

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

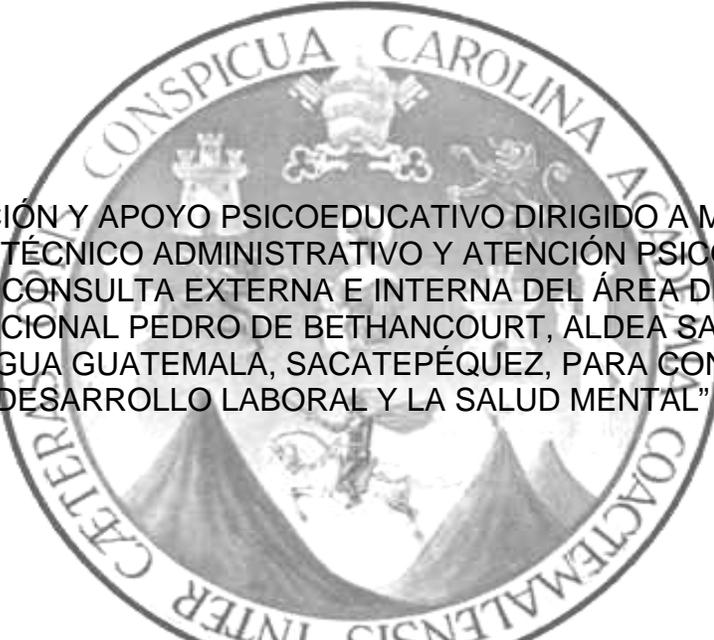
The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a crown on top, flanked by two lions. The shield is set against a background of a landscape with mountains and a river. The text "UNIVERSITAS CAROLINA ACADÉMICA" is written along the top inner edge of the circle, and "GUATEMALENSIS INTER CETERAS" is written along the bottom inner edge.

“ORIENTACIÓN Y APOYO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO A MÉDICOS Y
PERSONAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA A
PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA E INTERNA DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE
JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, PARA CONTRIBUIR AL
DESARROLLO LABORAL Y LA SALUD MENTAL”

MAGDA ARACELY SORIA HERNÁNDEZ

GUATEMALA SEPTIEMBRE DEL 2,007

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



“ORIENTACIÓN Y APOYO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO A MÉDICOS Y
PERSONAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA A
PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA E INTERNA DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE
JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, PARA CONTRIBUIR AL
DESARROLLO LABORAL Y LA SALUD MENTAL”

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

POR

MAGDA ARACELY SORIA HERNÁNDEZ

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE

PSICÓLOGA

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciado Helvin Orlando Velásquez; M.A.
SECRETARIO

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Licenciada Loris Pérez Singer
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS

Brenda Julissa Chamám Pacay
Edgard Ramiro Arroyave Sagastume
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO



c.c. Control Académico
EPS
Archivo
REG.684-2006
CODIPs. 1115-2007

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

18 de septiembre de 2007

Estudiante

Magda Aracely Soria Hernández
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TERCERO (3o.) del Acta CUARENTA Y SEIS GUIÓN DOS MIL SIETE (46-2007) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 13 de septiembre de 2007, que copiado literalmente dice:

"TERCERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ORIENTACIÓN Y APOYO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO A MÉDICOS Y PERSONAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA E INTERNA DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, PARA CONTRIBUIR AL DESARROLLO LABORAL Y LA SALUD MENTAL"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

MAGDA ARACELY SORIA HERNÁNDEZ

CARNÉ No.199815661

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Helvin Velásquez Ramos; M.A.
SECRETARIO



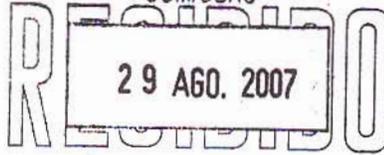
c.c.f.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma: *[Signature]* hora: 15:15 Registro: 684-06

EPS 098-2007
Reg. 684-2006

22 de agosto de 2007

Señores
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señores:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Magda Aracely Soria Hernández**, carné No. **1998-15661**, titulado:

"ORIENTACIÓN Y APOYO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO A MÉDICOS Y PERSONAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA E INTERNA DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, PARA CONTRIBUIR AL DESARROLLO LABORAL Y LA SALUD MENTAL"

De la carrera: Licenciatura en Psicología

Asimismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo de la Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado
COORDINADORA DE EPS



/Gladys
c.c. Control Académico
EPS

EPS 098-2007
Reg. 684-2006

22 de agosto de 2007

Licenciada
Claudia Rossana Rivera Maldonado
Coordinadora del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Licenciada Rivera:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Magda Aracely Soria Hernández**, carné No. **1998-15661**, titulado:

"ORIENTACIÓN Y APOYO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO A MÉDICOS Y PERSONAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA E INTERNA DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESUS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, PARA CONTRIBUIR AL DESARROLLO LABORAL Y LA SALUD MENTAL"

De la carrera: Licenciatura en Psicología

Asimismo informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este Departamento, por lo que me permito dar la respectiva **APROBACIÓN**.

Atentamente,

"DID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciada Sonia del Carmen Molina Ortiz
Revisora



/Gladys
c.c. EPS



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

EPS 098-2007
Reg. 684-2006

22 de agosto de 2007

Licenciada
Claudia Rossana Rivera Maldonado
Coordinadora del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas
CUM

Señores:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Magda Aracely Soria Hernández** carné No. **1998-15661** titulado:

"ORIENTACIÓN Y APOYO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO A MÉDICOS Y PERSONAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA E INTERNA DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, PARA CONTRIBUIR AL DESARROLLO LABORAL Y LA SALUD MENTAL"

De la carrera: Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
Asesor-Supervisor



/Gladys
c.c. EPS



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

c.c. Control Académico
EPS
Archivo
Reg. 684-2006
CODIPs. 826-2006

De Aprobación de Proyecto EPS

20 de septiembre de 2006
Reposición

Estudiante
Magda Aracely Soria Hernández
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO SÉPTIMO (17º) del Acta VEINTITRES GUIÓN DOS MIL SEIS (23-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 05 de mayo de 2006, que literalmente dice:

"DÉCIMO SÉPTIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"ORIENTACIÓN Y APOYO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO A MÉDICOS Y PERSONAL TÉCNICO ADMINISTRATIVO Y ATENCIÓN PSICOLÓGICA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA E INTERNA DEL ÁREA DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ, PARA CONTRIBUIR AL DESARROLLO LABORAL Y LA SALUD MENTAL"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

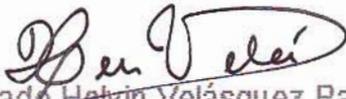
MAGDA ARACELY SORIA HERNÁNDEZ

CARNÉ No. 1998-15661

Dicho proyecto se realizará en Sacatepéquez, ubicándose a la Doctora Cynthia Akú como la persona que ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente y al Licenciado Josué Samayoa Herrera por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**"

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Helvin Velásquez Ramos, M.A.
SECRETARIO



/Gladys



Tu Salud
es nuestro compromiso



HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT



Ministerio de Salud Pública

Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala,
06 de Octubre, 2006

LICENCIADA
CLAUDIA RIVERA
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO E.P.S.
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS, CUM.
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Licenciada Rivera:

Tengo el agrado de informarle que la estudiante **MAGDA ARACELY SORIA HERNANDEZ**, carné 199815661, realizó satisfactoriamente su Ejercicio Profesional Supervisado en este Hospital, en las fechas correspondientes del 06 de febrero al 06 de octubre del año 2006, tiempo durante el cual ejecutó el proyecto denominado “**ORIENTACION Y APOYO PSICOEDUCATIVO DIRIGIDO A MEDICOS, A PERSONAL TECNICO ADMINISTRATIVO Y ATENCION PSICOLOGICA A PACIENTES DE CONSULTA EXTERNA E INTERNA DEL AREA DE CIRUGIA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ALDEA SAN FELIPE DE JESUS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPEQUEZ, PARA CONTRIBUIR AL DESARROLLO LABORAL Y LA SALUD MENTAL.**”

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo, atentamente,


LIC. FERNANDO SALVATIERRA G.
Jefe Depto. De Salud Mental
Hospital Nacional de Antigua



C.c. archivo

SIRVIENDO CON CALIDEZ, CALIDAD Y COBERTURA

PADRINOS DE GRADUACIÓN:

LUIS HAROLDO SORIA HERNÁNDEZ
INGENIERO EN CIENCIAS Y SISTEMAS
COLEGIADO No. 6135

FELIX AROLDO GIRÓN MÉNDEZ
LICENCIADO EN CIENCIAS JURIDICAS Y SOCIALES ABOGADO Y NOTARIO
COLEGIADO No. 2942

MADELLYN MARLENE CORONADO HERNÁNDEZ
PEDIATRA
COLEGIADO No. 11,502

ACTO QUE DEDICO:

A DIOS:

Por darme fuerzas y ser mi luz en todo momento

A MIS PADRES:

Raúl Haroldo Soria de la Cruz
Irma Yolanda Hernández de Soria
Por brindarme todo su amor, apoyo y paciencia en todo momento.

A MIS HERMANOS:

Luís y Conrado
Por brindarme apoyo incondicional y estar a mi lado

A MIS PRIMOS:

Con cariño

A MI CUÑADA:

Glenda Odette Barillas Roldan
Por brindarme su cariño y motivación

A MIS COMPAÑERAS DE E.P.S

Mil gracias por compartir esta experiencia y con ella gratos momentos,
los cuales son recuerdos inolvidables.

A MIS AMIGOS:

De manera Especial

INDICE

	Página
SINTESIS DESCRIPTIVA	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I ANTECEDENTES	
1.1. Monografía del Lugar	01
1.2 Descripción de la Institución	08
1.3 Descripción de la Población Atendida	12
1.4 Planteamiento del Problema	13
CAPÍTULO II REFERENTE TEÓRICO METODOLOGICO	
2.1. Abordamiento Teórico Metodológico	15
2.2. Objetivos	45
2.2.1. Objetivo General	45
2.2.2. Objetivos Específicos	45
2.3. Metodología de abordamiento	46
CAPÍTULO III PRESENTACION DE ACTIVIDADES Y RESULTADOS	
3.1 Subprograma de Servicio	52
3.2 Subprograma de Docencia	61
3.3 Subprograma de Investigación	69
3.4 Otras Actividades	75
CAPÍTULO IV ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	
4.1 Subprograma de Servicio	78
4.2 Subprograma de Docencia	86
4.3 Subprograma de Investigación	89
4.4 Análisis de Contexto	94
CAPÍTULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	
5.1.1 Conclusiones Generales	97
5.1.2 Subprograma de Servicio	98
5.1.3 Subprograma de Docencia	98
5.1.4 Subprograma de Investigación	99
5.2 Recomendaciones	
5.2.1 Recomendaciones Generales	100
5.2.2 Subprograma de Servicio	100
5.2.3 Subprograma de Docencia	101
5.2.4 Subprograma de Investigación	101
BIBLIOGRAFIA	103

SINTESIS DESCRIPTIVA

Este Ejercicio Profesional Supervisado, titulado "Orientación y apoyo psicoeducativo dirigido a Médicos y Personal Técnico - Administrativo, y atención psicológica a pacientes de consulta externa e interna del Área de Cirugía, para contribuir al desarrollo laboral y la salud mental" se llevó a cabo en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

Este informe final reúne toda la información de cómo se llevaron a cabo los subprogramas que cubre el ejercicio profesional supervisado, así como todas las actividades que se desarrollaron. Para dicha realización se contó con la asesoría de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, del Departamento de EPS.

Los Subprogramas se organizaron de la siguiente manera:

- Subprograma de Servicio:

En donde se brindó atención psicológica, dirigido a pacientes de consulta externa e interna del área de Cirugía del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt. Así como también el apoyo psicológico, al personal Médico, y Técnico- Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

- Subprograma de Docencia:

Se Impartieron charlas y talleres psicoeducativos, a Médicos y Personal Técnico-Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, para mejorar las relaciones laborales. Así como también desarrollar Técnicas de Relajación a pacientes de consulta interna del Área de Cirugía del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, para disminuir los niveles de ansiedad.

- Subprograma de Investigación:

En este programa se investigó cuáles son los factores psicosociales que dificultan el trabajar en equipo, con el personal Médico y Técnico-Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua, Guatemala, Sacatepéquez.

INTRODUCCIÓN

El Ejercicio Profesional Supervisado se ejecutó en la Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala del Departamento de Sacatepéquez, el cual fue destinado a la orientación y apoyo psicoeducativo dirigido a Médicos y Personal Técnico-Administrativo, y atención psicológica a pacientes de consulta externa e interna del Área de Cirugía, para contribuir al desarrollo laboral y la salud mental. Estas personas están comprendidas entre las edades de 20 a 65 años aproximadamente pertenecientes a las dependencias de Administración, Enfermería, Intendencia, Mantenimiento y Lavandería y del Área de Cirugía.

Los objetivos primordiales, se basaron en la orientación y atención sobre la problemática psicosociolaboral que presento el personal, así como también la atención a los pacientes externos e internos del Área de Cirugía con el fin de desarrollar una adecuada salud mental para que logren por medio de esta, un mejor desempeño en sus labores diarias.

Se impartieron charlas y desarrollaron talleres psicoeducativos sobre autoestima, relaciones interpersonales, motivación, comunicación, trabajo en equipo y liderazgo para el personal Técnico - Administrativo así como también talleres de relajación dirigidos a los pacientes del Área de Cirugía, para contribuir a mejorar el ambiente laboral y bajar niveles de ansiedad.

El informe final se divide en cinco capítulos que a continuación se describen:

- **Capítulo I:** En este se describe la monografía de la Aldea San Felipe de Jesús que incluye: marco histórico-antropológico, marco sociocultural, marco ideológico-político, así como también se describe a la institución Hospital Nacional Pedro de Bethancourt dando a conocer los antecedentes, su filosofía, objetivos, meta, y misión. También se describe la población con la cual se trabajó y por último en este capítulo

se plantean los principales problemas que se presentan en la población atendida.

- **Capítulo II:** En este se plantea el referente teórico metodológico, el cual constituye la base científica que sustenta el trabajo, así como también se plantea el objetivo general y los objetivos específicos de cada subprograma así como la metodología de abordamiento para llevar a cabo los objetivos propuestos.
- **Capítulo III:** Se describen las actividades realizadas durante el Ejercicio Profesional Supervisado, así como los resultados obtenidos por cada uno de los subprogramas. También se exponen tablas, para tener una mejor visión y comprensión más amplia de los datos obtenidos, los cuales se presentan en porcentajes sobre la base del total de pacientes atendidos en servicio, docencia e investigación.
- **Capítulo IV:** Se analizan y se discuten los resultados obtenidos en el capítulo III, conforme a las actividades realizadas durante el desarrollo del Ejercicio Profesional Supervisado y se determina si se alcanzaron los objetivos específicos de cada uno de los subprogramas.
- **Capítulo V:** Se plantean las conclusiones y recomendaciones sobre la base de los resultados obtenidos en cada una de las actividades realizadas.

Este informe fue de suma importancia para el desarrollo laboral y la salud mental tanto para Médicos, Personal Técnico – Administrativo como para los pacientes externos e internos del área de cirugía del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt ya que con orientación y apoyo psicológico los trabajadores mejoraron y reforzaron su ambiente de trabajo y los pacientes su salud mental.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1 Monografía del lugar:

Marco Histórico-Antropológico: San Felipe de Jesús, la aldea, fue fundada en el siglo XVII, por 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 esta al pie de las colinas de “El Rejón” a dos kilómetros al norte de la ciudad colonial, estando unida a ella por una carretera asfaltada. El nombre de San Felipe de Jesús se le dio por rendir homenaje a uno de los primeros santos nacidos en el nuevo mundo, ya que San Felipe nació en primero de mayo de 1572 en México, hijo de padres españoles que se habían establecido en la Nueva España, pocos meses antes, San Felipe de Jesús, ingresó a la orden Franciscana y cuatro años después, el cinco de febrero de 1597, murió martirizado en la isla de Nagasaki, Japón, dando así testimonio de su fe. Los primeros vecinos que se establecieron en este valle, en el siglo XVII, construyeron un modesto oratorio pajizo, en 1760, fue consumido por el incendio, salvándose milagrosamente las imágenes de San Felipe apóstol, patrono del presbítero don Manuel Francisco Barrutia, en 1819 se procedió a construir un nuevo oratorio en el mismo lugar, un año mas tarde, en 1820, se inauguró y fue puesto al culto religioso, allí el regocijo de los fieles y vecinos de la aldea.

En 1978, se inició la reconstrucción y ampliación de la iglesia, quedando terminada en 1984. El uno de diciembre de 1984, se consagró el santuario y el Altar mayor, en 1986 es elevada a la categoría de vicaría episcopal, el 27 de julio de 1986, por disposición de la venerable Curia Eclesiástica, siendo nombrado por ocupar tan delicado cargo, Monseñor José Ramiro Pellicer Samayoa. El dos de mayo de 1986, es consagrada la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente a cargo del ilustrísimo Monseñor Prospero Penados del Barrio, ex arzobispo de Guatemala.

La altura sobre el nivel del mar es de 1535 metros, goza de un clima templado durante todo el año. Su censo más reciente de 4627 personas. Hombres 2225, Mujeres 2402. Dentro de esta población los habitantes profesan en su mayoría la religión católica, algunos profesan otras religiones de distinta denominación. La Aldea de San Felipe de Jesús, colinda con el cerro de la Cruz y está al pie de la colina de “El Rejón”, dos kilómetros al norte de la ciudad de Antigua Guatemala. Entre sus principales fincas cafetaleras están: La Quinta y La Folie, esta última desaparecida debido a la poca producción de café.

Es un área de la etnia kaqchikel, entro en contacto con los españoles desde el inicio de la conquista en el siglo XVI y posterior a la colonización en los siglos XVII y XVIII. En la región de Sacatepéquez, quedaron asentados los indios tlaxcaltecas que Pedro de Alvarado trajo incorporados a su ejército de conquista. Esta presente la herencia española y occidental, con su temática específica, así como la herencia de la tradición oral Kaqchikel

Marco Sociocultural: Antigua Guatemala, cabecera de Sacatepéquez, fue la capital de Guatemala desde 1543, hasta que, debido a una serie de terremotos en 1773, obligó a los gobernantes a cambiar su sede a la actual Ciudad de Guatemala. Sin embargo, fue allí donde se construyeron desde el siglo XVI los principales centros de veneración cristiana y a la vez, de influencia política, tal y como lo fueron las iglesias católicas en Europa durante la época del medioevo (que abarcó diez siglos antes del Renacimiento).

“Las influencias artísticas traídas a América, principalmente de Europa, desde el siglo XVI, tienen el referente barroco y renacentista de la época”, según Annis Verle en La arquitectura de la Antigua Guatemala.

Escasamente estas construcciones tienen el influjo del gótico del que únicamente se encuentran las iglesias de Quetzaltenango y del municipio de San

Felipe de Jesús, entre otras, y que fueron construidas en el siglo XVII y XIX, respectivamente. Aún así, estas no conservan plenamente el gótico nacido en Francia.

En Antigua, es donde se encuentran las características más puras del barroco y renacimiento.

Existen en las comunidades diversas formas de relación en una sociedad y que se caracterizan por un elevado grado de intimidad personal, profundidad emocional, compromiso moral, cohesión social y continuidad en el tiempo. Dentro de la sociedad de San Felipe se manejan los siguientes valores observados dentro de la población: Dignidad, es grandeza, excelencia; es una calidad o bondad superior por la que algo o alguien goza de especial valor o estima. Justicia en cuanto a cualidad personal, la justicia es la virtud o hábito bueno de dar a cada uno lo suyo, lo que le corresponde, lo que se le debe otorgar.

El núcleo familiar tiene un promedio de cinco a siete integrantes, su idioma es el español. En cuanto a servicios básicos urbanos: Cuentan con todos los servicios públicos necesarios: agua potable, alumbrado eléctrico, vías de comunicación, transporte, teléfonos, hospital y una auxiliatura de la Municipalidad. Dentro de su infraestructura podemos mencionar 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 moderno mercado de artesanías, comedores y otros centros comerciales para turistas. Su comercio lo efectúa con la cabecera departamental y la ciudad capital.

En nuestro país, la pureza de sangre y linaje se invoca para justificar la posición que los racistas ocupan. Por eso, los indígenas sufren discriminación en el acceso a la salud, a la educación, a la política y a toda actividad humana que implique la búsqueda de la igualdad, la democracia y la justicia.

Reconocerle a los pueblos indígenas el ejercicio pleno de sus derechos, no implica que los no indígenas vean reducidas sus garantías cívicas; todo lo contrario. Sin embargo, una pequeña elite sí verá reducidos sus privilegios, obtenidos a sangre y fuego, con el rancio argumento de la superioridad racial. Afortunadamente, en la medida en que la ciencia avanza, se ha podido demostrar que las razas no existen en el género humano.

Marco Socioeconómico: Sus habitantes se dedican en su mayoría a la agricultura, existiendo además excelentes artesanos y profesionales. Del total de la población 1172 hombres y 616 mujeres son económicamente activos. Entre sus principales productos agrícolas están: café, maíz, frijol, verduras, variadas hortalizas, flores y árboles frutales de diversas clases, entre las artesanías se pueden mencionar muebles y adornos tallados en maderas finas. Objetos zoomorfos de barro cocido de buena calidad. Una gran parte de habitantes se dedican a relacionar ventas de comida típica en la plazuela central de la aldea, tales como: atole de elote, atole blanco, arroz, rellenitos, así como artesanías propias del lugar. Otros pobladores de esta aldea se dedican a la venta de productos alimenticios en las calles, vendedores ambulantes, etc.

Su principal fuente de ingresos, además del turismo, es la agricultura. Sus tierras son fértiles, por lo que su producción agrícola es grande y variada, sobresale el café de muy buena calidad, la caña de azúcar, trigo, maíz, frijol, puede dividir en vidriada mayólica y pintada; actualmente Antigua Guatemala es el principal productor de cerámica mayólica.

La cestería es el arte de entretejer fibras de palma, tule, mimbre, cibaque, paja de trigo, bambú y corteza de cajeta para producir recipientes y objetos planos con el propósito de guardar y acarrear diversos artículos; de la jarcia se elaboran hamacas, redes de carga, bolsas y gamarrones, para su elaboración se utiliza la fibra de maguey; se elaboran muebles de madera de pino blanco, cedro y caoba; los instrumentos musicales que se elaboran son la guitarra, violines y contrabajos;

se fabrican petates de palma, productos metálicos como balcones, faroles, tocadores, aldabones y lámparas.

La orfebrería se trabaja con oro y plata realizando cadenas, pulseras, anillos, esclavas, y dijes; los candiles, candeleros y lámparas se elaboran de hojalata; en cerería se elaboran velas de diferentes colores y tamaños, veladoras, palmatorias, cirios y los exvotos. Existe diversidad de trabajos y especialidades de cuero siendo algunos las bolsas, monederos, carteras, billeteras, maletines y cinturones.

La aldea cuenta con una escuela rural mixta, llamada San Felipe de Jesús, de nivel primario y dos colegios, uno llamado Centro Pedagógico Antigüeno que atiende nivel primario, básico y diversificado, y el otro que atiende nivel pre-primario, llamado Fantasía de colores. San Felipe de Jesús, la aldea, es un centro turístico religioso, donde se venera la imagen del Señor Sepultado, que es considerado milagroso. Una población profundamente cristiano católica mantiene dentro de sus tradiciones las hermandades que corresponden a las distintas imágenes. No existen filiales de partidos políticos, la administración pública la ejerce la Municipalidad de la Antigua Guatemala, la aldea de San Felipe de Jesús, cuenta con una alcaldía auxiliar, dicha alcaldía posee un comité pro-mejoramiento de la aldea, que coordina actividades con la municipalidad de Antigua. Una de las principales formas de pensar, de los habitantes de la aldea, está basada en la espiritualidad, y es que los seres humanos, tienen la responsabilidad de proteger todo lo que tiene vida.

En relación a la salud Guatemala ha estado implementando un proceso de descentralización en el sector salud en los últimos seis años. Tal proceso, ha localizado en determinadas regiones del país, donde la región metropolitana todavía no ha sido tomada en cuenta en el proceso.

Es evidente que el área urbana y pobre tiene necesidades socioeconómicas y de salud particulares que no son satisfechas a cabalidad. Es evidente que no se ha elaborado un plan específico en el sector salud para

atender esta población. Existen servicios y programas que intentan atender las necesidades de salud, como centros de salud y hospitales nacionales pero estos no cubren en su totalidad las necesidades en relación a la salud de la población. Los problemas y las necesidades de los grupos urbanos marginados y pobres parecen no haber sido investigados en gran detalle. Se encontró que existe una comisión multisectorial para atender y analizar la situación de marginalidad en la ciudad. Sin embargo, no se observó evidencia en este estudio de alguna acción concreta de esta comisión, que se produjera como respuesta a los problemas que enfrentan esos grupos.

Marco Ideológico-Político: San Felipe es una aldea que data del año 1543 y conserva una iglesia y plazas de la época colonial. Su arquitectura es altamente reconocida en esta región así como su arte religioso en el que se incluyen retablos, imágenes de santos y otras piezas. Sin embargo, muchas de estas obras de arte fueron destruidas por el terremoto de “Santa Marta” ocurrido el 29 de julio de 1773.

En la actualidad se encuentra integrado el Consejo Municipal de Desarrollo en donde se encuentran representadas las entidades gubernamentales y no gubernamentales, así como todas las expresiones organizativas existentes en el municipio. Esto ha sido producto de una nueva visión de municipio y de gestión de los procesos de desarrollo que se han iniciado.

Las tradiciones religiosas se enmarcan en la cultura espiritual y sus manifestaciones se realizan a través de actividades en épocas específicas o por la celebración de un evento eminentemente religioso. Por ejemplo de las festividades católicas las más importantes son las Fiestas Patronales en honor al santoral católico y se realizan con la participación de la comunidad local y dependiendo de su importancia con la presencia de visitantes extranjeros.

Durante el año, se celebran varias festividades tradicionales, principalmente el día de los Santos, Concepción, Corpus Cristi, Navidad y Año Nuevo, y otras,

pero con mayor solemnidad y fervor religioso, se conmemora la Pasión de Cristo durante la Semana Santa presentando solemnes ceremonias religiosas en los templos católicos e impresionantes procesiones que recorren la ciudad, cuyas calles lucen artísticas alfombras multicolores de flores y aserrín al paso de bellas imágenes conducidas por los devotos. La religión predominante es la católica con mayor arraigo y tradición.

Esta población está marcada por la extraordinaria herencia histórico cultural de la etnia kaqchikel así como del contacto pleno con los españoles desde la conquista y posteriormente la colonización. Por lo que esta huella histórica matiza y define el marco ideológico político de la aldea San Felipe de Jesús, del municipio de Antigua Guatemala.

El legado de la tradición oral kaqchikel se encuentra amalgamado y sincretizado en el largo proceso histórico y la forma de transmitirla se da en velorios, acabos de novena y cuando personas mayores y jóvenes se reúnen en corredores de las viejas casonas o en los patios comunales de las casas del pueblo. Entre las que se comentan frases como: “Aquí en la Antigua Guatemala nacieron los espantos, porque aunque los españoles los trajeron, aquí entre los indios también los habían.”

Don Domingo España de la calle Ancha de los Herreros, camino a San Felipe de Jesús, afirma que quienes se echan de los cheles de los perros en los ojos, pueden ver a la muerte y a los rezadores, porque tales legañas, son lágrimas que los animales derraman cuando miran y es cuando se lo cargan a uno de los rezadores. Por lo que se destaca una ideología animística llena de mitos, leyendas de casos y cuentos maravillosos. En la cual predomina un pensamiento mágico.

1.2 Descripción de la Institución:

Antecedentes: cuando se construyó la Catedral de Guatemala, se dispuso que las rentas de los diezmos de la iglesia, se separaran la novena y media parte para la construcción y manutención del hospital para los eclesiásticos. Se trataba de favorecer a los sacerdotes, diáconos y subdiáconos que enferman, pero como las rentas de la iglesia eran mínimas, los obispos y el cabildo eclesiástico dispusieron que el producto de la disposición sirviera para repetir el dinero como limosnas que se daban los sábados en la misma iglesia y así se acostumbró hasta el año 1646 en que el Obispo Dr. Bartolomé González Soltero, observando que ya entonces las rentas habían aumentado dispuso suprimir las limosnas y construir un Hospital para eclesiásticos, 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 le volvió a tratar el asunto hasta el 15 de octubre de 1654, en que el Cabildo Eclesiástico ordenó poner en obra el Hospital, trazándolo el 3 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 1662, en mayo de 1663 comenzaron a llegar 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 1663 y el 2 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 6 de noviembre de 1680 en que se estreno la nueva.

Con el terremoto de 1773, la situación varió 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 o solamente al elemento clerical, sino a toda clase de personas.

Se construyó todo lo que se pudo, especialmente hizo su iglesia, que se estrenó el 24 de Octubre de 1869 con el nombre de San Juan de Dios, pero la suerte se presentaba tan voluble, pues a causa de generalizar el servicio para hombre, mujeres y niños en su estado seglar, los religiosos estuvieron que dejar la administración, sustituyéndose en 1865 las hermanas capuchinas de la Divina Pastora, congregación fundada por Fray Pedro de Elisa.

Las hermanas Capuchinas dejaron de prestar sus servicios en 1869, fueron sustituidas por las Hermanas de la Caridad, congregación fundada por San Vicente de Paul.

Como consecuencia del terremoto de 1976 el edificio que ocupaba el Hospital en el Centro de la ciudad sufrió daños severos, fue necesario declararlo inhabitable, por lo que en forma improvisada el hospital atendió la emergencia en carpas de circo que se instalaron en el estadio pensativo. En este mismo año se acomodó el edificio del hotel "Rancho Nimajay", para que el hospital regularizara la prestación de servicios, pero nunca llegó a brindar todo lo necesario para garantizar servicios de calidad.

Desde 1980 se inició la construcción del moderno edificio, situado en la Aldea de San Felipe de Jesús, en donde inició sus funciones en 1993, con un nuevo sistema de atención médica especializada. Cuenta con un edificio indispensable, beneficiando así a más de 20,000 personas por año, esta construido al nororiente del Departamento de Sacatepéquez a 42 kilómetros de la ciudad Capital de Guatemala, un terreno que mide aproximadamente siete manzanas, cedido por el muy Noble ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y

Asistencia social en 1972 de donde depende, así como 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 Administrativa 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.

Filosofía del Hospital Nacional Pedro de Betrhancourt: Hospital Regional al servicio médico integral del individuo, la familia y la comunidad a que nos debemos, en el concepto que al hablar de Medicina Integral nos estamos refiriendo a prevenir, curar y rehabilitar la salud, con un alto espíritu de servicio, eficiencia, eficacia, justicia y humanismo en la ejecución de nuestros fines sin tomar en cuenta la condición económica, racial o religiosa del individuo, la familia o la comunidad.

Objetivos del Hospital Pedro de Betancourt:

1. Prevenir Enfermedades (Atención Primaria)
 - a. Saneamiento del medio
 - b. Inmunizaciones
 - c. Educación Sanitaria
 - d. Control del Niño Sano

2. Curar Enfermedades (Atención Secundaria)
 - a. Atención de pacientes agudamente enfermos con tratamiento medico quirúrgico
 - b. Atención del paciente ambulatorio
 - c. Educación para recuperar la salud
 - d. Atención de la madre embarazada

3. Rehabilitación (Atención Terciaria)

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

Meta del Hospital Pedro de Betancourt: Disminuir la Morbi-Mortalidad del área de influencia.

Misión del Hospital Pedro de Betancourt: Somos un hospital nacional, de la región central, nos dedicamos a atender población de todas las edades y estratos socioeconómicos, sin distinción de preferencia religiosa, políticos, en prevención, curación y rehabilitación de salud.

La atención a la salud la efectuamos en los servicios del hospital, con el personal calificado, con mística de servicio, en un ambiente ordenado y limpio, con equipamiento básico y tecnología actualizada, así como sistemas de planeación, ejecución, control y mejora continua de los servicios para asegurar la satisfacción plena del usuario, contribuyendo con nuestro trabajo el desarrollo y progreso del país.

Los servicios con los que cuenta el Hospital son: Psicología, ginecología, pediatría, nutrición de niños, nutrición de adultos, crecimiento y desarrollo, medicina de mujeres, medicina de hombre, cirugía, cirugía plástica, traumatología, dermatología, neurología, odontología, cirugía menor, terapia del lenguaje, endoscopia, ultrasonido, curaciones varias, servicio social, programa para diabéticos, emergencias, farmacia, laboratorio, radiología, patología.

1.3 Descripción de la población de trabajo:

El Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), estuvo dirigido al personal Médico y Personal Técnico - Administrativo, así como también a los pacientes que asisten al Servicio de Cirugía y consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepequez, Las edades de las personas con las que se trabajaron oscilaron entre las edades de 6 a 85 años, de ambos sexos, de las tres áreas respectivamente.

Las personas que fueron beneficiadas provienen en su mayoría de familias ladinas y en una minoría de familias de descendencia indígena, tienen una condición económica media, media baja y baja. Dentro de los núcleos familiares generalmente trabaja el hombre como la mujer, empleados en el hospital y su cónyuge en el comercio o labores domesticas fuera de casa. Los trabajadores del Departamento Administrativo, en la mayoría la escolaridad llega al diversificado y algunos estudios Universitarios, mientras que en Intendencia, Mantenimiento y Lavandería, la mayoría su escolaridad es de 6to. Primaria. El Departamento de Enfermería esta dividido entre Enfermeras Profesionales y Enfermeras Auxiliares, por lo que su escolaridad varia, las enfermeras graduadas con diversificado y las auxiliares con pre-vocacional. Mientras que los pacientes que asisten al área de cirugía y de consulta externa varían los datos. Estos mismos proceden de los municipios de Antigua, Jocotenango, San Lorenzo, Ciudad Vieja, San Juan el Obispo, San Miguel Dueñas, Alotenango, Pastores y una mayoría de la aldea San Felipe de Jesús y una minoría de San Lucas, Santa Lucia Milpas Altas y Chimaltenango

Con la población descrita se llevaron a cabo actividades que ayudaran a los trabajadores a mejorar su desempeño laboral, a través de motivación, de trabajo en grupo, buenas relaciones interpersonales; ya que actualmente el personal trabaja por necesidad y no por motivación personal. Y en el área de cirugía se trabajó la eficacia que tienen las técnicas de relajación en pacientes de pre-

cirugía. En tanto con pacientes de consulta externa se trabajó psicoterapia individual y de pareja.

1.4 Planteamiento del Problema:

De acuerdo a la visita diagnóstica institucional, realizada en el Hospital Nacional Pedro de Betancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua, Guatemala, Sacatepéquez, previo a la realización del Ejercicio Profesional Supervisado EPS, por parte de la epesista, y en base a las entrevistas estructurada a Médicos, Personal Técnico-Administrativo y pacientes de consulta interna del Área de Cirugía, se pudo detectar directamente que dicho personal y pacientes no contaban con la orientación ni el apoyo psicológico en lo que respecta a su ambiente laboral y de su salud mental.

De los resultados obtenidos de las entrevistas aplicadas a Médicos y Personal Técnico-Administrativo, se pudo observar un sin número de problemas existentes que obstaculizaban el buen funcionamiento interpersonal y de motivación en el ambiente laboral; para tal efecto, se describen a continuación los problemas que se encontraron en cada departamento:

- Falta de trabajo en equipo.
- Liderazgo
- Falta de Motivación
- Falta de Comunicación
- Relaciones Interpersonales defectuosas
- Baja Autoestima
- Problemas Psicológicos
- Bajo Nivel de Depresión
- Estrés
- Ansiedad
- Angustia

En las diferentes actividades para la consecución de las metas establecidas; originándose en el personal la falta de motivación, influyendo este, en la elaboración del trabajo, y que el mismo sea de calidad. Otros factores que influían en la persona para su mejor desenvolvimiento en el ambiente laboral, fueron los que se referían a la falta de comunicación, relaciones interpersonales defectuosas y baja autoestima; lo anterior como consecuencia de que las personas se consideran incapaces de ser valorizadas, a asumir actitudes positivas, a no querer superarse, y por ende a no poder mantener buena comunicación y relaciones interpersonales con el resto del personal.

En lo que respecta a los pacientes de consulta interna del Área de Cirugía y pacientes de la consulta externa, se hizo necesario brindarles la atención psicológica, como consecuencia de los diferentes problemas emocionales por los que atravesaban; a raíz de una intervención quirúrgica. Manifestando específicamente trastornos emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos. Ya que los mismos manifestaron padecer de: tristeza, soledad, enojo, desanimo, ansiedad, angustia, mal humor, gastritis, estreñimiento, baja y alta presión. Todos estos trastornos en marcados como consecuencia del estrés y la depresión.

De los diferentes trastornos derivados de los pacientes, el resultado de los mismos provocaba estrés en el personal Médico y Técnico-Administrativo de la institución, y como consecuencia la actitud inadecuada del personal hacia el trato de los pacientes, originando en los mismos su lenta y tardía recuperación, lo cual repercutía en el incremento de gastos administrativos para que cada paciente se recuperara.

CAPÍTULO II

REFERENTE TEÓRICO METODOLOGICO

2.1 Abordamiento Teórico Metodológico:

La aspiración de alcanzar una verdadera salud integral es una necesidad y una condición para el desarrollo de un país. En Guatemala los problemas relacionados con la Salud Mental son múltiples y complejos, estando agravados por el conflicto armado que vivió el país por mas de tres décadas, la existencia de conductas violentas, la pobreza, el desarraigo, la discriminación, el consumo del alcohol y drogas.

El miedo y la zozobra en la vida cotidiana del guatemalteco, es un problema que afecta a las familias y que se vivencia muchas veces como angustia, depresión, estrés, en otro casos se presenta mas patológica. El conflicto armado afectó toda la vida nacional, en lo económico, social y patológico.

“La pobreza aparece como un fenómeno de primer orden, el cual se une a una baja cobertura de servicios sociales de salud, educación, agua potable, nutrición, vivienda. La diversidad étnica, cultural, y lingüística es otro factor que hace más compleja la situación social”.¹

El modelo de desarrollo de Guatemala ha creado insuficiencias estructurales, generando desigualdades de distribución de la tierra (2.2. % de los terratenientes tienen el 65% de la tierra útil), y en la distribución del ingreso (10% de la población capta el 44 del ingreso). “Como consecuencia, el 76% de todas las familias viven actualmente bajo la línea de la pobreza. *Estas desigualdades alimentaron desde los años 60 un prolongado conflicto armado, esta problemática social interna ya cobró un estimado de 100,000 vidas en las últimas décadas,*

¹ UNICEF EN GUATEMALA, UNICEF Pág. 1

*provocando la existencia de más de 43,000 refugiados, oficialmente registrados por ACNUR y alrededor de medio millón de desplazados. Además el conflicto mantiene un ambiente de violencia y de no respeto a los derechos humanos del país”.*²

La salud mental de la población guatemalteca se ha visto deteriorada por el conflicto armado que vivió nuestro país por más de tres décadas, la pobreza, discriminación, el incremento a nivel nacional de la violencia callejera, así como en los hogares que a diario se presentan: desintegración familiar, violencia intrafamiliar, alcoholismo, drogadicción y relaciones sexuales promiscuas. En Guatemala el sector de salud llega escasamente al interior del país se concentra en su mayoría en el área metropolitana, es decir que la salud llega a las minorías, lo que provoca que la población esté totalmente desprotegida en el área de Salud Mental, eso hace que tenga repercusiones en los problemas psicosociales del país

Cómo se les puede pedir a los trabajadores del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, que tengan la capacidad de trabajar en grupo, que sean líderes, que estén motivados, que posean una buena comunicación con los demás, que gocen de buenas relaciones interpersonales, y tengan una autoestima adecuada para vivir, trabajar, y salir adelante; si lo anterior está en su contra, se les ha enseñado a callar, a trabajar por la necesidad y no por su desarrollo personal, las personas actualmente luchan por sobrevivir a este mundo que cada vez se los va consumiendo, en vez de luchar por alcanzar una vida más digna como personas individuales, sino como personas que viven dentro de una sociedad, a la cual es la que forja y hace crecer a un país

Todos estos aspectos deben de tomarse en cuenta para poder evaluar el desempeño laboral de los empleados por eso es importante saber las definiciones, componentes y referentes de cada uno de ellos. Entenderemos que ***El trabajo en equipo*** “*implica un grupo de personas trabajando de manera coordinada en la*

² Realidad Socioeconómica de Guatemala, UNICEF, Pág. 15 y 16

ejecución de un proyecto. El equipo responde del resultado final y no cada uno de sus miembros de forma independiente, cada miembro está especializado en una área determinada que afecta al proyecto, Cada miembro del equipo es responsable de un cometido y sólo si todos ellos cumplen su función será posible sacar el proyecto adelante.”³

El trabajo en equipo no es simplemente la suma de aportaciones individuales. Un grupo de personas trabajando juntas en la misma materia, pero sin ninguna coordinación entre ellos, en la que cada uno realiza su trabajo de forma individual y sin que le afecte el trabajo del resto de compañeros, no forma un equipo. Por ejemplo, un grupo de dependientes de un gran almacén, cada uno responsable de su sector, no forman un equipo de trabajo. Un equipo médico en una sala de operaciones (cirujano, anestesista, especialista cardiovascular, enfermeras, etc.) sí forman un equipo de trabajo. Cada miembro de este equipo va a realizar un cometido específico; el de todos ellos es fundamental para que la operación resulte exitosa y para ello sus actuaciones han de estar coordinadas.

El trabajo en equipo se basa en las "5 c":

- **Complementariedad:** cada miembro domina una parcela determinada del proyecto. Todos estos conocimientos son necesarios para sacar el trabajo adelante.

- **Coordinación:** el grupo de profesionales, con un líder a la cabeza, debe actuar de forma organizada con vista a sacar el proyecto adelante.

- **Comunicación:** el trabajo en equipo exige una comunicación abierta entre todos sus miembros, esencial para poder coordinar las distintas actuaciones

³ <http://www.aulafacil.com/Trabequipo/CursoTrabequipo.htm>

individuales. El equipo funciona como una maquinaria con diversos engranajes; todos deben funcionar a la perfección, si uno falla el equipo fracasa.

- **Confianza:** cada persona confía en el buen hacer del resto de sus compañeros. Esta confianza le lleva a aceptar anteponer el éxito del equipo al propio lucimiento personal. Cada miembro trata de aportar lo mejor de sí mismo, no buscando destacar entre sus compañeros sino porque confía en que estos harán lo mismo; sabe que éste es el único modo de que el equipo pueda lograr su objetivo. Por ejemplo, en una operación de trasplante todos los especialistas que intervienen lo hacen buscando el éxito de la operación. El cirujano no busca su lucimiento personal sino el buen hacer del equipo. Además, si la operación fracasa poco va a valer que su actuación particular haya sido exitosa.
- **Compromiso:** cada miembro se compromete a aportar lo mejor de sí mismo, a poner todo su empeño en sacar el trabajo adelante.

La organización (empresa, universidad, hospital, etc.) asigna a un equipo la realización de un proyecto determinado: El equipo recibe un cometido determinado, pero suele disponer de autonomía para planificarse, para estructurar el trabajo.

El equipo responde de los resultados obtenidos pero goza de libertad para organizarse como considere más conveniente. Dentro de ciertos márgenes el equipo tomará sus propias decisiones sin tener que estar permanentemente solicitando autorización a los estamentos superiores.

Comprenderemos que **El líder** es aquella persona que es capaz de influir en los demás, es la referencia dentro de un grupo (ya sea un equipo deportivo, un

curso universitario, una compañía de teatro, el departamento de una empresa, etc.). Es la persona que lleva "la voz cantante" dentro del grupo; su opinión es la más valorada.

El liderazgo no tiene que ver con la posición jerárquica que se ocupa: Una persona puede ser el jefe de un grupo y no ser su líder y, al contrario, puede ser el líder sin ser el jefe.⁴ El jefe decide lo que hay que hacer en virtud de la autoridad que le otorga su posición jerárquica. El líder, sin disponer necesariamente de esta autoridad jerárquica, tiene también capacidad de decidir la actuación del grupo en base a la influencia que ejerce, que viene determinada por la "autoridad moral" que ejerce sobre el resto del equipo. A los miembros del grupo les inspira confianza saber que al frente del mismo se encuentra el líder.

Lo que caracteriza al líder es su habilidad para conducir equipos: Consigue que cada miembro trabaje y aporte lo mejor de sí mismo en la lucha por alcanzar un objetivo común (sea ganar el campeonato, mejorar los resultados de la empresa, ganar las elecciones políticas, etc.).

Además de esta capacidad innata para gestionar equipos, el líder se caracteriza también por su visión de futuro.

Es una persona que mira a largo plazo, que marca unos objetivos muy ambiciosos para la organización y que consigue ilusionar a su equipo en la búsqueda de los mismos.

El líder anticipa los cambios, se adelanta a los competidores. Una persona que no tuviera esta visión de futuro podría ser un buen gestor, un buen coordinador, pero nunca un auténtico líder.

En las metas que plantea el líder persigue tanto el bien de la empresa como el particular de cada uno de sus miembros. Consigue así que las personas se

⁴ Ibíd.

identifiquen con las metas marcadas, que las hagan propias y luchen por ellas con todo el empeño.

Una persona a la que tan sólo le preocupará su bienestar futuro difícilmente podría ser el líder de una organización. Esta terminaría por rechazarlo. Una vez que el líder tiene definida su visión de futuro, luchará con auténtica pasión para lograr los objetivos. El líder representa para el resto del grupo un auténtico ejemplo de dedicación, de entusiasmo y de coraje.

Una persona que tuviera una gran visión de futuro pero que careciese de capacidad de ejecución podría ser un buen estratega, pero nunca un líder. Por último, hay que señalar que no es líder quien quiere sino quien puede. Para ser líder hay que tener unas cualidades personales muy sobresalientes que no todo el mundo posee. Algunas personas poseen esas cualidades de manera innata, aunque también se pueden adquirir a través del aprendizaje y de la experiencia. Puede considerarse un buen líder el que mantiene motivados a las personas que tiene a su cargo ya que la **La motivación:** Es según los autores *“lo que hace que un individuo actúe y se comporte de una determinada manera. Es una combinación de procesos intelectuales, fisiológicos y psicológicos que decide, en una situación dada, con qué vigor se actúa y en qué dirección se encauza la energía.”*⁵, *“Los factores que ocasionan, canalizan y sustentan la conducta humana en un sentido particular y comprometido.”*⁶ y *“La motivación es un término genérico que se aplica a un amplia serie de impulsos, deseos, necesidades, anhelos, y fuerzas similares.”*⁷

Al parecer coinciden en que la motivación es un proceso o una combinación de procesos como dice Solanas, que consiste en influir de alguna manera en la conducta de las personas.

⁵ Solana, Ricardo F, “Administración de Organizaciones” Pág. 208

⁶ Stoner, James; Freeman, R. Edward y Gilbert Jr. Daniel R.” Administration”, Pág.484

⁷ Koontz, Harold; Weihrich, Heinz. “Administración, una perspectiva global” Pág. 501

Sobre la base de ciertos datos, que en el final del capítulo se hará referencia a la fuente de los mismos, puede decirse que la motivación es la 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 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.

El psicólogo estadounidense Abraham Maslow diseñó una jerarquía motivacional en seis niveles que, según él explicaban la determinación del comportamiento humano; pero más adelante nos referiremos a éste.

En cuanto a las primeras ideas de motivación que fueron apareciendo en distintos contextos históricos valen destacar las siguientes:

En el modelo tradicional, que se encuentra ligado a la escuela de la Administración Científica se decía que la forma de motivar a los trabajadores era mediante un sistema de incentivos salariales; o sea que cuanto más producían los trabajadores, más ganaban.

Para esta escuela la motivación se basaba únicamente en el interés económico (homo economicus; entendiéndose por este concepto al hombre racional motivado únicamente por la obtención de mayores beneficios).

A nuestro parecer la motivación humana es mucho más compleja puesto que abarca tanto la parte económica como la intelectual, espiritual, etc.

En el modelo expuesto por la escuela de Las Relaciones Humanas se rechaza la existencia del hombre económico, para ellos la clave determinante de la productividad es "la situación social"; la cual abarcaría el grado de satisfacción

en las relaciones internas del grupo el grado de satisfacción en las relaciones con el supervisor el grado de participación en las decisiones y el grado de información sobre el trabajo y sus fines.

Estoy de acuerdo con lo que cita el texto del Dr. Rumbo a cerca de que Mayo nunca analizó el papel jugado por los sindicatos. Además pienso que tanto las escuelas clásicas como la escuela de la Relaciones Humanas simplifican a la motivación en un solo factor, ya sea por el dinero o las relaciones humanas.

Mc Gregor está ligado al modelo de los recursos humanos en el cual identificó dos series de supuestos sobre los empleados. Por un lado tenemos a la denominada Teoría X, la cual sostiene que las persona prefieren evitar el trabajo, en lo que sea posible, prefiriendo ser dirigidas y no tener responsabilidades, dando una importancia secundaria al trabajo; y por el otro a una segunda serie denominada Teoría Y, siendo ésta más optimista, ya que considera que las personas quieren trabajar por sí mismas y pueden derivar satisfacción de su trabajo; teniendo capacidad para aceptar responsabilidades y aplicar su imaginación, ingenio y creatividad a los problemas de la organización.

Al hacer una perspectiva contemporánea a cerca de la motivación, nos encontramos con que Landy y Becker han clasificado diversos enfoques modernos con respecto a esta teoría, creando así cinco categorías, las cuales son:

Teoría de las Necesidades: Se concentra en lo que requieren las personas para llevar vidas gratificantes, en particular con relación a su trabajo. El siguiente esquema ilustra la teoría motivacional de las necesidades: Existen diversas teorías de las necesidades, las cuales se citarán en el orden que creímos conveniente para realizar comparaciones y adjuntar opiniones sobre las mismas. La jerarquía de las Necesidades de Maslow: Esta es la teoría de motivación por la cual las personas están motivadas para satisfacer distintos tipos de necesidades clasificadas con cierto orden jerárquico.

- Necesidades De Autorrealización
- Necesidades Secundarias
- Necesidades de estima
- Necesidades sociales o de pertinencia
- Necesidades de seguridad
- Necesidades Primarias
- Necesidades fisiológicas

Teoría de los dos factores de la motivación: Esta es la teoría desarrollada por Frederick Herzberg a finales de los años cincuenta, en la cual se dice que tanto la satisfacción como la insatisfacción laboral derivan de dos series diferentes de factores. Por un lado tenemos a los factores higiénicos o de insatisfacción, y por el otro a los motivantes o satisfactores.

La motivación solo se presenta en el sentido de adentro hacia fuera o hablándolo en forma más practica, si nosotros queremos que alguien haga algo, esta persona solo lo hará si internamente existe el motivo para realizar esta actividad. Se puede decir entonces, que el proceso laboral entre un juego la variable de escogencia o de predilección en las tareas. Y aunque a veces existe el deseo, no todas las personas se muestran dispuestas a realizar ésta o aquella. Se puede puntualizar con cierta razón, que en la practica *“Una persona no puede motivar a otra, cada quien es dueño de sus propios motivos.”*⁸

Las instituciones generalmente no hacen nada para motivar a su personal, si lo único que motiva a éstos a asistir a sus labores es un salario, el cual es mínimo y no es suficiente para cubrir las necesidades básicas de las personas y no digamos de las familias, actualmente los salarios no son adecuados a los puestos que desempeñan los trabajadores, esto también hace que el trabajo se vuelva precario, ya que las empresas, instituciones no pueden pagar lo que el puesto amerita, es por eso que contratan a una sola persona para que haga el trabajo de 5 personas, lo que lleva a una explotación de las habilidades y

⁸ Álvarez G, Jose Angel “Seres Humanos en el Mundo Laboral” Pág. 73

capacidades de los individuos. Es por todo esto que es importante que las instituciones consideren la motivación como una herramienta para alcanzar objetivos y metas, debe promoverse la motivación en los problemas laborales dentro de las instituciones.

Comunicación: Las personas no viven aisladas ni son autosuficientes, pues se relacionan continuamente con otras personas o con sus ambientes mediante la comunicación. *“La comunicación implica transfencia de información y significado de una persona a otra, es el proceso de transmitir información y comprensión de una persona a otra”⁹*

“La comunicación desempeña cuatro funciones principales de un grupo u organización: control, motivación, expresión emocional e información”¹⁰

La inmensa mayoría de profesiones y ocupaciones precisan de una continua y particular tarea: la comunicación con los demás. Comunicación con clientes, proveedores, usuarios; o comunicación con personas que trabajan en la misma empresa: el equipo del departamento, el jefe, los colaboradores. O con personal de otros departamentos, que nos piden o nos dan informaciones para poder realizar su labor y para que hagamos correctamente la nuestra. Podría pensarse que la comunicación sólo forma parte del trabajo de quienes desempeñan tareas comerciales y que están en contacto con el cliente.

Pero el operario de una máquina, que debe informar de la productividad de la misma a su supervisor, de los problemas de funcionamiento a mantenimiento y de los resultados de calidad a control de calidad emplea la comunicación en su trabajo. ¿Y el médico con sus pacientes? ¿Y el guardia con los ciudadanos? ¿Y qué decir de la telefonista y el personal de recepción? ¿Y de todo jefe con sus colaboradores? ¿Y los técnicos que van a la empresa o al domicilio de sus clientes a prestar asistencia técnica o a efectuar reparaciones?

⁹ Chiavenato, Adalberto, “Administración de Recursos Humanos”. Pág. 87

¹⁰ Robbins, Stephen, “Comportamiento Organizacional, Teoría y Practica”, Pág. 377

¿Alguien no emplea hoy la comunicación en su trabajo? Sin duda, casi nadie puede decir que la comunicación no forma parte de su trabajo.

Decir 'comunicación' equivale a decir 'influencia mutua' entre las personas que se comunican. En el proceso de comunicación una persona pregunta, la otra responde, una ofrece una información y solicita de la otra su punto de vista, una pide una aclaración y la otra resuelve las dudas. Pues, para que haya comunicación, las dos personas deben estar en disposición activa de ofrecer sus puntos de vista respecto al tema objeto de la comunicación.

Comunicar no es llegar y decir simplemente 'haz esto' y volverse por donde se ha venido. Eso es 'mandar'. Comunicar es llegar, decir 'debes hacer esta tarea antes de...', añadir '¿podrás hacerlo?', y esperar la respuesta.

Estudios sobre problemas en el trabajo demuestran que cuatro de cada cinco problemas son causados por una mala o deficiente comunicación. La experiencia nos demuestra que muchas personas, incluso excelentes profesionales 'técnicos', personal con una enorme valía en su 'oficio' son pésimos comunicadores. En muchos casos no son conscientes de la importancia de la comunicación en su trabajo. Les interesa el tornillo, el proyecto, el producto, el dato, pero no demasiado las personas que deben apretar el tornillo, realizar el proyecto, acabar el producto, anotar el dato.

Si esas personas, que pueden ser jefes, o trabajar en un ámbito donde se maneja mucha información necesaria para otras personas, no tienen conciencia de que la comunicación forma parte de su trabajo, estarán en una posición privilegiada para generar múltiples problemas.

¿Por qué razón en bastantes casos esa falta de conciencia del papel de la comunicación genera conflictos y problemas? Sucede que hay personas que informan pero que no escuchan, personas que mandan pero no dirigen,

personas que creen que lo importante 'es lo suyo' y lo de los demás es secundario y puede esperar.

Ignorar el papel de la comunicación produce errores, fallos, retrasos, esperas, disculpas, pretextos, mala o nula atención al cliente, problemas o conflictos con compañeros del grupo de trabajo, con jefes o subordinados, con personal de otros departamentos.

Si somos conscientes del papel de la comunicación, es decir, que trabajamos hablando, pidiendo información, preguntando, respondiendo, pidiendo opiniones y valoraciones, recibiendo y analizando demandas y necesidades para otras personas, será posible neutralizar una parte importante de dificultades y mejorando la comunicación, mejorar el ambiente y los resultados del trabajo. En lo que respecta a mejorar el ambiente encontramos que un factor importante es saber el significado de lo que son las **Relaciones Interpersonales**: Estas consisten en la interacción recíproca entre dos o más persona. Involucra los siguientes aspectos la habilidad para comunicarse efectivamente, el escuchar, la solución de conflictos y la expresión auténtica de uno o una.

Las destrezas para las relaciones son aquellas destrezas sociales y emocionales que promueven la habilidad para comunicarse clara y directamente, escuchar atentamente, resolver conflictos y expresarse de manera honesta y auténtica. Las destrezas para las relaciones interpersonales son: social, comunicación, autoconocimiento y límites.

Los cinco procesos fundamentales que impactan a las relaciones interpersonales son percepción, pensamientos, sentimientos, intencionalidad y acción.

Autoestima: Es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y

espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar. Es a partir de los 5-6 años cuando empezamos a formarnos un concepto de cómo nos ven nuestros mayores (padres, maestros), compañeros, amigos, etcétera y las experiencias que vamos adquiriendo.

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de mí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Hoy en día se habla de la autoestima como una herramienta para generar seguridad en sí mismo, evitando así, sentirnos menospreciados y reafirmarnos como personas capaces de alcanzar metas ambiciosas. Pero existe el riesgo de cerrar los ojos a la realidad de nuestra persona, convirtiéndonos en seres soberbios que piensan únicamente en sobresalir por encima de los demás.

Nuestra vida transcurre entre logros y fracasos, y la autoestima es el valor que nos hace tener plena seguridad en nuestras capacidades, además, da la fortaleza necesaria para superar los momentos difíciles de nuestra vida, evitando caer en el pesimismo y el desánimo.

Para que la autoestima sea realmente un valor, debemos tener un fundamento sólido sobre el cual queremos edificarla. Si solamente pensamos en ella como un producto del éxito, la posición profesional, una elevada capacidad intelectual o la aceptación social, reducimos todo a un actuar soberbio y con fines meramente protagonistas.

Aunque todo lo anterior aporta y contribuye, este valor se sustenta en la sencillez con que apreciamos nuestras capacidades, sin considerarnos mejores o peores que los demás. Recordemos que una persona vale por lo que es, y no por lo que aparenta ser.

Es conveniente señalar que este valor se construye y edifica en nuestro interior, pues existe la tendencia a pensar que el nivel de autoestima únicamente depende del actuar de las personas y de la forma como se presentan los acontecimientos y las circunstancias, surgiendo una evidente confusión entre lo que es la autoestima y nuestros sentimientos.

Una persona puede sentirse mal porque en un determinado momento no pudo concretar un negocio, tener éxito en un proyecto, ingresar a un nivel superior de estudios o llevar a buen fin sus relaciones personales. La autoestima nos ayuda a superar ese estado de frustración y desánimo porque nuestra persona no ha cambiado interiormente, conservamos todo lo que somos, en todo caso, adquirimos una nueva experiencia y conocimiento para poner más empeño, tener más cuidado y ser más previsores en lo sucesivo.

Cuando tenemos la conciencia del deber cumplido, el esfuerzo empleado y nuestra rectitud de intención para hacer o realizar algo, adquirimos esa seguridad que brinda la autoestima porque sencillamente las cosas no dependían de nosotros en su totalidad... simplemente no estaba en nuestras manos la solución.

Debemos estar atentos con nuestras aspiraciones y planes. Casi siempre jugamos con la imaginación y nos visualizamos como triunfadores, dueños de la admiración general y el control absoluto de las circunstancias: sea la competencia escolar, la junta de planeación en la oficina, la reunión de amigos o el evento social que todos esperan. Algunas veces las cosas resultarán como soñamos, pero la mayoría de las veces todo tiene un fin totalmente opuesto, por eso es conveniente "tener los pies en la tierra" para no sufrir desilusiones provocadas por nosotros mismos y que indudablemente nos afectarán.

Si la autoestima debe estar bien fundamentada en una visión realista y objetiva de nuestra persona, es necesario alcanzar la plena aceptación de nuestros defectos y limitaciones, con el sobrio reconocimiento de nuestras aptitudes y destrezas.

Este equilibrio interior basado en el conocimiento propio, se logra si procuramos rectificar nuestras intenciones haciendo a un lado el afán de ser particularmente especiales, buscando solamente el desarrollo del valor de la autoestima.

Reflexionemos un poco en algunas ideas que nos ayudarán a ubicarnos y conocernos mejor:

Evita ser susceptible, no tienes que tomar seriamente todas las criticas hacia tu persona, primero analiza la verdad que encierran, si de ahí tomas una enseñanza haz lo que sea necesario para mejorar, si no es así olvídalo, no vale la pena menospreciarse por un comentario que seguramente es de mala fe.

En sentido opuesto existe el riesgo de considerarse un ser superior, incomprendido y poco apreciado en su persona, lo cual de ningún modo es un valor... es defecto.

Procura no sentirte culpable y responsable de los fracasos colectivos, toma sólo lo que a ti te corresponde, tu esfuerzo y dedicación hablarán por ti. No olvides proporcionar tu ayuda y consejo para que mejoren las personas, lo cual es muy gratificante.

Todo aquello que te propongas lograr, debe estar precedido por un análisis profundo de las posibilidades, reconociendo si está en tus manos alcanzarlo. Evita soñar demasiado.

Pierde el temor a preguntar y a pedir ayuda, ya que son los medios más importantes de aprendizaje. Causa más pena la persona que prefiere quedarse en la ignorancia, que quien muestra deseos de saber y aprender.

Si tienes gusto por algo (deporte, pasatiempo, habilidades manuales, etc.), infórmate, estudia y practica para realizarlo lo mejor posible. Si descubres que te falta habilidad, no lo abandones porque es tu pasatiempo; es muy distinto a dejar las cosas por falta de perseverancia. Todos tenemos una habilidad (nadar, tocar

guitarra, pintar, escribir novelas, etc.) y debemos buscar la manera de perfeccionarnos en la misma.

Si te comparas con otras personas, enfoca sus cualidades para aprender de ellas y cultivar tu persona; en cuanto a los defectos, primero observa si no los tienes y después piensa como los ayudarías a superarlos, y díselos.

La autoestima aparenta ser un valor muy personalista, sin embargo, todo aquello que nos perfecciona como seres humanos, tarde o temprano se pone al servicio de los demás; una vez que hemos recorrido el camino, es más sencillo conducir a otros por una vía más ligera hacia esa mejora personal a la que todos aspiramos. Este concepto es de importancia también para los pacientes de consulta interna del Área de Cirugía así como también es necesario que tengan el conocimiento de lo que es una depresión, estrés, ansiedad y angustia ya que estos son los problemas que más presentan a raíz de una intervención quirúrgica. Por eso el **trastorno depresivo** es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente "ya basta, me voy a poner bien". Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado.

Tipos de depresión: Al igual que en otras enfermedades, por ejemplo las enfermedades del corazón, existen varios tipos de trastornos depresivos. Este panfleto describe brevemente los tres tipos más comunes. Los tres tipos son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas (vea la lista de síntomas) que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida. La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se meta en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón).

Síntomas de depresión: No todas las personas que están en fases depresivas o maníacas padecen de todos los síntomas. Algunas padecen de unos pocos síntomas, otras tienen muchos. La gravedad de los síntomas varía según la persona y también puede variar con el tiempo.

- Estado de ánimo triste, ansioso o "vacío" en forma persistente.
- Sentimientos de desesperanza y pesimismo.
- Sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo.
- Pérdida de interés o placer en pasatiempos y actividades que antes se disfrutaban, incluyendo la actividad sexual.
- Disminución de energía, fatiga, agotamiento, sensación de estar "en cámara lenta."
- Dificultad para concentrarse, recordar y tomar decisiones.
- Insomnio, despertarse más temprano o dormir más de la cuenta.
- Pérdida de peso, apetito o ambos, o por el contrario comer más de la cuenta y aumento de peso.
- Pensamientos de muerte o suicidio; intentos de suicidio.
- Inquietud, irritabilidad.
- Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos y otros dolores crónicos.

Estrés: Es la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla violentamente. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular. El estrés produce cambios químicos en el cuerpo. En una situación de estrés, el cerebro envía señales químicas que activan la secreción de hormonas (catecolaminas y entre ellas, la adrenalina) en la glándula suprarrenal. Las hormonas inician una reacción en cadena en el organismo: el corazón late más rápido y la presión arterial sube; la sangre es desviada de los intestinos a los

músculos para huir del peligro; y el nivel de insulina aumenta para permitir que el cuerpo metabolice más energía.

Estas reacciones permiten evitar el peligro. A corto plazo, no son dañinas. Pero si la situación persiste, la fatiga resultante será nociva para la salud general del individuo. El estrés puede estimular un exceso de ácido estomacal, lo cual dará origen a una úlcera. O puede contraer arterias ya dañadas, aumentando la presión y precipitando una angina o un paro cardíaco. Asimismo, el estrés puede provocar una pérdida o un aumento del apetito con la consecuente variación de peso en la persona.

Periodos prolongados de estrés pueden ser la causa de enfermedades cardiovasculares, artritis reumatoide, migrañas, calvicie, asma, tics nerviosos, sarpullidos, impotencia, irregularidades en la menstruación, colitis, diabetes y dolores de espalda.

Los episodios breves de estrés trastornan el funcionamiento del organismo; sin embargo los síntomas desaparecen cuando el episodio cede. Esto ocurre con mayor facilidad si la persona posee tácticas efectivas para enfrentar el estrés y si expresa sus sentimientos normalmente.

Cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés. Esto incluye tanto situaciones positivas (el nacimiento de un hijo, matrimonio) como negativas (pérdida del empleo, muerte de un familiar). El estrés también surge por irritaciones menores, como esperar demasiado en una cola o en tráfico. Situaciones que provocan estrés en una persona pueden ser insignificantes para otra.

El estrés afecta órganos y funciones de todo el organismo. Los síntomas más comunes son:

- Depresión o ansiedad
- Dolores de cabeza

- Insomnio
- Indigestión
- Sarpullidos Disfunción sexual
- Nerviosismo

- Palpitaciones rápidas
- Diarrea o estreñimiento

Si los síntomas de estrés persisten durante varias semanas, es posible que necesite una evaluación médica y psicoterapia de apoyo para aprender nuevas técnicas que le permitan dominar la situación. Si después de un examen, el doctor comprueba que los síntomas no responden a una causa física, recomendará algún tipo de psicoterapia.

Ansiedad: La ansiedad es la más común y universal de las emociones. Reacción de tensión sin causa aparente, más difusa y menos focalizada que los miedos y las fobias. La reacción emocional ante un peligro o amenaza se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas, cognitivas y conductuales.

Tiene numerosos sinónimos:

- Nerviosismo
- Inquietud
- Tensión

Referencia a la experiencia de la ansiedad:

- Angustia
- Miedo
- Inseguridad

Miedo: Es una respuesta emocional *normal* ante situaciones que implican peligro para el sujeto. Es una respuesta diferenciada ante un objeto o situación específica. Es un fenómeno evolutivo y transitorio.

Fobia: Es una forma especial de miedo y reacción *desproporcionada*, irracional, fuera de control voluntario del sujeto, implica respuestas de evitación de la situación u objeto fobizado y es persistente en el tiempo.

Respuestas de ansiedad agrupadas en los tres sistemas de respuesta humana

1º Síntomas subjetivos, cognitivos o de pensamiento:

Preocupación:

- Inseguridad.
- Miedo o temor.
- Aprensión.
- Pensamientos negativos (inferioridad, incapacidad).
- Anticipación de peligro o amenaza.
- Dificultad de concentración.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Sensación general de desorganización o pérdida de control sobre el ambiente.

2º Síntomas motores u observables:

- Hiperactividad.
- Paralización motora.
- Movimientos torpes y desorganizados.
- Tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.
- Conductas de evitación.

3º Síntomas fisiológicos o corporales:

- Síntomas cardiovasculares: Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.
- Síntomas respiratorios: Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.
- Síntomas gastrointestinales: Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.
- Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.
- Síntomas neuromusculares: Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.
- Síntomas neurovegetativos: Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos

Angustia: Las crisis de angustia se caracteriza por la aparición súbita de una fuerte sensación de miedo, asociada a una serie de síntomas, los que ocasionan un intenso malestar general.

Puede considerarse a la angustia como una señal de alarma, al movilizar los diversos mecanismos de defensa de la personalidad ante distintas situaciones agresivas para ella.

Es un trastorno bastante frecuente, observándose que alrededor del 20 al 30% de la población la ha padecido en algún momento de su vida.

En los últimos años, la angustia ha sido objeto de estudios desde diferentes puntos de vista, psicológicos, sociales, filosóficos y biológicos; motivados por su creciente frecuencia. Algunos consideran a la ansiedad como equivalente a la angustia, ya que actualmente resultan muy difíciles de diferenciar, a pesar de tener diferencias desde el punto de vista clínico.

Cuadro clínico: En las crisis de angustia las manifestaciones clínicas se caracterizan por aparecer repentinamente alcanzando su máxima intensidad en unos pocos minutos para desaparecer, casi por completo, poco tiempo después.

Generalmente se manifiesta con dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o molestias en el pecho, náuseas, palpitaciones, hormigueos en el cuerpo, mareos, transpiración intensa, y sensación de desvanecimiento. Muchas personas refieren, además, una intensa sensación de que algo malo puede sucederles, o incluso que pueden llegar a morir.

Las personas que han sufrido crisis de angustia, las refieren como sumamente desagradables pero que no implican ningún riesgo para su salud.

Es muy común que aparezcan en forma inesperada, pero algunas personas pueden anticiparse a la aparición de una nueva crisis, evitando aquellas situaciones o lugares que anteriormente la desencadenaron.

Para tratar estos tipos de trastornos se utilizaron diferentes técnicas psicológicas dentro de ellas encontramos: **Técnicas de la Gestalt:** En la Terapia Gestáltica se trabaja con tres clases de técnicas básicamente:

Las Técnicas Supresivas;

Las Técnicas Expresivas; y

Las Técnicas Integrativas.

1. Técnicas Supresivas: Pretenden básicamente evitar o suprimir los intentos de evasión del cliente del aquí/ahora y de su experiencia; es decir, se busca con ello que el sujeto experimente lo que no quiere o lo oculto a fin de facilitar sin darse cuenta.

Entre las Principales Supresivas tenemos:

Experimentar la nada o el vacío, tratando de que el "vacío estéril se convierta en vacío fértil"; no huir del sentimiento de vacío, integrarlo al sí mismo, vivirlo y ver que surge de él.

Evitar "hablar acerca de", como una forma de escapar a lo que es. El hablar debe sustituirse por el vivenciar.

Detectar los "deberías" y antes que suprimirlos es mejor tratar de determinar qué puede haber detrás de ellos. Los "deberías" al igual que el "hablar acerca de" son forma de no ver lo que se es.

Detectar las diversas formas de manipulación y los juegos o roles "como si" se desempeñan en terapia. También, antes que suprimirlos es mejor vivenciarlos, hacer que el sujeto se de cuenta de ellos y del rol que juegan en su vida. Entre las principales formas de manipular podemos hallar: las preguntas, las respuestas, pedir permiso y las demandas.

2. Técnicas Expresivas: Se busca que el sujeto exteriorice lo interno, que se de cuenta de cosas que posiblemente llevó en sí toda su vida pero que no percibía.

Se buscan tres cosas básicamente:

- Expresar lo no expresado.
- Terminar o completar la expresión.
- Buscar la dirección y hacer la expresión directa.

Expresar lo no expresado:

1. Maximizar la expresión, dándole al sujeto un contexto no estructurado para que se confronte consigo mismo y se haga responsable de lo que es. Se pueden trabajar con inducciones imaginarias de situaciones desconocidas o raras, para que afloren temores, situaciones inconclusas. También se puede minimizar la acción no-expresiva.

2. Pedir al cliente que exprese lo que está sintiendo.

3. Hacer la ronda, que el sujeto exprese lo que quiera a cada miembro del grupo o se le da una frase para que la repita a cada uno y experimente lo que siente.

Terminar o completar la expresión:

Aquí se busca detectar las situaciones inconclusas, las cosas que no se dijeron pero pudieron decirse o hacerse y que ahora pesan en la vida del cliente. Una de las técnicas más conocidas es la "silla vacía", es decir, trabajar imaginariamente los problemas que el sujeto tiene con personas vivas o muertas utilizando el juego de roles. También se pueden utilizar inducciones imaginarias para reconstruir la situación y vivirla nuevamente de manera más sana, expresando y experimentando todo lo que se evitó la primera vez.

Buscar la dirección y hacer la expresión directa:

1. Repetición: La intención de esta técnica es buscar que el sujeto se percate de alguna acción o frase que pudiera ser de importancia y que se de cuenta de su significado. Ejemplos: "repite la frase nuevamente", "haz otra vez ese gesto", etc.

2. Exageración y desarrollo: Es ir más allá de la simple repetición, tratando de que el sujeto ponga más énfasis en lo que dice o hace, cargándolo emocionalmente e incrementando su significado hasta percatarse de él. También, a partir de una repetición simple el sujeto puede continuar desarrollando su expresión con otras cosas para facilitar el darse cuenta.

3. Traducir: Consiste en llevar al plano verbal alguna conducta no verbal, expresar con palabras lo que se hace. "Qué quiere decir tu mano", "Si tu nariz hablara que diría", "Deja hablar a tus genitales".

4. Actuación e identificación: Es lo contrario a traducir. Se busca que el sujeto "actúe" sus sentimientos, emociones, pensamientos y fantasías; que las

lleve a la práctica para que se identifique con ellas y las integre a su personalidad. Es muy útil en el trabajo de sueños.

3. Técnicas Integrativas: Se busca con estas técnicas que el sujeto incorpore o reintegre a su personalidad sus partes alienadas, sus hoyos. Aunque las técnicas supresivas y expresivas son también integrativas de algún modo, aquí se hace más énfasis en la incorporación de la experiencia.

a. El encuentro intrapersonal: Consiste en que el sujeto mantenga un diálogo explícito, vivo, con las diversas partes de su ser; entre los diversos subyos intra-psíquicos. Por ejemplo entre el "yo debería" y el "yo quiero", su lado femenino con el masculino, su lado pasivo con el activo, el risueño y el serio, el perro de arriba con el perro de abajo, etc. Se puede utilizar como técnica la "silla vacía" intercambiando los roles hasta integrar ambas partes en **conflicto**.

b. Asimilación de proyecciones: Se busca aquí que el sujeto reconozca como propias las proyecciones que emite. Para ello se le puede pedir que él haga de cuenta que vive lo proyectado, que experimente su proyección como si fuera realmente suya.

Técnicas de la Terapia de Pareja: 1.1. Hostilidad personal: Detección de pensamientos automáticos; Ventajas y desventajas de mantener ese pensamiento automático y alternativas racionales a los mismos. Modelado de expresiones asertivas de malestar personal.

1.2. Manejo de la hostilidad del cónyuge: (1) Aclarar el problema: No contestar a las ofensas e intentar aclarar los motivos. Escuchar; (2) Calmar al cónyuge (Decirle que se está enojando, que así no podemos entenderle e invitarle a sentarse y a expresarse más calmadamente; (3) Concentrarse en solucionar el problema: desviarse del contraataque y centrarse en generar soluciones; (4) Distraer la atención de la pareja: cambiar de tema y cuando esté más calmado, volver al tema; (5) Programar sesiones de desahogo (ver más adelante) y (6)

Dejar el lugar y decir que solo se seguirá hablando en un momento de más calma (última opción, ira extrema o peligrosa). Se ensayan alternativas y se comprueban.

2) Sesiones de desahogo: Se establece un lugar y horario preciso donde cada cónyuge expresa durante un tiempo limitado de antemano, y por turno, sin ser interrumpido, una serie de quejas de forma no ofensiva y expresando sus sentimientos respecto a una situación dada. Se pueden establecer pausas si aumenta la ira. Si se hacen más de dos pausas se aconseja suspender la sesión para otra ocasión.

3) Escucha empática: Se establece un lugar y horario preciso donde cada cónyuge por turnos expone un problema durante un tiempo determinado; el otro debe de escucharle sin interrumpirle y devolverle al final de ese turno de modo resumido lo que ha captado del problema, el exponente le da feedback sobre el grado de entendimiento, se repite el proceso hasta un feedback satisfactorio, y comienza el turno del otro. El terapeuta puede modelar el proceso.

4) Normas de etiqueta coloquial: El terapeuta presenta y modela pautas para establecer una conversación más agradable y eficaz. Son las siguientes: (1) sintonizar el canal del cónyuge (si el otro desea apoyo y comprensión emocional o soluciones/consejo práctico), (2) Dar señales de escuchar (verbales y no verbales), (3) no interrumpir (retenerse de expresar las opiniones personales hasta que no acabe el otro), (4) Formular preguntas con habilidad (p.e al iniciar una conversación pedir la opinión del cónyuge sobre un tema; evitar preguntas "¿por qué..?"), (5) emplear el tacto y diplomacia (no comenzar temas espinosos de manera imprevista sin pedir antes permiso al cónyuge). Todas estas normas se suelen utilizar ante conversaciones ocasionales; ya que son más inefectivas para el manejo de la hostilidad alta, donde es preferible el uso de las nueve opciones.

5) Resolución de problemas: Se trata de modelar con la pareja la definición operacional y concreta de problemas, generar alternativas posibles y seleccionar una poniéndola en práctica, valorando sus resultados e iniciado el proceso nuevamente si no se considera satisfactorio.

6) Seguimiento de aspectos positivos: Cada cónyuge lleva un registro de actividades que ha realizado su pareja y le ha resultado agradable. Se establece un tiempo para intercambiar información de estos registros y se manifiestan peticiones o agradecimientos.

7) Sesiones de conciliación: Se establece un tiempo y lugar donde cada cónyuge habla de un problema por turno, el que escucha asume un papel de investigador y hace preguntas tendentes a obtener información (p.e pedir ejemplos ante una queja vaga o general); y además hace un resumen de las quejas del otro, dándole primero feedback de entendimiento; después le toca al otro, para finalizar con un proceso de resolución de problemas.

8) Técnicas de tipo cognitivo: Complementan el listado anterior. Se suelen usar en una fase avanzada de la terapia, o en momentos de resistencia u hostilidad. Básicamente no difieren del abordaje de otros trastornos: detección de pensamientos automáticos, comprobación empírica y generación de alternativas más racionales. Experimentos personales con los supuestos personales.

Técnicas de la Terapia cognitiva conductual: Se focaliza en el comportamiento y el pensamiento, a diferencia de las terapias psicodinámicas, que se focalizan en los pensamientos inconscientes y ponen énfasis en la catarsis, se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, antes que brindarle al paciente la oportunidad de simplemente descargar sus sentimientos.

1. Está orientada hacia el presente: Se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado, aunque por supuesto se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas; aunque últimamente algunos terapeutas cognitivos, El énfasis de la Terapia cognitiva conductual está puesto más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”. Muchas veces, el explorar expresamente y conocer cuáles son los motivos de lo que nos ocurre no alcanza a brindar una solución y no es suficiente para producir un cambio.

2. Utiliza terapias a corto plazo: En los estudios de evaluación estadística de la eficacia, generalmente se utilizan series o conjuntos de 15 a 20 sesiones

3. Pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos: Desde la primera sesión se administran cuestionarios y planillas en los que se evalúan los síntomas específicos, en su frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido.

4. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico: Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar. En muchos casos, se utiliza la biblioterapia, que consiste en que el terapeuta recomiende o facilite libros, folletos o apuntes acerca del problema para que el paciente se informe de lo que le sucede.

5. Tiende a fomentar la independencia del paciente: Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, en ella se enfatiza el aprendizaje, la modificación de conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente.

6. Está centrada en los síntomas y su resolución: El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales. Se definen objetivos concretos a lograr y de esa forma es mucho más fácil evaluar o modificar los síntomas específicos y saber claramente lo que se quiere obtener o hacia adonde apunta la terapia.

7. Rechaza el principio de sustitución de síntomas: La falsa idea de sustitución, difundida por la escuela psicodinámica, que considera a un síntoma, que considera a un síntoma como una solución económica, la única salida a un proceso neurótico subyacente que si se elimina surgirán otros, es cuestionada

por esta metodología. La meta de la Terapia cognitiva conductual es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, inmediatamente también va a haber una mejoría en otras áreas, sin que aparezcan otros síntomas que los reemplacen.

8. Pone el énfasis en el cambio: Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas afuera como parte de la tarea.

9. Desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias: Activamente se lo confronta con la idea de que existen alternativas posibles para sus pensamientos y patrones habituales de conducta, se promueve al autocuestionamiento.

10. Se centra en la resolución de problemas: Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas en los que el paciente focalizó su trabajo y cuáles necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión, le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto.

11. Utiliza planes de tratamiento: Generalmente, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema, no utilizando un formato “único” para las diversas consultas.

12. Propone una continuidad temática entre las sesiones: En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente.

13. Desmitifica la terapia: El plan de tratamiento y el proceso terapéutico retiran el “velo de misterio” que cubre a casi todas las psicoterapias, al permitirle al paciente un libre acceso a la información teórica o metodológica mediante la biblioterapia.

2.2 Objetivos:

2.2.1 Objetivo General:

Orientación y apoyo psicoeducativo dirigido a Médicos y Personal Técnico-Administrativo, y atención psicológica a pacientes de consulta interna del Área de Cirugía, y pacientes de consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancour, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepequez, para contribuir al desarrollo laboral y la salud mental.

2.2.2 . Objetivos Específicos:

2.2.3 Servicio:

- Brindar atención psicológica, dirigido a pacientes de consulta interna del área de Cirugía y pacientes de consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.
- Apoyo psicológico, dirigido a personal Técnico- Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

2.2.4 Docencia:

- Impartir charlas y talleres psicoeducativos a Personal Técnico-Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, para mejorar las relaciones laborales.

- Desarrollar Técnicas de Relajación a pacientes de consulta interna del Área de Cirugía del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, para disminuir los niveles de ansiedad.

2.2.5 Investigación:

- Conocer cuáles son los factores psicosociales que contribuyen a la dificultad de trabajar en equipo, en el personal Médico, Enfermeros (as) y personal Técnico-Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua, Guatemala, Sacatepéquez.

2.3 Metodología de Abordamiento:

El Ejercicio Profesional Supervisado EPS, se desarrolló en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua, Guatemala, Sacatepéquez; a través de acciones y procedimientos divididos en tres subprogramas, los cuales fueron: Servicio, Docencia e Investigación; teniendo una duración de 8 meses. Con el fin de lograr los objetivos propuestos en cada subprograma.

2.3.1 SERVICIO:

Esta fase se inició con la visita diagnóstica a la institución elegida, con una duración de dos semanas, donde se llevó a cabo la observación de las necesidades de dicha población, por medio de entrevistas dirigidas a Médicos, Personal Técnico Administrativo y Pacientes de consulta interna del Área de Cirugía.

Previamente a dar comienzo a las actividades de dicho subprograma se presentaron al Director y personal técnico administrativo; así como también a los pacientes de consulta interna del área de cirugía, y consulta externa; dándoles a conocer la enorme utilidad que sería la ayuda psicoterapéutica para los trabajadores y pacientes de la institución.

En lo que respecta al personal que labora en la institución, se procedió a la elaboración de una circular para darles a conocer el objetivo del servicio, el cual consistió en brindarles atención psicológica, programando los días y los horarios que se establecieron para dicha atención. Quedando los días jueves y viernes de 8:00 a 12:00 horas para el personal de la institución, los días lunes y miércoles de 8:00 a 12:00 horas para pacientes de cirugía interna y el día martes de 8:00 a 12:00 para los pacientes de consulta externa. Esta información se realizó por medio de carteles (pegados en la pared) y volantes (distribuidos entre los pacientes), en los mismos se les informaba de la atención psicológica que el hospital, conjuntamente con la escuela de psicología de la Universidad de San Carlos de Guatemala, estaría prestando a partir del mes de febrero.

Como primera actividad del programa se consultaron los archivos de casos del personal que labora en el hospital y de pacientes que asisten al mismo, evaluados con anterioridad y que continuaban su tratamiento psicológico, para darles seguimiento; así como también abrir nuevos expedientes de pacientes captados en las diferentes consultas y que necesitaban ayuda psicoterapéutica.

Por medio de una hoja de referencia que se distribuyó a los médicos y enfermeras que atendían el área de cirugía de consulta interna se fueron refiriendo pacientes que necesitaban ayuda psicológica. Las técnicas que sirvieron para abordar a cada paciente tratado en la clínica y en piso, fue la entrevista, observación e historia clínica.

De acuerdo a la primera entrevista del paciente y de su historia clínica se determinó su impresión diagnóstica. Posteriormente se practicó el examen mental. Y por último de acuerdo al CIE - 10 se determinó el trastorno psicológico por el que atravesaba el paciente.

Seguidamente de la fase anterior se procedió a la elaboración de un plan terapéutico, haciendo constar en el mismo los días de consulta y el tiempo de las sesiones. Lo anterior se elaboró de mutuo acuerdo con el paciente, con una sesión semanal de 45 minutos en los días anteriormente mencionados. Para tal efecto se utilizaron las técnicas: Terapia Gestáltica, Terapia de apoyo, Terapia de Pareja y Terapia cognitiva conductual.

Todo el proceso terapéutico de cada paciente se evaluó con la hoja de evolución psicológica, en la cual se anotaban los datos generales del paciente fecha de su cita, hora de la misma, evolución de su mejoría o estancamiento del trastorno por el cual estaba afectado y las técnicas o actividades que se realizaban en cada sesión.

2.3.2 DOCENCIA:

Al igual que el subprograma de servicio esta fase se inicio con la visita diagnóstica a la institución elegida, con una duración de dos semanas, donde se llevó a cabo la observación de las necesidades e intereses de la población, por medio de entrevistas dirigidas a Médicos, Personal Técnico Administrativo y Pacientes de consulta interna del Área de Cirugía y Consulta Externa.

Previamente a dar comienzo con las actividades de dicho subprograma se presentaron al Director y personal técnico administrativo; los objetivos específicos que se llevaron a cabo, siendo: Impartir charlas y talleres psicoeducativos al Personal Técnico-Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, para mejorar las relaciones laborales y desarrollar Técnicas de Relajación a pacientes

de consulta interna del Área de Cirugía del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, para disminuir los niveles de ansiedad.

Así mismo se les dio a conocer la enorme utilidad que será para los trabajadores y pacientes la implementación de los diferentes temas elegidos por ellos mismos, los cuales se realizaron por medio de charlas y talleres, utilizando la técnica participativa.

Previo al inicio de este subprograma, se procedió a la elaboración de una circular para darles a conocer a todo el personal y a pacientes del hospital, que a partir del mes de febrero se iniciarán charlas y talleres participativos, con los días y horarios sugeridos en las entrevistas diagnósticas.

Este subprograma para su efectividad se trabajó por medio de charlas y talleres, así como también actividades grupales con empleados y pacientes.

La implementación se abordó con temas de interés de la población entre ellos: Autoestima, Relaciones Interpersonales, Motivación, Comunicación, Trabajo en equipo y Liderazgo. Los mismos se apoyaron con videos, dvd, acetatos, presentaciones y papelógrafos.

La técnica utilizada en este subprograma fue el de discusión participativa y de exposiciones grupales.

La evaluación de la implementación y el desarrollo de las actividades participativas de la epesista y de la población beneficiada se hicieron por medio de opiniones anónimas en una hoja de papel bond y por parte de los participantes a través de la retroalimentación que hizo la epesista.

2.3.3 INVESTIGACIÓN:

Este subprograma se inició con la visita diagnóstica institucional con una duración de dos semanas, por medio de entrevistas estructuradas, con la finalidad de determinar la problemática más relevante sobre los problemas psicolaborales por los que atraviesan los Médicos y Personal Técnico Administrativo.

En la elaboración de la presente investigación se tomó como base el interés manifestado por la población meta, se llegó a determinar:” Conocer cuáles son los factores psicosociales que contribuyen a la dificultad de trabajar en equipo, en el personal Médico y Técnico-Administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua, Guatemala, Sacatepéquez”, es de suma importancia en sus relaciones interpersonales y laborales.

El Abordamiento metodológico de la investigación fue la de, seleccionar el tema a investigar, plantamiento del problema y la elaboración del Marco Teórico

La población y muestra de la investigación fueron: los empleados del Hospital Nacional Pedro de Bethancour, Aldea San Felipe de Jesús, Antigua, Guatemala, Sacatepéquez, fue la población en que se desarrolló el trabajo de investigación. La muestra la constituyó 5 personas de cada departamento de 520 empleados aproximadamente. Específicamente los adultos mayores de ambos sexos comprendidos entre las edades en el rango de 19 a 55 de edad, del hospital en general.

Los Instrumentos de Información y Técnicas utilizados fueron los siguientes:

Bibliografía: Para tal efecto se utilizaron fichas bibliográficas para llevar un registro de los libros, textos, y fuentes consultadas para la elaboración de marco teórico de este trabajo.

Entrevista Estructurada a empleados: Se analizaron y discutieron 10 preguntas en el cuestionario para obtener información: a) Identificar cuáles son los factores psicosociales que contribuyen a la dificultad de trabajar en equipo; b) utilización de la técnica participativa; c) Se entrevistó a los adultos mayores de ambos sexos comprendidos entre las edades en el rango de 19 a 55 de edad, del hospital en general, a través de una entrevista dirigida y estructurada con preguntas directas

Proceso de validación: Este proceso se inició con la redacción del contenido de la entrevista estructurada y dirigida a la población meta y su confiabilidad se midió a través de una prueba piloto al azar sobre el % de la muestra basada a la misma población.

Análisis de resultados: En base a las preguntas planteadas en la entrevista estructurada y dirigida se procedió a la realización del análisis, presentación e interpretación de los resultados que se obtuvieron.

Técnicas de Estadística: Se utilizó la técnica estadística de campo, misma que se obtuvo de la información directa de la población.

Interpretación de resultados: Se tabularon los datos que se obtuvieron de las entrevistas estructuradas y dirigidas, pregunta por pregunta, para luego proceder al análisis e interpretación de resultados y la elaboración de cuadros estadísticos y graficas de barras cualitativas

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN DE ACTIVIDADES Y RESULTADO

En este capítulo se presentan las actividades y resultados obtenidos en los subprogramas de servicio, docencia e investigación, del Ejercicio Profesional Supervisado, realizado en el piso de cirugía con pacientes internos, pacientes de la consulta externa y personal técnico-administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt de San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

3.1 SERVICIO:

El desarrollo de este subprograma se inició con la visita diagnóstica hecha a la institución elegida, con una duración de dos semanas, donde se llevó a cabo la observación de las necesidades de dicha población; entre ellas se encontraron: baja autoestima, problemas psicológicos, bajo nivel de depresión, estrés, ansiedad, angustia, problemas de pareja y soporte familiar inadecuado.

Dentro de las principales actividades desarrolladas en este subprograma, cabe mencionar la reunión realizada con el Director del hospital, en donde manifestó la principal problemática de los pacientes y del personal técnico administrativo, y las áreas que mostraban más conflicto; entre la problemática de los pacientes internos estaba: primero la dificultosa recuperación de los mismos después de haber sido intervenidos quirúrgicamente y segundo la ansiedad y miedo a ser intervenidos quirúrgicamente. En cuanto a la problemática del personal el director manifestó algunas de ellas: defectuosas relaciones interpersonales, descontento por la rotación de puestos, inadecuada atención a los pacientes y las áreas más conflictivas.

En nuestra visita hecha al jefe de recursos humanos se solicitó los listados del personal de todo el hospital, para tener una idea de la cantidad de personas

con las cuales se realizaría el trabajo profesional; así como también para conocer la estructura organizacional de la institución.

Previo a dar inicio a las actividades, se dio a conocer a Médicos, Personal Técnico Administrativo y Pacientes de consulta interna del Área de Cirugía, el subprograma de servicio, el cual consistiría en brindar y dar apoyo psicológico a los mismos, de acuerdo a una planificación establecida.

En lo que respecta al personal que labora en la institución, se procedió a la elaboración de una circular para darles a conocer el objetivo del servicio, el cual consistió en brindarles atención psicológica, programando los días y los horarios que se establecieron para dicha atención. Quedando los días jueves y viernes de 8:00 a 12:00 hrs. para el personal de la institución, los días lunes y miércoles de 8:00 a 12:00 hrs. para pacientes de cirugía interna y el día martes de 8:00 a 12:00 hrs. para los pacientes de consulta externa. También se les hizo saber que el servicio psicológico a cargo de la epesista iba a estar exclusivamente para atención del personal técnico administrativo del hospital por lo que el horario de su cita iba a ser de acuerdo a sus turnos y descansos para no dejar de asistir al tratamiento.

Esta información se realizó por medio de carteles (pegados en la pared) y volantes (distribuidos entre los pacientes), en los mismos se les informó de la atención psicológica que el hospital y con el apoyo de la escuela de psicología, de la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través del Ejercicio Profesional Supervisado, EPS, estarían prestando a partir del mes de febrero.

Como primera actividad del programa se consultaron los archivos de casos del personal que labora en el hospital y de pacientes que asisten al mismo, evaluados con anterioridad y que continuaban su tratamiento psicológico, para darles seguimiento; así como también abrir nuevos expedientes de pacientes captados en las diferentes consultas y que necesitaban ayuda psicoterapéutica.

Por medio de una hoja de referencia que se distribuyó a los médicos y enfermeras que atendían el área de cirugía de consulta interna se fueron refiriendo pacientes que necesitaban ayuda psicológica. Las técnicas que sirvieron para abordar a cada paciente tratado en la clínica y en piso, fue la entrevista, observación e historia clínica.

Al tener contacto directo con los pacientes de cirugía interna, se le explicaba a cada paciente que es la psicología, para que sirva, y que podía esperar de un tratamiento psicológico; así como también lo que se iba a esperar de él para su tratamiento. También se utilizó la entrevista estructurada con el fin de adquirir por medio de la historia clínica: datos generales, referido, motivo de consulta, historia del problema, historia personal, historia familiar, historia social, historia laboral, signos y síntomas, impresión clínica, examen mental, diagnóstico y hoja de evolución. Este mismo procedimiento se llevó a cabo con los pacientes de consulta externa y el personal Técnico Administrativo. Así mismo se utilizó la observación como técnica de captación de información en las diferentes sesiones terapéuticas. Así mismo se llenaba la ficha de control de archivo a los pacientes externos y técnico laboral.

De acuerdo a la primera entrevista con el paciente y su historia clínica, se determinó su impresión diagnóstica. Posteriormente se practicó el examen mental. Y por último de acuerdo al CIE - 10 se determinó el trastorno psicológico por el que atravesaba el paciente. De acuerdo al diagnóstico establecido en este manual, se procedía a informarle a cada paciente, cual era la situación que afectaba su personalidad y que necesitaba de un tratamiento psicológico.

Se estableció un tratamiento diferente para cada paciente, dependiendo del nivel de autoestima y grado de depresión (aplicación de test respectivo) que presentaban. Los problemas psicológicos y emocionales encontrados fueron los

siguientes: trastornos de ansiedad, agotamiento, problemas de pareja, depresión (leve y moderada) y soporte familiar inadecuado.

Se estableció un horario adecuado para atención, lo anterior se elaboro de mutuo acuerdo con los pacientes y el personal técnico administrativo. Para tal efecto se utilizaron las técnicas: Terapia Gestáltica, Terapia de apoyo, Terapia de Pareja con enfoque cognitivo conductual y Terapia cognitiva conductual.

En los pacientes que presentaban el trastorno de ansiedad, agotamiento, problema de pareja y depresión se trabajó la terapia cognitiva conductual de Aaron Beck.

Basándonos en esta terapia se trabajó con los pacientes en primer lugar los aspectos afectivos, con el fin de que el paciente hiciera aflorar todos sus sentimientos y emociones que le estaban afectando en ese momento, seguidamente se abordaba el aspecto de las ideas y de los pensamientos en esta etapa se trataba de que el paciente modificara su pensamiento ilógico por lógico, y los irracionales por racionales, así como también las sustitución de sus pensamientos automáticos u obsesivos y finalmente se le sugería al paciente la modificación de sus conductas inadecuadas por otras más aceptables.

En los que presentaban soporte familiar inadecuado y también algunos pacientes de problemas de pareja se trabajó la terapia Gestáltica de Fritz Perls Basándonos en esta terapia se trabajó con los pacientes en primer lugar los aspectos internos, con lo que ocurre sobre y debajo de nuestra piel. Tensiones musculares, movimientos, sensaciones molestias, temblores, sudoración, respiración así como también el aquí, el ahora y el cómo. Logrando así que las personas se desenmascararan frente a los demás, y para conseguirlo tenían que arriesgarse a compartir sobre sí mismos; experimentaban lo presente, tanto en la fantasía como en la realidad, en base a actividades y experimentos vivenciales. Como lo fue la técnica de la silla vacía ya que las pacientes tenían una descarga

emocional impresionante a la hora de decir lo que en años no habían podido decirles a sus parejas o a algún familiar, ya que la psicoterapia se especializa en explorar el territorio afectivo más que el de las intelectualizaciones. Y se pretendía que los participantes tomen conciencia de su cuerpo y de cada uno de sus sentidos.

El proceso terapéutico de cada paciente se registró en la hoja de evolución psicológica, en la cual se anotaban los datos generales del paciente, fecha de su cita, hora de la misma, evolución de su mejoría o estancamiento del trastorno por el cual estaba afectado y las técnicas o actividades que se realizaban en cada sesión.

Al final de cada sesión se anotaban los cambios de mejoría o de estancamiento de cada paciente en su proceso terapéutico, entre algunos de ellos: cambio de su forma de pensar, visión positiva de sí mismos, de sus experiencias y de su entorno; así como también mejorar su nivel de autoestima, cambios de conductas inadecuadas.

En los que respectan a la evolución de la orientación a parejas, se evidenció en las parejas más comunicación entre ambos, aceptación de sí mismos, respeto de su espacio físico y libertad en sus decisiones, sin afectar a su pareja. En tanto que en los problemas de soporte familiar inadecuado se pudo observar: aceptación de su problema, crecimiento y madurez emocional y cambio de su pensamiento y de sus conductas.

En algunos casos fue necesario citar a los familiares de los pacientes y darles apoyo psicológico también a ellos, ya que tenía que tratarse a la familia de una forma integral.

3.1.1 RESULTADOS

Cuadro No. 1
PACIENTES INTERNOS DE CIRUGIA
ENCAMAMIENTO

Rango de edad	Femenino	Masculino	Total
16-20	8	10	18
21-25	14	10	24
26-30	15	19	34
31-35	10	12	22
36-40	10	6	16
41-45	13	18	31
46-50	4	-----	4
51-55	10	2	12
56-60	9	14	23
61-65	-----	4	4
66-70	2	-----	2
71-75	6	2	8
76-80	1	1	2
81-85	3	-----	3
TOTAL	105	99	204

- Fuente: Pacientes de encamamiento de la consulta interna del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, de febrero a octubre de 2006.

Los pacientes de encamamiento de cirugía interna, que solicitaron la atención psicológica, de acuerdo al subprograma de servicio, oscilaban en los rangos de edad de 16 a 85 años, con una población de 105 pacientes de género femenino y 99 de género masculino. A este hospital asisten pobladores de las diferentes aldeas y áreas cercanas a San Felipe de Jesús; así como también de Chimaltenango. Acudiendo al mismo por diversas enfermedades o accidentes, entre ellas: quemaduras, fracturas, diabéticos, electrocutados, heridos de bala, amputados de ambas extremidades, accidentes automovilísticos, intoxicación por alcoholismo, entre otras. Muchos de estos pacientes eran referidos por el médico de turno o por el personal paramédico al departamento de psicología, donde eran evaluados y tratados psicológicamente.

Se pudo evidenciar que la mayoría de las personas que más frecuentaron la atención psicológica estaban comprendidas en los rangos de edad de 26 a 45 años de ambos géneros. Dentro de los casos referidos por los médicos y enfermeras se presentaron problemas psicológicos y emocionales, dentro de ellos: trastornos de ansiedad generalizada, agotamiento, depresión leve y moderada, abuso de sustancias, baja autoestima.

Dentro de los logros obtenidos en esta población, se puede mencionar cambios en su forma de pensar, visión positiva de si mismos, de sus experiencias y su entorno, mejora en su nivel de autoestima y cambios de conductas. Otra manifestación de mejoría en los pacientes fue sentirse mejor, luego de haber expresado sus sentimientos y emociones molestas o reprimidas, acompañadas de llanto (catarsis), que no es más que una liberación de sus opresiones y sentimientos. Así mismo dentro de la psicoterapia no se logró en todos los pacientes una mejoría si no más bien hubo un estancamiento en el proceso terapéutico por parte de algunos de ellos.

Cuadro No. 2
PACIENTES DE LA CONSULTA EXTERNA

Rango de edad	Femenino	Masculino	Total
16-20	-----	1	1
21-25	4	1	5
26-30	8	1	9
31-35	1	3	4
41-45	1	-----	1
46-50	7	-----	7
56-60	-----	1	1
66-70	3	-----	3
TOTAL	24	8	32

- Fuente: Pacientes de la consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, de febrero a octubre de 2006.

La población que asistió a la consulta externa, para solicitar la atención psicológica o bien que eran referidos por los profesionales indicados, estaban comprendidos en los rangos de edad de 16 a 70 años. La población atendida en este servicio fue de 24 del género femenino y 8 del género masculino. Estos pacientes acudieron al hospital por diversos trastornos psicológicos y emocionales. Dentro de los casos atendidos figuran: problemas de pareja, problemas de soporte familiar inadecuados, depresión (leve y moderada), intento de suicidio y baja autoestima.

En lo que respecta a los logros en la orientación a parejas se pudo observar más comunicación entre ambos, aceptación de uno al otro, respetando su espacio y libertad en sus decisiones, sin afectar a su pareja. En algunos casos una de las parejas comentó: *“licenciada, mi esposa y yo estábamos a punto de divorciarnos, pero al asistir a la ayuda psicológica, mejoramos nuestras relaciones de pareja y por consiguiente ya no nos divorciamos”*. Y en los problemas de soporte familiar inadecuado se logró el reconocimiento y aceptación de sus problemas de crecimiento y madurez emocional, y cambio de sus pensamientos irracionales por racionales y del cambio de sus conductas inadecuadas.

En el caso de suicidio, este paciente expresó antes del proceso terapéutico: *“He intentado suicidarme tres veces, y ninguna de ellas lo he logrado”*; mismo que fue tratado con la terapia cognitiva conductual; abordándose al principio sus síntomas y signos afectivos, apoyándolo en el mejoramiento de su autoestima, a través del conocimiento de si mismo, de sus experiencias y de su entorno; así como también el cambio de sus distorsiones de pensamiento y sus conductas inadecuadas. La mejoría de este paciente se logró en conjunto con el tratamiento psiquiátrico que tuvo que brindársele en el hospital debido a su fuerte influencia de ideas suicidas; ya que sin la ayuda farmacológica en esta tipo de trastornos es ineficaz la psicoterapia por encontrarse disminuidas sus facultades mentales.

En algunos casos se incluyó en el tratamiento psicoterapéutico a los hijos, padres, y familiares cercanos al paciente, con la finalidad de brindarles apoyo en beneficio del mismo. En los cuales la familia juega un papel trascendental en el mejoramiento integral de la salud mental de sus miembros. Las terapias aplicadas en el mejoramiento de los pacientes fueron, la terapia de apoyo, terapia de pareja con enfoque conductual y la terapia gestáltica; cada uno con la aplicación de sus diferentes técnicas.

Cuadro No. 3
PACIENTES DEL AREA LABORAL
TECNICO-ADMINISTRATIVO

Rango de edad	Femenino	Masculino	Total
21-25	4	3	7
26-30	6	5	11
36-40	2	2	4
41-45	5	-----	2
Total	17	10	27

- Fuente: Pacientes del área laboral técnico-administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, de febrero a octubre de 2006.

En este mismo subprograma se prestó atención psicológica al personal técnico administrativo del hospital. Los pacientes del área laboral estaban comprendidos en los rangos de edad de 21 a 45 años, con un total de 17 del género femenino y 10 del género masculino. Los trastornos que presentaron los pacientes de esta área fueron: depresión (leve y moderada), agotamiento, ansiedad.

Los resultados obtenidos en la atención psicológica a pacientes del área laboral, fueron significativos, tomando en cuenta el cambio de actitudes en su desarrollo personal, laboral y familiar. Así como también el ayudarlos a elevar su autoestima, por medio de técnicas grupales desarrolladas en el subprograma de docencia. Las terapias aplicadas en los trastornos presentados por estos

pacientes fueron: terapia cognitiva de la depresión, terapia gestal y terapia de apoyo.

La primera trata de responsabilizar al paciente en el reconocimiento y la aceptación de su problema, así como también la exploración y reconocimiento de sus sentimientos y emociones, de sus ideas o pensamientos distorsionados y el cambio del comportamiento en sus actitudes.

La segunda trata de llevar al paciente a ver sus problemas desde una perspectiva del aquí y el ahora. Haciéndole ver al mismo que él era el único responsable de todo lo que le pasa, pues así como piensa así siente y así actúa, utilizando la técnica de la silla vacía (intercambio de roles) para ventilar emociones frustradas o reprimidas y como consecuencia el origen de la culpa y su cólera. Y la tercera por tratarse desde una perspectiva no directiva ayudó al paciente a expresar todo lo que sentía o que le molestaba dentro de su psiquismo o de sus emociones. Brindándole el apoyo la comprensión y el entendimiento de su problema; sin interpretación del mismo con la emisión de juicios y valores.

De acuerdo a los resultados y logros obtenidos se concluye que los objetivos de este subprograma de servicio fueron satisfactorios para la epesista en el brindar atención y apoyo psicológico a la población atendida en beneficio de su salud mental.

3.2 DOCENCIA:

Esta fase se inicio con la visita diagnóstica a la institución elegida, con una duración de dos semanas, donde se llevó a cabo la observación de las necesidades e intereses de la población y por medio de entrevistas dirigidas se logró detectar las necesidades observadas: baja autoestima, falta de motivación en el trabajo, inadecuadas relaciones interpersonales, mala comunicación, falta

de trabajo en equipo y liderazgo. Y a través de charlas y talleres se abordaron los intereses expuestos por los mismos.

Previamente a dar comienzo con las actividades de dicho subprograma se presentaron al Director y personal técnico administrativo; las actividades a desarrollarse de acuerdo a los objetivos planteados. El subprograma fue aceptado por las autoridades de la institución, con la sugerencia que el mismo fuera algunas veces desarrollado por las tardes, por la índole de su trabajo y turnos de los empleados, para tal efecto se contó con la opinión del director, los participantes y la epesista, determinando en cada semana el día y la hora de su ejecución. Todas las charlas y talleres tenían una duración de una hora y media.

Así mismo se les dio a conocer la enorme utilidad que sería para los trabajadores y pacientes la implementación de los diferentes temas elegidos por ellos mismos, los cuales se realizaron por medio de charlas y talleres, utilizando la técnica participativa.

Al inicio de este subprograma, se procedió a la elaboración de una circular para darles a conocer a todo el personal y a pacientes del hospital, que a partir del mes de febrero se iniciarían las charlas y talleres participativos y actividades grupales.

La implementación se abordó con temas de interés de la población entre ellos: autoestima, relaciones interpersonales, motivación, trabajo en equipo, comunicación y liderazgo. Los talleres y charlas fueron impartidos al personal del departamento de enfermería y al personal administrativo divididos en diferentes grupos, con un total de 269 participantes. Al inicio de cada taller se hacían unas dinámicas rompe hielo, entre ellos: de presentación gestual, barrera del sonido y el crucigrama, todas estas con la finalidad de que los participantes llegaran a conocerse y a tenerse confianza entre si mismos, en el desarrollo de las

actividades. Los mismos se apoyaron con presentaciones y papelógrafos, en forma grupal, con grupos de 13 a 30 empleados por actividad, de forma heterogénea y con el personal técnico (enfermería), fue el único personal con quien se trabajó en forma homogénea, por la índole de su trabajo y turnos. La técnica utilizada en este subprograma fue el de discusión participativa y de exposiciones grupales. Las cuales consistían en discutir el tema a desarrollarse, a darles participación y por medio de una actividad grupal se nombrara a un representante para que pasara al frente a exponer los puntos más importantes del tema.

El tema que se abordó en primer lugar, a sugerencia de los participantes fue el de autoestima, por considerarse que el conocimiento de si mismo es la base fundamental para toda persona, y por consiguiente para relacionarse con los demás y poder llevar a cabo un trabajo en equipo.

El contenido del taller en todo su desarrollo contempló: definición, componentes de la autoestima, teoría de las necesidades de Maslow, (fisiológicas, primarias, de seguridad, sociales o de pertenencia, de estima, secundarias y de autorrealización), como se pierde la autoestima, como mejorarla y la escalera de la autoestima. En este último contenido se abordó lo referente a: autoconocimiento, autoaceptación, autorespeto, autorrealización y autoestima.

De acuerdo a las observaciones y a las opiniones y experiencias manifestadas por los participantes puedo evidenciar que muchos de ellos poseían baja autoestima y por consiguiente esto generaba conflictos laborales; pero al mismo tiempo que se iban abordando los diferentes componentes de la autoestima sus niveles de la misma se iban elevando, hasta el punto de manifestarme lo siguiente: *“Ahora ya me siento mejor”, “Antes no conocíamos lo que era autoestima”, “Ahora ya me llevo mejor con mis compañeras de trabajo y mi familia”*.

El segundo de los temas impartidos fue: el de relaciones interpersonales, con un contenido variado como: la definición, destrezas, características, factores y procesos fundamentales que impactan las relaciones interpersonales. Este taller se abordó como consecuencia de los diferentes conflictos encontrados en el personal técnico-administrativo, de acuerdo a la visita diagnóstica; para tal efecto se contó con la participación grupal en los diferentes temas por parte de los mismos, en los cuales se hicieron notar las inadecuadas relaciones interpersonales que se mantenían entre si y con el servicio y por consiguiente afectando a los pacientes. Mismos problemas que se fueron ventilando y aclarando con las exposiciones psicoeducativas brindadas por la epesista y llevados a cabo por los participantes.

La problemática mas enmarcada y observada en el taller fue: la dificultad que tienen de relacionarse con los demás como consecuencia de una visión negativa de si mismos, visión negativa de sus experiencias y visión negativa de lo que les rodea. En cada exposición los participantes exponían sus puntos de vista con respecto a cada tema, manifestando lo siguiente: *“No me llevo bien con mi compañera, porque me cae mal”, “Prefiero no meterme con nadie”, “Prefiero estar sola”, “No me gustan las reuniones con otros”, etc.*

El tercer tema impartido fue: la motivación en donde se desarrolló lo siguiente: definición, teoría de las necesidades de Abraham Maslow, las cuales son: necesidades fisiológicas, necesidades primarias, necesidades de seguridad, necesidades sociales o de pertenencia, necesidades de estima, necesidades secundarias y necesidades de autorrealización; el ciclo motivacional, diferencia entre motivación y satisfacción, las técnicas de motivación y la influencia del grupo en la motivación.

De acuerdo a las opiniones y experiencias manifestadas por los participantes se observó que en la mayoría de los asistentes solo trabajan por una remuneración y no por estar motivados con el trabajo que desempeñan

diariamente en el hospital ya sea en el área administrativa o en el área técnica. Esto se pudo evidenciar por las siguientes expresiones: *“Yo trabajo por necesidad”, “Yo no estoy motivada con lo que hago”, “Me gustaría que se hicieran más actividades para el personal”, “Me gustaría venir al trabajo mas motivada”.*

El cuarto tema impartido fue el trabajo en equipo que incluyó los siguientes subtemas: definición, la base de las 5 “C” siendo estas: complementariedad, coordinación, comunicación, confianza y compromiso; diferencia entre equipo de trabajo y grupo de trabajo y los roles dentro del equipo.

En el transcurso de este taller el personal que asistió al mismo evidenció que dentro de sus departamentos en algunos no existe el trabajo en equipo y que en otros les hace falta algún componente para llegar a conformar con éxito su labor diaria. Lo que expresaron los asistentes fue lo siguiente: *Cada quien piensa en su misma persona”, “Tenemos problemas de comunicación”, “Uno de los problemas es la diferencia de horario” y “Existe mucha rivalidad, envidia y malas intenciones”.*

El quinto tema impartido fue el de comunicación en cual incluyó lo siguiente: definición, componentes, importancia, y la clave para tener una adecuada comunicación.

De acuerdo a las opiniones y experiencias manifestadas por los participantes se observó en la mayoría de los asistentes no hay una buena comunicación y esto hace a veces que haya un ambiente laboral inadecuado, afectando las relaciones interpersonales. Esto se pudo evidenciar por las siguientes expresiones: *“Yo no tengo mayor comunicación con mis compañeros”,*

“No sé cuantos hermanos tiene” “No sé a quien le toca hacer turno conmigo”, “Hay no me entere, cuando”.

El sexto tema impartido fue el de liderazgo en donde se desarrollaron los siguientes subtemas: definición, importancia, estilos de liderazgo, diferencia entre jefe y líder y características de un líder. Este se impartió de último ya que se tomó en cuenta que los participantes ya poseían conocimientos sobre lo que es autoestima, relaciones interpersonales, motivación, trabajo en equipo y comunicación.

En base a lo expresado en el taller se pudo observar y comprobar que en algunos departamentos el jefe o el encargado carecen de liderazgo haciendo un poco difícil las labores diarias de cada uno.

También se implementaron técnicas de relajación escogidas según la condición de salud de cada paciente interno en el área de cirugía, con una participación de 213 pacientes, las técnicas impartidas fueron: método del Dr. Herbert Benson, ejercicios de respiración, ejercicios para tranquilizarse y ejercicios de relajación.

La evaluación de la implementación y el desarrollo de las actividades participativas de la epesista y de la población beneficiada se hicieron por medio de opiniones anónimas en una hoja de papel bond y por parte de los participantes a través de la retroalimentación que hizo la epesista.

3.2.1 RESULTADOS:

Cuadro No. 4
TALLERES Y CHARLAS
IMPARTIDAS AL PERSONAL TECNICO-ADMINISTRATIVO

Taller	Femenino	Masculino	Total
Autoestima	31	10	41
Relaciones Interpersonales	45	5	50
Motivación	25	6	31
Trabajo en equipo	60	15	75
Comunicación	24	5	29
Liderazgo	32	11	43
TOTAL	217	52	269

- Fuente: Lista de asistencia del personal técnico-administrativo, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, de febrero a octubre de 2006.

El taller de relaciones interpersonales fue el segundo de mayor participación, con un total de 45 personas de género femenino y 5 de género masculino, a medida que se iba desarrollando el taller se pudo observar la dificultad que tenían de relacionarse con las demás personas y esto hacia un ambiente negativo de trabajo, volviéndose este, en un conflicto debido a que no poseían adecuadas relaciones interpersonales, no había una adecuada atención para el paciente. Lo que más expresaron los participantes fue: *“Mi compañera me cae mal”, “no le hablo a ella”, “Prefiero no meterme con nadie”, “No me gustan las reuniones con otros”, “Prefiero trabajar sola”*.

El taller de liderazgo fue el tercero en participación, con 32 personas de género femenino y 11 de género masculino; en el transcurso del taller los asistentes expresaron: *“Considero que mi jefe no posee liderazgo”, “Por la falta de este factor se nos complican nuestras labores diarias”*.

El taller de Autoestima fue el cuarto en participación, con 31 personas de género femenino y 10 de género masculino, en base a las opiniones y experiencias manifestadas por los participantes se llegó a la conclusión que los asistentes poseían una autoestima baja, pero al final del taller expresaron que: “Se sentían mejor”, “Ya conocían sobre el tema”, “Que ahora ya podían estar mejor en el ámbito laboral y familiar”.

El taller de motivación fue el quinto en participación con 25 personas de género femenino y 6 de género masculino, los asistentes expresaron: “Yo trabajo por necesidad” y “Me gustaría venir al trabajo más motivada”. En base a estas expresiones nos pudimos dar cuenta que las personas no poseen ninguna motivación con el trabajo que realizan sino que solo lo hacen por la remuneración.

El taller de comunicación fue el último en participación con 24 personas de género femenino y 5 de género masculino. Los asistentes expresaron: “Yo no tengo comunicación con mis compañeros”, “No se cuantos hermanos tiene”.

Cuadro No. 5
TECNICAS DE RELAJACIÓN
A PACIENTES DE ENCAMIEN TO DE CIRUGIA INTERNA

Taller	Femenino	Masculino	Total
Técnicas de Relajación	99	114	213

- Fuente: lista de asistencia de pacientes de encamamiento de la consulta interna, Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, de febrero a octubre de 2006.

El taller se realizó con todos los pacientes que fueron referidos por los médicos y enfermeras encargados del piso de cirugía interna, que presentaban cuadros de depresión, angustia, ansiedad y estrés postraumático. Con estos pacientes se trabajó el Método del Dr. Herbert Benson,

3.3 INVESTIGACIÓN:

Este subprograma se inició con la visita diagnóstica institucional, con una duración de dos semanas, por medio de entrevistas estructuradas dirigidas a la población meta, con la finalidad de determinar los factores más relevantes sobre los problemas psicolaborales que afectan a los Médicos y Personal Técnico Administrativo de dicha institución.

Se aplicó una encuesta por medio de una entrevista estructurada a 100 personas, comprendidas en el rango de edades de 19 a 55 años de ambos géneros, de los diferentes departamentos que conforman el personal del hospital, siendo estos: Administración, Médicos, Enfermería Profesional, Enfermería Auxiliar y Personal Técnico.

La encuesta estaba compuesta por 9 ítems de cuatro opciones de respuesta, siendo estas de fácil entendimiento y aplicación; las preguntas formuladas fueron las siguientes:

Pregunta No. 1:

Su sentimiento hacia su Jefe Inmediato con respecto a la confianza que él siente hacia usted, es de:

- a. No tiene confianza en usted, y en su trabajo
- b. Tiene confianza condescendiente hacia usted, es decir, le delega trabajos importantes pero siempre duda de su capacidad para realizarlo.
- c. Tiene confianza hacia algunas actividades o funciones que usted, debe realizar.
- d. Tiene plena confianza en usted, y en su trabajo.

El 57.34% de las personas encuestadas respondieron que sus sentimientos hacia su jefe inmediato con respecto a la confianza hacia ellos es de plena

confianza; en tanto el 30.66% manifestó tener confianza hacia algunas actividades y el 12% que siempre duda de su capacidad.

Pregunta No. 2:

En el momento de tomar una decisión (sea de relevancia o no) su jefe:

- a. La mayoría de la veces, las decisiones son tomadas y luego las distribuyen.
- b. La mayor parte de las decisiones son tomadas por el jefe, pero algunas son tomadas por usted.
- c. Las decisiones son tomadas por el jefe, pero a usted se le permite que tome decisiones más específicas sobre la realización.
- d. La toma de decisiones está en todos los niveles, tanto en el jefe como en los empleados.

En lo que respecta a la toma de decisiones el 39% los encuestados respondieron que las decisiones son tomadas y luego distribuidas; el 34% respondió que las decisiones las toman tanto los jefes como los empleados; un 18% indicó que las decisiones las toma el jefe, pero se les permite a los empleados que tomen decisiones más específicas para realizar el trabajo, y el 9% concluyó que las decisiones son tomadas la mayoría de veces por el jefe y algunas por los trabajadores.

Pregunta No. 3:

La comunicación en su departamento se caracteriza por ser:

- a. La comunicación es puramente descendente, es decir su jefe le da instrucciones y usted se dispone a realizarlas.
- b. La comunicación es con cierta amabilidad por parte de su jefe y con precaución por parte de usted.
- c. La comunicación es ascendente, solo cuando existe alguna duda, es decir, usted solo se comunica con su jefe si no está seguro sobre alguna tarea que debe realizar.

- d. La comunicación no es solamente descendente y ascendente sino también lateral, es decir, no solo se comunica con usted. con el jefe y el jefe con usted, sino que usted, también hace participe a sus compañeros de trabajo.

El 61.33% de los encuestados respondieron que en su departamento la comunicación es ascendente, descendente y lateral; el 17.33% solo se comunica cuando tienen alguna duda sobre alguna tarea que deben de realizar; el 10.67% cree que la comunicación es con cierta amabilidad, así como también el otro 10.67% opinó que solo le dan instrucciones y las realizan.

Pregunta No. 4:

Cuando en determinado momento su jefe tuvo que llamarle la atención por alguna falta, este:

- a. Se basó en amenazas, castigos y en causarle temor.
- b. Se basó en amenazas dirigidas hacia el dinero que percibe:
 - a. b.1 Amenazas de poder
 - b. b.2 Amenazas de Miedo
- c. Su trato se basa en recompensas (si lo hace), castigos (si lo hace mal)
- d. Todo el personal del Dpto. forma un equipo y si se comete un error todos se toman ese error del equipo, y no de uno solo.

El 90% manifestó que cuando se trata de llamar la atención por alguna falta, en su departamento se basó en amenazas dirigidas hacia el dinero que percibe; el 4% indicó que se les llama la atención con amenazas de poder, así como también el otro 4% respondió que es con amenazas de miedo, y el 2% se basan en amenazas, castigos y causarles temor.

Pregunta No. 5:

Dentro del departamento en el cual se desempeña se acostumbra a trabajar:

- a. No existe trabajo en equipo y hay poca influencia de su jefe en como realizar el trabajo.

- b. Existe poco trabajo en equipo y la influencia de su Jefe para realizarlo es mediana, pero generalmente muy informal.
- c. Existe una cantidad moderada de interacciones del tipo Jefe-Subordinado.
- d. Trabajan en equipo con la dirección y el jefe tiene bastante influencia.

El 56% indicó que en su departamento no existe el trabajo en equipo y hay poca influencia de su jefe, en como realizar el trabajo; el 20% respondió que hay poco trabajo en equipo y la influencia de su jefe para realizarlo es poca e informal; un 13% de los encuestados manifestó que trabajan en equipo con la dirección y el jefe y tienen bastante influencia, y el 11% considera que existe una cantidad moderada de interacciones de tipo jefe-subordinado.

Pregunta No. 6:

Al momento de establecer los objetivos que se deben de cumplir en una actividad usted, los toma como:

- a. Estos no son más que ordenes
- b. Los reconoce como ordenes, pero se siente libre de hacer algunos comentarios o sugerencias.
- c. Acepta abiertamente los objetivos.
- d. Acepta los objetivos directamente porque siempre son discutidos ante de establecerlos.

El 55% respondió que acepta los objetivos directamente porque siempre son discutidos antes de establecerlos; el 22% acepta abiertamente los objetivos; el 16% los reconoce como ordenes, pero se siente libre de hacer algunos comentarios o sugerencias y el 7% considera que son más que ordenes.

Pregunta No. 7:

Al momento de que el jefe controla o supervisa una actividad este:

- a. Solo efectúa sus observaciones en la Alta Gerencia del Hospital.

- b. Los procesos de control se efectúan en la Alta Gerencia, pero la responsabilidad es de todos, tanto de los jefes como de los trabajadores.

El 79% de los encuestados opinó que cuando el jefe controla o supervisa una actividad los procesos de control se efectúan en la Alta Gerencia pero la responsabilidad es de todos, tanto de los jefes como de los trabajadores y el 29% manifestó que solo se efectúan observaciones en la Alta Gerencia del Hospital.

Pregunta No. 8:

Qué factores cree usted que afectan a la hora de querer trabajar en equipo, marque una o varias opciones según su criterio:

- a. Estrés
- b. Insatisfacción laboral
- c. Desmotivación laboral
- d. Dificultad de comunicación
- e. Cargas de trabajo
- f. Problemas de relaciones interpersonales

El 45% de las personas encuestadas manifestaron que las relaciones interpersonales es el factor más frecuente que afecta a la hora de querer trabajar en equipo; el 20% opinó que era la desmotivación laboral; el 15% respondió que era la dificultad de comunicación; el 8% el estrés; el 7% indica que la insatisfacción laboral, y el 5% las cargas de trabajo.

Pregunta No. 9:

Cree usted que en el hospital o en su departamento se trabaja en equipo

- a. Si
- b. No

En caso afirmativo o negativo, Por qué

El 68% de las personas entrevistadas respondieron: que en el hospital o en su departamento no hay trabajo en equipo; mientras que el 32% indicó que si hay trabajo en equipo. Al preguntarles porque en caso negativo los encuestados respondieron lo siguiente por: *malas relaciones interpersonales; falta de comunicación, falta de compatibilidad de caracteres, falta de motivación y demasiado estrés,* entre otras. En caso afirmativo opinaron que: *Porque todos ponemos un granito de arena para realizar el trabajo y Todos se ayudan para sacar el trabajo lo mas rápido y mejor posible.*

Se tomó un día de la semana para aplicar las encuestas, tomando a 5 personas al azar de ambos sexos de todos los departamentos del hospital, y en edades de 19 a 55 años.

3.3.1 RESULTADOS:

De acuerdo al planteamiento de cada interrogante en la entrevista estructurada y dirigida se obtuvieron los siguientes resultados de la investigación, y fundamentados en las preguntas 8 y 9 del cuestionario; llegando al cumplimiento del objetivo planteado en este subprograma, y categorizados en base a los porcentajes de las respuestas obtenidas:

Cuadro No. 6
FACTORES PSICOSOCIALES QUE CONTRIBUYEN A LA DIFICULTAD DE TRABAJAR
EN EQUIPO, DEL PERSONAL MEDICO Y TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

FACTORES	PORCENTAJE
Relaciones Interpersonales	45
Desmotivación Laboral	20
Dificultad de comunicación	15
Estrés	8

Insatisfacción laboral	7
Cargas de trabajo	5
TOTAL	100%

- Fuente: Pregunta 8 de encuesta dirigida a Personal Medico, técnico – administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, de junio a octubre de 2006.

Cuadro No. 7

RESPUESTAS CUALITATIVAS DE LOS ENCUESTADOS

OPINIONES SUBJETIVAS
1. Diferencia de Horarios
2. Egoísmo
3. Celos Profesionales
4. Individualismo
5. Falta de criterios homogéneos
6. Grupos pequeños dentro de los departamentos
7. Falta de compatibilidad de caracteres

- Fuente: Pregunta 9 de la encuesta dirigida a Personal Medico, técnico – administrativo del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, de junio a octubre de 2006.

Una de las dificultades que se encontraron en la realización de la investigación, fue el atraso en la aplicación de las encuestas, debido al exceso de trabajo que tenía el personal seleccionado para dicha investigación pues el mismo; no les permitía que respondieran inmediatamente a los cuestionamientos planteados en la entrevista. Así mismo, se pudo observar que había personal que no quería colaborar con la recopilación de la información; en algunos casos se les extraviaban las encuestas o bien se negaban a contestarla.

3.4 OTRAS ACTIVIDADES:

Se realizaron diversas actividades fuera del Ejercicio Profesional Supervisado (EPS), una de ellas fue la de brindarles charlas a pacientes de la

consulta externa en los pasillos de espera; principiando 15 minutos antes de que los médicos llevaran a cabo las consultas. Los temas que se expusieron fueron seleccionados por el departamento de psicología con el objetivo de promocionar la ayuda psicológica y captar más pacientes. Los temas que se desarrollaron fueron: relaciones familiares, ansiedad, comunicación, depresión, duelo, problemas de conducta y separación de pareja. En los distintos temas impartidos a los pacientes, los mismos fueron motivados por estas charlas, acercándose al departamento con el interés de recibir psicoterapia.

El número de participantes fueron de doscientas cincuenta personas, pero este número de asistentes variaban dependiendo del día que se realizaban las charlas, ya que cada una de las epesistas tenía un día asignado para realizarlas, en este caso los días martes.

La segunda actividad fue la de entrevistar y evaluar aspirantes para las plazas de enfermería auxiliar y enfermería profesional; la entrevista se realizó con preguntas claves para llegar a conocer los siguientes aspectos: historia personal, laboral, escolar y social; así como también sus pasatiempos y sus intereses actuales; otra de las pruebas aplicadas fue la obtención de un perfil de personalidad de cada individuo. El número de aspirantes que asistieron al proceso fue de 5 personas para la plaza de enfermería auxiliar y 2 personas para la plaza de enfermería profesional, haciendo un total de 7 personas. Luego de hacer las entrevistas y las evaluaciones se procedió al análisis e interpretación de los resultados de cada prueba. Mismos que fueron entregados a la jefatura de enfermería.

La tercera actividad fue la de organizar y llevar a cabo dos días de conferencias sobre la importancia de la psicología en el ámbito hospitalario, esto se realizó con todas las integrantes del departamento de psicología. Y a estas actividades asistieron personal médico, practicantes de consulta externas e internos, enfermeras, laboratoristas, personal de farmacia, trabajadoras sociales y

personas ajenas al hospital. La asistencia de personas a estas conferencias fueron de 70 por día.

La última actividad que se realizó fue la de brindar atención psicológica a pacientes de encamamiento de cirugía interna, niños (as) comprendidos en los rangos de edad 6 a 13 años y adolescentes de 14 a 17 años. Presentando diversos cuadros clínicos: quemaduras de primer grado, perforación de ano y fracturas. Dichos niños y adolescentes fueron referidos por el médico y enfermeras de turno, al departamento de psicología para su tratamiento respectivo; en donde se les evaluó por medio de la historia clínica, y a la vez determinando la impresión clínica, encontrándose, diversos trastornos psicológicos y emocionales, entre ellos: depresión y ansiedad. Estos trastornos fueron abordados con psicoterapia de juego y gestaltica.

CAPITULO IV

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 SERVICIO:

De acuerdo a los objetivos planteados en este subprograma se obtuvieron diferentes resultados (capitulo III), con base a las actividades planificadas y programas. Y como consecuencia de lo anterior se detalla a continuación el análisis y discusión de los mismos.

Un primer aspecto a analizar fue la asistencia a la ayuda psicológica que los pacientes solicitaron, de acuerdo al cuadro de control de pacientes de cirugía interna del área de encamamiento, se pudo observar que el rango de edad que más requirieron la atención psicológica fue de 26 a 45 años de ambos géneros, representando el 52% del total de la población atendida. Analizando la asistencia de estos pacientes se pudo observar que los pacientes que más solicitaron ayuda al ofrecérselas por parte de la epesista, se debió a que los mismos estaban más conscientes de su problema y que necesitaban mejorar su salud mental. No así los más jóvenes que representaron el 20.5%, y los adultos mayores el 31.5%. La poca asistencia de los jóvenes quizás se deba a factores en la etapa de desarrollo de su adolescencia y probablemente por su autosuficiencia de superar por sí mismos su problema y por el desconocimiento de que la ayuda psicológica se debe buscar desde lo preventivo y no hasta que el trastorno sea mayor. Y los adultos mayores, quizás por sus creencias o por su dejadez en bien del mejoramiento de sus problemas emocionales.

La asistencia a este hospital, de pobladores de las diferentes aldeas y áreas cercanas a San Felipe de Jesús y de Chimaltenango, se debe a la calidad de atención y ayuda que presta esta institución específicamente en el área de psicología, así como también en otras áreas y por encontrarse logísticamente cercano a sus lugares de origen. Así como se pudo exponer en el capítulo anterior, muchos de estos pacientes llegan al mismo en busca de ayuda médica y por consiguiente algunos casos son referidos por los médicos de turno o por el personal especializado, al departamento de psicología.

Los casos referidos por los médicos y enfermeras de pacientes que presentaron problemas psicológicos y emocionales, estaban: los trastornos de ansiedad generalizada, agotamiento, depresión leve y moderada, abuso de sustancias, baja autoestima. En cuanto a los logros obtenidos en esta población, se analizan e interpretan los resultados de la siguiente manera: muchos de los pacientes mejoraron en su forma de pensar, visión positiva de sí mismos, de sus experiencias y su entorno, mejora en su nivel de autoestima y cambios de conductas. Lo anterior interpretado desde sus expresiones en la evolución de su problema y el de la evaluación de su examen mental en cada sesión terapéutica. Las expresiones subjetivas de algunos pacientes fueron *“Ya me siento mejor”*; *“tengo una mejor visión de mi vida”*; *“me ayudó bastante hablar con usted”*, *“Ya superé mi enfermedad”*; *“Ahora me llevo mejor con mi familia”*. No en todos los casos se obtuvieron los logros deseados, debido a factores personales de los

pacientes o bien por resistencia al cambio de conducta y de mejora en su salud mental.

La ayuda psicoterapéutica a pacientes con traumas por pérdida de miembros superiores e inferiores fue de gran beneficio para los mismos. Haciéndoles comprender que lo que hace la diferencia en un trastorno psicológico no es el accidente o el trauma ocurrido; sino la forma de cómo piensan sobre esa situación, o sea que para pensar de mejor forma se les proponía que tenían que dejar atrás lo ocurrido, aceptarlo y cuando viniera a su mente solo fuera un recuerdo; y que los mismos pensamientos eran producto de sus distorsiones cognitivas en cuanto a sus pensamientos automáticos y creencias centrales. En todos los casos anteriores fue de gran beneficio la utilización de la terapia cognitiva conductual que se abordó desde los síntomas y signos afectivos, cognitivos y conductuales.

Analizando el cuadro de asistencia de pacientes de consulta externa, se pudo observar que el rango de edad que más requirió la atención psicológica fue de 26 a 50 años de ambos géneros, representando el 65% del total de la población atendida. De esta asistencia se hace notar que la mayoría que solicitaron ayuda psicológica fue del género femenino. Analizando estos datos de asistencia, se concluyó que las mismas estaban más conscientes de su problema y del mejoramiento de su salud mental, como consecuencia de factores de madurez y de responsabilidad hacia sus familias. En tanto que los (as) jóvenes, que representaron el 18.75%, se considera que no asistían a consecuencia como

etapa de desarrollo que estaban viviendo. Y los adultos mayores que eran el 16.25% no solicitaron ayuda psicológica probablemente por no hacer consciente su problema o negligencia de su parte en cuanto al mejoramiento y desarrollo de su salud mental.

Los trastornos atendidos en esta población fueron los siguientes: problemas de pareja, problemas de soporte familiar inadecuados, depresión (leve y moderada), intento de suicidio y baja autoestima.

Los logros obtenidos en estos casos son los siguientes: se pudo observar en la psicoterapia, más comunicación entre parejas, aceptación de uno al otro, respeto de espacio y libertad, mejoría a la hora de tomar una decisión, el reconocimiento y aceptación de sus problemas de crecimiento y madurez emocional, cambio de sus pensamientos irracionales por racionales y del cambio de sus conductas inadecuadas.

Es de importancia mencionar el caso de suicidio, en la primera cita del proceso terapéutico, el paciente entró y se sentó y se expresó de la siguiente manera: *“Y usted me va a tratar”, “Que joven está yo le doblo la edad”, “He intentado suicidarme tres veces”, y “ninguna de ellas lo he logrado”; “ojala que pueda hacer algo usted”*. En el transcurso comentó: *“Para qué quiero vivir si ya estoy grande, no tengo buena relación con mi esposa ni con mis hijos como tampoco con mi demás familia, ya no trabajo porque estoy jubilado, entonces todo el día me estoy en mí casa”* Siguió comentando *“le voy a decir como me intenté*

terminar con mi vida”, primero *“agarre la pistola y cuando iba a jalar el gatillo llego mi hijo mayor y me la quitó”, “la segunda vez me tomé un frasco de pastillas pero me encontraron y me llevaron rápido al hospital”, y “la tercera me encerré en el carro y desprendí una manguera pero llego mi hijo otra vez”*. Este caso se trabajó conjuntamente con la Psiquiatra del hospital ya que fue necesario medicarle antidepresivos, en el aspecto psicológico se trató con la terapia cognitiva conductual; abordándose al principio sus síntomas y signos afectivos, apoyándolo en el mejoramiento de su autoestima, a través del conocimiento de sí mismo, de sus experiencias y de su entorno; así como también el cambio de sus distorsiones de pensamiento y sus conductas inadecuadas.

En algunos casos se incluyó en el tratamiento psicoterapéutico a los hijos, padres, y familiares cercanos al paciente, con la finalidad de brindarles apoyo psicológico, en beneficio del mismo. En los cuales la familia juega un papel trascendental en el mejoramiento integral de la salud mental de sus miembros. Las terapias aplicadas en el mejoramiento de los pacientes fueron, la terapia de apoyo, terapia de pareja con enfoque conductual y la terapia gestáltica; cada uno con la aplicación de sus diferentes técnicas.

En lo que respecta a la atención que se les brindó a los pacientes del área laboral en base a la comunicación que se estableció con la Dirección del Hospital, el Departamento de Recursos Humanos, y los Distintos Departamentos Administrativos y técnicos que conforman la estructura Administrativa del mismo, se les ayudó a brindar una mejor asistencia al personal, que reportó menores

niveles de autoestima, mayores grados de depresión y mayor problemática laboral, interviniendo de una forma rápida, lo cual minimizó los síntomas comunes en estos cuadros, dándoles prioridad a los pacientes referidos, por ser casos especiales.

La comunicación con el Director y los Jefes, brindó la oportunidad de que la administración conociera más de cerca el trabajo de la epesista, y los beneficios que los empleados obtuvieron ya que fueron ellos quienes más observaron los cambios de conducta en los empleados atendidos como pacientes.

Gracias a la aceptación que tuvo el subprograma de servicio, los mismos empleados buscaron ayuda para los miembros de su familia, así como los médicos de otros servicios refirieron pacientes de encamamiento para ser tratados de forma multidisciplinaria con la ayuda de la epesista, es de hacer notar que los cambios se hicieron evidentes en los pacientes que finalizaron el tratamiento, no así una minoría que la abandonó.

Por medio de la observación directa y comparación de los test aplicados, se logró determinar que los empleados con menor nivel de autoestima eran los que mayor grado de depresión y problemas laborales presentaban y que nunca habían tenido un tratamiento Psicológico.

Al inicio hubo cierta resistencia por parte del personal a asistir a la Clínica de Psicología, por el tabú existente dentro del ambiente laboral, de que la

Psicología es para locos, pero esta fue cediendo y debido a los buenos comentarios de los primeros pacientes, fueron aumentando la cantidad de pacientes, así como la confianza en la epesista.

Los datos generales obtenidos en la entrevista estructurada, ayudó a completar la historia clínica de cada paciente, en donde se pudo observar como estaba conformado el núcleo familiar, la situación económica, los tipos de conflictos familiares, sociales y laborales que cada paciente tenía, lo cual fue más fácil obtenerlo, ya que la atención de la clínica no estaba a cargo de un empleado de planta del Hospital, lo que generó confianza.

Todos estos datos fueron de utilidad para poder orientar al paciente con relación a sus relaciones interpersonales, tanto en el ámbito familiar como en el laboral, y como su baja autoestima y grado de depresión, afectaba significativamente esas relaciones.

El hablar de la problemática laboral fue de gran alivio para los pacientes, ya que esa información, no es fácil obtenerla, pues no tenían confianza con alguien para poder expresar su malestar, sin que su posición se viera amenazada, por lo que se brindó apoyo en la solución de sus problemas, sirviendo en algunos casos de intermediaria para resolver los conflictos laborales de quien lo solicitara, obteniendo buena respuesta a esta acción por parte de las autoridades del Hospital.

La dificultad que se encontró en el desarrollo de este subprograma fue, que la cantidad de pacientes vistos representa la minoría de la población de empleados, y los pacientes que asistieron a psicoterapia en su mayoría del género femenino es personal de enfermería, y este personal es uno de los más necesitados de apoyo psicológico, ya que la mayoría está conformado por mujeres, que son madres, con familias numerosas que atender, viven lejos de su lugar de trabajo, trabajan dobles y hasta triples turnos, no tienen el apoyo económico de sus esposos o parejas, y muchas son madres solteras.

El tener dobles o triples turnos, no les permitió asistir a tratamiento psicológico, a sabiendas que lo necesitaban, pero deben priorizar entre su salud mental y su situación económica, por lo que optan por trabajar y sus patologías dejarlas para cuando haya tiempo.

Dentro del personal Administrativo está muy arraigado el tabú de lo que significa un tratamiento psicológico, y han tenido malas experiencias en tratamientos anteriores, lo que se les hace estar a la defensiva y no confiar plenamente. Esto se debe a la poca información que se da al personal del área de salud, sobre el papel de la Psicología en la salud mental, máxime en personal que esta a cargo de la salud integral de un pueblo, y los beneficios que de la psicología se puede obtener.

Como medida correctiva se solicitó a cada paciente visto en clínica su colaboración, en difundir personalmente el beneficio alcanzado en el ámbito particular en el tratamiento psicológico.

Los trastornos más atendidos en lo que respecta el área laboral fueron: depresión (leve y moderada), agotamiento y ansiedad.

4.2 DOCENCIA:

Dentro de las temáticas impartidas al personal del Hospital el de más participación fue el de trabajo en equipo, el grupo lo conformaron 60 personas del género femenino y 15 del género masculino, en donde los participantes en el transcurso de la exposición del tema se fueron dando cuenta y reconociendo que no existía el trabajo en equipo en sus departamentos, que les hacía falta algún componente para llegar a conformar con éxito su labor diaria, así como también expresaron que esto pasó a raíz que *“Tenemos problemas de comunicación, pensamientos individualistas, diferencia de horarios y la envidia que existe en algunos compañeros”*.

El taller de relaciones interpersonales fue el segundo de más participación, con un total de 45 personas de género femenino y 5 de género masculino, a medida que se iba desarrollando el taller se pudo observar la dificultad que tenían de relacionarse con las demás personas y esto hacía un ambiente negativo de

trabajo, volviéndose este, en un conflicto debido a que no poseían adecuadas relaciones interpersonales, no había una adecuada atención para el paciente. Lo que más expresaron los participantes fue: *“Mi compañera me cae mal, no le hablo a ella, Prefiero no meterme con nadie, No me gustan las reuniones con otros, Prefiero trabajar sola”*.

El taller de liderazgo fue el tercero en participación, con 32 personas de género femenino y 11 de género masculino; en el transcurso del taller los asistentes expresaron: *“Considero que mi jefe no posee liderazgo”, “Por la falta de este factor se nos complican nuestras labores diarias”*.

El taller de Autoestima fue el cuarto en participación, con 31 personas de género femenino y 10 de género masculino, en base a las opiniones y experiencias manifestadas por los participantes se llegó a la conclusión que los asistentes poseían una autoestima baja, pero al final del taller expresaron que: *“Se sentían mejor, Ya conocían sobre el tema, Que ahora ya podían estar mejor en el ámbito laboral y familiar”*.

El taller de motivación fue el quinto en participación con 25 personas de género femenino y 6 de género masculino, los asistentes expresaron: *“Yo trabajo por necesidad y Me gustaría venir al trabajo más motivada”, “en base a estas expresiones nos pudimos dar cuenta que las personas no poseen ninguna motivación con el trabajo que realizan sino que solo lo hacen por la remuneración”*.

El taller de comunicación fue el último en participación con 24 personas de género femenino y 5 de género masculino. Los asistentes expresaron: *“Yo no tengo comunicación con mis compañeros, No sé cuantos hermanos tiene”*.

En los que respecta a las técnicas de relajación se impartió a 213 pacientes de encamamiento de cirugía interna, fueron beneficiados los pacientes que presentaban cuadros de ansiedad, angustia, estrés, entre otras. La relajación es la actividad más natural que existe, pero es un arte olvidado. Pocas personas pueden afirmar actualmente que se sienten completamente relajadas durante la mayor parte del día. Esto es una consecuencia del grado de estrés que sufrimos en nuestras vidas, y de la cantidad de tensión oculta o inconsciente que existe en nuestros cuerpos.

Cuando estamos verdaderamente relajados en nuestro organismo se producen cambios muy concretos y verificables. Dichos cambios diferencian la relajación de su opuesto, el estado de tensión o excitación.

Algunos de los más significativos de estos cambios son desencadenados por las dos ramas del sistema nervioso autónomo. Comienza a funcionar más lentamente la rama simpática del sistema nervioso, que es la que controla la temperatura del cuerpo, la digestión, el ritmo cardíaco, el ritmo respiratorio, la circulación de la sangre, la presión arterial y la tensión muscular, comienza a funcionar más lentamente. Simultáneamente la rama opuesta del sistema nervioso, la rama parasimpática, comienza a funcionar con mayor rapidez, disminuyendo el

consumo de oxígeno y reduce las funciones fisiológicas siguientes: eliminación del dióxido de carbono, ritmo cardíaco y respiratorio, presión arterial, flujo de sangre y nivel de cortisona. También ablanda los músculos y activa los órganos, haciéndolos trabajar con mayor eficacia. Los médicos han calificado todos estos cambios fisiológicos como la "reacción de relajación", que es exactamente lo contrario de la reacción de "lucha o huida" que tenemos ante el estrés.

Investigaciones recientes indican que entre los cambios bioquímicos desencadenados por la relajación está el aumento de la producción de ciertas sustancias químicas que influyen en el estado de ánimo, conocidas como neurotransmisores. Aumenta especialmente la producción de serotonina, una sustancia relacionada con la sensación de tranquilidad y alegría.

El aprendizaje de estas técnicas requería de toda la atención y para ello había que evitar todo lo que debía distraerlos. Una vez que nuestro cuerpo y mente hayan aprendido a relajarse, podemos hacerlos en cualquier momento que lo deseamos.

4.3 INVESTIGACIÓN:

En relación a los resultados obtenidos de la aplicación de la encuesta por medio de una entrevista estructurada, dirigida a 100 personas de ambos géneros comprendidas en el rango de edades de 19 a 55 años, de los diferentes departamentos que conforman el personal del hospital. Y de acuerdo al objetivo

planteado en este subprograma, se obtuvieron los resultados deseados, los cuales se analizan e interpretan a continuación por tipo de pregunta.

En lo que respecta a la pregunta uno, y de acuerdo a las diferentes opciones que tenían los entrevistados, se determinó que la mayoría se inclinó por sus sentimientos hacia su jefe inmediato con respecto a la confianza hacia ellos mismos, esto nos indica que la confianza hacia su jefe tiene que ver mucho con sus sentimientos. Mientras que una cuarta parte se inclinó en tener confianza hacia algunas actividades. En este aspecto se puede observar que solo en algunas actividades su jefe puede llegar a tener confianza en ellos, y una mínima parte dudaba de su capacidad.

Refiriéndonos al cuestionamiento dos y con respecto al momento de tomar una decisión su jefe, se analiza e interpreta que las decisiones son tomadas y luego discutidas; representan en la mayoría de los casos la mejor manera de tomar una decisión; mientras que otros consideraron que las mismas deben ser tomadas tanto por los jefes como por los empleados.

En el tercer cuestionamiento, la mayoría de los encuestados llegó a la determinación que la comunicación debe ser ascendente, descendente y lateral; esto significa que la misma debe ser de forma: jefe empleado, empleado jefe y entre compañeros. Otros manifestaron que solo se debe comunicar cuando tienen alguna duda sobre alguna tarea que deben de realizar. Esto indica que para

algunos empleados no siempre la comunicación debe de ser jefe empleado o viceversa o en algunos casos entre compañeros.

En la pregunta cuatro el cuestionamiento se refería a la manera en que el jefe se basaba para llamarle la atención por alguna falta; la mayoría se refirió a que era en base a amenazas dirigidas hacia el dinero que percibían. De lo que se deduce que el jefe los amenazaba con bajarle el salario, para que no volvieran a cometer las faltas. Interpretándose este aspecto como una forma o manera inadecuada de castigo por parte del jefe.

De acuerdo a la pregunta cinco, referente al trabajo en equipo, más de la mitad de los encuestados respondió que no existe el trabajo en equipo y hay poca influencia de su jefe, en como realizar el trabajo; mientras que algunos respondieron que hay poco trabajo en equipo y la influencia de su jefe para realizarlo es poca e informal. Aquí vemos que fue necesaria la implementación del trabajo en equipo dentro del subprograma de docencia que llevó a cabo la epesista con algunos empleados de la institución. Lográndose en gran medida la aplicación de métodos y técnicas del trabajo en equipo, en beneficio de la población que asiste por ayuda médica y psicológica.

En la pregunta seis, el personal a la hora de una actividad cuando deben de cumplir objetivos, más de la mitad de los entrevistados, acepta los objetivos directamente porque siempre son discutidos antes de establecerlos; y un porcentaje menor acepta abiertamente estos mismos. En base a los resultados se

puede decir que los empleados aceptan los objetivos que se establecen a la hora de tener una actividad sin tener ninguna objeción.

Analizando la pregunta siete, cuando se les preguntó sobre la actitud que tomaba el jefe en alguna actividad, la tercera parte de la población entrevistada opinó que los procesos de control se efectúan en la Alta Gerencia, pero la responsabilidad es de todos, tanto de los jefes como de los trabajadores. Y una minoría opinó que solo efectúa observaciones en la Alta Gerencia del Hospital. Aquí se puede observar que no todos los empleados tiene la misma visión sobre la actitud del jefe pero se puede considerar satisfactoria que la mayoría de la población se sienta bien con los procesos de control.

En lo que respecta a la pregunta ocho, referente a los factores que afectan al trabajo en equipo, la mitad de la población meta entrevistada respondió que son las relaciones interpersonales las causantes de no poder trabajar en equipo, en segundo lugar está la desmotivación laboral; en tercer lugar está la dificultad de comunicación; en cuarto lugar el estrés; en quinto está la insatisfacción laboral, y en último lugar las cargas de trabajo. En base a las respuestas obtenidas podemos analizar que todo el personal está de acuerdo que tienen dificultades a la hora de trabajar en equipo y que todos estos factores anteriormente expuestos son los que se hacen más difícil tal acción. Aquí vemos que fue necesario implementar charlas y talleres para contrarrestar estos factores que afectan a la población.

En el ítem nueve, se les preguntó si ellos creían que en el hospital o en el departamento donde laboran se trabaja en equipo, más de la mitad manifestó que no existe el término trabajo en equipo, cada quien trabaja como puede e individualmente, mientras que la minoría restante indicó que si hay trabajo en equipo. Con estas respuestas se pudo confirmar nuevamente los factores del por qué no existe trabajo en equipo ya que estos cuando se les preguntó el por qué respondieron que hay malas relaciones interpersonales; falta de comunicación, falta de compatibilidad de caracteres, falta de motivación y demasiado estrés, entre otras y así como también en el caso afirmativo se les preguntó el por qué y respondieron. Porque todos ponen un grano de arena para realizar el trabajo y todos ayudan para sacar el trabajo lo mas rápido y mejor posible. Se puede evidenciar que en el Hospital fue de suma importancia la implementación de charlar y talleres descritos en el subprograma de docencia en el capítulo III.

De acuerdo al planteamiento de cada interrogante en la entrevista estructurada y dirigida se obtuvieron los siguientes resultados de la investigación, y fundamentados en las preguntas 8 y 9 del cuestionario; llegando al cumplimiento del objetivo planteado, se categorizan en base a las respuestas obtenidas:

Primer lugar las relaciones personales, en segundo lugar está la desmotivación laboral, en tercer lugar la dificultad de comunicación, en cuarto lugar está el estrés, en quinto lugar encontramos la insatisfacción laboral y en el último lugar está las cargas de trabajo. Así como también se pudo encontrar las opiniones subjetivas de cada uno de los entrevistados dentro de estas está la

diferencia de horarios, el egoísmo, los celos profesionales, el individualismo, la falta de criterios homogéneos, los grupos pequeños dentro de los departamentos y la falta de compatibilidad de caracteres.

Se evidenció en la investigación realizada que de estos factores el más importante son las malas relaciones interpersonales y esto perjudica a todos los trabajadores del Hospital. Una de las dificultades que se encontró en la realización de la investigación, fue el atraso en la aplicación de las encuestas, debido al exceso de trabajo que tenía el personal seleccionado para dicha investigación pues el mismo, no les permitía que respondieran inmediatamente a los cuestionamientos planteados en la entrevista. Así mismo, se pudo observar que había personal que no quería colaborar con la recopilación de la información; en algunos casos se les extraviaban las encuestas o bien se negaban a contestarla. Con estas actitudes se puede evidenciar la falta de trabajo en equipo que posee el personal del Hospital, ya que con esto demostraron no estar dispuestos a cooperar en dicha investigación.

4.4 ANÁLISIS DE CONTEXTO:

El trabajo que se realizó desde el momento de elaborar el proyecto, requirió de la Epesista una gran responsabilidad, dedicación y entusiasmo para sacarlo adelante, ya que es necesario prepararse profesionalmente para el reto que significa atender una población como la atendida, y estar en continua preparación.

En la experiencia vivida durante el desarrollo del Ejercicio Profesional Supervisado con el personal técnico administrativo del Hospital, se pudo observar en la convivencia diaria con el mismo, la influencia que tiene el ambiente en donde se desarrolla una persona, ya que este puede ser la causa de bajos niveles de autoestima y provocar grados de depresión y estos se ponen en manifiesto en la mala relación interpersonal de los empleados con sus jefes, compañeros de trabajo, y lo que es más importante su mala atención a los pacientes que visitan el Hospital en busca de ayuda, y lo que encuentran es mal trato.

Las malas relaciones interpersonales entre compañeros de trabajo, provocan un mal clima organizacional, que reciente la atención a los pacientes, se hace mayor la carga de trabajo y los niveles de baja autoestima y grado de depresión se intensifican.

Otro aspecto importante de resaltar son las relaciones amorosas que se dan dentro del personal, esto desequilibra enormemente las relaciones interpersonales, ya que en muchos casos se dan entre subalternos y jefes, o entre los mismos compañeros, provocando una anarquía por parte de los subalternos, que creen tener derecho a un trato especial por parte de la administración por el tipo de relación que mantiene con su jefe, este problema se presenta en cargos menores.

Es casi imposible que los empleados no lleven la carga emocional de sus problemas familiares a su lugar de trabajo y viceversa que se lleven la carga

emocional de sus problemas laborales a su hogar, acrecentando más su sentimiento de impotencia y culpa, por no poder manejar, estas dos esferas de su vida adecuadamente.

Las actividades generalmente son homogéneas, provocando sectarismo, no provocando un acercamiento hacia un fin común, los empleados de rangos bajos, al ser tomados en cuenta y promover su participación, son personas muy colaboradoras y deseosas de aportar ideas.

El personal médico es poco participativo en la actividades programadas a nivel general, únicamente asisten a las actividades programadas por su gremio y en este sector del personal es donde se presentan muchos problemas de relaciones interpersonales, hay mucha lucha de poder, que solo una buena salud mental podrá encaminar hacia un beneficio en común.

En todo momento se contó con el apoyo incondicional de la Dirección del Hospital, del Departamento de Recursos Humanos, y así como también del Departamento de Psicología.

El trabajo realizado dejó una imagen positiva del papel que el psicólogo debe de jugar dentro de una organización y la recuperación de la salud mental de sus integrantes así como también de los distintos servicios en lo que se requiere su participación.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

5.1.1 Generales:

- El éxito de cualquier proyecto está vinculado a la confianza que brinde la persona involucrada a la población meta, teniendo como objetivo el bienestar de esta, sin esperar nada a cambio y trabajando con la metodología que más se adecue a las necesidades de la población.

- Se evidenció la urgente necesidad del servicio psicológico para el personal del Hospital, así como para la consulta interna y externa como parte de un equipo multidisciplinario para atención psicosomática del paciente, ya que el profesional de psicología cuenta con la suficiente preparación para apoyar y orientar tanto a nivel psicológico como organizacional de una institución, no importando el nivel psicosocial al que se dirige.

- El tiempo en que se realiza el Ejercicio Profesional Supervisado es insuficiente para cubrir las necesidades psicológicas de la población atendida, y mucho menos de la recuperación total de la salud mental de los pacientes atendidos, ya que se sabe que un proceso psicoterapéutico se puede extender desde meses hasta años, dependiendo de cada caso, para alcanzar los objetivos trazados por la persona.

5.1.2 Subprograma de Servicio:

- La psicoterapia va encaminada a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y falsas creencias (pensamiento mágico) que subyacen las cogniciones de los pacientes.
- La atención psicológica, fortaleció la salud mental de los pacientes atendidos, ayudándolos a superar sus crisis emocionales, por las cuales atraviesan dentro de sus áreas familiares y de trabajo.
- La comunicación y la confianza son las herramientas más efectivas para el tratamiento de los pacientes, ya que permiten conocer a la persona en su totalidad, obteniendo información personal y laboral que ayuda a entender la situación real por la que el paciente atraviesa.

5.1.3 Subprograma de Docencia:

- Los temas impartidos durante la ejecución de este subprograma ampliaron los conocimientos de los empleados, sobre su autoestima, relaciones interpersonales, motivación, liderazgo, comunicación, trabajo en equipo y lo que la presencia de estos puede provocar en su relación laboral, permitiendo aclarar los puntos en donde se presentó mayor dificultad de comprensión.
- Los Talleres de Trabajo en equipo permitieron al personal poco participativo integrarse a trabajar en equipo y reconocer que el trabajo en equipo agiliza y descarga las tareas.

- Los pacientes a los que se les impartió las técnicas de relajación sintieron más placentera la estancia en el Hospital, y una mejoría en su estado de animo ya que estas técnicas bajaron los niveles de ansiedad y angustia que poseían

5.1.4 Subprograma de Investigación:

- De acuerdo a los resultados, los factores que influyen que no exista trabajo en equipo dentro del Hospital son: las relaciones interpersonales defectuosas, desmotivación laboral, dificultad de comunicación, estrés, insatisfacción laboral y cargas de trabajo.
- Algunos de los entrevistados aprendieron a controlar los pensamientos automáticos negativos, identificar las relaciones entre pensamiento, afecto y conducta, examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados, sustituir esos pensamientos desviados por interpretaciones más realistas, y aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias y caer así en baja autoestima, depresión, que los llevan a conflictos interpersonales y laborales.
- Aprendieron a cuestionar sus propios pensamientos y conclusiones respecto a actividades laborales diarias, como manejarlas más adecuadamente sin llegar al conflicto, anteponiendo su salud mental.

5.2 Recomendaciones

5.2.1 Generales:

- El Hospital debe contar con un psicólogo específico que se encargue de la clínica del personal, independientemente del psicólogo de planta de la institución quien atiende pacientes externos y consultas de diferentes servicios, con el fin de disminuir los trastornos emocionales que presentan los empleados, lo que beneficiará en la disminución de conflictos laborales.
- Hacerles más sensibles el compromiso con los pacientes, para que trabajen en mejorar su salud mental, a través de tratamiento psicológico, haciéndolos ver los beneficios personales e institucionales del mismo.
- Que los proyectos que se presenten, cumplan a cabalidad los objetivos propuestos, para que la reputación de la Escuela de Psicología de la Universidad de San Carlos, se mantenga en los niveles altos de profesionalismo y seriedad académica.

5.2.2 Subprograma de Servicio:

- Brindar terapias de fácil comprensión para el paciente que minimice el esfuerzo de comprensión de estos, y lograr así una recuperación pronta.
- Que el psicólogo ponga en práctica su ética profesional, sus deseos sinceros de ayudar al paciente e interesarse en la problemática existente de cada uno de ellos.

- Promover actividades como talleres, charlas mesas redondas, que permitan conocer a todo el personal técnico – administrativo del Hospital, así como también promover que es la salud mental, ya que no solo es necesario tener buena salud física, sino también la salud es integral, física y mental.

5.2.3 Subprograma de Docencia:

- Que se promueva dentro del hospital un centro de capacitación donde se impartan charlas, talleres, foros etc. con temas de interés para toda la institución.
- Que las charlas que se promuevan sean impartidas de forma amena, y que sean de participación activa al personal, para que expongan sus ideas, y posibles soluciones a problemas de índole institucional.
- Crear un programa dirigido para los pacientes de encamamiento de la consulta interna para fortalecer la salud mental.

5.2.4 Subprograma de Investigación:

- Que anualmente los empleados del Hospital, asistan a un chequeo Psicológico, para detectar posibles patologías incipientes, y prevenir conflictos personales y laborales.
- Implementar programas en donde se de oportunidad a la familia de los empleados, de integrarse al proceso psicoterapéutico, con el fin de minimizar los estados emocionales de cada uno de los integrantes, mejorando de esta forma la salud mental de la familia en general, lo que redundará en un mejor desempeño laboral.

- Sensibilizar a través de charlas a todo el personal sobre el beneficio que se tiene al poseer un buen clima organizacional.

Bibliografía

- Álvarez, Jose Angel.
 “Seres Humanos en el Mundo Laboral”
 Guatemala
 Páginas: 140.

- Chiavenato, Adalberto,
 “Administración de Recursos Humanos”.
 Mcgraw-Hill, Colombia 2001
 Páginas: 699

- <http://www.aulafacil.com/Trabequipo/CursoTrabequipo.htm>
 “Qué es Trabajo en equipo”
 Páginas: 1 y 2

- Koontz, Harold; Weihrich, Heinz
 “Administración, una perspectiva global”
 Editorial Mc Graw Hill. 11ª. Edición México, 1999
 Páginas: 501

- Robbins, Stephen
 “Comportamiento Organizacional”
 Editorial Pretince-Hall, Séptima Edición. México
 Páginas: 751

- Solana Ricardo
 “Administración de Organizaciones”
 Ediciones Interoceánicas S.A., Buenos Aires, 1993
 Páginas: 208

- Stoner, James, Freeman, R. Edgard y Golbert Jr. Daniel R.
“Administración”
Editorial Pearson, Sexta Edición, México, 1996
Páginas: 484

- UNICEF
“Realidad Socioeconómica de Guatemala”
Editorial Piedra Santa, Guatemala Centro América, 1994
Páginas: 15 y 16

