesivo-compulsivas, el pánico aparece cuando el individuo intenta dominar otros síntomas: el miedo irracional, desmedido, a una situación, objeto o animal concretos que altera su vida cotidiana. Entre las más perturbadoras está la agorafobia, miedo a los espacios abiertos o muy cerrados (claustrofobia), tras el cual se oculta en realidad un miedo desmedido a la muerte o al propio pánico, y que impide a los que la sufren salir a la calle. Por otro lado, las obsesiones, neurosis cada vez más frecuentes (frente a la histeria, que ha ido disminuyendo su frecuencia), consisten en pensamientos, imágenes, impulsos o ideas repetitivas y sin sentido para la persona, que se ve sin embargo sometida a ellos. Por último, la compulsión es la tendencia irrefrenable a repetir mecánicamente comportamientos inútiles, rituales de comprobación o de previsión (por ejemplo, lavarse las manos más de treinta veces al día o revisar una y otra vez la llave de paso del gas).

Estrés o *Stress*, en medicina, proceso físico, químico o emocional productor de una tensión que puede llevar a la enfermedad física. Una eminente autoridad en estrés, el médico canadiense Hans Selye, “es la respuesta del organismo a las exigencias que se le imponen” (16), identificó tres etapas en la respuesta del estrés. En la primera etapa, alarma, el cuerpo reconoce el estrés y se prepara para la acción, ya sea de agresión o de fuga. Las glándulas endocrinas liberan hormonas que aumentan los latidos del corazón y el ritmo respiratorio, elevan el nivel de azúcar en la sangre, incrementan la transpiración, dilatan las pupilas y hacen más lenta la digestión. En la segunda etapa, resistencia, el cuerpo repara cualquier daño causado por la reacción de alarma. Sin embargo, si el estrés continúa, el cuerpo permanece alerta y no puede reparar los daños. Si continúa la resistencia se inicia la tercera etapa, agotamiento, cuya consecuencia puede ser una alteración producida por el estrés. La exposición prolongada al estrés agota las reservas de energía del cuerpo y puede llevar en situaciones muy extremas incluso a la muerte.

El síntoma como señal de alarma es de conocimiento general que las personas se preocupan de su cuerpo de muy distinta manera, aunque lo habitual es que partan de la presunción de salud mientras no experimenten malestar ni padezcan incapacidades funcionales que limiten su vida diaria. La medicina sabe desde sus inicios que no siempre existe una correspondencia entre el funcionamiento objetivo del organismo y las sensaciones corporales del sujeto, de ahí que haya establecido una crucial distinción entre los *signos* (o alteraciones observables) y los *síntomas* (o manifestaciones subjetivas). Lo habitual es que la demanda de atención médica dependa de la aparición de estos últimos, que juegan el papel de señales de alarma y advierten al sujeto de que en su organismo algo no funciona bien. (17)

Debido a la presión socioeconómica en que viven los trabajadores del Hospital Pedro de Bethancourt, presentan diferentes conflictos a nivel personal y social ya que no canalizan adecuadamente la energía negativa que presentan.

De hecho, la única conducta realmente adaptativa, en el contexto laboral es la de pedir ayuda a un médico, y eso ya da una idea de lo mucho que la enfermedad aproxima a los sujetos a los estados de indefensión.

16. Bayés, R. *Psicología y medicina*. Barcelona: Editorial Fontanella, 1979

17. Idem .

Cómo se genera un síntoma; en el transcurso de los últimos años, la Psicología Médica se ha interesado mucho en el estudio de la aparición de los síntomas, a partir de la constatación de que las alteraciones funcionales no son percibidas por todos los sujetos de la misma manera. Hay pruebas inequívocas de que los extrovertidos, los individuos emotivos y las mujeres refieren con más frecuencia molestias y síntomas, y que las últimas acuden más al médico, al margen de la importancia objetiva de su malestar. Por lo demás, sorprende que una actividad tan violenta y tan ruidosa como el bombeo cardiaco, que tiene lugar a unos centímetros del oído, no sea habitualmente escuchada por el mismo sujeto que percibe con angustia cualquier inapreciable murmullo intestinal. Las explicaciones de todos estos hechos no son muy satisfactorias, aunque vale la pena mencionar estudios que sugieren que la percepción de las sensaciones corporales que acaban transformándose en síntomas, depende de un desequilibrio entre las señales externas e internas por causas constitucionales o transitorias. “Así, por ejemplo, habrá sujetos temperamentamente predispuestos a percibir de una manera selectiva las señales procedentes del intracuerpo” (18) — lo que los haría vulnerables a prestar atención sistemática a los «ruidos» internos—, y habría sujetos sin esas características que, como resultado de la alteración circunstancial de sus funciones sensoriales, o de su vida emocional o afectiva, o bien percibirían más señales internas, o bien retirarían su atención del exterior, con el consiguiente predominio de las sensaciones del intracuerpo. Ello explicaría la mayor frecuencia de síntomas y quejas corporales en los sujetos con estados de ansiedad y en los depresivos desinteresados por el medio externo.

En otro orden de cosas hay que señalar que la manifestación de quejas y síntomas también depende de variables psicosociales y culturales, ya que su prevalencia es mayor en los solteros, los viudos, los divorciados, los emigrantes, los desempleados, los jubilados y las personas que carecen de apoyo social, provocando **Estrés**.

Estos factores posiblemente intervienen en la aparición y manifestación de las quejas a partir de su importancia en la determinación del estado emocional y en función de las pautas culturales del microgrupo. Así como para los anglosajones no es signo de buen gusto hablar de la salud, para algunos

18. Caplan, G. *Aspectos preventivos en salud mental*. Buenos Aires: Ediciones Paidós, 1993.

Estos factores posiblemente intervienen en la aparición y manifestación de las quejas a partir de su importancia en la determinación del estado emocional y en función de las pautas culturales del microgrupo. Así como para los anglosajones no es signo de buen gusto hablar de la salud, para algunos subgrupos latinos las conversaciones sobre enfermedades, operaciones y desgracias ocupan gran parte de la interacción social y sirven para favorecer la aproximación personal entre los interlocutores.

“La escala de reajuste social” de Thomas Colmes y Richard Rahe fue publicada por primera vez en el “Diario de Investigaciones Psicosomáticas” (19), dando a conocer cuarenta situaciones cotidianas, ordenadas en función de la capacidad que tienen para provocar estrés. Apareciendo situaciones agradables a la vez. Evaluando de una manera sencilla el estrés en tres rangos que son Nivel de Estrés Normal, Nivel de Estresa Moderado y Nivel de Estrés Excesivo.

Relajación: Es la técnica que pretende conseguir el decremento de la tensión muscular y, a su vez, neutralizar las sensaciones de ansiedad mediante la reducción de los síntomas somáticos que la acompañan.

La propuesta de la relajación es separarse de ciertas actividades que someten al cuerpo a un excesivo estrés. Las técnicas de relajación consisten en un entrenamiento de los músculos del cuerpo para evitar tensiones ocultas. Las técnicas de relajación también enseñan a los individuos a reconocer ligeras tensiones de la vida diaria lo que les permite afrontarlas. Cuando un individuo está estresado, se activa la llamada "respuesta de lucha o de arrebato", con la que la persona sufre un incremento en la frecuencia cardiaca, la tensión arterial y la frecuencia respiratoria (20). Uno de los instrumentos más utilizados por los terapeutas es la respiración profunda, puesto que la tensión produce por sí misma cambios en la respiración. A través de respiraciones cortas y superficiales.

La relajación aporta a nivel **físico** diferentes beneficios entre los cuales están:

- **Musculatura;** Liberación de las tensiones y contracturas musculares crónicas que producen fatiga, dolores, calambres, etc., evitando el "despilfarro de energía" que todo ello supone.

19. Enciclopedia de la Psicología, OCEANO, España Tomo 3

20. JACK KORNFELD, Un Tesoro de la Sabiduría Oriental, Ed. Norma Colombia Pág. 128

- Aparato Circulatorio; Relajación de la musculatura que rodea los vasos sanguíneos, permitiendo la dilatación de los mismos, con lo que se consigue un mejor flujo de sangre a todo el cuerpo. El corazón no tiene que "bombear" a mayor presión por no tener la resistencia de la musculatura de las arterias y va a reducir el número de latidos por minuto y la tensión arterial.
- Aparato Respiratorio; Mejora la función ventilatoria general a través de dos mecanismos puestos en marcha por la relajación: Distensión de la musculatura extrínseca (diafragma y músculos intercostales), con lo que mejora la capacidad funcional de los pulmones. Relajación de los músculos intrínsecos del árbol bronquial, permitiendo que entre más aire en los alvéolos pulmonares, extrayendo más oxígeno para ponerlo a disposición de todo el organismo.
- Aparato Digestivo; La relajación de la musculatura digestiva proporciona una sedación natural que se opone a las disfunciones y espasmos (diarrea, estreñimiento), al tiempo que mejora la digestión.
- Aparato Urológico; Del mismo modo que sobre la musculatura digestiva, la relajación actúa sobre la urinaria (uréteres y vejiga), mejorando los espasmos generadores de cólicos y disurias.

También en el campo de la **Psicología** la relajación tiene mucho que decir, actuando de la siguiente manera:

- Incremento de la Fuerza de Voluntad; por el entrenamiento que la simple práctica de la relajación produce en sí mismo.
- Disminución de la Agresividad: Como consecuencia de la sensación de bienestar corporal y de la ausencia de la ansiedad patológica que, frecuentemente la provoca. (21)
- Mayor Seguridad en sí mismo; la consecución de la relajación habitual conlleva el "saberse capaz" de realizar cualquier empresa, oponiéndose a las sensaciones de fracaso y desánimo.

- **Mejor Control Emocional:** Gracias al dominio mente-cuerpo que resulta de la práctica habitual de la relajación, se llegan a "dominar" los impulsos instintivos, conquistando el autocontrol por encima de humana. las emociones (temores, preocupaciones, etc.).

La relajación utiliza métodos persuasivos y de total y libre iniciativa por parte del practicante, lo que redundará en un verdadero reforzamiento de la personalidad humana del individuo.

Las técnicas de relajación son beneficiosas para todas las personas, pero quizá hay que detallar determinadas situaciones que precisarían la práctica de técnicas de relajación como método de prevención de otros problemas más graves o, simplemente, para la obtención de un mayor grado de bienestar:

- Personas NO sometidas a sobrecargas físicas ni psíquicas (jubilados, etc.) para conseguir agradables estados de distensión corporal.
- Como ejercicio útil para el desarrollo de la mente (niños, adolescentes, estudiantes, etc.).
- Para ejercitar estados creativos personales (artistas, escritores, etc.).
- Como técnica preparatoria frente a situaciones conflictivas (Confrontaciones, entrevistas importantes, exámenes, etc.).
- Como técnica asidua antiestrésante tras la jornada laboral o en el intermedio de la misma, a fin de conseguir estados recuperativos.
- Como práctica reforzadora del equilibrio emocional.

En principio las técnicas de relajación están indicadas para cualquier persona, aunque es conveniente hacer algunas advertencias, especialmente para aquellas personas que se van a iniciar en ellas:

- NO deben realizarse durante las digestiones. Deben haber transcurrido 2 - 3 horas tras una comida copiosa y 1 - 2 horas tras una normal.
- NO deben realizarse inmediatamente después de un ejercicio fuerte o una emoción intensa.
- Algunas personas durante los primeros ejercicios pueden sentir sensaciones indeseables: palpitaciones cardíacas, sofocos, nerviosismo, etc. Indican que la persona padece un desequilibrio nervioso. Deberá suspender la sesión y acudir a un profesional de la salud mental (psicólogo o psiquiatra).

Relajación Yóguica (Savasana)

La palabra YOGA significa "disciplina" y es toda una filosofía existencial íntimamente unida al budismo, que implica técnicas encaminadas a conseguir la "iluminación que conduce a la identificación de la Energía Cósmica, a través de una disciplina ascética y de meditación, que llevan gradualmente a la supresión de deseos y pasiones induciendo un estado de serenidad espiritual"(22). Dentro de toda la disciplina yóguica cabe destacar una técnica de relajación de fácil aplicación que se denomina SAVASANA. En este método relajativo entran en juego los dos procesos de realización muscular (contracción y relajación). Al contraer el músculo o grupo muscular que se pretende relajar lo identificamos y sentimos para conseguir así una relajación mejor percibida tras la contracción. Tras unos ejercicios de respiración profunda, se realiza el ejercicio de relajación siguiendo el procedimiento, de forma progresiva, activando y relajando los músculos de la cara, cuello, miembros superiores, hombros, espalda, abdomen, pelvis y miembros inferiores.

Una vez conseguida la relajación se realiza un sencillo método de meditación que conseguirá un estado de calma y sosiego interior muy positivo. Después recuperamos nuestro tono muscular y mental realizando varias respiraciones profundas, contracciones musculares y estiramientos (23). Consta de cuatro fases continuadas:

- **Respiraciones profundas** que se realizan lentamente y con los ojos cerrados, en una postura cómoda.
- **Relajación muscular propiamente dicha:** Se contempla mentalmente como se van distendiendo y relajando los músculos corporales voluntarios a medida que lo vamos deseando y se va percibiendo la sensación de relax corporal progresivo comenzando por la cara, frente, párpados, boca, lengua, mejillas, hombros, brazos, espalda, tórax (con sus vísceras), abdomen (con sus vísceras), pelvis, muslos, piernas y pies.
- **Relajación mental:** Tras conseguir la relajación física iniciamos un alejamiento agradable del exterior y de sus "molestias" (ruidos, etc.) sintiendo un gran bienestar. Permanecer así un breve espacio de tiempo y pasar a la siguiente fase.

22.JACK KORNFELD, Un Tesoro de la Sabiduría Oriental , Ed. Norma Colombia Pág. 142

23. Idem. Pág 145

- **Desofronización:** Para recuperar nuestra conciencia ordinaria efectuamos varias respiraciones profundas, a continuación realizamos movimientos y contracciones de los músculos de la cara, manos, pies, etc. hasta conseguir contraer y estirar todos los músculos voluntarios, de igual modo que tras un sueño profundo. Abrir los ojos y comprobar en breves momentos la recuperación total.

Aromaterapia: La aromaterapia data de los antiguos egipcios, que usaban aceites de esencias naturales como el eucalipto, la lavanda y el clavo para tratar trastornos de la piel. Pero no fue sino hasta 1930 cuando el químico francés René-Maurice Gattefossé descubrió que los aceites de esencias empleados en los cosméticos también tenían aplicaciones medicinales (24). Los terapeutas administran aceites de diversas formas, por lo general mediante fricciones en la piel. El cuerpo absorbe los aceites y éstos circulan a través de él. Los defensores de este tipo de medicina alternativa postulan que condiciones tan diversas como la inflamación, la piel grasa, la piel seca, la gripe y el descenso de inmunidad física, pueden ser tratadas de forma satisfactoria con la aromaterapia. Los trastornos emocionales también se pueden tratar con aceites aromáticos: aceite de rosas para los celos, la camomila para el enfado y el hisopo para la tristeza.

Aromaterapia, en medicina alternativa, el uso terapéutico de aceites esenciales extraídos de las plantas. Los aceites esenciales proporcionan a las plantas su fragancia y sus efectos curativos sobre el cuerpo y la mente son conocidos desde la antigüedad (25).

Los antiguos egipcios los usaban en cosméticos y medicinas. También los utilizaban para purificar el aire y

como conservantes en la momificación. Las plantas aromáticas también se utilizaban con fines medicinales en la antigua Grecia, en Roma, en China, en India y en toda Europa, hasta que fueron reemplazadas por fármacos de síntesis a finales del siglo XIX. La aromaterapia moderna, junto con el propio término, surgió en la década de 1930, a partir de los trabajos del químico francés René-Maurice Gattefossé sobre los efectos antimicrobianos de los aceites esenciales.

24. P. AGUSTÍ, Flores Curativas, Ed. COFÁS S.A España Pág. 23

25. Idem. Pág 28

Los aceites esenciales son químicamente complejos -un aceite puede contener entre 50 y 500 sustancias químicas diferentes- y poseen un gran número de propiedades medicinales. Pueden dilatar o constreñir los vasos sanguíneos, servir como sedantes o estimulantes, y actuar sobre las glándulas suprarrenales, los ovarios, el tiroides o en el proceso de digestión (26).

La aromaterapia se considera especialmente útil en el tratamiento de problemas cutáneos, como heridas y quemaduras; problemas respiratorios, como resfriados, tos y sinusitis; dolores musculares, artritis, reumatismo, dolores de cabeza y migraña; y estados relacionados con el estrés, como el insomnio, la ansiedad y la depresión.

Los aceites esenciales que se emplean con mayor frecuencia en aromaterapia son el de lavanda, apropiado para dolores de cabeza, estados de estrés e insomnio y como primer auxilio en cortes, quemaduras y picaduras de insectos; el de eucalipto, utilizado para los resfriados y la tos; y el de menta, que se usa como estimulante y para combatir las náuseas y el mareo.

Se aplican por medio de masajes, baños, compresas o inhalación. Debido a que están muy concentrados -por ejemplo, se necesitan 900 kg de rosas para producir 1 kg de aceite de rosa-, se diluyen en aceite vegetal para los masajes y en agua para los baños y las inhalaciones. Algunos pueden administrarse por vía interna, pero con mucha precaución y bajo supervisión profesional, ya que pueden resultar venenosos si se ingieren de manera inapropiada.

Cuando se utilizan en masajes y baños, son absorbidos por la piel y penetran en el flujo sanguíneo. Cuando se inhalan, las moléculas del aceite estimulan los receptores olfativos del cerebro que, a su vez, provocan una respuesta en las áreas del cerebro que regulan el ritmo del corazón, la presión sanguínea, la respiración, la memoria, los niveles de estrés y el equilibrio hormonal.

Los defensores de la aromaterapia creen que los aceites esenciales pueden tener un efecto importante sobre el cuerpo y la mente. El arte y la ciencia de la aromaterapia consiste en determinar qué aceite o combinación de aceites es más apropiada en el tratamiento de un estado y una persona concreta.

26. SUSANNE FISCHER- RIZZI, Los Masajes del Bienestar, Ed. ROBIN BOOK España Pág. 59

Visualización (Viajes Imaginarios): La visualización es el uso de la imaginación para crear imágenes de situaciones y condiciones deseadas. Con cualquier técnica de visualización, cuanto más poderosa y completa es la imagen, más grande será la respuesta. El uso consciente de visualizaciones permite a los participantes usar la imaginación de manera estructurada, estableciendo claros vínculos con los sueños y deseos, lo cual permite una relajación y control de los síntomas físicos de la enfermedad. En resumen, si uno piensa que se siente bien, se encuentra mejor. Además si intentamos visualizar cómo es nuestro cuerpo por dentro, podemos tratar de sobreponernos a algunas enfermedades físicas frecuentes como la hipertensión (tensión arterial alta). Las visualizaciones permiten reafirmarse en sentimientos y combatir el estrés y algunas manifestaciones físicas de la enfermedad.

Masoterapia: Entre las formas de terapia más antiguas conocidas por el hombre se encuentran el masaje y la masoterapia. Sus orígenes están en Oriente, pero hoy es muy utilizada en Occidente. El masaje oriental está diseñado para aliviar el cansancio, la pesadez, la rigidez de hombros y las cefaleas. En Occidente el masaje se ocupa de los nervios, articulaciones, músculos y el sistema endocrino y se emplea en el tratamiento de procesos como la apoplejía, la poliomielitis, el entumecimiento y dolores articulares, dolores abdominales crónicos y en el estreñimiento crónico (27). El principio subyacente del masaje es que toda la información recibida por el individuo debe ser recibida primero por el cuerpo, y la manera en que el cuerpo la recibe afecta, finalmente, a la manera en la que el cerebro la recibe. Por ello el cuerpo influye en la mente y a la inversa, la mente influye en el cuerpo. El masaje intenta unificar, coordinar, e integrar cuerpo y mente estimulando nervios y músculos, y se basa en la teoría de que cada parte del organismo está controlada por un nervio espinal (28). La presión suave desde las yemas de los dedos se emplea para suprimir la función nerviosa, y una presión mayor para estimularla.

El propósito del masaje de los puntos de energía es obtener un alivio rápido de los diferentes síntomas, valiéndonos de nuestros propios dedos o recurriendo a los de un allegado. En caso de urgencia y en ausencia de un médico, resulta un método práctico que ayudará a calmar los primeros sufrimientos. En caso de enfermedades crónicas o prolongadas, sirve de

27. Dr. CHEN YOU-WA, Masaje Energético Ed. ROBIN BOOK, España, Pág. 15

28. Idem. Pág 15

de complemento a los tratamientos médicos, cuya eficacia activa actuando sobre el equilibrio energético del paciente.

Este método que solo requiere regularidad y tenacidad es natural y el enfermo puede ponerlo en práctica sin riesgo de provocar lesiones a su organismo. No obstante, si bien atiende a los síntomas el masaje chino no constituye en sí un tratamiento en profundidad, que únicamente puede aportar el médico acupuntor reequilibrando el campo energético del paciente.

Las especificidades de acción energética concernientes a los puntos de energía citadas en el libro “Los meridianos energéticos, los puntos de energía, la energía, las leyes energéticas y psiquismo psicósomático” (29). El conocimiento de estos puntos así como el de su utilización permite cuidar y comprender mejor el propio cuerpo.

En síntesis adaptabilidad, facilidad, eficacia, cuidado de uno mismo tales son las cualidades de este método, sabiendo que está en la punta de sus dedos la salud y la vitalidad.

Los especialistas de la enfermedad había definido sobre el cuerpo humano la existencia de corrientes de energía, llamadas meridianos sembrados de puntos precisos que permitían establecer en el organismo un estado de equilibrio funcional.

Bajo el Antiguo Imperio, varios médicos chinos se distinguieron por sus innovaciones terapéuticas. Entre ellos, el cirujano Hau To, quien elaboró una gimnasia basada en las posturas animales y utilizó la hidroterapia, la acupuntura y los masajes para tratamientos físicos. Zhang Zhong Sing, acupuntor célebre, escribió tratados sobre las enfermedades febriles y reanimó enfermos mediante masajes energéticos. Se consideraba que el masaje, al estimular la circulación de la energía vital, actuaba sobre los tejidos y los órganos que estaban en estrecha relación con el sistema de los meridianos (30). Otro médico aconsejaba al automasaje y la dietética para la prevención de enfermedades.

29. Dr. CHEN YOU-WA, Masaje Energético Ed. ROBIN BOOK España

30. Idem. Pág 50

Los dos movimientos asociados dan lugar a la presión circular. En este mismo período, el médico Sun Si Miao ponía en evidencia los puntos Ah Shi, puntos dolorosos a la presión del dedo. Destinados a la estimulación mediante el masaje o la acupuntura para dispersar un estancamiento eventual de la energía. El automasaje de los puntos dolorosos y de los puntos de acupuntura siempre ha sido alentado. Asimismo, esta medicina preconiza la importancia de la dietética y del equilibrio alimenticio en la prevención de las enfermedades.

La energía en chino se pronuncia tchi y está formado por dos partes:

- En la parte superior Yang que representa el vapor, el aire que sube al cielo.
- Debajo Yin que representa una bavilla de cereales

Los dos caracteres asociados simbolizan el vapor que se eleva del grano de cereal que se cuece.

Musicoterapia

“La musicoterapia es el uso dosificado de la música en el tratamiento, la rehabilitación, la educación y el adiestramiento de adultos y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales.

La musicoterapia es el uso del sonido en el tratamiento, la habilitación, la rehabilitación, la educación, la reeducación y el adiestramiento de adultos, adolescentes y niños que padecen trastornos físicos, mentales o emocionales. Ya que es una función de la música, donde ésta no es un fin en sí misma, su valor terapéutico no está necesariamente en relación con su calidad, ni con la perfección de las ejecuciones. Su efecto se debe, primeramente, a la influencia, que sobre el hombre han ejercido los sonidos (Origen de la música cuyo valor curativo, perjudicial o negativo se ha evidenciado a través de la historia hasta la actualidad.

La piedra fundamental de la musicoterapia la constituye la expresión y la comunicación que la música promueve entre terapeuta y paciente.

El fenómeno que la música era un medio de comunicación con un mundo permanente, pero invisible y conservaba con él una identidad inconfundible se ha observado a través de la historia en muchas partes del mundo. Por ejemplo, en ciertas tribus primitivas se cree que la voz de los espíritus puede ser oída a través de las flautas tambores y el bramido del toro, lo cual es de interés especial a la musicoterapia, ya que esto lleva a la identificación de un ser humano particular o específico.

El uso de la voz tiene un profundo significado como expresión directa del espíritu y como vínculo con sonidos agudos y graves, fuertes y suaves. La voz tiene repercusión a nivel espiritual y psíquico.

La musicoterapia es la aplicación de los recursos de la música a los fines de la medicina. La música es un eficaz medio auxiliar en la práctica psicológica y psicoterapéutica, ya que posee facultades curativas o terapéuticas a parte del valor que tiene en sí misma y ese valor terapéutico no está necesariamente en relación con la calidad ni con la perfección de las ejecuciones.

La musicoterapia se relaciona con la danza por medio de la utilización específica de los movimientos del cuerpo como un medio para la comunicación no verbal, existiendo de esa manera un contacto directo con la música y el cuerpo por medio de la liberación emocional tanto de sentimientos hostiles como tiernos, la relajación física y el incremento de la conciencia de sí.

Expresando de esta manera un lenguaje natural del hombre sintiendo y percibiendo su cuerpo para alcanzar equilibrio y integración emocional.

PSICOTERAPIA HUMANÍSTICA

Nacida como una reacción al psicoanálisis, esta escuela basa su terapia en el potencial de bondad que hay en la naturaleza humana.

La más clásica de las terapias humanistas es la psicoterapia centrada en el paciente. El psicólogo estadounidense Carl Rogers sostenía que los individuos, así como todos los seres vivos, están dirigidos por una tendencia innata a sobrevivir y reafirmarse que les lleva al desarrollo personal, a la madurez y al

enriquecimiento vital. Cada persona tiene capacidad para el autoconocimiento y el cambio constructivo que la acción del terapeuta, que deberá reunir una serie de cualidades personales esenciales, ayudará a descubrir. (31)

Rogers daba así más importancia a las actitudes del terapeuta que a su capacidad o a su preparación técnica. Utilizaba el término 'cliente' en vez de paciente para subrayar que su método de tratamiento no era manipulador ni médico, sino que se basaba en la comprensión adecuada y sensible de sus experiencias y necesidades. La segunda cualidad importante del psicoterapeuta es la aceptación incondicional positiva, que se abstiene de juzgar lo que el paciente dice o relata. La autenticidad o ausencia de simulación era la tercera cualidad que él consideraba esencial.

Rogers describió el proceso del tratamiento como la reciprocidad entre las actitudes del cliente y del terapeuta. Precisamente porque el terapeuta escucha de forma incondicional, el cliente aprende a escuchar incluso los pensamientos que más teme, hasta alcanzar un estado de autoaceptación donde es posible el cambio y el desarrollo. (32)

PSICOTERAPIA EXISTENCIAL

Logoterapia, forma de terapia influida por el existencialismo que, al contrario del psicoanálisis, se centra en ayudar al paciente a través del análisis existencial.

Desarrollada por Víctor Emil Frankl, quien valoró su importancia espiritual, fue denominada 'psicología de altura' por su analogía con la psicología profunda. La conversación terapéutica debe incitar al paciente a cuestionar el significado existencial de su vida, basado en la premisa de que cada persona adapta su forma de hacer y de pensar a sus creencias individuales. Las respuestas deben propiciar un nuevo planteamiento del sentido de la vida y permitir una nueva valoración de las experiencias dolorosas vividas, sin por ello eliminar el dolor ni su causa. Entre los objetivos de la logoterapia se encuentran el reforzar en el paciente 'el valor para hacer frente al dolor' y el aceptar su existencia como una tarea personal. (33)

31. ROGERS, CARL. Teoría Personalidad y Relaciones Interpersonales. Pág 85.

32. Idem. Pág. 93

33. FRANKL VICTOR. Hombre en Busca del Sentido Mexico Fondo de la Cultura pág 70

La logoterapia ha dado buenos resultados especialmente en el tratamiento de las neurosis del miedo y de las depresiones neuróticas. La 'terapia de la elección' es una logoterapia que se aplica cuando los conflictos del paciente están básicamente caracterizados por las contradicciones mentales, que llegan a cuestionar el sentido de su vida; por ejemplo, por el fracaso de una relación afectiva o del trabajo. (34)

Frankl, Victor Emil psicoanalista austriaco que desarrolló el concepto de logoterapia o 'análisis existencial', según el cual la necesidad subyacente a la existencia humana y a la salud mental es la de encontrar un significado a la vida. Nacido en Viena, Frankl estudió medicina, doctorándose en psiquiatría y neurología en la universidad de esta ciudad. Entre 1942 y 1945 fue encarcelado por su condición de judío en los campos de concentración de Auschwitz y Dachau, experiencia que describiría posteriormente en *Un psicólogo en los campos de concentración* (1955). Acabada la II Guerra Mundial, fue nombrado en 1947 profesor de neurología y de psiquiatría en la Universidad de Viena. Frankl diagnosticó que "el padecimiento de una vida sin propósito" es la enfermedad de nuestra época y que el hombre necesita encontrar significado a su propia vida para ser dueño de su destino. Frankl fue nombrado miembro honorario de la Asociación Argentina de Antropología Médica (1954), de la Sociedad de Neuropsiquiatría y Medicina Legal de Lima (1955) y de la Sociedad Española de Hipnosis Clínica y Experimental (1960). Su obra es muy extensa y son numerosos los artículos y conferencias que ha pronunciado en todo el mundo. Son sus obras más conocidas: *Logos y existencia* (1951), *Fundamentos antropológicos de la psicoterapia* (1975) y *El padecimiento de una vida sin sentido* (1977)

TERAPIA COGNITIVA

Recientemente, los terapeutas de conducta han empezado a prestar más atención a la influencia del pensamiento en la conducta, espoleados por el ejemplo del psicólogo canadiense Albert Bandura. Las terapias de conducta cognitivas emplean este enfoque para cambiar ideas y hábitos intelectuales que al parecer son la causa del malestar del paciente.

34. FRANKL VICTOR. Hombre en Busca del Sentido Mexico Fondo de la Cultura pág 120

Otros enfoques cognitivos similares han sido diseñados por los terapeutas que, formados en el psicoanálisis, estaban algo decepcionados de sus teorías y sus técnicas. La más antigua de estas aproximaciones es la terapia racional-emotiva del psicólogo estadounidense Albert Ellis, que parte de considerar las creencias irracionales y el modo ilógico de pensar como causas de los trastornos emocionales. Su tratamiento consiste en que el paciente se enfrente a su irracionalidad, animándolo a trabajar vigilando ese modo irracional de pensar para sustituirlo por pensamientos y emociones más coherentes.

Otra técnica relacionada con el enfoque cognitivo, que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión, es la desarrollada por el psicólogo estadounidense Aaron T. Beck, que parte del supuesto de que los individuos depresivos tienden a formar pensamientos negativos sobre ellos mismos y sus capacidades, sobre el mundo circundante y sus experiencias en él, y sobre el futuro —lo que se conoce como ‘tríada cognitiva’ de la depresión (35). Estas tendencias serían básicamente un problema del pensamiento, es decir, de utilizar modos de pensar inapropiados. Sus técnicas terapéuticas, como los planteamientos conductistas más estrictos, se dirigen a corregir el problema directamente, más que a intentar comprender sus orígenes en el pasado del individuo.

Es un procedimiento activo, directivo, estructurado de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas como por ejemplo la ansiedad, las fobias.

Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.

Sus cogniciones se basan en actitudes, supuestos desarrollados a partir de experiencias anteriores.

El método en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones:

1. Controlar los pensamientos
2. Identificar las relaciones

35..Beck, Aarón T. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN, 9ª. Edición. 1997.

3. Examinar la evidencia
4. Aprender a identificar
5. Sustituir cogniciones

Un problema importante con el que se enfrenta el terapeuta es la toma de decisiones.

Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes más graves no solo para modificar la conducta sino también para elicitación de cogniciones asociadas a conductas específicas.

La terapia Cognitiva también difiere de la terapia de conducta en su mayor énfasis sobre las experiencias internas del paciente tales como:

- Pensamientos
- Sentimientos
- Deseos
- Aspiraciones y
- Actitudes

La estructura general de la terapia cognitiva se puede diferenciar del resto de las escuelas de la terapia por su énfasis en la investigación empírica de los pensamientos, inferencias, conclusiones, y supuestos automáticos del paciente.

El Modelo Cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

Tríada Cognitiva

Visión negativa del Paciente de si mismo.
Tendencia del depresivo
Visión negativa acerca del futuro.

2.2. OBJETIVOS

2.2.1 Generales

- Promover la Calidad de Vida del Personal Técnico Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, mejorando la motivación interna y externa para la realización de su proyecto de vida a corto, mediano y largo plazo.
- Inducir a Mejorar la Calidad del Servicio del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en los diferentes Áreas del Personal, promoviendo las relaciones interpersonales y el control de calidad del trabajo.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Sub-Programa de Servicio

- Brindar atención psicológica de manera individual y grupal, para aumentar el nivel de motivación interna y externa, bajar el nivel de estrés, creando sus propios objetivos y metas. (Proyecto de vida)
- Asesorar a los departamentos del Personal Técnico Administrativo, en las diferentes situaciones conflictivas laborales que se presenten, para mejorar la calidad del Servicio Hospitalario.

- Sub-Programa de Docencia

- Capacitar al personal técnico administrativo a motivarse de manera interna y externa, mejorando las relaciones interpersonales en las diferentes esferas personales y realizar su proyecto de vida.
- Orientar al Personal Hospitalario a mejorar la Calidad del Servicio por medio de los Círculos de Calidad.

- **Sub-Programa de Investigación**

- Determinar los factores primordiales que desencadenan la falta de motivación interna y externa del personal Técnico Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

2.3 Metodología de Abordamiento

El Ejercicio Profesional Supervisado se llevó a cabo a partir del mes de Febrero al mes de Agosto del año 2003, dividiéndose en tres subprogramas siendo estos; Servicio, Docencia e Investigación.

Contando con la autorización del Director del Hospital, la Jefa del Departamento de Psicología y del Jefe de Recursos Humanos, así como el apoyo de los jefes de cada uno de los departamentos del Hospital.

A continuación se describe cada uno de los subprogramas:

- **Sub-Programa de Servicio:**

Servicio individual a las diferentes personas que lo solicitaron o fueron referidas, como resultado al enfoque que se le dio al Departamento de Psicología destinado al Personal Técnico Administrativo, para lo cual se utilizó, como medios de divulgación del mismo, memos a los diferentes departamentos, comunicados por medio de altoparlantes; del servicio, horarios de atención y diferentes actividades que se realizaron a lo largo del proyecto.

Prestando la atención psicológica una vez por semana de 8:00 a.m a 12:00 p.m, utilizando hora terapéutica de 45 minutos a una hora por paciente los días martes, al inicio del proyecto pero debido a la demanda de actividades y de pacientes se modificó dicho horario atendiendo según las necesidades de los pacientes y la acomodación de las actividades de la epesista por la carga de trabajo en la institución. Teniendo en la primera sesión terapéutica los datos generales del paciente por medio de una ficha clínica, establecimiento de empatía, explicación en qué consiste la terapia y el objetivo de la misma.

Utilizando especialmente tres tipos de terapias, según las características del paciente:

La Terapia Humanística de Carl Rogers la cual lleva por nombre PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE, la Terapia Existencialista de Victor Frankl llamada LOGOTERAPIA, y la Terapia Cognitiva de Aarón T. Beck, llamada TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN.

Realizando un tratamiento psicológico por medio de las terapias utilizando los instrumentos de entrevista, historia clínica, examen mental, focalización, jerarquización, genograma, observación y notas de evolución, basándose a su vez para la realización del Diagnóstico en el CIE 10.

Analizando detenidamente cada uno de los casos a través de las evoluciones para concluir los mismos o referirlos a otras personas para continuar el proceso terapéutico, por medio de la epesista y la jefa del Departamento de Psicología quien se quedó con los listados e informes de cada uno de los pacientes atendidos durante el proyecto, para referirlos a estudiantes de Psicología de la Universidad San Carlos de Guatemala, a la Licda Victoria Cabrera y la Jefa de Psicología dependiendo el caso de cada uno. Motivando a los pacientes que concluyeron su tratamiento, que si en algún momento llegaran a necesitar la ayuda psicológica puedan acudir al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

A nivel grupal se brindó asesoría a los diferentes departamentos del Personal en situaciones conflictivas laborales que se presentaron durante el proceso del proyecto, contando con el apoyo de la Dirección y en especial con los jefes de cada uno de los departamentos. Orientando adecuadamente a las partes con el objetivo de resolver dichos conflictos, siendo un ente neutro y mediador entre los mismos. Teniendo un seguimiento de los casos, utilizando el método de la observación directa e indirecta, entrevista informal y análisis del proceso. Ejecutando las visitas a cada uno de los departamentos cada quince días según la necesidad de los mismos.

En algunos momentos se realizó de manera independiente con el jefe del departamento o con el personal, con el propósito de no ampliar el problema a todo el departamento ya que este solo lo presentaba con ciertos entes del mismo.

Por medio de debates grupales, evaluación a través del método de FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas), talleres vivenciales para resolver las problemáticas presentadas. Creando soluciones concretas planteadas por el personal de cada uno de los departamentos.

Finalizando con la recopilación de ciertas soluciones elaboradas por el personal de cada uno de los departamentos, las cuales se presentaron a los jefes de manera individual y colectiva dependiendo la situación, en donde el jefe analizó y evaluó cada una de las soluciones, dando a conocer si estas se pueden elaborar, expresando los pro y contra de cada una de ellas y a su vez dieron alternativas a las mismas.

Elaboración de Talleres de Relajación una vez cada 15 días de 8:00 a.m a 10:00 p.m, por un período de 20 minutos por cada uno de los grupos que se presenten. Extendiendo el tiempo debida la influencia que estos tuvieron, para realizarlos una vez a la semana los días viernes. Utilizando las técnicas de Relajación Yóguica (Savasana), Gimnasia Respiratoria, Aromaterapia, Visualización (viajes imaginarios), Masoterapia (masaje energético), Musicóterapia, con el objetivo de bajar el nivel de estrés.

Adquiriendo las técnicas necesarias para aplicarlas en su vida diaria a nivel personal y familiar según sea el caso. Asesorando de manera individual y siendo este un apoyo para algunos pacientes de tratamiento psicológico individual.

- Sub-Programa de Docencia

Presenta tres formas importantes de trabajo realizándose simultáneamente en cuanto a tiempo:

La primera se centra en el Personal Técnico Administrativo que a su vez se dividió en dos fases. Utilizando la misma metodología y procedimiento, cambiando únicamente la temática de las mismas y la forma de asistencia de los grupos.

Ya que en la segunda fase se trabajó con cada uno de los departamentos para poder abordar de mejor manera la temática y problemática de la misma.

Realizando la primera fase en un período aproximado de 10 semanas utilizando tres días de la semana para realizarlos, siendo 30 capacitaciones a grupos de 15 personas aproximadamente en un período de dos horas. Realizando con el personal administrativo de manera heterogénea los días martes y jueves de 10:00 a.m a 12:00 p.m y de manera homogénea con el personal de enfermería los días miércoles de 8:30 a.m a 10:00 a.m, teniendo luego de la charlas un abordamiento individual a las diferentes personas que lo solicitaron por diversas problemáticas en las que se vieron reflejados.

La segunda fase se realizó en cada uno de los departamentos dividiendo algunos de ellos en grupos estratégicos por la cantidad de población. Dialogando con los jefes para la programación de las charlas, acomodándose la epesista a ellos por el horario, por lo cual en algunos días se extendieron las horas de trabajo. Siendo el tema “Proyecto de Vida hacia una Autorrealización” con el objetivo que el personal del Hospital elaborara su proyecto de Vida a corto, mediano y largo plazo y modifique diferentes conductas para lograrlo. Realizando a su vez con algunos jefes el proyecto de trabajo para mejorar la calidad de servicio de su departamento.

La segunda forma de trabajo se organizó conjuntamente con el Director del Hospital el Dr. Gustavo Palencia, en donde tuvieron la oportunidad de participar todo el personal del Hospital eligiendo de manera estratégica grupos de 15 o más personas. La problemática en cada Círculo de Calidad fue distinta ya que esta se planteó según la necesidad primordial del hospital a nivel del personal, con el objetivo de mejorar la calidad del servicio del Hospital y por ende las relaciones interpersonales. El tiempo aproximado fue de tres horas.

Desarrollándose la actividad de la siguiente manera: Presentación, bienvenida, dinámicas introductorias a la problemática, participación dinamizada ante el problema y solución del mismo. Analizando seguidamente con el Director cómo poder resolver dichas problemáticas y qué hacer para poder mejorar a nivel administrativo las mismas, por medio de un plan de acción el cual en algunos momentos no se logró cumplir.

La tercera forma de trabajo se realizó conjuntamente con los jefes de los departamentos ya que estos se acercaban a la epesista para consultar acerca de diferentes situaciones que les era difícil manejar, y se programaban charlas adecuadas para poder mejorar las situaciones que se presentaron a lo largo del proyecto. Enfocando dicho trabajo como una forma de motivación que el jefe daba a su personal encargado, teniendo como principal objetivo relacionarse adecuadamente entre los mismos compañeros, jefes y hacia el paciente; el cual es de gran importancia en el trabajo de cada uno de ellos. La programación se realizaba según el horario de la epesista debido a la carga de trabajo que se le presentaba continuamente, por lo cual en algunos momentos tuvo que ampliar la hora de trabajo.

En las tres formas de trabajo se utilizó el método de la observación, la mayéutica (inducción), la entrevista informal, debates, discusiones grupales, exposiciones, presentaciones audiovisuales, exposiciones y diferentes tipos de dinámicas. La forma de invitar a cada uno de los participantes fue en algunos casos de manera personal, grupal por medio de memos o por medio de avisos generales en los altoparlantes.

- **Sub-Programa de Investigación**

Se investigó los **Factores primordiales que desencadenan la falta de Motivación del Personal Técnico Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt** a través de la Investigación por Indagación Naturalística; la que se centra en el estudio de personas en sus ambientes naturales, se obtuvo información descriptiva, asociativa y lógica de causa y efecto sobre el personal, por medio de la observación participativa, entrevistas informales en su ambiente natural y análisis de documentos y rastros físicos.

Utilizando el tipo de investigación Naturalística por Observación / Entrevistas, recurriendo a los dos tipos de observación:

a) Participante, Siendo esta un proceso consistente y sistemático de compartir, en todo momento lo que le permitan las circunstancias, las actividades de la vida y en ocasiones, los intereses y afectos del grupo. Teniendo como propósito la obtención de datos acerca de las diferentes conductas, a través de un contacto directo. Estableciendo así mismo empatía y comprensión con el grupo.

b) No Participante, En donde el observador se dedica desde fuera a anotar las diferentes situaciones observadas.

Entrevistas Informales: Reunión de dos o más personas en una conferencia o charla en donde se lanzan preguntas referente a lo que se desea averiguar, sin tener un orden sistemático en las mismas.

La recavación de datos se realizó a través de la observación continúa de comportamientos:

- Verbales
- No Verbales
- Espaciales
- Lingüísticos

La realización de la investigación se realizó en todo el proceso del proyecto apoyándose en los sub- programas de Servicio y Docencia, ya que las actividades de los mismos sirvieron para recavar datos importantes, los cuales se evidenciaron en el transcurso del proyecto por medio del contacto del personal del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Lo anteriormente descrito se realizará en la primera fase de capacitaciones, obteniendo la información de las diferentes observaciones, entrevistas informales y recavación de datos escritos por el personal. Realizando en la segunda fase el análisis de documentos y por ende los resultados obtenidos de dicha investigación, para ser expuestos al Director y buscar soluciones viables a los mismos y así involucrar al mismo para que de seguimiento a dicho trabajo en la resolución de las diferentes causas que estén a su alcance.

CAPITULO III

PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS

El presente capítulo evidencia las diferentes actividades y resultados que se obtuvieron en los subprogramas de Servicio Docencia e Investigación en un período de seis meses de febrero a agosto en el Ejercicio Profesional Supervisado del proyecto titulado “Calidad de Servicio y de Vida del Personal del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt”, realizado en la Aldea San Felipe de Jesús, de Antigua Guatemala.

El ejercicio profesional supervisado se inicio desde las visitas a la institución con el objetivo de realizar un diagnóstico de la misma, recibiendo orientación y asesoría acertada acerca de los diferentes programas que se manejan en el hospital para así poder elegir entre los mismos. Decidiendo trabajar con el personal de la Institución. Realizando por medio de observaciones, entrevistas informales con jefes de los diferentes departamentos, en especial con el de recursos humanos, enfermería, intendencia, alimentación y registros médicos evidenciando así las diferentes problemáticas a nivel general e individual de los departamentos. Recopilando así la información necesaria para elaborar el proyecto, eligiendo el tema del mismo y las directrices que lo guiaron. Documentándose seguidamente sobre las diferentes problemáticas y situaciones que se evidenciaron en las visitas a través de visitas a la biblioteca, consulta de Internet y así analizar adecuadamente la elaboración del proyecto.

Basándose a su vez en las diferentes reuniones con el Director Dr. Gustavo Palencia, en donde él expuso el trabajo realizado con anterioridad y la visión hacia el mismo en el presente ciclo. Dando él mismo recomendaciones generales para la ejecución del proyecto. A su vez la orientación del Jefe de Recursos Humanos y de la psicóloga a cargo de la clínica de Estimulación Temprana quien con su experiencia brindó asesoría en la estructura del mismo.

3.1 Subprograma de Servicio

En las primeras dos semanas de trabajo se tuvo como objetivo promover el Proyecto con los diferentes jefes de los departamentos, quienes a su vez presentaron a la epesista con el personal teniendo el primer contacto con los mismos, exteriorizando de manera general los lineamientos del proyecto, creando empatía con algunos de ellos y con otros incertidumbres. Obteniendo así los listados del personal para poder organizar las diferentes actividades.

Atención Individual y Grupal

a. Atención Psicológica Individual en Clínica

La atención individual se brindó a las diferentes personas que lo solicitaron o fueron referidos, como resultado al enfoque que se le dio al Departamento de Psicología destinado al Personal Técnico Administrativo.

Presentando la población atendida del personal un 10% de la población F10 Trastorno debido al consumo de alcohol, un 5% F 32.1 Episodio Depresivo Moderado, un 10% F 32.2 Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos, un 5% F 38.0 Trastorno Afectivo aislado, un 5% F 41.0 Trastorno de Pánico, un 30% F 41.1 Trastorno de Ansiedad Generalizada, un 25% F 41.2 Trastorno Mixto de Ansiedad y Depresión, un 5% F. 42 Trastorno Obsesivo Compulsivo y un 5% F60 Trastorno específico de la Personalidad según CIE 10. Evidenciando de esta manera que un 60% de la población atendida del personal del hospital presentó Trastorno de ansiedad en diferentes clasificaciones y un 15% Trastorno de Depresión por lo cual se utilizó la Terapia Centrada en el Cliente de de Carl Rogers, Logoterapia de Víctor Frankl, Terapia Cognitiva de la Depresión de Aaron T. Beck y Terapia de Apoyo para el resto de los casos. En los casos de ansiedad y algunos de depresión con características ansiosas se trabajó conjuntamente con técnicas de relajación que cada uno de los pacientes adquirió en su vida diaria. En los casos con problemas de alcohol los resultados fueron poco evidentes ya que la conducta de los mismos persistía y no aceptaban ser personas alcohólicas, por lo cual se trabajó únicamente con ellos la terapia de apoyo ya que la asistencia a las citas era de manera esporádica.

Cada uno de los pacientes tiene su informe en donde se archivó la historia clínica, examen mental, jerarquización, focalización y las evoluciones de los mismos.

Se atendieron 20 pacientes del personal y 15 pacientes externos familiares del personal o referidos por doctores o enfermeras.

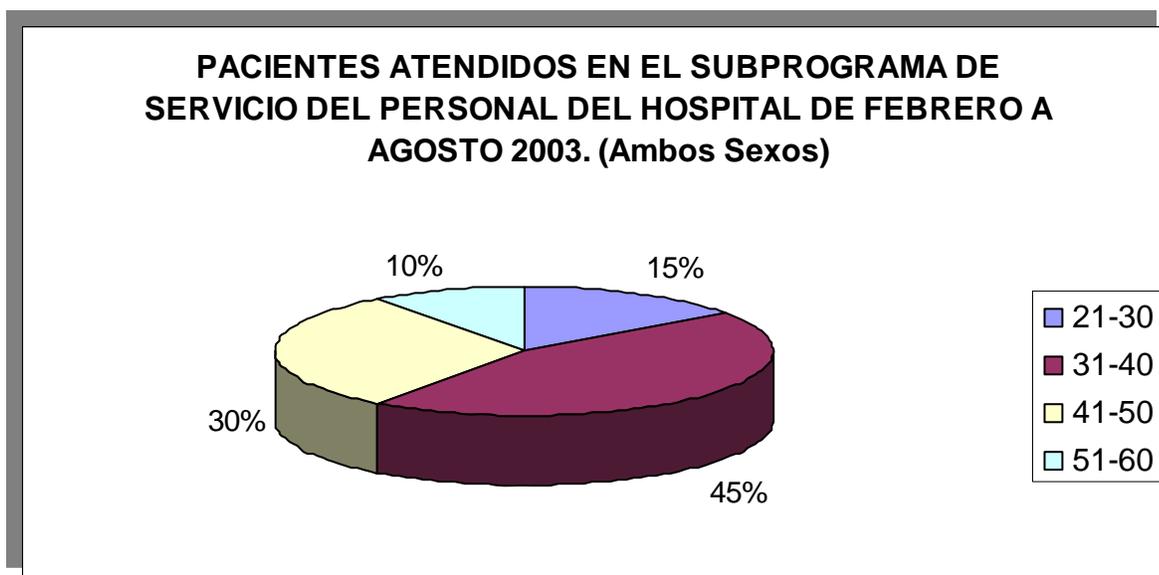
Pacientes Atendidos en Clínica del Personal

CUADRO No. 1

PACIENTES ATENDIDOS EN EL SUBPROGRAMA DE SERVICIO DEL PERSONAL DEL HOSPITAL. FEBRERO A AGOSTO 2003.

| Rango de edades | Femenino | Masculino | Total | Porcentaje |
|-----------------|----------|-----------|-------|------------|
| 21-30 | 2 | 1 | 3 | 15% |
| 31-40 | 7 | 2 | 9 | 45% |
| 41-50 | 4 | 2 | 6 | 30% |
| 51-60 | 2 | 0 | 2 | 10% |
| TOTAL | 15 | 5 | 20 | 100% |

GRAFICA No. 1

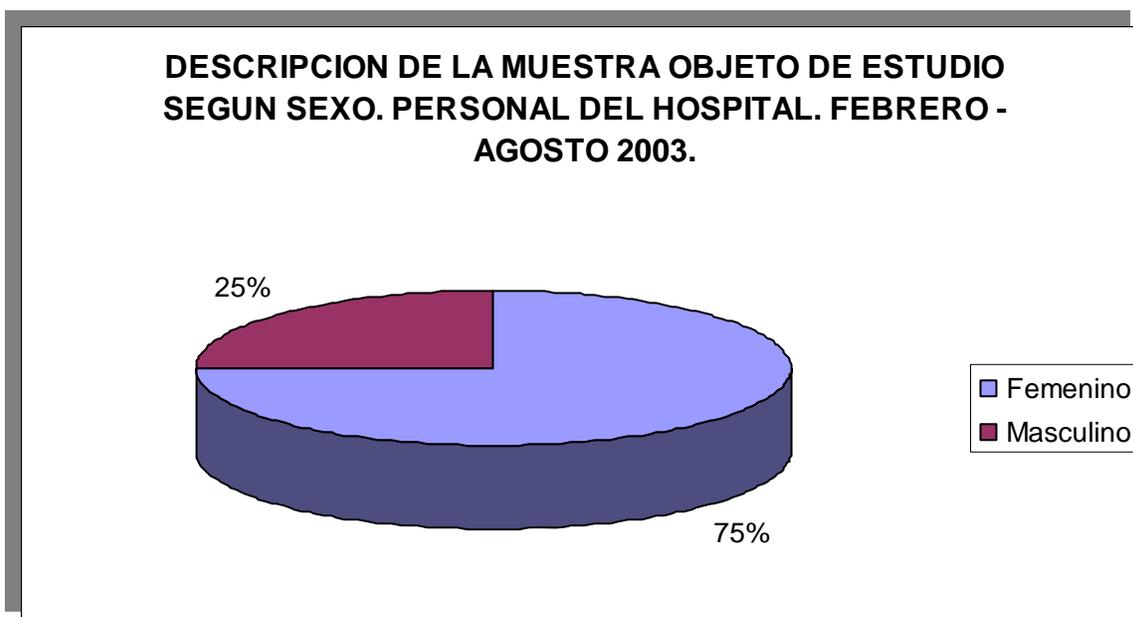


CUADRO No. 2

DESCRIPCION DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO SEGÚN SEXO
PERSONAL DEL HOSPITAL. FEBRERO - AGOSTO 2003.

| SEXO | PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|------------|
| Femenino | 15 | 75% |
| Masculino | 5 | 25% |
| TOTAL | 20 | 100% |

GRAFICA No. 2



CUADRO No. 3

DESCRIPCION DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO SEGÚN
DIAGNOSTICO CIE 10. PERSONAL DEL HOSPITAL

| SEXO | F.10 | F.32.1 | F.32.2 | F.38.0 | F.41.0 | F.41.1 | F.41.2 | F.42 | F.60.7 | TOTAL |
|-------------------|------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|------|--------|-------|
| Femenino | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 4 | 4 | 0 | 1 | 15 |
| Masculino | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 5 |
| TOTAL | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 6 | 5 | 1 | 1 | 20 |
| PORCENTAJE | 10% | 5% | 10% | 5% | 5% | 30% | 25% | 5% | 5% | 100% |

Pacientes Externos Atendidos en Clínica Psicológica

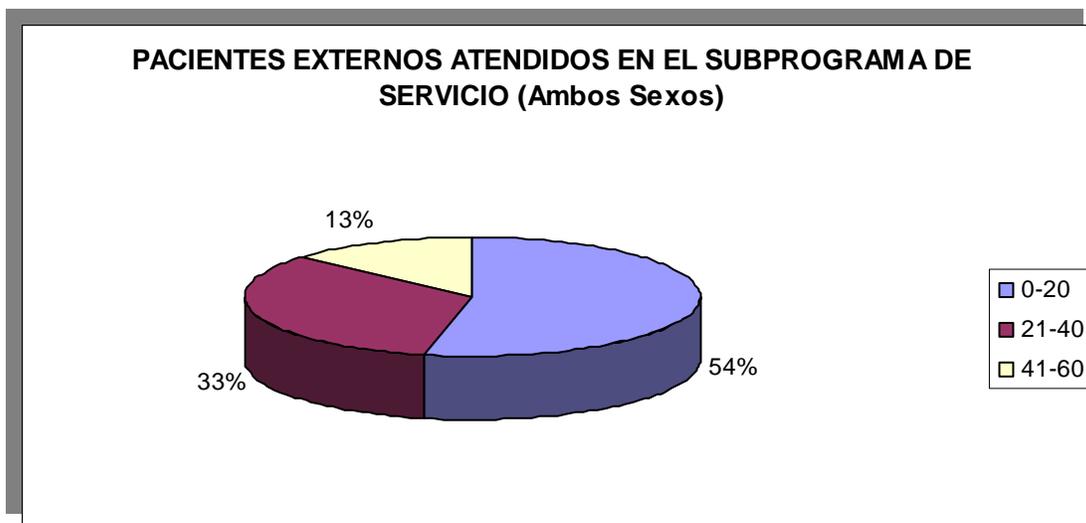
Se atendieron a quince pacientes externos, referidos por el personal, siendo estos familiares de los mismos, debido a que ellos presentaban diferentes problemáticas en su esfera familiar.

CUADRO No.4

PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN EL SUBPROGRAMA DE SERVICIO

| Rango de Edades | Femenino | Masculino | Total | Porcentaje |
|-----------------|----------|-----------|-------|------------|
| 0-20 | 4 | 4 | 8 | 54% |
| 21-40 | 3 | 2 | 5 | 33% |
| 41-60 | 2 | 0 | 2 | 13% |
| TOTAL | 9 | 6 | 15 | 100% |

GRAFICA No. 3

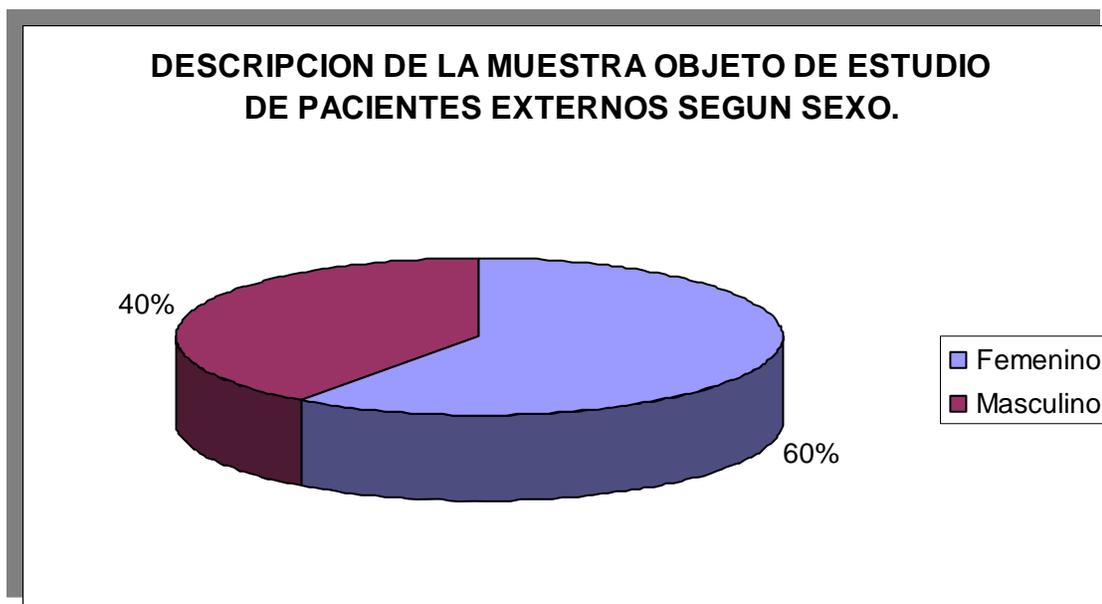


CUADRO No. 5

DESCRIPCION DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO DE PACIENTES EXTERNOS SEGÚN EL SEXO.

| SEXO | PACIENTES | PORCENTAJE |
|--------------|-----------|------------|
| Femenino | 9 | 60% |
| Masculino | 6 | 40% |
| TOTAL | 15 | 100% |

GRAFICA No. 4



CUADRO No. 6

DESCRIPCION DE LA MUESTRA OBJETO DE ESTUDIO DE
PACIENTES EXTERNOS SEGÚN ESTADO CIVIL.

| ESTADO CIVIL | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL | PORCENTAJE |
|--------------|----------|-----------|-------|------------|
| Solteros | 3 | 3 | 6 | 40% |
| Casados | 2 | 1 | 3 | 20% |
| Unidos | 1 | 1 | 2 | 13% |
| Separados | 4 | 0 | 4 | 27% |
| TOTAL | 10 | 5 | 15 | 100% |

Obteniendo logros satisfactorios en el tratamiento de los mismos por medio de la regeneración de su salud mental. Mostrando nuevas visiones y actitudes ante las diferentes esferas de su vida en especial en las que existía o sigue existiendo conflictos. Evidenciando lo anterior por medio de las evoluciones, por lo cual algunos casos se concluyeron y otros fueron referidos a otras profesionales del campo psicológico.

b. Atención Psicológica a Nivel Grupal por Departamento

A nivel grupal se visitó a los diferentes departamentos del Personal para detectar las situaciones conflictivas que se presentan en la dinámica laboral durante el proceso del proyecto, contando con el apoyo directo de los jefes de cada departamento, el departamento de Recursos Humanos y de la Dirección. Orientando adecuadamente a las partes con el objetivo de resolver dichos conflictos, siendo un ente neutro y mediador entre los mismos. Teniendo un seguimiento, utilizando el método de la observación directa e indirecta, y entrevista informal, debates, entrevista informal y análisis de casos. Lo cual se realizó cada quince días en cada uno de los departamentos teniendo una comunicación directa con el jefe y su personal. Tomando quince a treinta minutos destinando el día lunes a la realización de las asesorías. Según la magnitud del problema se programan actividades específicas para la resolución de los mismos. Las terapias grupales en cada uno de los departamentos se dieron a nivel general ya que todos los departamentos contaron con este servicio. Y si no existía problemática laboral aparente esto les ayudo a unirse y conocerse mas como personas para así comprenderse y convivir en armonía en el lugar de trabajo.

Realizando 71 visitas a diez diferentes departamentos en el transcurso de Febrero a Agosto, teniendo logros sorprendentes como lo fue; adecuadas relaciones interpersonales entre trabajadores y jefes, cuidado en el uso de las máquinas u objetos de trabajo, atención humanizada al paciente, modificación de horarios que perjudicaban a los trabajadores, incentivos positivos a los mismos, adaptación del método de FODA para evaluar periódicamente el rendimiento del servicio, comunicación de ambas vías de ciertas situaciones o actitudes que les molestaban a las diferentes personas, aclaración de malentendidos por diferentes circunstancias, confianza entre el personal y principalmente el propósito de reunirse periódicamente para mejorar en todo momento las relaciones y el servicio de cada departamento. Creando así un clima de confianza y armonía en algunos de los departamentos. Dichos logros se realizaron de manera individual en

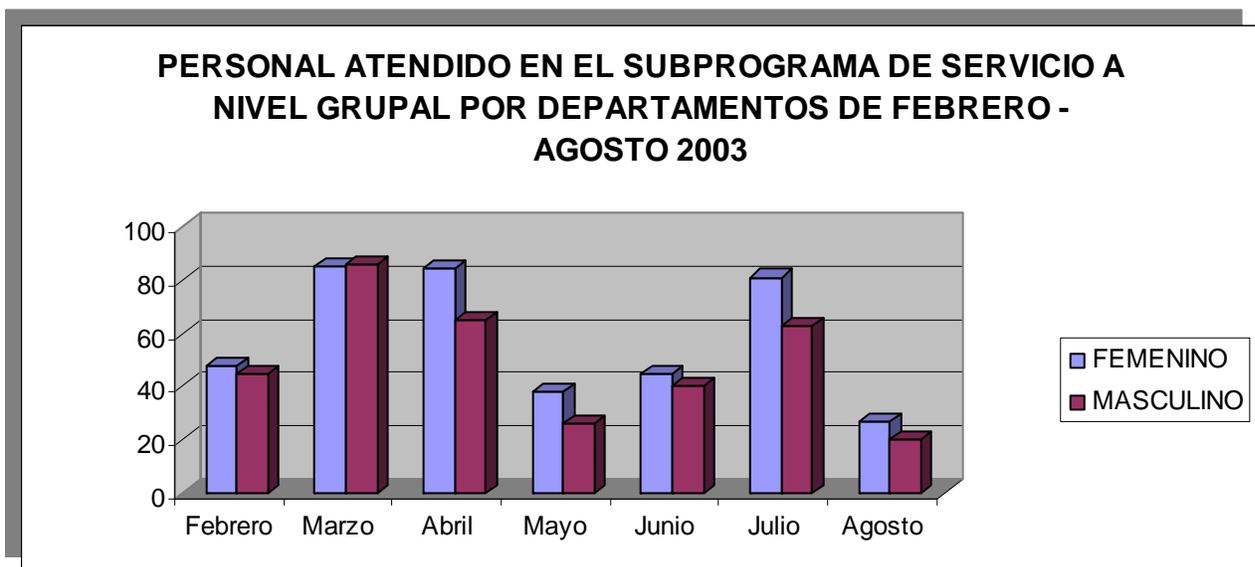
cada uno de los departamentos, según las necesidades de los mismos. A su vez cabe mencionar que en dos departamentos no se obtuvieron logros previstos ya que en uno el jefe evadía la problemática y el era el que la presentaba por lo cual se les dio instrumentos al personal a cargo para que manejara de mejor manera la situación y recuperara salud mental en la cual el jefe jugaba un papel importante para que no la tuvieran, y en el segundo caso la apertura del jefe fue accesible pero la de la coordinadora quien presentaba el mayor problema evadió con sutileza el problema y no fue capaz de enfrentarlo por lo cual no se pudo solucionar dicha problemática.

CUADRO No. 7

PERSONAL ATENDIDO EN EL SUBPROGRAMA DE SERVICIO A NIVEL GRUPAL POR DEPARTAMENTOS. DE FEBRERO - AGOSTO 2003.

| FECHA | No. VISITAS | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|--------------|-------------|----------|-----------|-------|
| Febrero | 10 | 48 | 45 | 93 |
| Marzo | 15 | 85 | 86 | 171 |
| Abril | 12 | 84 | 65 | 149 |
| Mayo | 8 | 38 | 26 | 64 |
| Junio | 9 | 45 | 40 | 85 |
| Julio | 12 | 81 | 63 | 144 |
| Agosto | 5 | 27 | 20 | 47 |
| TOTAL | 71 | 408 | 345 | 753 |

GRAFICA No. 5



c. Atención Grupal Talleres de Relajación

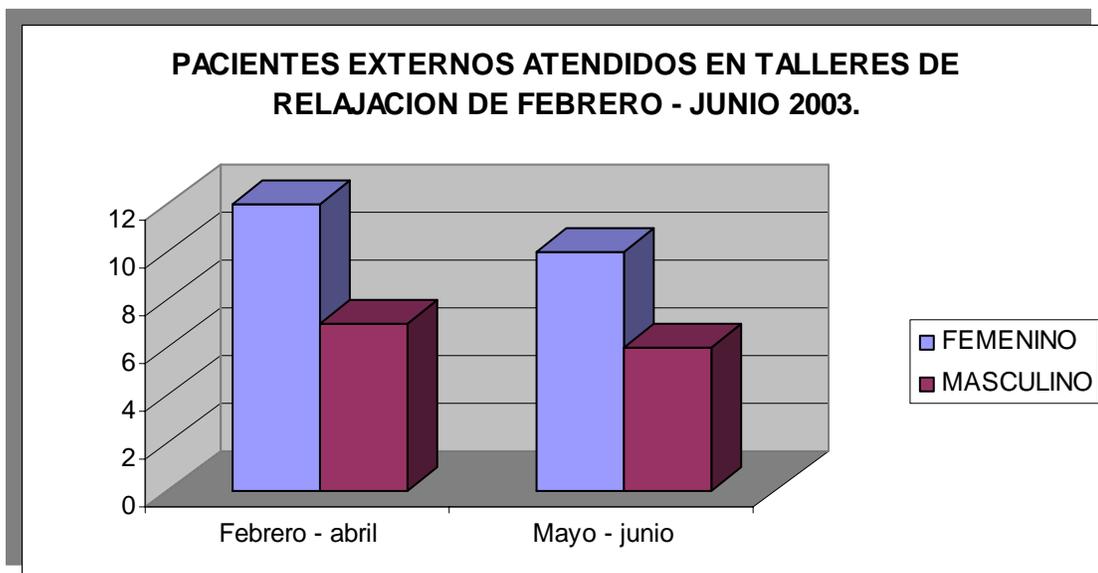
Se realizaron 17 talleres de relajación en la ejecución del proyecto en los meses de febrero a junio, una vez a la semana de 8:00 a.m a 10:00 a.m, por un período de 20 minutos por cada uno de los grupos que se presentaron. Los logros fueron sorprendentes ya que la demanda de asistencia fue tanto con el personal como de pacientes externos debido a que la participación era espontánea. La mayoría de los participantes adoptó diferentes técnicas de relajación a nivel personal y familiar, los cuales se interesaron por la bibliografía de las diferentes técnicas para poder así aplicarlas de mejor manera en su entorno. Se utilizaron las técnicas de masaje terapéutico, , viajes imaginarios, gimnasia respiratoria y aromaterapia con el objetivo de bajar el nivel de estrés. La asistencia en algunos casos fue de apoyo al tratamiento psicológico individual y grupal.

CUADRO No. 8

PACIENTES EXTERNOS ATENDIDOS EN TALLERES DE RELAJACION DE FEBRERO - JUNIO 2003.

| FECHA | No. TALLERES | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|-----------------|--------------|----------|-----------|-------|
| Febrero - abril | 8 | 12 | 7 | 19 |
| Mayo - junio | 8 | 10 | 6 | 16 |
| TOTAL | 16 | 22 | 13 | 35 |

GRAFICA No. 6

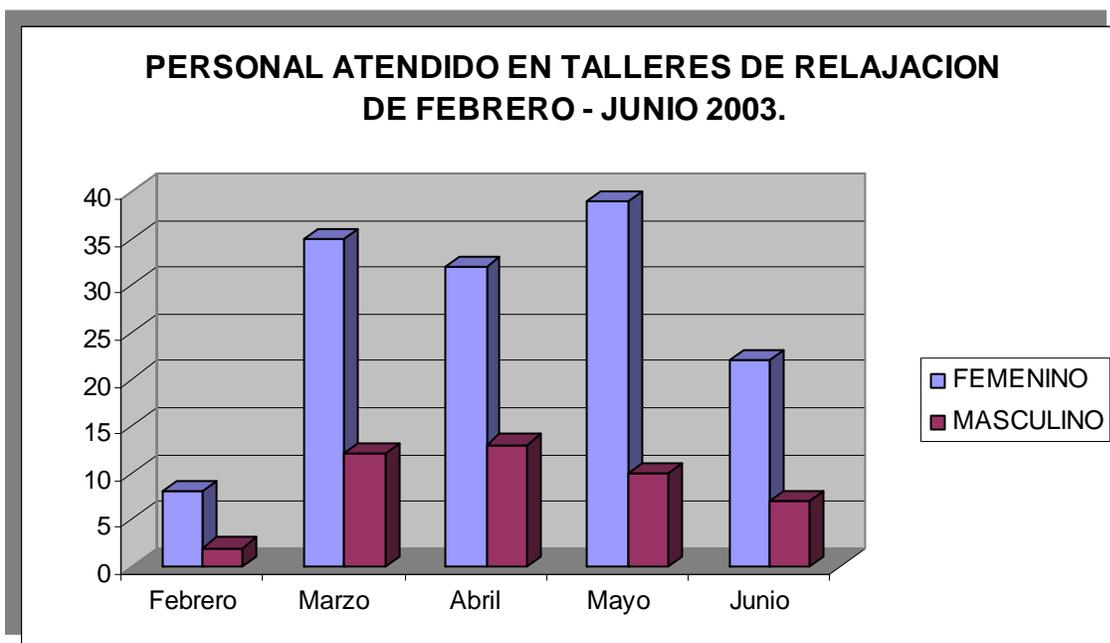


CUADRO No. 9

PERSONAL ATENDIDO EN TALLERES DE RELAJACION
DE FEBRERO - JUNIO 2003.

| FECHA | No. TALLERES | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|--------------|--------------|----------|-----------|-------|
| Febrero | 1 | 8 | 2 | 10 |
| Marzo | 4 | 35 | 12 | 47 |
| Abril | 3 | 32 | 13 | 45 |
| Mayo | 5 | 39 | 10 | 49 |
| Junio | 3 | 22 | 7 | 28 |
| TOTAL | 16 | 136 | 44 | 180 |

GRAFICA No. 7



CUADRO No. 10

DOCTORES DE PEDIATRIA ATENDIDOS EN TALLER DE RELAJACION

| SEXO | PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| Femenino | 7 | 70% |
| Masculino | 3 | 30% |
| TOTAL | 10 | 100% |

3.2 Subprograma de Docencia

a. Talleres de Motivación

Realización del primer taller de motivación con los jefes de cada departamento, con el objetivo de que ellos promovieran e incentivaran a sus trabajadores a cargo, las relaciones interpersonales y por ende la calidad del servicio, siendo estos ejemplo, abordando a su vez el manejo del estrés, siguiendo de la misma manera con los diferentes grupos.

CUADRO No. 11

TALLER DE MOTIVACION CON LOS JEFES DE LOS DEPARTAMENTOS
Y PLANIFICACION DE TALLERES

| SEXO | PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| Femenino | 7 | 44% |
| Masculino | 9 | 56% |
| TOTAL | 16 | 100% |

GRAFICA No. 8



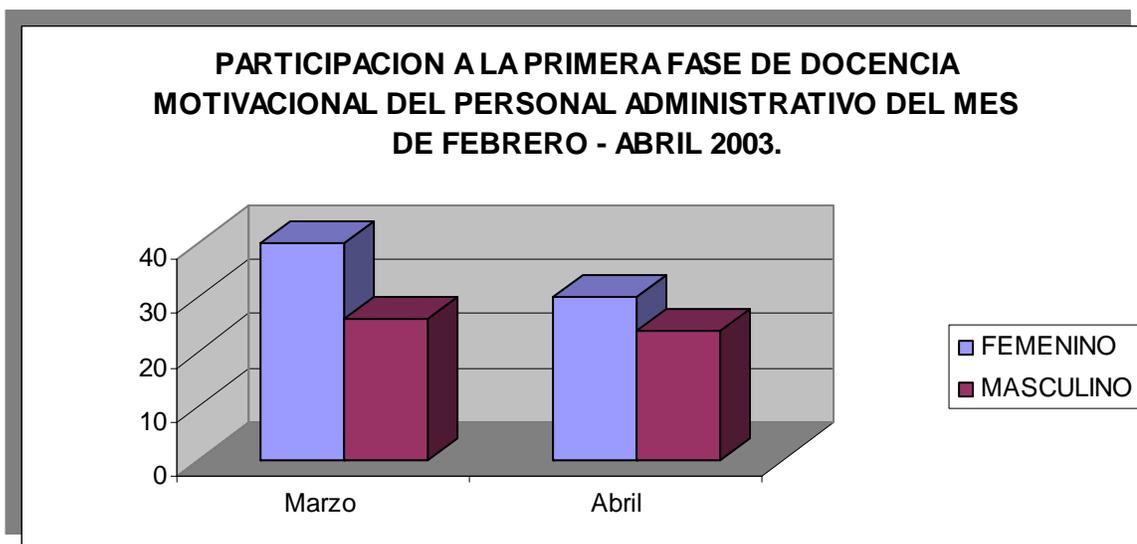
Ejecutando seguidamente 12 talleres con el personal administrativo teniendo una asistencia de 119 personas, en el mes de marzo y abril, conforme los listados de cada uno de los departamentos, realizándolos aproximadamente en 12 semanas utilizando dos días de la semana para realizarlos, capacitando a grupos de 15 personas aproximadamente en un período de dos horas. Y 09 talleres con el personal técnico de enfermería teniendo una asistencia de 96 personas. Siendo el tema central de los mismos La Motivación.

CUADRO No. 12

PARTICIPACION EN LA PRIMERA FASE DE DOCENCIA
(MOTIVACION)
DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL MES DE MARZO - ABRIL
2003.

| FECHA | No. TALLERES | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|--------------|--------------|----------|-----------|-------|
| Marzo | 7 | 40 | 26 | 66 |
| Abril | 5 | 30 | 24 | 54 |
| TOTAL | 12 | 70 | 50 | 120 |

GRAFICA No. 9

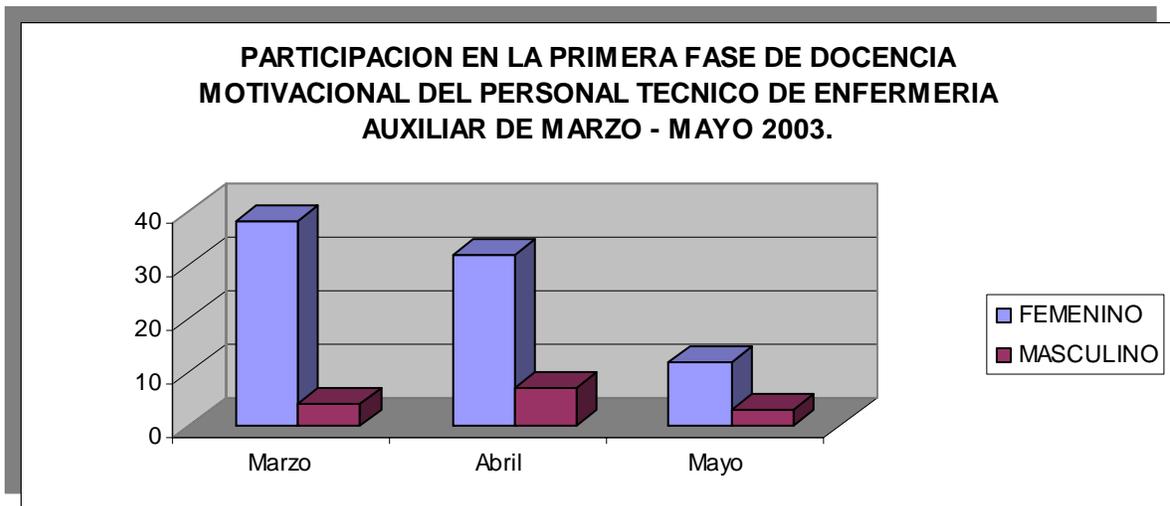


CUADRO No. 13

PARTICIPACION EN LA PRIMERA FASE DE DOCENCIA (MOTIVACION) DEL PERSONAL TECNICO DE ENFERMERIA AUXILIAR DE MARZO - MAYO 2003.

| FECHA | No. TALLERES | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|--------------|--------------|----------|-----------|-------|
| Marzo | 4 | 38 | 4 | 42 |
| Abril | 3 | 32 | 7 | 39 |
| Mayo | 2 | 12 | 3 | 15 |
| TOTAL | 9 | 82 | 14 | 96 |

GRAFICA No. 10



Entre los logros de los talleres están;

- Organización de cada uno de los talleres, con cronograma conjuntamente con los jefes de cada departamento.
- Adquisición de instrumentos para poder mejorar la convivencia entre los grupos. Adquisición de conocimientos y técnicas para poder detectar el estrés y disminuirlo en su vida cotidiana.
- Promoción e importancia de la salud mental y el aporte de la Psicología para la misma.
- Consulta de los jefes sobre diferentes problemáticas que viven en su ambiente laboral y solución de las mismas.
- Motivación de los jefes y del personal hacia el Proyecto y estrategias prácticas para incentivar al personal y así lograr una motivación e integración de su personal.

- Motivación de los participantes por realizar sus actividades laborales y de su vida cotidiana con mayor entusiasmo. Encontrando un sentido por qué luchar por medio de las diferentes metas que cada uno de ellos se propone, para lograr y así más adelante realizar su proyecto de vida en base a lo que cada uno de ellos desea.
- Identificación de la motivación interna y externa que cada uno de ellos tiene y que deben de realizar por mejorarla.
- Descubrimiento de que la falta de motivación en la que se encuentran es a nivel general y que la motivación debe de empezar a nivel personal.
- Resolución y orientación de dudas en cuanto cómo pueden realizar las metas propuestas para lograrlas a corto, mediano y largo plazo.

b. Talleres de Proyecto de Vida

En la segunda fase de Docencia se realizaron 10 talleres con una población de 204 personas, a diferencia de la primera se trabajó por departamentos del hospital, en donde se obtuvieron grandes resultados ya que se pudo evidenciar de manera concreta y directa la dinámica de cada uno de los grupos, apoyando de manera indirecta a ciertos conflictos que se evidenciaron durante el proceso de los talleres. Teniendo como tema central “PROYECTO DE VIDA HACIA UNA AUTORREALIZACION”.

CUADRO No. 14

PARTICIPACION A LA SEGUNDA FASE DE DOCENCIA
(PROYECTO DE VIDA) POR DEPARTAMENTOS

| DEPARTAMENTOS | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|-------------------------|------------|-----------|------------|
| Intendencia | 18 | 20 | 38 |
| Alimentación | 24 | 2 | 26 |
| Lavandería | 10 | 3 | 13 |
| Mantenimiento | 0 | 4 | 4 |
| Farmacia | 4 | 5 | 9 |
| Laboratorio | 7 | 0 | 7 |
| Conta y Secre | 7 | 0 | 7 |
| Estadística | 11 | 3 | 14 |
| Patrimonio y almacenes | 1 | 4 | 5 |
| Servicios de enfermería | 81 | 0 | 81 |
| TOTAL | 163 | 41 | 204 |

GRAFICA No. 11



Entre los logros del taller están:

- Ejecución de los Proyectos de vida a corto mediano y largo plazo de manera individual en las diferentes esferas de su vida como lo es: familiar, laboral, social y personal.
- Motivación de los participantes a realizar un Proyecto de Vida a nivel de Departamento mejorando las situaciones negativas de los mismos.
- Encontrando un sentido por qué luchar, identificando que cada uno de ellos es capaz de lograr lo que se propone de manera realista.
- Consultas a nivel general e individual de cómo realizar sus proyectos.
- Soluciones viables para poder resolver conflictos a nivel personal.
- Iniciación de Proyecto de Trabajo de un departamento para mejorar su calidad de vida y de servicio.
- Mejorar la calidad de Vida de la mayoría de los participantes, a través de lograr sus metas, las cuales las elaboraron algunos de ellos en la primera fase de docencia y otros en la segunda, teniendo resultados beneficiosos para los mismos ya que iniciaron a trabajar en sus metas, realizando diferentes actividades, para que los resultados de las mismas fueran

satisfactorios. Iniciando varios de los participantes con proyectos de Vida (microempresas) los cuales al finalizar el Ejercicio Profesional Supervisado se encontraban en diferentes etapas en cuanto al tiempo ya que para los mismos este es relativo. (Corto, mediano y largo plazo) Ejemplo de ello fue:

- Preparación de proyecto de un negocio de venta de gas, el cual no había iniciado al público pero su proyecto se estaba realizando con éxito ya que ya tenía el local, los cilindros de gas, el nombre del negocio y la estrategia publicitaria para anunciar su producto, como lo es por medio de volantes.
- Elaboración de la empresa para la elaboración de cortinas y edredones para vender en diferentes hoteles de Antigua Guatemala, iniciando con un Hotel y continuando hasta la fecha con tres hoteles, más y venta al por menor con personas cercanas. Asociándose la misma persona con su esposo para emprender una abarrotería con las ganancias que la ha generado la empresa de las cortinas y edredones.
- Iniciación de negocios pequeños como lo es venta de helados, comida informal, artículos de primera necesidad, manualidades y otros productos con la visión de crecer y así superarse económicamente buscando una estabilidad.
- Planificación para construir su vivienda lo cual fue un proyecto en común de varios participantes, quienes lo elaboraron según sus condiciones, tomando en cuenta, el objetivo, tiempo, recursos y las actividades. Algunos decidieron pedir un préstamo e iniciar a construir, otros ahorrar determinada cantidad en determinado tiempo, otros comprar materiales mensualmente para poder iniciar la construcción, evaluando su capacidad, como lo iban a realizar y a que tiempo el proyecto iba a estar terminado. Algunos de ellos lograron construir en el transcurso de tiempo un cuarto terminado con el propósito de continuar de la misma manera con los demás.
- Modificación de aspectos negativos de su conducta hacia las demás persona y hacia ellos mismos, lo cual ciertas personas fueron capaces de modificar algunos de ellos, realizando como primer paso la concientización de las actitudes negativas, conteo de las mismas durante el día o semana y

disminución de las mismas, con ayuda de personas externas que las motivaban.

- Transformaciones de forma de cuidar su cuerpo, ya que algunas de las personas presentaban sobrepeso, hipertensión, estrés y enfermedades variadas. Lo lograron por medio de cambiar sus hábitos alimenticios con apoyo de la nutricionista del hospital, realización de ejercicios comunes como salir a caminar, asistir a talleres de relajación y pensar principalmente su salud.
- Revaloración de sus metas de estudio de manera diversa y motivación de los mismos a seguir adelante para poder cerrar la carrera que están cursando o iniciar una por su superación tanto económica como intelectual. Creando un grupo de los mismos un Proyecto que les beneficiará para el año 2,004 en las metas referente a estudios.
- Modificación de aspectos negativos en el entorno familiar por medio de comunicación directa con los entes involucrados especialmente con su paraje y sus hijos para crear un ambiente de confianza y aceptación.
- Proyecto de jubilación que la mayoría de ellos lo tiene, el cual lo modificaron ya que la colectividad de ellos ahora tiene un objetivo del porque y para que jubilarse y que van a realizar después de la misma.

c. Círculos de Calidad

En la segunda forma de trabajo se organizó conjuntamente con el Director del Hospital el Dr. Gustavo Palencia, planificando y realizando Círculos de Calidad teniendo la oportunidad de participar todo el personal del Hospital eligiendo de manera estratégica en cada una de las actividades grupos de 15 personas. La problemática en cada una de las actividades fue distinta, ya que se planteó según la necesidad primordial del hospital a nivel del personal, con el objetivo de mejorar la calidad del servicio y por ende las relaciones interpersonales. El tiempo aproximado fue de tres horas. Desarrollándose la actividad de la siguiente manera: Presentación, bienvenida, dinámicas introductorias a la problemática, participación dinamizada ante el problema y solución del mismo. Realizando seis Círculos de Calidad los cuales fueron:

CUADRO No. 15

PARTICIPACION DEL PERSONAL A LOS CIRCULOS DE CALIDAD
DE FEBRERO - AGOSTO 2003.

| CIRCULO DE CALIDAD | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|--|-----------|-----------|------------|
| I. Atención al paciente externo | 9 | 7 | 16 |
| II. Atención al paciente externo | 7 | 2 | 9 |
| III. Calidad del Servicio (Enfermeras profesionales) | 20 | 2 | 22 |
| IV. Ética Profesional (Enfermeras profesionales) | 23 | 4 | 27 |
| V. Mejoramiento del servicio (Cocina) | 25 | 3 | 28 |
| VI. Abordamiento metodológico | 2 | 4 | 6 |
| TOTAL | 86 | 22 | 108 |

GRAFICA No. 12



d. Talleres Vivenciales

La tercera forma de trabajo se realizó a petición de los jefes de departamento debido a las necesidades que se presentaban, por lo cual se realizaron 11 talleres vivenciales logrando con los mismos la resolución de dichos conflictos en los departamentos como lo fue:

- Crear adecuadas relaciones interpersonales entre los diferentes miembros de los departamentos por medio de una comunicación asertiva y directa, planteando soluciones de comunicación directa de jefe con subalterno y no dejarse llevar por habladurías.

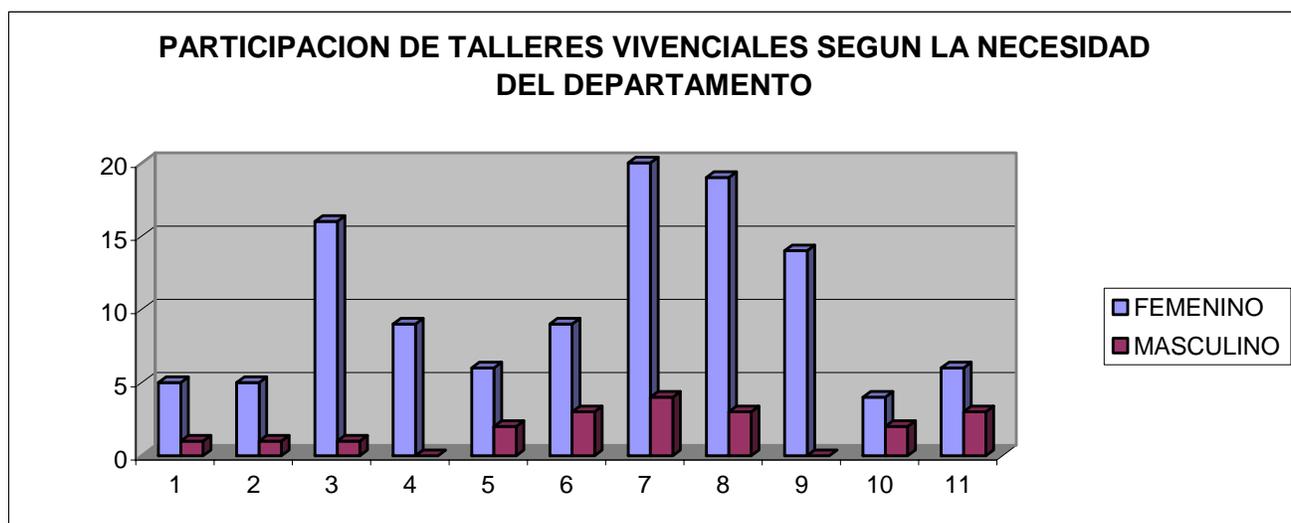
- Reorganización de las diferentes tareas de cada uno de los trabajadores del departamento y a la vez derechos de los mismos.
- Motivación del Jefe hacia sus subalternos por medio de incentivos simbólicos a la labor que estos realizan.
- Concientización del trabajo en equipo es más efectivo que el ser entes individualistas en el trabajo. Dándose cuenta que así son capaces de realizar con éxito sus labores cotidianas. Y que estrato al paciente que es por el que trabajan debe de ser de una manera conciente y humanizada.

CUADRO No. 16

TALLERES VIVENCIALES SEGÚN LA NECESIDAD DEL DEPARTAMENTO

| | DEPARTAMENTOS | TALLERES VIVENCIALES | FEMENINO | MASCULINO | TOTAL |
|----|-------------------|----------------------------|----------|-----------|-------|
| 1 | PATOLOGIA | Relaciones Interpersonales | 5 | 1 | 6 |
| 2 | PATOLOGIA | Clima organizacional | 5 | 1 | 6 |
| 3 | ALIMENTACION | Convivencia adecuada | 16 | 1 | 17 |
| 4 | ALIMENTACION | Relajación | 9 | 0 | 9 |
| 5 | LAVANDERIA | Abordamiento de problemas | 6 | 2 | 8 |
| 6 | LAVANDERIA | Buen Trato a las máquinas | 9 | 3 | 12 |
| 7 | ENFER. PROF. | Motivación | 20 | 4 | 24 |
| 8 | ENFER. PROF. | Trabajo en Equipo | 19 | 3 | 22 |
| 9 | ENFER. PEDRIATRIA | Humanización al PX | 14 | 0 | 14 |
| 10 | ENFER. COEX | Motivación | 4 | 2 | 6 |
| 11 | ESTADISTICA | Proyecto de trabajo | 6 | 3 | 9 |
| | | TOTAL | 74 | 13 | 87 |

GRAFICA No. 13



3.3 Sub-Programa de Investigación

Se investigó los **Factores Primordiales que desencadenan la falta de Motivación del Personal Técnico Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt** por medio de la Indagación Naturalística; la que se centra en el estudio de personas en sus ambientes naturales, en donde se obtuvo información descriptiva y asociativa sobre el personal, por medio de la observación participativa, entrevistas informales en su ambiente natural, análisis de documentos y rastros físicos. Recurriendo a los dos tipos de observación.

a) Participante b) No Participante

Las actividades que se realizaron en los Sub-programas de Servicio y Docencia sirvieron para la realización del Sub-Programa de Investigación ya que están íntimamente ligadas al mismo por la forma de trabajo.

Lo anteriormente descrito se realizó en la primera fase de capacitaciones, obteniendo la información de las diferentes observaciones, entrevistas informales y recavación de datos escritos por el personal.

En donde en el Subprograma de Docencia se obtuvieron datos, sobre la falta de motivación del personal, expresando los participantes, su visión acerca de diferentes situaciones que se han presentado en el Hospital, siendo estas propias y de otros compañeros, en donde se evidencio, que la mayoría tenía opiniones en común. Enumerando así los factores primordiales que les generaban falta de motivación. Constatando algunas de las situaciones por medio del Subprograma de Servicio, con la participación a las diferentes reuniones del sindicato de trabajadores, comprobando y aclarando ciertas dudas acerca de la investigación en donde se obtuvieron diversos datos sobre la misma, realizando a su vez entrevistas informales a participantes de dichas asambleas y a miembros del sindicato. Y por medio de las visitas a los diferentes departamentos se pudo evidenciar que lo expresado en las diferentes charlas era cierto, de manera parcial, ya que en algunos casos se dio la exageraron de ciertas situaciones por lo cual, se realizaron entrevistas informales con como los jefes de los departamentos y con las autoridades administrativas del Hospital, llegando así a conocer otras opiniones en relación a la falta de motivación, por lo cual se

realizó en la segunda fase el análisis de los datos obtenidos a nivel general y por ende los resultados obtenidos de dicha investigación serán expuestos al Director en la presentación de dicho informe y buscar soluciones viables a los mismos y así involucrar al mismo, para dar seguimiento a dicho trabajo en la resolución de las diferentes causas que estén a su alcance.

Los factores primordiales que desencadenan la falta de Motivación del Personal Técnico Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt son a nivel interna y externa. A nivel interno se proyecta de manera general por la situación económica, política, y social que el país esta viviendo, lo que repercute de manera directa a cada uno de los trabajadores del hospital, generando internamente desmotivación al evidenciar su realidad y no tener las armas necesarias para enfrentarse a ello. En donde a su vez el nivel de autoestima de cada uno de ellos marca, el motivo de realizar las diferentes actividades laborales, reflejando así que la historia de vida de cada uno influye, en la motivación interna y por ende en la motivación externa en donde el Hospital Nacional Pedro de Bethancour, siendo las Primordiales causas de Falta de motivación:

1. A nivel de Gobierno:

- Recorte de presupuesto para el Ministerio de Salud Pública, limitando proporcionar calidad de servicio adecuado.
- No prestar atención a las peticiones planteadas por los trabajadores de salud en pro de la población en general y de ellos mismos.

2. A nivel del Ministerio de Salud:

- Dar plazas a personas por compadrazgos y no por la capacidad de los mismos.
- No hacer una evaluación adecuada de cada uno de los puestos administrativos, para que sean ocupadas por las personas idóneas.

3. A nivel de Administrativo del Hospital:

- Preferencias a ciertos segmentos de los empleados en cuanto al trato personalizado.

- Falta de capacitación en el adiestramiento de sus labores.
- Facilitar el contrato o plaza de trabajo a personas por amistad o intereses en común y no por capacidad.
- Falta de reubicación de los empleados en plazas adecuadas según capacidad, profesión o experiencia.
- Falta de incentivos de manera escrita u oral, para el empleado, que desempeña eficientemente su trabajo.
- Dar demasiada relevancia al desempeño negativo y no buscar, la forma de enmendar y corregir, el mal desempeño.
- Violación a las normativas de cada departamento de la Institución.

4. A nivel de mandos medios:

- Falta de incentivos de manera escrita u oral, para el empleado, que desempeña eficientemente su trabajo.
- Señalamiento inadecuado del desempeño negativo.
- Poco enfoque del empleado como ente social, sino como instrumento.
- Maltrato verbal al llamar la atención por faltas laborales.
- Preferencias en designaciones laborales en cuanto a tareas específicas.
- Falta de cumplimiento a las normativas del departamento.
- En algunos momentos abuso de autoridad.

5. A nivel de Personal Profesional:

- Manifestación de prepotencia hacia el personal técnico administrativo en el trato con el personal.
- Coparticipes del incumplimiento del normativo de cada departamento.
- Incumplimiento de los horarios designados o específicos.

3.4 Otras Actividades

Durante la ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado se asistió a algunas actividades como: Reuniones programadas por el Sindicato de Trabajadores del Hospital, en donde se identificaba la epesista con el resto del personal. Charla sobre los “Factores de Riesgo Psicobiosocial en el Niño, Problemas de Aprendizaje” impartida por el departamento de Pediatría. Charla de Alimentación Balanceada por la Epesista de Nutrición.

“Modelo Epistemológico Raha Yoga, 8 Poderes de la Mente”, impartida el día 31 de Julio por el Dr. Omar Sandoval, médico de Consulta Externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de La Antigua Guatemala; “Taller de Relajación y Meditación sobre el Koan”, impartida por el Dr. Omar Sandoval el día 21 de Agosto y al precursillo “La Familia Ideal, un Enfoque Psicosocial” realizado en el III congreso Regional de Medicina XVI Semana Científica III simposium de Pediatría del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, realizada el 01 de Septiembre del 2,003.

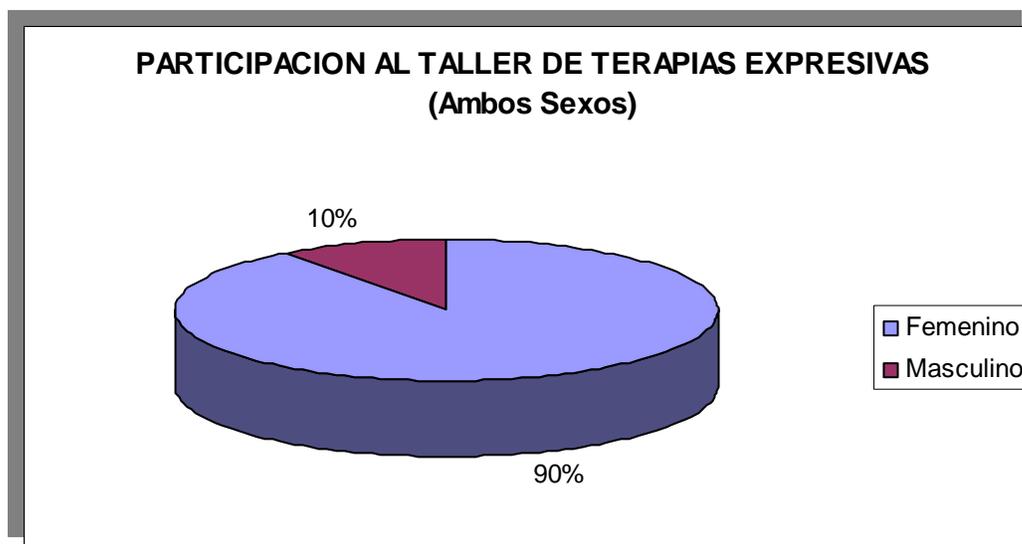
Realización del Taller de Terapias Expresivas a nivel General preparado con el jefe de recursos humanos y la epesista en donde asistieron 20 personas, un 90% de sexo femenino y un 10 % de sexo masculino . En donde los participantes pudieron expresar sus sentimientos de manera libre.

CUADRO No. 17

PARTICIPACION AL TALLER DE TERAPIAS EXPRESIVAS A NIVEL GENERAL DE JUNIO 2003

| SEXO | PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|----------------------|-------------------|
| Femenino | 18 | 90% |
| Masculino | 2 | 10% |
| TOTAL | 20 | 100% |

GRAFICA No. 14



Realización del Taller Vivencial a Pacientes Diabéticos e Hipertensos a petición de la Enfermera en donde asistieron 32 personas, un 78% de sexo femenino y un 22 % de sexo masculino. Motivando a cada uno de los participantes a cuidar de su salud de manera integral y a generar Salud Mental.

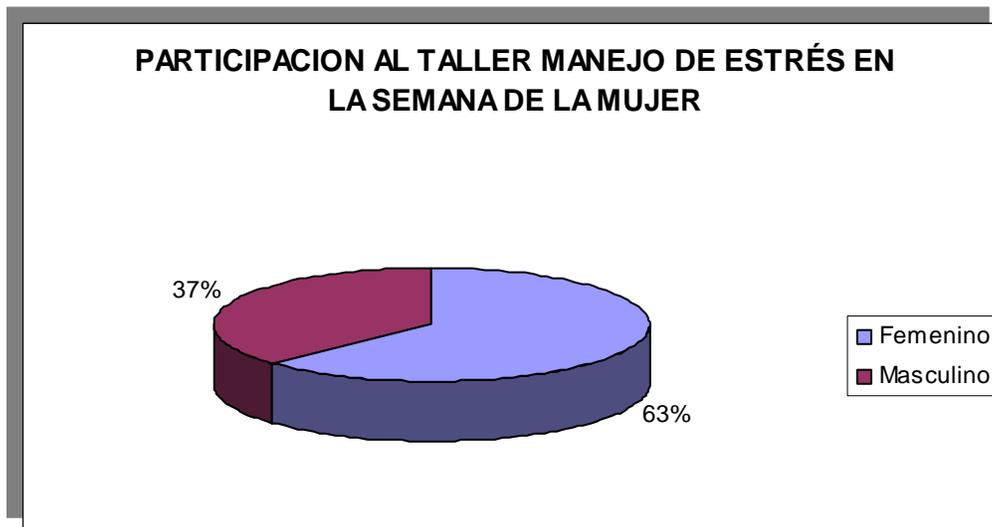
Participación a Charlas impartidas durante La Semana de la Mujer, realizada del 26 al 30 de Mayo en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de La Antigua Guatemala, en donde se impartió un taller vivencial sobre el manejo del Estrés a cargo de las Licdas. en Psicología y las Epesistas en donde asistieron 65 personas, un 63% de sexo femenino y un 37% de sexo masculino.

CUADRO No. 18

PARTICIPACION AL TALLER MANEJO DE ESTRÉS EN LA SEMANA
DE LA MUJER, MAYO 2003.

| SEXO | PARTICIPANTES | PORCENTAJE |
|--------------|---------------|------------|
| Femenino | 41 | 63% |
| Masculino | 24 | 37% |
| TOTAL | 65 | 100% |

GRAFICA No. 16



Asistir a estas actividades dio oportunidad de adquirir nuevos conocimientos y representar al Departamento de Psicología del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt tanto dentro de la Institución como fuera de ella.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La ejecución del Ejercicio Profesional Supervisado se realizó en el período de seis meses de febrero a agosto en donde se obtuvieron diferentes resultados a corto, mediano y largo plazo, desde el momento de la presentación de la epesista en las visitas diagnosticas a la institución siendo estos resultados claves para el transcurso del Proyecto. La aceptación de la epesista a nivel general fue el mejor resultado que desencadeno los diferentes logros que se presentaron en el capitulo anterior y el análisis de los mismos en el presente capitulo por medio de los subprogramas de trabajo. Dicho resultado se obtuvo por la actitud de la misma hacia la población atendida, generando un clima de confianza, apertura, aceptación y empatía.

A nivel general se lograron los objetivos de Promover la Calidad de Vida del Persona Técnico Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, mejorando la motivación interna y externa para la realización de su proyecto de vida a corto mediano y largo plazo y a su vez Inducir a Mejorar la Calidad del Servicio del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en las diferentes Áreas del Personal, promoviendo las relaciones interpersonales y el control de calidad del trabajo.

Para lograr dichos Objetivos Generales se trabajo en Subprogramas logrando así de manera satisfactoria los objetivos específicos, los cuales se cubrieron en su totalidad teniendo en el transcurso del mismo diferentes obstáculos que se superaron en su momento o se adaptó a los mismos, ya que no estaba en las manos de la epesista cambiarlos o modificarlos debido a la forma de trabajo de ciertas personas de la institución o reglamentos de los mismos.

Los diferentes resultados que se obtuvieron se pudieron lograr gracias a la colaboración del Director, el Jefe de Recursos Humanos, Psicólogas del Centro, Jefes de cada uno de los departamentos y principalmente la población atendida por su apertura hacia el trabajo psicológico.

4.1 Sub-Programa de Servicio

Los resultados obtenidos en el Sub-Programa de Servicio se evidenciaron al lograr los objetivos específicos del mismo los cuales eran; Brindar atención psicológica de manera individual y grupal, para aumentar el nivel de motivación interna y externa, bajar el nivel de estrés, creando sus propios objetivos y metas (proyecto de vida) y Asesorar a los departamentos del Personal Técnico Administrativo en las diferentes situaciones conflictivas laborales que se presentaran para mejorar la calidad del Servicio Hospitalario.

La apertura del servicio psicológico a nivel individual presentó al inicio indiferencia por la mayoría del personal ya que estos no se acercaban para ser atendidos, a pesar de saber la necesidad de atención, evaluando de manera directa e indirecta las diferentes actitudes de la epesista, para poder descubrir si podían confiar en la misma. Cuando se logro la confianza se acercaron a pedir cita para ser atendidos y tomar en algún momento a ciertas personas de su familia como chivos expiatorios en cuanto su problema. Debido a la confianza y apertura que le dieron a la epesista la demanda del servicio fue mayor por lo cual se tuvo que acomodar diferentes horarios de atención.

En la atención con pacientes externos no se presentaron problemas en cuanto horario ya que estos se presentaban puntualmente a las citas, evolucionando de manera satisfactoria al proceso psicoterapéutico, presentando en algunos momentos bloqueos acerca de su realidad y en algunas ocasiones existieron inconvenientes por horarios de trabajo. A nivel de los pacientes del personal se tuvieron diferentes complicaciones en horarios, ya que por diferentes situaciones laborales, que se les presentaban de manera imprevista no asistían a las citas o deseaban que se les atendiera en otro momento, lo cual no era posible ya que la epesista tenia que realizar otras actividades y en algunos casos existía resistencia al tratamiento y a lo que sus compañeros de trabajo pudieran pensar. Lo cual es una barrera a nivel general del personal, limitándose a comentar ciertos problemas de su vida diaria con la epesista en los pasillos y no a recibir una terapia específica, por el que dirán y la falta de convencimiento de que el tratamiento les beneficiara. Se logró que los pacientes tomaran las herramientas necesarias para modificar ciertas conductas que les perjudicaban, creando un cambio a nivel de sus esferas; familiar, laboral y personal.

La mayor dificultad que se presentó para la atención psicológica individual fue la falta de espacio físico adecuado ya que existía solo una clínica, para cuatro epesistas, lo cual limitó realizar de manera adecuada la atención psicológica, ya que se tenía que utilizaban diferentes espacios físicos no adecuados, creando incomodidad tanto para la terapeuta como para el paciente.

El mayor trastorno que presentan los mismos es de ansiedad en los diferentes clasificaciones, seguido de depresiones lo cual evidencia que la mayoría de ellos presenta **tensión metal**; por las diferentes preocupaciones de su vida diaria, sensación de tensión y/o dificultades de concentración, **tensión física**; estrés, cefaleas inquietud, **síntomas físicos de alarma**; mareos, sudoración, **diferentes estados de ánimo** y pérdida de interés a ciertas actividades. Lo que evidencia que los pacientes están expuestos a estrés excesivo por la forma de vida de los mismos, en las diferentes áreas como lo es en el trabajo, en la familia, en el estudio y en la comunidad en general.

Debido al estrés excesivo que manejan los pacientes y el resto de la población atendida, los talleres de relajación fueron de ayuda al proceso psicoterapéutico, y para bajar el nivel de estrés de la población por medio de que estos adquirieron técnicas sencillas para aplicarlas en su vida cotidiana y a la vez enseñárselas a sus familiares. Logrando así que la población aprendiera a identificar que le genera estrés y poder minimizar ciertas situaciones, controlando y manejando de manera adecuada cada una de ellas.

Mostrando nuevas visiones y actitudes ante las diferentes esferas de su vida en especial en las que existía o sigue existiendo conflictos. Evidenciando lo anterior por medio de las evoluciones, la actitud de interés de los pacientes hacia el tratamiento, por medio de asistir a las diferentes sesiones programadas, y al realizar catarsis en las mismas a sus diferentes situaciones.

A nivel grupal se obtuvieron logros sorprendentes ya que la dinámica de los diferentes departamentos se pudo modificar positivamente, para mejorar la calidad de servicio del hospital, de febrero a agosto en donde se cubrían regularmente de 09 a 10 departamentos por mes realizando una visita cada

mes o 15 días, según lo ameritaba el departamento, cubriendo en los seis meses 71 visitas, con un porcentaje del 54% de sexo femenino y un 46% de sexo masculino.

Dichos logros se obtuvieron a la apertura que cada uno de los departamentos evidenció a la epesista, trabajando conjuntamente con el jefe y sus subalternos, evidenciando ciertas problemáticas, las cuales en su mayoría pudieron solucionarse. La orientación y la actitud neutra de la epesista a las situaciones ayudó notablemente ya que con esto la población atendida no se sentía amenazada o intimidada a cambiar momentáneamente, sino por el bien común y de manera espontánea. Logrando así que cada uno de los departamentos diera las soluciones a sus problemáticas, analizando si estas eran viables para ellos. Por la magnitud de dichos conflictos se tuvo que programar actividades específicas para modificar de manera directa la situación.

Logrando así; adecuadas relaciones interpersonales entre trabajadores y jefes, por medio de una comunicación asertiva, concientización del cuidado de los recursos materiales, atención humanizada al paciente, quien es por el que brinda el servicio, incentivos positivos de manera verbal a los trabajadores, modificación de horarios que perjudicaban a los trabajadores, iniciativa por realizar reuniones periódicas para poder evaluar el rendimiento del departamento. Presentándose como principales obstáculos de trabajo las actividades laborales de los departamentos y la actitud de dos personas en especial las cuales presentan el problema y no accedieron a recibir la ayuda, evadiendo de manera sutil el trabajo de la epesista.

Por los resultados obtenidos en el trabajo grupal es muy importante enfocar, el servicio psicológico no solo a nivel secundario, (atención en clínica), sino también a nivel primero en la prevención y modificación de ciertas problemáticas, las cuales se evidencian de mejor manera con un contacto directo con los diferentes grupos de trabajo, en donde se puede evidenciar las diferentes causas de conflicto y llegar a dar soluciones viables y concretas con las personas afectadas. Buscando en todo momento la salud Integral de la población laborante de la Institución a nivel general.

4.2 Sub-Programa de Docencia

El Sub-Programa de Docencia logro cumplir sus objetivos planteados los cuales eran; Capacitar al personal técnico administrativo a motivarse de manera interna y externa, mejorando las relaciones interpersonales en las diferentes esferas personales realizando su proyecto de vida, y Orientar al Personal Hospitalario a mejorar la Calidad del Servicio por medio de los Círculos de Calidad. A través de talleres grupales.

Los resultados del Sub-programa de Docencia se iniciaron con la participación de los jefes de cada uno de los departamentos lo cual fue de gran importancia para los siguientes resultados ya que promovieron e incentivaron a sus trabajadores a cargo a mejorar las relaciones interpersonales y la calidad del servicio, asistiendo a la misma, 16 jefes de los departamentos, un 44% de sexo femenino y un 56% de sexo masculino.

En donde se evidenciaron diferentes logros en cuanto a la motivación interna y externa del personal. Teniendo como principal obstáculo para la misma, la asistencia impuntual de los participantes ya que estos por diferentes ocupaciones laborales, en algunas ocasiones no podían asistir o llegaban tarde a los diferentes talleres. La forma de trabajo fue adecuada ya que esta mantuvo el interés en los participantes y daba la oportunidad de que resolvieran ciertas dudas a nivel general y eran capaces de exteriorizar sus sentimientos. Teniendo en algún momento dificultades al expresarse ya que los grupos estaban formados de manera heterogenia es decir pertenecían a diferentes servicios y no tenían la suficiente confianza para expresarse.

En la segunda fase de docencia (Proyecto de Vida) se realizaron los talleres por departamento, en donde se evidenciaron de cerca las diferentes problemáticas del servicio.

Obteniendo resultados positivos ya que en esta se trabajo el proyecto de cada uno de los participantes y en algunos departamentos el Proyecto de Trabajo se realizo a nivel grupal.

Expresando las necesidades de cada uno de la población a nivel general e individual, a causa de ciertas problemáticas. Obteniendo motivación de parte de los participantes a modificar ciertas conductas negativas las cuales les impedían lograr sus objetivos, creando así un ambiente positivo entre todos en donde se apoyaron por medio del aporte de idea, experiencias y motivación, para que se facilitara la realización del proyecto de cada uno de sus compañeros de trabajo. Encontrando así sentido a sus vidas por lo cual luchar, y no caer en la cotidianidad, identificando a su vez la respuesta a problemas que los agobiaba en ese momento. Evidenciando que somos un ente social que nos apoyamos unos con otros.

Generando a nivel de un departamento la realización de un proyecto de trabajo para el año 2,004 en donde les fuera posible lograr sus metas de estudio principalmente, acomodando los turnos según les sea conveniente. Dicho proyecto no se logro terminar con la epesista debido a la finalización de su trabajo, por lo cual los interesados se comprometieron a continuar con la elaboración del mismo.

En los Círculos de Calidad la aceptación a la realización de los mismos fue negativa al inicio, ya que la asistencia de los mismos era de manera obligatoria, a través de memos de parte de la dirección, lo cual generaba una barrera de comunicación, cambiando la actitud de los participantes de manera positiva, participando y dando ellos mismos soluciones a sus problemáticas planteadas. Analizando que es uno de los mejores métodos para poder cambiar actitudes negativas a positivas en una persona o grupo, ya que no se impone sino se les motiva a que ellos sean capaces de dar las soluciones a las mismas y por ende estudiarlas cuidadosamente si pueden o no cumplirlas. La participación espontánea a las diferentes actividades debería de adoptarse en el sistema del hospital, teniendo como prueba la respuesta positiva a las actividades que se realizaron de dicha manera, al contrario de cuando se les obligaba a asistir, adoptando actitudes negativas al inicio de las actividades.

La tercera forma de trabajo obtuvo resultados satisfactorios ya que esta tenía como objetivo la resolución de conflictos específicos de cada uno de los departamentos, resolviéndose de esta manera problemáticas internas, las cuales fueron planteados por los jefes o subalternos a la epesista.

4.3 Sub-Programa de Investigación

Los Factores primordiales que desencadenan la falta de Motivación del Personal Técnico Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt se originan a nivel de gobierno, ya que no asigna la cantidad adecuada para cubrir las necesidades presupuestarias del área de Salud Pública, velando no por el bien común de la población sino por el interés de un sector minoritario, lo que perjudica de manera directa a la población que requiere los servicios de la institución.

La falta de recursos materiales y humanos, crea como efecto la baja eficiencia de la calidad del servicio a nivel general. Por lo que cada uno de los departamentos presenta recorte de materiales, equipo, utensilios o personal viéndose de esa manera perjudicados en sus labores cotidianas, expresando, no ser capaces de cubrir a totalidad o con calidad sus labores. Siendo en algunos momentos presionados por la administración para realizar efectivamente trabajos, que no pueden realizar debido a la falta de materiales.

Lo que genera una cadena en todo el Hospital, ya que si cierto departamento no realiza con calidad sus labores esto les afecta de manera directa e indirecta a otros para impedir la calidad de servicio. Cabe mencionar que en otras ocasiones los empleados toman de excusa la situación para realizar de manera inadecuada sus labores institucionales, generando en ellos acomodación para no realizar sus labores de manera efectiva.

Si el gobierno tomará en cuenta los planteamientos del sector laboral de la Institución, se podría dar soluciones viables a ciertas problemáticas que constantemente se dan en el hospital, mejorando la calidad de servicio. Por medio de un diálogo honesto, directo y responsable de las partes.

A su vez el Ministerio de Salud Pública juega un papel importante en la asignación de plazas administrativas a nivel de las instituciones de salud, realizándolo en algunas ocasiones de una manera inadecuada; ya que son designadas en su mayoría políticamente o por parentesco y no por capacidad, experiencia o profesionalismo, lo que perjudica el bienestar de la población. Convirtiéndose dicha problemática en un círculo vicioso en las diferentes dependencias.

A nivel administrativo se evidencia el círculo vicioso por medio de diferentes casos reales de los empleados, que las plazas o contratos se les asignan o facilitan por compadrazgos y no por la capacidad de los mismos, generando esta situación inconformidad, falta de motivación y frustración en el resto del personal, ya que algunos de ellos se han superado a nivel académico, tienen años de trabajar en la institución y no se les da cierto privilegio que merecieran por laborar en la misma, para optar a plazas de mejor clasificación.

Dándose a su vez el fenómeno constante que hay empleados que están ubicados en una labor de operarios u oficinistas teniendo una carrera a nivel medio, universitario y varios años de laborar en la institución, y no se les permite optar a una plaza adecuada cuando hay una vacante que ellos puedan desempeñar por su escolaridad y capacidad. Dando a personas externas de la institución ciertos puestos. Lo que conlleva a la desmotivación indirectamente de no superarse, acomodarse en dichos puestos por necesidades financieras y una frustración a nivel general. Existen casos en los cuales obtienen un sueldo menor al trabajo que desempeñan, debido a que su plaza está asignada a otro rubro menor. Como por ejemplo trabajar como técnico u oficinista y recibir un sueldo de operativo.

Las plazas a su vez son congeladas por el Ministerio de Salud Pública, cuando existen casos de jubilación, despido o destituciones, perjudicando de manera directa a la institución y por ende al personal; lo que genera sobrecarga de trabajo y baja calidad de servicio por falta de recursos humanos.

Las preferencias a ciertos segmentos de los empleados en cuanto al trato personalizado se evidencia por medio de ascensos de rubro en corto tiempo, de manera minoritaria, negando a su vez indirectamente la superación de otros empleados que tienen los mismos derechos y oportunidades de ser evaluados de manera objetiva, sin tener un componente de preferencia a la hora de ser calificados.

La flexibilidad ante ciertas actitudes, permisos o privilegios de un sector minoritario de los empleados por parte de la administración, genera un clima de desigualdad, inconformismo, rebeldía u oposición ante las autoridades, perjudicando directamente al paciente. Observándose de manera indirecta injusticias a nivel laboral, hacia los trabajadores de la institución en el trato como en los recursos humanos.

A nivel Administrativo y de mandos medios entre los principales factores de la desmotivación se encuentra la falta de capacitación, en cada uno de los departamentos; con el objetivo de mejorar la calidad de los servicios, en donde se exige mayor productividad sin darles las herramientas necesarias a los empleados. Aunque hay que tomar en cuenta que algunos de los trabajadores no se interesan por mejorar su forma de trabajo y mucho menos su capacitación laboral.

Los incentivos por trabajos realizados de manera satisfactoria, a nivel general, no se dan a los empleados; los cuales se motivarían si se les reconociera verbalmente o por escrito sus logros, lo que generaría mayor calidad de servicio y ejemplo positivo para el resto del personal. En cambio se da por algunos jefes demasiada relevancia a acciones negativas de los empleados manejadas inadecuadamente, por medio de enfrentamientos directos delante de compañeros de trabajo y en algunos momentos falta de respeto del jefe al subalterno y del subalterno al jefe. Dando lugar a un clima de tensión, estrés, incomodidad e irrespeto.

A nivel de administración y de jefes inmediatos en algunas ocasiones no se hacen cumplir los normativos que rigen a cada uno de los departamentos, por ciertas excepciones que ellos desean, por diversas influencias que algunas personas que acuden al hospital generan en los mismos, manipulando de manera directa e indirecta el incumplimiento de normativos. Lo que genera en los empleados inconformidad, ausentismo, actitud indiferente por realizar de manera satisfactoria su actividades laborales, violación de las normas ya que el jefe lo realiza y principalmente inadecuadas relaciones interpersonales, logrando a su vez una comunicación no asertiva, creando barreras entre ellos. Creando enfrentamientos entre las autoridades y los jefes al no querer acceder a las órdenes superiores. Refiriendo algunos de ellos que al final incumplen con el normativo ya que es una orden directa y de lo contrario se verían afectados en cierto momento.

Algunos de los mandos medios, presentan abuso de autoridad en la forma de llamar la atención a sus subalternos lo que conlleva a diversos resentimientos entre los jefes y sus subalternos, generando falta de respeto a nivel personal y grupal, por medio de divulgaciones negativas de ambas parte, sin tener la capacidad de una comunicación directa y madura.

Refiriendo cierta parte de los empleados que se da en diferentes momentos, cierto acoso verbal y psicológico en el momento en el que se les llama la atención de manera incorrecta, faltando a su dignidad de persona y al respeto que ambas partes merecen.

Es importante aclarar que estas situaciones no se presentan con todos los jefes, ni de manera continua, sino que siempre existen excepciones. Presentándose de manera más frecuente con trabajadores cuya personalidad es introvertida, y por ende tienen dificultad para defenderse ante las agresiones.

Algunos de los subalternos por ciertas situaciones toman actitudes inmaduras que los perjudican en la relación con sus compañeros y jefes, siendo vistos como personas conflictivas en todo momento. Y son estos los que en su momento faltan el respeto y abusan de las demás personas de manera verbal y psicológica. Presentando las mismas características de personalidad, las víctimas.

A nivel interno existen diferentes componentes que desencadenan la falta de motivación como lo es principalmente la situación económica, política, social y cultural que vive el país lo cual les afecta directamente, ya que estos son entes sociales; a su vez la historia personal juega un papel importantísimo pues la mayoría tienen conflictos intra-personales, reflejándolos con una baja autoestima, nivel de estrés alto, depresiones y actitudes de ansiedad. Por lo que es importante resaltar que la responsabilidad de la motivación del personal no es únicamente de agentes externos como los antes mencionados, sino de cada uno de los trabajadores, buscando ellos mismos soluciones viables a sus problemáticas, por medio una atención psicológica que el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt podría generar.

4.4 Análisis de Contexto

La Realización del Proyecto conllevó ha adentrarse en la complejidad de una metrópoli con gran significado Colonial por sus habitantes e historia. Por otro lado la influencia que juega el emigrante extranjero el cual viene de Europa, Estados Unidos y Sub-América, creando un marco interesante social, político y económico. Influyendo en la conducta de sus habitantes viéndose de manera directa e indirecta por las otras culturas quienes tienen diferentes hábitos.

Los turistas son fuente de ingresos para la población, ya que a estos les interesa sobremanera la cultura, costumbres, e infraestructura de La Antigua Guatemala, por lo cual la población, preserva sus tradiciones, ya que estas son de gran atractivo para los mismos, (trajes típicos, dulces, artesanías, arquitectura). Generando de manera directa el turismo fuente de ingresos económicos para la población, a través del comercio. A su vez la conducta emocional se ve afectada por el costo de vida, debido a que las familias, perciben ingresos económicos por debajo de la canasta básica lo que obliga a la totalidad de sus miembros a desempeñar una actividad generadora de ingresos para el hogar, dentro del sector informal y economía subterránea.

En la medida que los ingresos se reducen, los principales gastos son destinados al alimento y al transporte, sacrificando satisfactores como vivienda, vestido, educación y el área de recreación que es indispensable para todo ser humano, lo cual mantiene el equilibrio emocional de las personas.

Evidenciando de esta manera que la Salud Mental de la población de La Antigua Guatemala se ve amenazada por el factor económico, llegando en algunos momentos a sacrificar otros satisfactores como la alimentación, con el consecuente deterioro del estado nutricional y la salud fisiológica de la familia. Generando situaciones psicosociales que afectan directa e indirectamente a toda la población Guatemalteca, formándose pequeños grupos de jóvenes organizados, denominados maras, generando inseguridad,, desestabilización emocional, provocando en la población conductas de pánico, ansiedad, estrés etcétera por las diferentes situaciones que han presenciado o les han relatado en cuanto a la situación de delincuencia y violencia que se vive.

La situación antes descrita afecta, la forma de vida de los pobladores, ya que con anterioridad, disfrutaban de manera tranquila paseos a pie o en bicicleta sin tener el temor de ser agredidos, tanto de manera física como psicológica. Afectando de manera directa la costumbre de transportarse de un lugar a otro a pie y/o bicicleta, debido a que las distancias son cortas de una aldea a otra, y en algunos lugares no existe acceso a buses extra urbanos.

La cobertura educativa en el área no supera el 39% de la demanda de menores de 19 años; estos servicios básicos han llegado a ser excluyentes y elitistas

por sus costos, incluso en el sector público son elevados para el limitado presupuesto familiar.

En el ámbito escolar es común la deserción, repitencia, bajo nivel educativo, analfabetismo funcional; problemas de adaptación escolar y de relacionamiento: agresividad, hiperactividad, timidez, abulia, temores, distracciones y más.

A nivel no gubernamental se han desarrollado diversos programas de trabajo con la infancia y la juventud, tendientes a compensar carencias y deficiencias educativas, siguiendo un abanico de orientaciones. Muchas instituciones “proveen ayuda” para la atención de las necesidades básicas en condiciones de emergencia, algunas otras con un estricto sentido caritativo tradicional, en tanto que otras promueven programas recreativos, deportivos. Muchos de estos programas se realizan dentro de contextos pedagógicos tradicionales, en tanto que otros promueven acciones a favor de desarrollar estrategias educativas de nuevo tipo.

La institución del Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt en el área de salud cubre en su totalidad al municipio de Antigua Guatemala conjuntamente con los puestos de Salud cercanos a las comunidades, presentando a su vez demandas de otros municipios y departamentos lejanos al mismo. Ya que dicho Hospital tiene prestigio a nivel nacional, debido a la trayectoria que a tenido el mismo desde sus orígenes. Por la visión que cierta población de Guatemala tiene hacia la calidad del Servicio, del Hospital se incrementa la atención a los pacientes y por ende la carga de trabajo del personal del hospital, generando cansancio físico y mental. Siendo este otro factor que desestabiliza emocionalmente a la población atendida en el presente informe.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Conclusiones Generales

- El trabajo realizado en el año 2,002 por una epesista de la Universidad San Carlos de Guatemala en área de Psicología con el personal administrativo, facilitó de manera directa la realización del presente trabajo.
- El Ejercicio Profesional Supervisado brindó atención psicológica al personal a nivel individual y grupal, proyectando la importancia de la psicología en la Salud Mental, por medio de la adquisición de técnicas para bajar el nivel de estrés, atención individual de pacientes y la asesoría a lo diferentes departamentos para mejorar relaciones interpersonales
- Fue determinante que cualquier actividad que se realizó con el personal se ejecutará de manera profesional a través de un clima de confianza e interés por cada una de sus acciones, teniendo como objetivo primordial el bien común.
- El Ejercicio Profesional Supervisado es un proceso complementario en la formación del futuro profesional dando la gran oportunidad de aplicar y adquirir mayores conocimientos.
- El Ejercicio Profesional Supervisado se puede concluir que no es suficiente el tiempo de seis meses para cubrir las necesidades de la población atendida, debido al seguimiento de las diferentes problemáticas que se presentan.
- El apoyo recibido y la aceptación hacia la epesista por la dirección del hospital, las jefaturas de los diferentes departamentos y en especial el resto del personal favoreció notablemente para lograr los diferentes objetivos, por medio de la realización de las actividades programadas sin muchos inconvenientes.

- La demanda de atención psicológica en los diferentes subprogramas de trabajo en el proyecto, se evidenció por medio de peticiones para realizar otras actividades tanto para el personal del hospital como para pacientes externos e internos.
- Fue evidente la necesidad de servicio psicológico en el personal del Hospital, como parte fundamental al desarrollo de las actividades laborales de los diferentes departamentos.

5.1.2 Subprograma de Servicio.

- La posibilidad de brindar una atención psicológica a nivel grupal da la oportunidad de valorar la atención primaria la cual previene y orienta a nivel general y captar a ciertas personas que necesitan de la atención secundaria o clínica, evidenciando de esta manera la importancia entre el nivel primario y secundario de atención, cuando se valora la Salud Integralmente.
- La visión de dar atención psicológica a nivel grupal fue eficiente y positiva ya que se tenía un contacto con todo el personal en su área de trabajo, dando servicio directo a cada departamento, y de manera individual a su vez según la problemática de cada uno de los pacientes.
- La terapia existencial fue de gran apoyo para la realización del Ejercicio Profesional Supervisado en el sub programa de servicio, ya que esta ayudó a la población atendida a aceptar su realidad y enfrentar dicha situación.
- La atención grupal a los diferentes departamentos sirvió para crear mayor confianza entre la población atendida y a su vez tener un contacto directo con ellos.
- Se concientizó a la población atendida de la importancia de la Salud Mental por medio de la Psicología, por lo cual, consultaban personalmente y referían a sus familiares a para ser atendidos.
- La recuperación total de la Salud Mental de los pacientes atendidos a nivel individual es difícil por el tiempo, ya que un procesos terapéutico pueden ser desde meses hasta años, según la problemática del mismo.

- Las diferentes problemáticas que se presentaron en los departamentos se lograron solucionar siendo un ente mediador entre las partes, logrando una comunicación asertiva para solucionarlos, a través del diálogo.
- Los talleres de relajación, lograron que diferentes personas se motivaran a adquirir técnicas específicas para relajarse en su vida cotidiana, y aplicarlas en su esfera familiar.
- Los talleres de relajación a su vez fueron de apoyo directo a algunos pacientes atendidos de manera individual en la clínica, debido a que el mayor trastorno que se presentó en la población atendida fue de ansiedad en las diferentes clasificaciones.

5.1.3 Subprograma Docencia

- Los temas impartidos durante la ejecución de este subprograma, motivaron a la mayoría del personal a la realización de sus labores cotidianas en las diferentes esferas de su vida, elaborando sus proyectos de vida según las necesidades de los mismos.
- Aportes positivos, en cuanto resolución de ciertas problemáticas que se dan en el hospital, las cuales desmotivan a los mismos, siendo estas presentadas a sus jefes u otras autoridades.
- La metodología utilizada en los talleres fue efectiva para la participación general de los mismos, debido a que los participantes expresaban aceptación a los mismos por medio de la puntualidad.
- Debido a circunstancias de trabajo algunos de los participantes no podían participar, aunque la actividad ya estuviera programada.
- Los Talleres les dieron la oportunidad de integrarse más como grupo de trabajo y la aceptación de diferentes situaciones particulares.
- La motivación para realizar las metas debe de ser de manera interna para poder lógralas, ya que todos somos capaces de hacerlo, tomando en cuenta que la motivación externa a su vez influye de manera directa y facilita, por

lo cual esta se puede propagar en el Hospital siendo los mismos trabajadores ejemplo de motivación hacia sus compañeros.

- Asimilaron que el trabajo en equipo es importante para dar Calidad de Servicio, ya que esto minimiza la carga de trabajo para ciertos empleados, creando así justicia en el lugar de trabajo.
- Los resultados de los Círculos de Calidad a nivel general se evidenciaron en ciertos cambios de actitud en los lugares de trabajo, por medio de la atención al paciente a nivel externo como interno.

5.1.4 Subprograma Investigación

- Los Factores primordiales que desencadenan la falta de Motivación del Personal Técnico Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt son a nivel interno y externo.
- A nivel interno se proyecta de manera general por la situación en la que está viviendo el país y la historia personal.
- El nivel de autoestima es determinante para la motivación interna de cada individuo.
- El Recorte de presupuesto para el Ministerio de Salud Pública, limita proporcionar calidad de servicio adecuado, ya que no se cuentan con los materias, equipos médicos ni suministros necesarios para la realización efectiva de trabajo en las diferentes áreas de servicio a nivel general.
- El Gobierno no presta la atención debida a los dirigentes sindicalistas de Salud Pública, utilizando estrategias legales para desviar su atención a las diferentes peticiones.
- El Ministerio de Salud Pública en algunos casos no busca la capacidad, el profesionalismo y la integridad al dar las plazas para puestos administrativos sino por compadrazgos, lo cual genera un círculo vicioso en la asignación de algunas plazas en diferentes puestos.

- La falta de incentivos verbales o escritos por el desempeño de una actividad positiva, genera indiferencia en el desempeño de sus labores futuras.
- La constante práctica de violaciones a las normativas de cada departamento genera en los subalternos, una conducta sumisa, pasiva, indiferencia o de enfrentamiento a los jefes.
- Algunos profesionales presentan actitudes prepotentes hacia el personal administrativo, generando en ellos desmotivación y sentimiento de minusvalía.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Recomendaciones Generales

- Es necesario crear un programa estructurado de atención psicológica para el personal del Hospital Pedro de Bethancourt de La Antigua Guatemala con orientación de calidad del servicio y organizacional a nivel laboral.
- Que el Departamento de Recursos Humanos, la Dirección y el Departamento de Psicología implantan un programa de capacitación específico para el personal, promoviendo la Calidad del Servicio, buscando atender la Salud Mental en los laborantes.
- Que la Dirección y el Departamento de Recursos Humanos establezcan una relación directa con los Jefes de cada uno de los departamentos para conocer las diferentes problemáticas y darles soluciones viables a las mismas.
- Que los Jefes de los Departamentos mantengan una comunicación asertiva con sus subalternos para así poder trabajar adecuadamente en un clima de armonía, teniendo los subalternos la oportunidad de expresar sus diferentes problemáticas para que estas sean solucionadas.
- Concienciar a la mayoría de la población de la importancia que tiene el área de la Psicología, dentro de la Salud Mental del Personal a través del Departamento de Recursos Humanos y de Psicología.

- Tener reuniones una vez al mes el Jefe del Departamento con su personal para evaluar el servicio, por medio del método FODA el cual fue implementado por la epesista.
- Continuar el Proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado, por medio de una epesista, tomando como base los anteriores proyectos, con el fin de mejorar la calidad de los mismos, para brindar apoyo en la Salud Integral del Personal.

5.2.2 Subprograma de Servicio

- Que la persona encargada de la Atención Psicológica para el personal, sea responsable, dinámica y principalmente con principios éticos y profesionales para la atención de los mismos.
- Dar seguimiento a cada uno de los pacientes que fueron referidos a continuar el proceso terapéutico, a cargo de la Jefa del Departamento de Psicología.
- Brindar atención Psicológica a los pacientes que lo soliciten nuevamente, tomando en cuenta su expediente.
- Establecer la atención psicoterapéutica de acuerdo a las principales necesidades y características de cada uno de los pacientes.
- Fomentar la Salud Mental del Personal del Hospital y de sus familiares a través de la divulgación del servicio por medio de los diferentes departamentos.
- Realizar visitas domiciliarias a pacientes del personal que lo ameriten según sea el caso, con conocimiento de la Jefe de Psicología, el Jefe de Recursos Humanos y Dirección.
- Continuar con talleres de relajación o similares sin que estos sean obligatorios, para que la participación a los mismos sea voluntaria.
- Reforzar la atención grupal a nivel de departamentos para solucionar las problemáticas específicas de los mismos, entre jefes y subalternos.

5.2.3 Subprograma Docencia

- Que la Dirección facilite los diferentes recursos materiales, audiovisuales , físicos y/o humanos para realizar diferentes capacitaciones al personal del Hospital.
- Que el Departamento de Recursos Humanos conjuntamente con el Departamento de Psicología realicen talleres, para capacitar adecuadamente al personal de Hospital.
- Que la metodología que utilicen para la realización de los talleres o charlas sean participativas para motivar la asistencia a los mismos.
- Que se tome la opinión de los jefes y de los empleados de los diferentes departamentos para cubrir sus necesidades y realizar talleres específicos a los mismos.
- Que se continúen realizando los Círculos de Calidad conjuntamente con Dirección, para fomentar la Calidad de Servicio del Hospital en pro de los pacientes.
- Realizar actividades coordinadas con el Departamento de Recursos Humanos y los jefes de cada Departamento sin que estas sean obligatorias, con el objetivo de premiar a los trabajadores por su esfuerzo.

5.2.4 Subprograma de Investigación

- Incentivar de manera verbal y escrita a los trabajadores que desempeñen con éxito sus labores.
- En el momento de haber plazas vacantes, darle prioridad a los empleados de la institución para que estos puedan ascender de puesto, tomando en cuenta, su capacidad y experiencia.
- Crear un clima de respeto común desde los empleados de puestos bajos, hasta los de altos puestos.

- Tener comunicación directa entre jefes y subalternos por medio de relaciones interpersonales adecuadas.
- Capacitar a los diferentes departamentos, para poder mejorar la calidad de servicio.
- Cumplir con los normativos que rigen a cada uno de los departamentos sin excepción alguna.

BIBLIOGRAFIA

- 1 "Desigualdad social," *Enciclopedia Microsoft® Encarta® 2000*. ©
2. CORRALIZA, José Antonio (1992)
Psicología Social, Procesos Psicosociales y Marcos Físicos.
Editorial Mac Graw Hill, P. 450.
3. Recopilación de Conferencia sobre la Desarrollo Social (1995)
Conferencista Guatemalteco Lic. Fabricio Linares.
4. CUDICIO, Catherine (1993)
PNL y Comunicación,
Editorial Management
Argentina P.241.
5. Documento INE Instituto Nacional de Estadística Censo (1,993).
6. CHAVENATO, Adalberto (1,999)
Administración de Recursos Humanos
Editorial Mc Graw-Hill P.420.
7. MASLOW, Abraham Harold (1,962)
Hacia una psicología del Ser.
Editorial Española, P. 143

8. VALLEJO Ruiloba, J. y otros. (1,984)
Introducción a la Psicopatología y la
Psiquiatría.
Barcelona: Salvat Editores.
9. BAYÉS , R. (1,979)
Psicología y medicina.
Barcelona: Editorial Fontanella.
10. CAPLAN, G. (1,993)
Aspectos Preventivos en Salud Mental.
Buenos Aires: Ediciones Paidós
11. Enciclopedia de la Psicología, OCEANO, España Tomo I-IV
12. DUNETTE D. Marvin,
Psicología Industrial,
Editorial. Trillas México Pág. 46
13. SEVA Díaz, A. (1,983)
Salud Mental Evolutiva
Editorial Libros Pórtico,
Zaragoza
14. JACK Kornfield,
Un Tesoro de la Sabiduría Oriental
Editorial Norma, Colombia.

15. Dr. CHEN You-Wa

Masaje Energético
Ed. ROBIN BOOK España
P. 332

16. SUSANNE Fischer – Rizzi

Los Masajes del Bienestar,
Ed. ROBIN BOOK España P. 142

17. P. AGUSTÍ,

Flores Curativas,
Ed. COFÁS S.A España Pág. 23

18. ROGERS, Carl.

Teoría Personalidad y Relaciones Interpersonales.
Editorial Fondo de la Cultura, México P. 111.

19. PRONICE (1,997)

Salud Mental en la Escuela
REDD BARNA Guatemala.

20. DORSCH, Fiederick, (1,981)

DICCIONARIO DE PSICOLOGIA, Cuarta
Edición, Editorial Herder, Barcelona.

BECK, Aarón T. (1,997)

TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN,
Biblioteca de Psicología, Desclee de Brouwer, 9ª.
Edición.

22. FRANKL Victor.

Hombre en Busca del Sentido
Editorial Fondo de la Cultura, México

P.120

GLOSARIO

1. **Abulia:** Deterioro de la voluntad de actuar que se traduce en indecisión y sentimiento de impotencia.
2. **Acontecimiento Vital:** Suceso cotidiano o fuertemente traumatizante, que acostumbra a preceder a las situaciones de estrés.
3. **Actitud:** Creencia o sentimiento de una persona que determina su predisposición a valorar favorable o desfavorable los objetos y sujetos que le rodean y que por ende influyen en su comportamiento. (Si los pensamientos y los actos no se corresponden, se experimenta una tensión a la que se denomina disonancia cognitiva).
4. **Afectividad:** Estado de la conciencia o de la cognición que da a la vida psíquica una tonalidad de agrado o desagrado, alegría o tristeza, o angustia.
5. **Afrontamiento:** Estrategia escogida por una persona para resolver una situación estresante.
6. **Agotamiento:** Reacción presente en un estrés persistente, sobre todo de origen laboral.
7. **Capacidad:** Posibilidad de lograr el éxito en una tarea.
8. **Calidad Total:** Cumplimiento de los objetivos de la empresa o institución de manera exitosa. Superioridad y mayor valor en el producto.

9. **Carácter:** Conjunto de características personales establecidas mediante el aprendizaje.
10. **Catarsis:** Proceso por el cual el sujeto descarga aspectos negativos mediante el retorno a la conciencia de recuerdos.
11. **Clima Organizacional:** Conjunto de las características del ambiente de trabajo percibidas por los empleados y asumidas como un factor principal de influencia en su comportamiento.
12. **Control de Calidad:** Procedimiento para medir y evaluar el tiempo empleado y la calidad del rendimiento de un determinado trabajador o sector laboral.
13. **Causa:** Motivo o razón para obrar, antecedente necesario e invariable de un efecto.
14. **Comportamiento:** Conjunto de respuestas sensiblemente complejas de un organismo a los estímulos recibidos de su entorno.
15. **Conflicto:** Choque u oposición que puede existir entre tendencias instintivas o afectivas contradictorias.
16. **Disonancia Cognitiva:** Reacción frecuente en las actitudes personales, que se caracteriza por la discrepancia en que entran los sentimientos sobre un tema y la conducta.
17. **Distonía:** Alteración de la tonicidad de un tejido o un órgano.
18. **Duelo:** Reacción emocional ante la muerte de un ser querido. Se considera una reacción de adaptación al estrés.

19. **Emoción:** Reacción Negativa o positiva de carácter brusco y de duración breve que aparece como respuesta ante acontecimientos internos y externos.
20. **Estrés:** Reacción particular entre el individuo y el entorno. Proceso físico, químico o emocional productor de una tensión que puede llevar a la enfermedad física.
21. **Fobia:** Medio excesivo o irracional que se manifiesta de forma persistente ante un actividad.
22. **Grupo:** Conjunto de dos o más personas que se relacionan e influyen entre si.
23. **Logoterapia:** forma de terapia influida por el existencialismo que, al contrario del psicoanálisis, se centra en ayudar al paciente a través del análisis existencial.
24. **Motivación:** Necesidad o deseo que dinamizan la conducta, dirigiéndola hacia una meta.
25. **Necesidad:** Estado del organismo determinado por un desequilibrio de las normas fisiológicas o culturales y por informaciones sobre la situación del medio interno o externo.

INDICE

| | |
|--|-----------|
| SÍNTESIS DESCRIPTIVA | 01 |
| INTRODUCCIÓN | 03 |
| | |
| CAPITULO I ANTECEDENTES | |
| 1.1 Monografía del Lugar | 05 |
| 1.2 Descripción de la Institución | 07 |
| 1.3 Descripción de la Población Beneficiaria | 11 |
| 1.4 Planteamiento del Problema | 12 |
| | |
| CAPITULO II REFERENTE TEORICO METODOLOGICO | |
| 2.1 Abordamiento Teórico Metodológico | 14 |
| 2.2 Objetivos | 41 |
| 2.2.1 Objetivo General | 41 |
| 2.2.2 Objetivos Específico | 41 |
| 2.2.3 Metodología de Abordamiento | 42 |
| | |
| CAPITULO III PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS | |
| 3.1 Subprograma de Servicio | 49 |
| 3.2 Subprograma de Docencia | 58 |
| 3.3 Subprograma de Investigación | 67 |
| 3.4 Otras Actividades y Resultados | 70 |
| | |
| CAPITULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS | |
| 4.1 Subprograma de Servicio | 73 |
| 4.2 Subprograma de Docencia | 77 |
| 4.3 Subprograma de Investigación | 79 |
| 4.4 Análisis de Contexto | 83 |

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

| | |
|------------------------------------|----|
| 5.1 Conclusiones | |
| 5.1.1 Conclusiones Generales | 85 |
| 5.1.2 Subprograma de Servicio | 86 |
| 5.1.3 Subprograma de Docencia | 87 |
| 5.1.4 Subprograma de Investigación | 88 |
| 5.2 Recomendaciones | |
| 5.2.1 Recomendaciones Generales | 89 |
| 5.2.2 Subprograma de Servicio | 90 |
| 5.2.3 Subprograma de Docencia | 91 |
| 5.2.4 Subprograma de Investigación | 91 |

| | |
|--------------|-----|
| BIBLIOGRAFÍA | 93 |
| GLOSARIO | 97 |
| INDICE | 100 |

