

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



“APOYO PSICOSOCIAL A GRUPOS DE ADULTOS, JÓVENES Y NIÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DENTRO DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”

SUHELEN PATRICIA JIMÉNEZ PERÉZ

GUATEMALA, DE SEPTIEMBRE DE 2007

UNIVERSIDAD SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“APOYO PSICOSOCIAL A GRUPOS DE ADULTOS, JÓVENES Y  
NIÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DENTRO DEL  
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”

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

POR

SUHELEN PATRICIA JIMÉNEZ PERÉZ

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 Réne Vladimir López Ramírez  
Licenciado Luis Mariano Codoñer  
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICO

Licenciada Loris Pérez Singer  
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS

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



**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.672-2006  
CODIPs. 1116-2007

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

18 de septiembre de 2007

**Estudiante**

**Suhelen Patricia Jiménez Pérez**  
**Escuela de Ciencias Psicológicas**  
**Edificio**

**Estudiante:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto CUARTO (4o.) 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:

**"CUARTO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"APOYO PSICOSOCIAL A GRUPOS DE ADULTOS , JÓVENES Y NIÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DENTRO DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT "**, de la carrera de Licenciatura en psicología, realizado por:

**SUHELEN PATRICIA JIMÉNEZ PÉREZ**

**CARNÉ No.200119546**

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 Helvín 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: usaepsic@usac.edu.gt

EPS 101-2007  
Reg. 672-2006

31 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 **Suhelen Patricia Jiménez Pérez**, carné No. **2001-19546**, titulado:

**“APOYO PSICOSOCIAL A GRUPOS DE ADULTOS, JÓVENES Y NIÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DENTRO DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”**

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



**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 101-2007  
Reg. 672-2006

31 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 **Suhelen Patricia Jiménez Pérez**, carné No. **2001-19546**, titulado:

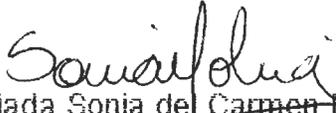
**“APOYO PSICOSOCIAL A GRUPOS DE ADULTOS, JÓVENES Y NIÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DENTRO DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”**

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,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

  
Licenciada Sonia de ~~Carmen~~ Molina Ortiz  
Revisora



/Gladys  
c.c. EPS



**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

EPS 101-2007  
Reg. 672-2006

31 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 **Suhelen Patricia Jiménez Pérez** carné No. **2001-19546** titulado:

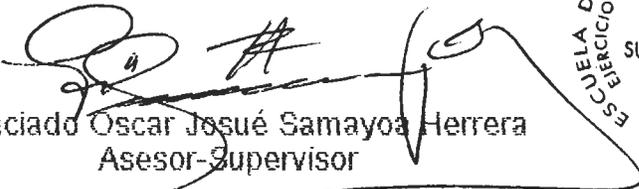
**“APOYO PSICOSOCIAL A GRUPOS DE ADULTOS, JÓVENES Y NIÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DENTRO DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”**

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 PSICOLÓGICAS**

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14

e-mail: usaapsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico  
EPS  
Archivo  
Reg. 672-2006  
CODIPs. 837-2006

De Aprobación de Proyecto EPS

25 de mayo de 2006

**Estudiante**

Suhelen Patricia Jiménez Pérez  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

**Estudiante:**

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO OCTAVO (28º) 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:

**"VIGÉSIMO OCTAVO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"APOYO PSICOSOCIAL A GRUPOS DE PERSONAS, ADULTAS, JÓVENES Y NIÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DENTRO DEL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**SUHELEN PATRICIA JIMÉNEZ PÉREZ**

**CARNÉ No. 2001-19546**

Dicho proyecto se realizará en La Antigua Guatemala, 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"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA



/Gladys



**Tu Salud**  
es nuestro compromiso



HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT



Ministerio de Salud Pública

ALDEA SAN FELIPE DE JESUS, LA ANTIGUA GUATEMALA  
02 DE OCTUBRE, AÑO 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 **SUHELEN PATRICIA JIMENEZ PEREZ**, Carné 200119546, realizó satisfactoriamente su Ejercicio Profesional Supervisado en este Hospital, en las fechas correspondientes del 30 de Enero al 30 de septiembre del año 2006, tiempo durante el cual ejecutó el proyecto denominado **“APOYO PSICOSOCIAL A GRUPOS DE PERSONAS ADULTAS. JOVENES Y NIÑOS QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DENTRO DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT”**

Agradeciendo la atención a la presente me suscribo, atentamente,

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

C.c. archivo



## DEDICATORIA

A Dios: Por brindarme cada día oportunidades, bendiciones para lograr mis objetivos en la vida.

A mi madre: Olga Jiménez Pérez, por su apoyo y cariño durante mi carrera universitaria, a lo largo de mi vida.

A mis hermanos: Por su apoyo a lo largo de mis estudios.

A mi Abuelo: Juan Jiménez Álvarez (†), por hacer en mi vida una diferencia, con su cariño, apoyo y consejos.

A mis Amigas: Por su cariño, consejos y ayuda durante la carrera universitaria, especialmente a Astrid F., Elena S., Helen G., Ligia L., Maria del Carmen L.

A mis Catedráticos: Por la formación que me dieron, especialmente a: Dra. Ninette Mejía, Licda. Marina de Villagrán, Licda. Sonia Molina.

## **PADRINOS**

**Licda. Mayra Luna  
Psicóloga  
Colegiado No. 2362**

**Dra. Ninette Mejía  
Psicóloga  
Colegiado No. 1293**

# INDICE

Carátula	
Índice	
Resumen	
Introducción	

## CAPITULO I

### Antecedentes

1.1 Monografía del Lugar	1
1.2 Descripción de la Institución	8
1.3 Descripción de la Población Atendida	11
1.4 Planteamiento del Problema	13

## CAPÍTULO II

### Referente Teórico Metodológico

2.1 Abordamiento Teórico-metodológico	15
2.2 Objetivos	
2.2.1 Objetivo general	41
2.2.2 Objetivos específicos	41
2.2.3 Metodología de Abordamiento	
2.2.3.1 Metodología subprograma de Servicio	42
2.2.3.2 Metodología subprograma de docencia	43
2.2.3.3 Metodología subprograma de investigación	45

### **CAPÍTULO III**

#### **Presentación de actividades y resultados**

3.1 Subprograma de servicio	46
3.2 Subprograma de docencia	60
3.3 Subprograma de investigación	67

### **CAPÍTULO IV**

#### **Análisis y discusión de resultados**

4.1 Subprograma de servicio	83
4.2 Subprograma de docencia	92
4.3 Subprograma de investigación	98
4.4 Análisis de contexto	106

### **CAPÍTULO V**

#### **Conclusiones y Recomendaciones**

5.1 Conclusiones	
5.1.1 Conclusiones generales	108
5.1.2 Subprograma de servicio	110
5.2.3 Subprograma de docencia	111
5.2.4 Subprograma de investigación	112
5.2 Recomendaciones	
5.2.1 Recomendaciones generales	114
5.2.2 Subprograma de servicio	115
5.2.3 Subprograma de docencia	116
5.2.4 Subprograma de investigación	117
Bibliografía	118

## RESUMEN

Durante el Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) realizado en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Betancourt, se observó la necesidad de incrementar la atención psicológica al área de consulta externa, dentro del departamento de psicología, ya que en dicha área se contaba con tres psicólogos de planta que no cubren la cantidad de pacientes que llegaban a la misma, debido a esto y conciente de la importancia de brindar apoyo psicológico a la población se realizó el Ejercicio Profesional Supervisado, que propuso actividades de atención y orientación psicológica a las personas que así lo solicitaron. El EPS lleva por título: "APOYO PSICOSOCIAL A GRUPOS DE, ADULTOS, JOVENES Y NIÑOS, QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DENTRO DEL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BENTANCOURT". Se cumplió con el objetivo cubrir tres subprogramas que se describen a continuación:

- Programa de Servicio: Dentro de este programa se brindó atención psicológica individual y/o grupal a las personas que lo solicitaron dentro de la consulta externa a partir de los cinco años de edad, adolescentes y adultos. Se apoyó al programa de adulto mayor, donde se brindó una charla mensual a dicha población. Se realizaron pláticas de discusión, en donde se dio la oportunidad a la población de participar en las mismas. Se brindó atención psicológica a los pacientes de encamamiento del servicio de emergencia cuando los médicos lo solicitaban, esto sucedía frecuentemente ya que constantemente necesitaban de apoyo en relación a reducir niveles de ansiedad en el paciente, esto se hizo en relación a las hojas de referencia que eran enviadas por los médicos, quienes solicitaban que se le hiciera una evaluación psicológica a los pacientes para determinar si era necesario que se les refiriera a consulta externa de psicología.
- Programa de Docencia: Dentro de este se desarrollaron charlas informativas y preventivas en el hospital una vez a la semana dirigidas a

la población que asisten a consulta externa. Se realizaron actividades de docencia con el personal médico, a través de discusión y presentación de casos, se llevaron a cabo diferentes conferencias con el objetivo de sensibilizar a los médicos de la importancia del rol del psicólogo en el ámbito hospitalario; se le proporcionó información escrita de forma individual a los pacientes sobre temas de interés como depresión, ansiedad, establecimiento de límites, en relación a la dinámica que presentaron durante la psicoterapia en el servicio de consulta externa. Se llevaron a cabo diversas reuniones periódicas con el jefe del departamento de psicología para dialogar sobre el desarrollo de las actividades dentro del hospital, así como el desarrollo de las epesistas dentro del hospital, esto de gran importancia para evaluar las actividades que se realizaron así como implementar nuevas para cumplir las necesidades que surgieron a lo largo del proceso. Se realizaron talleres con grupos de personas que asiste al servicio de consulta externa psicológica, con el propósito de implementar técnicas grupales participativas que permitan abordar al paciente en sus necesidades de una forma donde él sienta mayor apoyo.

- Programa de Investigación: Dentro de este se realizó una investigación de tipo cualitativo en donde se pretende identificar los patrones de crianza violentos que son utilizados de generación en generación y como estos afectan la dinámica familiar actual. Se realizaron entrevistas, diálogos, con la población que asiste a consulta externa. Se obtuvieron testimonios de algunas personas que asistieron al servicio de consulta externa en psicología para reconstruir hechos o circunstancias significativas para ellos durante su infancia, para vincularlos a experiencias emocionales violentas y la posible explicación de sus conductas en la actualidad en la esfera familiar. Se realizó un análisis en relación a los relatos de los pacientes, además de solicitar su consentimiento para registrar la información que ellos brindaron durante

las sesiones trabajadas de manera continua, se identificó que datos se tomarían como significativos que demuestren que las personas fueron o son sometidas a algún tipo de violencia, en el caso de los adultos durante su infancia y en el caso de los niños los patrones que implementan los padres actualmente

# CAPÍTULO I

## ANTECEDENTES

### 1.1 Monografía del lugar:

- Aspecto 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 está al pie de las colinas de “El Rejón” a dos kilómetros al norte de la ciudad colonial, estando unida a ella por una carretera asfaltada. 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 el 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 el 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 más 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 vicaria episcopal, el 27 de julio de 1986, por disposición de la venerable Curia Eclesiástica, siendo nombrado por ocupar tan delicado cargo, Monseñor José Ramiro Pelliécier Samayoa. El dos de mayo de 1986, es consagrada la milagrosa imagen del Santo Cristo Yacente a cargo del ilustrísimo Monseñor Próspero Penados del Barrio, ex Arzobispo de Guatemala.

Su 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, entró 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. Está presente la herencia española y occidental, con su temática específica, así como la herencia de la tradición oral Kaqchikel

- Aspecto 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 entretrejer 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 Antigüeño 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.

- Aspecto socio-cultural:

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. Libertad concebida como la facultad natural que tiene el hombre de obrar de una manera o de otra, por lo que es responsable de sus actos. Respeto el cual es la base de toda convivencia en sociedad, con éste viene la pluralidad o diferencia de ideas y costumbres como la tolerancia o aceptación de esas ideas y costumbres diferentes a las nuestras. Una persona responsable toma decisiones conscientemente y acepta las consecuencias de sus actos, dispuesto a rendir cuenta de ellos. La responsabilidad es la virtud o disposición habitual de asumir las consecuencias de las propias decisiones, respondiendo de ellas ante alguien. Responsabilidad es la capacidad de dar respuesta de los propios actos. Para que pueda darse alguna responsabilidad son necesarios dos requisitos:

- Libertad.- Para que exista responsabilidad, las acciones han de ser realizadas libremente. En este sentido, ni los animales, ni los locos, ni los niños pequeños son responsables de sus actos pues carecen de uso de razón (y el uso de razón es imprescindible para la libertad).
- Ley.- Debe existir una norma desde la que se puedan juzgar los hechos realizados. La responsabilidad implica rendir cuenta de los propios actos ante alguien que ha regulado un comportamiento.

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 ingreso, en la salud, en la educación, en la política y en 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.

- Aspecto 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.

## 1.2 Descripción de la Institución

La institución es conocida como Hospital Nacional “Pedro de Betancourt” ubicado en la aldea San Felipe de Jesús. Inaugurado en 1991 y comenzó a funcionar en 1992, cuenta con un edificio adecuado con todos los servicios necesarios para brindar atención a más de 20.000 personas por año, está construido al sur oriente de la aldea en un terreno que mide aproximadamente siete manzanas, cedido por el muy Noble Ayuntamiento al Ministerio de Salud pública y Asistencia Social en 1972 de donde depende, así como de la Dirección del sistema Integral Atención en Salud y de la Dirección Área de Salud. Está compuesto fundamentalmente por una Dirección Ejecutiva, Comités de Apoyo, por una Sub-Dirección Ejecutiva y una Sub-Dirección 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 depende todos los Departamentos Administrativos y el de Recursos Humanos, teniendo también ingerencia en los 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.

Objetivos del Hospital Pedro de Betancourt:

1. Atención Primaria (prevenir enfermedades)
  - a. Saneamiento del medio
  - b. Educación sanitaria
  - c. Control del niño sano
  - d. Inmunizaciones
2. Atención Secundaria (Curar enfermedades)
  - a. Atención de pacientes agudamente enfermos con tratamiento médico quirúrgico.
  - b. Atención del paciente ambulatorio
  - c. Educación para recuperar la salud

- d. Atención de la madre embarazada
3. Atención Terciaria (Rehabilitación)

- a. Educación para mantener la salud
- b. Integración al hogar
- c. Seguimiento en Consulta Externa o en la Comunidad

Servicios: Los servicios con los que cuenta el Hospital son: Psicología, Estimulación Temprana, Ginecología, Pediatría, Nutrición de Niños, Nutrición de Adultos, Crecimiento y Desarrollo, Medicina de mujeres, Medicina de Hombres, Cirugía, Cirugía Plástica, Traumatología, Dermatología, Neurología, Odontología, Cirugía Menor, Endoscopia, Radiología, Laboratorio, Ultrasonido, Curaciones varias, Servicios Social, Farmacia Interna y Externa, Programa para Diabéticos y Emergencia

Recursos Físicos, Equipo y Materiales: El Hospital Nacional Pedro de Betancourt cuenta con cuatro niveles los cuales son suficientes para cubrir cada uno de los servicios que presta. También cuenta con un salón de Dirección que sirve para sesiones o charlas, así como un salón de usos múltiples para el personal de la Institución con capacidad para aproximadamente 35 o 50 personas. Servicios Sanitarios higiénicos y desinfectados: cada uno de los niveles con sanitario y duchas tanto para pacientes internos, externos así como para el personal del Hospital, así también cuenta con áreas recreativas en cada nivel que sirven de entretenimiento para los pacientes, en los cuales pueden ver televisión.

Recurso Humano: Cada Departamento del Hospital cuenta con un equipo que comprende: dos médicos graduados con especialización por servicio, los que se encargan de pasar visita diaria en las primeras horas de la mañana; dos enfermeras graduadas, quienes se encargan de supervisar la debida administración de fármacos a los pacientes de cada departamento, cuatro enfermeras auxiliares, quienes se encargan de administrar medicamentos, y estudiantes de medicina quienes pasan visita conjuntamente con los médicos, y chequean signos vitales de los pacientes. Los Departamentos Administrativos

cuenta con un equipo conformado por un jefe de Departamento, una Secretaria y el equipo de personas necesarias por departamento de acuerdo al tipo y volumen de trabajo, así mismo consta de pilotos para ambulancias de vehículos de diligencias y Encargados de garita de personal y emergencia. De conformidad con los listados que existe actualmente hay 430 empelados en todo el Hospital.

### 1.3 Descripción de la Población Beneficiaria:

La población atendida en el Departamento de Psicología del Hospital Hermano Pedro de Betancourt durante el periodo de febrero 2006 a octubre fue en su mayoría niños entre las edades de cinco y doce años, también asisten adolescentes y adultos. A lo largo del desarrollo del EPS se pudo observar que gran porcentaje de la población atendida proviene del área rural, son de escasos recursos y de clase media emergente ya que cuenta con un empleo salariado. Pocas personas que asisten a la consulta externa cuentan con acceso a vivienda propia, la mayoría alquila o vive con familiares. Con respecto al nivel educativo se observó que pocos adultos han cursado el nivel medio, ya que la mayoría de las personas han cursado sólo la primaria. Todos los niños que asistieron a consulta cursaban algún grado de la primaria. La ocupación de las personas que asisten a la consulta externa del Departamento de Psicología, debido a su nivel educativo consiste en trabajos operativos y diferentes oficios, la mayoría profesan la religión católica, algunos profesan otras religiones de distinta denominación y se dedican a la agricultura, existiendo además excelentes artesanos y algunos profesionales a nivel medio, y menor cantidad de personas con título universitario.

Gran parte de la población atendida fueron niños que son acompañados por personas del sexo femenino, cómo mamá, abuela, tía, es importante mencionar que la mayoría de personas que asistieron a sala de espera de consulta externa son mujeres y se observó muy poca asistencia de hombres a la consulta externa del Departamento de Psicología. También asistieron adultos que llegan al servicio de psicología referidos por los médicos, la mayoría de adultos son de clase media emergente, cuentan con trabajos informales, que no les dan estabilidad económica, su nivel educativo es medio en algunos casos, pero en la mayoría son personas que han cursado hasta el nivel primario. Un porcentaje menor de la población que asiste a consulta externa en psicología son adolescentes quienes fueron referidos por sus madres, ellos están entre los 13 y 17 años de edad, son estudiantes de básicos o nivel medio. Algunos de los

padres de estos niños y adolescentes accedieron a asistir a psicoterapia con el objetivo de brindar apoyo a sus hijos, pero en realidad se observa que ellos también tienen necesidad de llevar un proceso terapéutico individual ya que durante el desarrollo de su vida han sufrido momentos traumáticos, que necesitan llevar un proceso de acompañamiento.

Dentro de la población atendida también se incluyó a los médicos que laboraron dentro del Hospital Nacional Hermano Pedro Betancourt, ya que se brindaron una serie de charlas que se describen con detalle a lo largo del Informe.

#### 1.4 Planteamiento del Problema

En base a la Evaluación realizada y la información recabada durante el periodo de EPS dentro del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, a través de entrevistas realizadas al personal encargado del Departamento de Psicología, a los diferentes servicios que presta el Hospital, se observó la necesidad de brindar servicio psicoterapéutico en el área de consulta externa del Departamento de Psicología del Hospital ya que dentro del departamento de Psicología se cuenta con tres Psicólogos de Planta que atienden a la población que lo solicita. Esta área de psicología tiene mucha demanda y los profesionales no cuentan con el recurso humano para atender a la población de forma regular, se ven obligados a dar cita cada quince días algunas veces cada mes, debido a que no cuentan con suficiente personal, por este motivo se ve la necesidad de incrementar el personal que atienda al servicio de consulta externa del Departamento de Psicología.

Otras de las necesidades que se observaron fue que las personas no están informadas de las ventajas de estar en un proceso psicoterapéutico, además de la desinformación en general de la disciplina, esto provocó en la población desinterés. Por lo que se realizaron charlas psicoprofilácticas que se brindaron una vez a la semana donde se informó a la población, además se promovió el servicio psicológico.

Sin embargo dentro de la población atendida, se logró identificar que la mayor afluencia de pacientes en el área de psicología fueron niños que llegan principalmente por problemas de conducta, bajo rendimiento escolar, rebeldía, culpa, baja autoestima, muchos de estos referidos por los padres. Por lo que se vio la necesidad de brindar apoyo psicológico a niños y padres, para superar cada una de estas situaciones.

Entre las conductas más comunes identificadas entre los niños que asisten a consulta, se encuentran las conductas agresivas o de timidez, así como baja autoestima que están ligadas a los patrones de crianza que los

padres manejan, que son en su mayoría los autoritarios, permisivos y sobre protectores, lo cual se identificó que genera en un niño las conductas mencionadas, además de afectar su adaptación social y rendimiento académico.

Dentro de los casos que se atendieron en el Departamento de Psicología, se tuvo referencia a que algunos padres han tenido problemas de maltrato durante la infancia. Lo cual se relaciona al tipo de patrón de crianza que utilice con el niño, esto afecta al niño a nivel psicosocial, no permitiendo que tengan un desarrollo óptimo.

Se investigó los patrones de crianza que han tenido los adultos para conocer de su subjetividad y considerando su individualidad proporcionarles un trato más humano para darles un mejor servicio.

Se implementaron técnicas cognitivas en donde se le proporcionaba a la población atendida dentro de consulta externa folleto con fundamentos teóricos básicos relacionados al tema que para cada uno de ellos fuera de interés, uno de los más frecuentes fue, depresión, ansiedad, límites en el niño.

Otra población con la que se trabajó durante este periodo fue con adultos de los cuales en su mayoría son mujeres comprendidas entre los 25 años y 35 años, en donde se presentan indicios de ansiedad, depresión, fobias sociales, que serán descritas en el presente informe. También asistieron adultos varones a la clínica en donde presenta problemas de abuso de alcohol, problemas con su pareja.

Se identificó que el programa de adulto mayor requirió del apoyo por parte de la Epesista al brindarle al adulto mayor la oportunidad de expresar sus emociones, sentimientos e intereses, a través de actividades participativas e informativas.

## CAPÍTULO II

### REFERENTE TEORICO METODOLOGICO

#### 2.1 Abordamiento científico teórico metodológico

Durante el desarrollo del EPS dentro de consulta externa del Hospital Nacional Hermano pedro de Betancourt, se observó mayor afluencia de niños. En los niños se observó que los Patrones de crianza influyen grandemente en su conducta, es importante mencionar que en la actualidad los patrones de crianza de niños y niñas han cambiado considerablemente, debido a que la ciencia y la tecnología han contribuido a los nuevos patrones de vida. Estos cambios tienen sus ventajas y desventajas. Dentro de las ventajas que podemos rescatar es que áreas educativas, psicológicas y sociológicas ha creado ideas para ampliar los parámetros de crianza de niños y niñas, algunos ejemplos son actividades como: “Escuela de Padres”, “Orientación Psicológica y Vocacional”, “Educación Sexual y Prevención de Enfermedades Transmisibles”. En cuanto a lo negativo, por la situación económica, social y la pérdida de valores conlleva a una crianza de niños y niñas sin la presencia de los padres, con personas no indicadas, la televisión influyendo en la violencia y los programas no aptos para menores de edad, los juegos de nintendo, conflictos familiares, etc. <sup>1</sup>

Es importante mencionar que Guatemala se ha convertido en un país en donde se convive con la violencia, de distinto orden y con variados modos de operar. Esta capacidad de tolerar y de ir insensibilizándonos no es permanente, hay recursos como el diálogo que la van modificando y la colocan en el plano de la demanda, sin embargo no funciona para todos ni en todos los momentos de la misma manera. Hay momentos donde la capacidad de soportar se traspola a la capacidad de intolerancia.

Guatemala, como bien se discute en espacios nacionales de concertación, necesita una reactivación económica, impulso a los Acuerdos de Paz, combate a la corrupción, garantizar los Derechos Humanos y la aplicación

---

<sup>1</sup> Rice, F.P(1997). **Desarrollo Humano**. México: Prentice Hall Hispano americana

de la Justicia y generar la legislación apropiada para garantizar el fortalecimiento democrático (partidos políticos, sistemas electoral, etc.). Sin embargo estos espacios muchas veces dejan de ser representativos y se convierten en elitistas y poco funcionales.

Lo arriba mencionado y la manera en la cual uno fue criado influye profundamente en su estilo de paternidad; si su crianza fue agradable, uno tiende a criar de manera similar; en cambio, las técnicas pueden resultar siendo radicalmente opuestas si los métodos usados por los padres fueron malos. Demasiados adultos crían en reacción a los miedos, conflictos o frustraciones no resueltas en su niñez. El mirar a nuestro pasado puede explicar nuestros patrones de paternidad, pero no puede excusar los patrones erróneos.

Cuando los padres reconocen que su infelicidad como niños venía de la permisividad de sus padres, se vuelven estrictos, especialmente cuando la falta de guía les hizo daño.

Los padres que fueron criados en ambientes injustos, restrictivos o abusivos, frecuente e inconscientemente tienden a la permisividad, dejando que los sentimientos le guíen. De esta forma elevan la salud psicológica por encima de la salud moral y de lo que está bien o mal.

Dentro de la dinámica familiar al trabajar con un niño es importante considerar los tipos de paternidad y uno de los más comunes es la paternidad permisiva es más peligrosa porque sus armas son más sutiles. El padre permisivo es calificado de acuerdo con su capacidad de evadir el conflicto y tolerar el mal. Para él lo más significativo son las emociones de su hijo, la felicidad es más importante que el establecer límites.<sup>2</sup> Los padres autoritarios tienden a manifestarles menos ternura a sus hijos y más control comparado con los otros tipos de padres. Ellos establecen normas de comportamiento absolutas para sus hijos que no se pueden cuestionar ni negociar. Ellos optan por una disciplina forzosa y requieren una obediencia inmediata. Los padres autoritarios tampoco tienen una tendencia a utilizar métodos persuasivos más cariñosos

---

<sup>2</sup> (Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E.(1996). Psicología del Desarrollo Hoy. Madrid : McGraw-Hill.

como el afecto, el elogio y los premios con sus hijos. Por consiguiente, los padres autoritarios tienden a modelar los modos más agresivos de resolución de conflictos y son menos atentos en el modelaje de comportamientos más cariñosos y afectivos en la interacción con sus hijos. Los niños que tienen padres autoritarios tienden a tener logros escolares pobres esto se evidencio dentro de la clínica ya que llegaban con referencia por parte de la escuela bajas notas ya que la presión que ejercen los padres, a través de los golpes y regaños causan en él inseguridad notorio cuando el niño refiere “no se que hacer porque mi papá se enoja”, temor, reprimen la iniciativa y la creatividad y no pueden desarrollarse plenamente sus capacidades, también tienden a tener problemas de hiperactividad y desobediencia. En general se trata de tienden a ser introvertidos, con tendencia a aislarse, inseguros, tienen una baja autoestima, son impopulares, muestran dependencia hacia el padre que los golpea, prefieren ser golpeados a ignorados. Los niños se vuelven agresivos, hostiles y las niñas pasivas, introvertidas, inseguras, irritables e inadaptadas sociales. En general vemos que sucede alguna de estas posibilidades.

Otro estilo de paternidad es el padre permisivo, los padres más permisivos tienden a manifestarles más ternura a sus hijos, de un nivel moderado a alto, y menos control paterno. Estos padres son poco exigentes para con sus hijos y tienden a ser inconstantes en cuanto a la aplicación de la disciplina. Ellos aceptan los impulsos, los deseos y las acciones de sus hijos y son menos propensos a vigilar su comportamiento. Aunque sus hijos tienden a ser niños amigables y sociables, en comparación con los otros niños de su edad les falta el conocimiento del comportamiento apropiado para situaciones sociales básicas y toman poca responsabilidad por su mala conducta. Los niños de padres permisivos tienden a ser indulgentes, inadaptados sociales, destructivos generalmente son los menos autocontrolados, tiene logros escolares bajos, agresivos, inmaduros, mentirosos, desobedientes, inseguros, inadaptados, con baja autoestima y frustrados. En ocasiones cuando la permisividad se mezcla

con hostilidad puede llevar a los niños a la delincuencia no siempre por supuesto.

El tercer estilo de paternidad es el democrático, es un estilo de padre muy funcional, más equilibrado y equitativo, es el que va tratar de dirigir y encauzar las actividades de sus hijos en forma racional, presta atención a sus problemas. Es consistente, exigente, respetuoso y está dispuesto a aplicar el castigo limitado pero por otros medios al de la violencia. Serían padres que ejercen su rol con autoridad pero sin autoritarismo alguno. Estos padres exhiben confianza en ellos mismos como padres y como personas, son exigentes, pero amorosos con sus hijos, los corrigen cuando es necesario, dándoles razones lógicas para su corrección y no usan el castigo físico<sup>3</sup>. Los niños de padres democráticos tienden a ser los niños con mejores logros escolares, porque los papás les dedican tiempo en la realización de las tareas escolares, les clarifican las dudas, recompensan las conductas apropiadas y se enfocan menos al castigo físico y solo recurren a él cuando consideran muy necesario, y lo acompañan con una explicación, generalmente son los niños más seguros, competentes socialmente, presentan menos agresividad y hostilidad, tienden a ser independientes con una mayor autoestima y autocontrol, son más populares, se muestran más satisfechos y tienden a desarrollar satisfactoriamente dentro de la sociedad, siendo son más activos y creativos. Los estilos de paternidad están estrechamente ligados a los patrones de crianza utilizados, dentro de estos podemos mencionar cierta clasificación que sería el patrón de crianza disfuncional permisivo, disfuncional autoritario, disfuncional negligente, y el violento<sup>4</sup>, la manera en que el niño fue criado, influye profundamente en su estilo de paternidad. “Si mi crianza fue agradable, uno tiende a criar de manera similar”. En cambio, las técnicas pueden resultar siendo radicalmente opuestas si los métodos usados por los padres fueron inadecuados.

---

<sup>3</sup> <http://www.angelfire.com/ak/psicologia/padre.html>

<sup>4</sup> (Arnold, at. Al, 1993; Smith & O’Leary, 1995; O’Leary, Smith & Reid, 1999)

La psicología cultural plantea que no existe un modelo único y universal que pueda imponerse en la crianza de los niños, sino que cada cultura debe producir su propio modelo, de acuerdo con el tipo de adulto que necesita formar.

Por lo tanto se considera importante reconocer la multiplicidad de problemas que presenta la sociedad guatemalteca surgiendo desde la misma base que la conforma.

Los factores de influencia más importantes en el ambiente de la familia para el desarrollo de un niño proceden del interior del hogar; si cuenta con apoyo o si el ambiente es conflictivo, y si la familia tiene o no suficiente dinero. A menudo, estas dos facetas de la atmósfera de la familia están interrelacionadas.

A medida que la vida de los niños cambia, sucede lo mismo con los problemas entre ellos y sus padres, y la manera de resolverlos. Durante la niñez, el control del comportamiento se desplaza gradualmente de los padres al hijo. En tanto un niño de preescolar adquiere autocontrol y autorregulación, se reduce la necesidad de supervisión constante; no obstante, hasta la adolescencia o inclusive más tarde es cuando a muchos jóvenes se les permite decidir a que hora o cómo gastar su dinero.

Las familias en situaciones de presión económica tienen menos probabilidad de controlar las actividades de sus hijos, y la falta de control está asociada con un desempeño escolar y un ajuste social más bajo.

El comportamiento agresivo tiende a cultivarse desde la niñez temprana por la combinación de una atmósfera familiar estresante y sin estímulos, disciplina rígida, falta de afecto materno y apoyo social, exposición a adultos agresivos y violencia en el vecindario, y grupos de compañeros momentáneos que evitan la formación de amistades estables. A través de experiencias de socialización negativas, los niños que crecen en ambientes pobres y de alto riesgo pueden absorber actitudes antisociales a pesar de los buenos esfuerzos

de sus padres. "La atmósfera familiar es la fuente donde el ser humano adquiere los parámetros para poder dirigirse ante cualquier situación y encontrar la mejor forma de solucionar los problemas, de este modo enriquecerá su conocimiento, creando esquemas que lo conducirán a la salud mental. De tal modo cuando está es conflictiva se presentan situaciones inapropiadas, "El deterioro de una relación íntima es uno de los detonadores estresantes que afectan el rendimiento escolar de los niños. Tras una separación, el sentimiento de los padres es transmitido a los hijos, los cuales pueden responder de diferentes maneras, en su lugar de estudio, ya sea con agresividad, aislamiento, repetencia de grados, etc."<sup>5</sup>

Otro de los motivos por los que asistieron los niños y niñas a consulta externa del Departamento de Psicología es la separación de los padres. Frecuentemente los padres expresaron "casi no mira a su papá", "hace un año que me separe de mi esposo", todos estos casos de divorcio o separación son otro motivo por lo que los niños presentan cambios en la conducta en los niños que se ven involucrados en situaciones de separación, sin importar lo infeliz que haya sido el matrimonio, la separación suele causarle un choque al niño. Los chicos pueden sentirse temerosos del futuro, culpables por su responsabilidad en el divorcio, lastimados por el padre que se marcha y furiosos con ambos padres. Los hijos de una pareja divorciada tienen a presentar más problemas sociales, académicos y de comportamiento que los vástagos de familias tradicionales; también pueden ser más agresivos, hostiles, disociadores, desobedientes, depresivos o retraídos, y pueden perder interés en el trabajo escolar y en la vida social.

La resistencia del mismo niño es importante. Otros factores tiene que ver con la manera como los padres manejan los aspectos relacionados con la separación y el reto de educar a los hijos después de la ruptura; factores como los acuerdos de custodia, condiciones económicas, contacto con el padre que no

---

<sup>5</sup> Hoffman, L., Paris, S. y Hall, E.(1996). Psicología del Desarrollo Hoy. Madrid : McGraw-Hill.

recibe la custodia, si los padres se vuelven a casar y cuándo, y la calidad de la relación con el padrastro o la madrastra.

La edad, el género y el temperamento de un niño también inciden en la condición. Los niños más pequeños se muestran más ansiosos al momento del divorcio y tienen percepciones menos reales de las causas del mismo, pero pueden adaptarse más rápido que otros niños mayores, quien sienten los efectos por más tiempo.

Los problemas emocionales y de comportamiento de los niños pueden surgir del conflicto entre sus progenitores, tanto antes como después del divorcio, más que de la separación misma. Dentro de la población que se atendió la mayoría de niños llegaron por problemas de conducta muchos de ellos fueron vinculados a los padre por ejemplo “cada vez que le pego, se porta más rebelde”, “cuando no me hace caso lo regaño, y después se porta mal todo el día”.

Cuando los padres discuten con frecuencia acerca del sostenimiento y la custodia del hijo, la relación con éste se ve afectada. Los niños cuyos padres pueden controlar su ira, cooperar en la paternidad y evitar exponerlos a las disputas, tienen menos posibilidad de presentar problemas. Los hijos de padres democráticos, especialmente los muchachos, suelen presentar menos complicaciones y trabajar mejor en la escuela que los hijos de padres autoritarios o permisivos.

Los conflictos son transmitidos a los niños por medio de diferentes efectos que puede suscitar de acuerdo a como cada uno de ellos lo perciba y la nula o poca preparación que tengan para afrontarlos.

En los niños pueden surgir múltiples problemas, procedentes claramente desde una etiología psicológicamente inadecuada en la atmósfera familiar, entre estos se mencionan la agresividad, el aislamiento, la depresión, el bajo rendimiento escolar, falta de atención, falta de concentración, problemas en las relaciones sociales, muchos de estos son los motivos de consulta por lo que

asisten los niños a consulta externa del departamento de psicología. Es importante mencionar que muy frecuentemente los niños son sometidos algún tipo de abuso o maltrato en el ámbito familiar, podemos mencionar; **Maltrato físico**, en donde algún adulto que provoca daño físico o enfermedad en el niño, o que le coloca en grave riesgo de padecerlo como consecuencia de alguna negligencia intencionada. **El abandono físico**: Es la situación en que las necesidades físicas básicas del menor, (alimentación, higiene, seguridad, atención médica, vestido, educación, vigilancia...), no son atendidas adecuadamente por ningún adulto del grupo que convive con él. **Abuso sexual** sucede en su mayoría en mujeres adolescentes en donde se considera que cualquier clase de placer sexual con un niño por parte de un adulto desde una posición de poder o autoridad. No es necesario que exista un contacto físico (en forma de penetración o tocamientos) para considerar que existe abuso sino que puede utilizarse al niño como objeto de estimulación sexual, se incluye aquí el incesto, la violación, la vejación sexual (tocamiento/manoseo a un niño con o sin ropa, alentar, forzar o permitir a un niño que toque de manera inapropiada al adulto) y el abuso sexual sin contacto físico (seducción verbal, solicitud indecente, exposición de órganos sexuales a un niño para obtener gratificación sexual, realización del acto sexual en presencia de un menor, masturbación en presencia de un niño, pornografía...) **Maltrato emocional**: En los padres muchas veces se identifican conductas tales como insultos, rechazos, amenazas, humillaciones, desprecios, burlas, críticas, aislamiento que causen o puedan causar deterioro en el desarrollo emocional, social o intelectual del niño. **Abandono emocional**; **Maltrato institucional**: Se entiende por malos tratos institucionales cualquier legislación, procedimiento, actuación u omisión procedente de los poderes públicos o bien derivada de la actuación individual del profesional que comporte abuso, negligencia, detrimento de la salud, la seguridad, el estado emocional, el bienestar físico, la correcta maduración o que viole los derechos básicos del niño y/o la infancia”.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> [www.psicologiaonline.com](http://www.psicologiaonline.com)

Una ansiedad moderada puede ayudarnos a mantenernos concentrados y afrontar los retos que tenemos por delante. En ocasiones, sin embargo, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, la ansiedad es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y, en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico. Se dice que cuando la ansiedad se presenta en momentos inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se la considera como un trastorno.”<sup>7</sup>

La depresión es una enfermedad común a la mayoría de los seres humanos. La experiencia de estar deprimido, desde ligero a severo, se observa por lo menos una vez en la vida. Pero los enfermos con depresión tienen la aparición de cuadros clínicos frecuentes a lo largo de sus vidas. Es decir, tienen depresión por más de dos semanas de manera repetida, con intervalos de bienestar relativo, y re-aparición de la manifestación de depresión con duraciones cada vez más prolongadas.

“Estar deprimido, no es algo que de pronto aparezca, habitualmente su inicio es poco claro y puede iniciar por síntomas corporales, de los llamados somáticos (o somatoformes), que hacen pensar al deprimido, que está enfermo de algo diferente a la depresión. Dolores de cabeza, espalda, sensación de piernas y brazos pesados, fatiga, decaimiento, son datos iniciales de depresión. Posteriormente pueden aparecer las ideas de tristeza, la rumiación de experiencias tristes, desagradables y embarazosas que se tuvo en el pasado, y entonces el paciente se aísla, se le dificulta el trato con los demás, se torna irritable, sombrío, esta constantemente con ideas de culpa por eventos del pasado o por situaciones en donde omitió tal o cual acción. Finalmente, cuando menos espera está de nuevo deprimido.”<sup>8</sup> Actualmente se observa que la

---

<sup>7</sup> <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5169,00.html>

<sup>8</sup> <http://www.monografias.com/trabajos13/depre/depre.shtml>

dificultad económica que se vive en el país, afecta la dinámica del paciente, ya que muchos se encuentran desempleados y esto ocasiona que pasen por periodos de depresión esto pueden ser breves o severos. La depresión mayor es una de las enfermedades psiquiátricas que pueden tratarse con mayor eficacia hoy en día. Existen medicamentos eficaces, con relativamente pocos efectos secundarios y ayudado con procedimientos psicoterapéuticos, hacen que la meta del tratamiento antidepressivo, sea la completa remisión de la sintomatología.

Como se ha mencionado antes, la violencia intrafamiliar y abuso “es un problema complejo, tanto en su génesis como en su desarrollo que afecta principalmente a quienes se encuentran en posiciones de menor poder dentro de la estructura jerárquica de la familia definida en el marco de una sociedad patriarcal, como las mujeres, los y las menores de edad, los ancianos y los discapacitados.”<sup>9</sup>

Para prevenirla es preciso afrontar las causas estructurales y sociales que sustentan las desigualdades de género, sociales y económicas ancladas en la estructura de nuestra sociedad, pero no por ello inamovibles.

Existen factores de riesgo y situaciones de especial vulnerabilidad que explicarían por qué en contextos similares, en ocasiones se producen situaciones de violencia y en otras no. La identificación de estos factores, asociados con las distintas formas que adopta la violencia intrafamiliar resulta decisiva a la hora de elaborar propuestas o realizar alguna intervención, tanto en lo que respecta a la atención del problema como a su prevención. Los factores riesgo no son los causantes de la violencia pero inciden en su aparición.

Nuestro comportamiento está determinado, en gran medida, por la idea que tenemos de nosotros mismos y, por lo tanto, desempeña un rol importante en el stress personal, así como en dominio de este último.

---

<sup>9</sup> <http://www.violenciaintrafamiliar.cl/guatemala/portada.php>

Los sujetos cuya autoestima está debilitada y que no tienen mucha seguridad, son mucho más proclives al estrés que aquellos que tienen confianza en sí mismos y se ven bajo una luz positiva. Una actitud positiva y dinámica –y no pasiva- con respecto a la vida, constituye la clave que permite dominar el estrés con eficacia.

La percepción y expresión de las relaciones familiares –y otras que importan en la vida- encontramos problemas como el de la indefinición de la relación o encubrimiento de las diferencias, y el de la incongruencia entre las declaraciones de los distintos miembros de la familia. Se halla que una persona sobrevalora o infravalora su relación con otros miembros de la familia, en comparación con las valoraciones que los demás realizan. También hay personas que acumulan declaraciones de preferencia, mientras que otros se ven rechazados por sus preferidos o nadie declara su preferencia hacia ellos.

Dado a que la relación con los demás condiciona nuestra interpretación de sus mensajes, parece lógico suponer que los problemas en la percepción y expresión de las relaciones pueden producir problemas a la hora de elaborar e integrar la imagen que los demás devuelven a la persona misma, es decir, problemas en la auto percepción y autoestima.

Las personas nos asemejamos o diferenciamos no en función de nuestros estados, sino dependiendo de nuestros rasgos. Se pueden concebir agrupaciones de individuos determinados por la aparición o no de estos rasgos. Así, no resulta difícil clasificar a nuestros conocidos en función de si poseen o no el rasgo de agresividad, si poseen el de egocentrismo, el de impulsividad, si son dominantes, etc.

Conductas como **rebeldía** son una sublevación, faltando a la obediencia debida. Indócil, desobediente, opuesto con tenacidad. También podemos definir a la rebeldía como la actitud de oposición violenta y tenaz a lo prescrito o sólo establecido. En la mayoría de los casos esta rebeldía se pudo interpretar como un desacuerdo respecto a lo establecido por los padres, maestros, o cualquier

autoridad. Esto de acuerdo a lo establecido en relación a conductas, estructuras, ideas, valores, etc. Los adolescentes manifiestan ese desacuerdo, oposición, sublevación de distintas formas; verbalmente (murmurando, gritando, reclamando, etc.); en su comportamiento (lanzando o golpeando objetos) o violenta (agresiones físicas hacia las personas), **agresividad**, se evidenció cuando la persona provocó daño a una persona u objeto. La conducta agresiva es intencionada y el daño puede ser físico o psíquico. En el caso de los niños la agresividad se presentó generalmente en forma directa ya sea en forma de acto violento físico (patadas, empujones,...) como verbal (insultos, palabrotas,...). Pero también se encontró agresividad indirecta o desplazada, según la cual el niño agredió contra los objetos de la persona que ha sido el origen del conflicto, o agresividad contenida según la cual el niño gesticula, grita o produce expresiones faciales de frustración y **culpa**, la culpa está conectada con el instinto de muerte y con la autodestrucción. Mal asumida, arrastra a la persona a la pasividad, dejándola en una situación de indefensión y a merced de que alguien o algo externo le libere de ella. Esa persona, ideología o creencia alcanza tal poder que impedirá ejercer la propia responsabilidad. El sentimiento de culpa influyó tanto porque las personas tuvieron miedo a ser abandonados y dificultó el responsabilizarse de su propia vida. Se teme al abandono pues la necesidad de ser amados y aceptados es una aspiración innata en todos nosotros, y cuando la culpa se interioriza contra nosotros mismos, dejamos de creer en nuestra valía personal y nos juzgamos no merecedores del amor. Esto se pudo relacionar con **baja autoestima** relacionada con sentimientos ocultos de dolor suelen convertirse en enojo, y con el tiempo volvemos el enojo contra nosotros mismos, dando así lugar a la depresión. Estos sentimientos pueden asumir muchas formas: odiarnos a nosotros mismos, ataques de ansiedad repentinos, cambios de humor, culpas, reacciones exageradas, hipersensibilidad, encontrar el lado negativo en situaciones positivas o sentirse impotentes y autodestructivos, así también uno de los ámbitos más importante del niño que no debemos olvidar es el escolar, dentro de este el niño adquiere

ciertos rasgos de personalidad, existen diversos papeles que un niño puede tomar en el rol escolar uno es el de un niño popular, adaptado, que no presentan ninguna conducta de riesgo en el ámbito escolar otro son los niños con bajo rendimiento escolar es común observar ciertas conductas como: miedo al colegio, estrategias de evitación, cambios frecuentes y bruscos de su estado de ánimo, conductas regresivas, sueño, alimentación y eliminación. Desinterés en el colegio, bajo rendimiento escolar, estrés, depresión, distracción, ansiedad. Otro niño que pocas veces asiste a la clínica es aquel niño que victimiza a otros, presenta conductas como: agresión, intimidan, ponen apodos, ridiculizan, golpean, empujan, dañan las pertenencias de otros. Dirigen sus agresiones a otros estudiantes débiles e indefensos, pueden tener seguidores que ellos organizan, físicamente son fuertes, mayores de edad o igual edad, temperamento fuerte, vistos por los demás como malvados, duros y con poca simpatía hacia sus víctimas, no parecen ansiosos, ni inseguros, frágil autoestima. Participación temprana en otros comportamientos antisociales, populares en la etapa primaria. Actitud negativa hacia el estudio, necesitan dominar tener poder y sentirse superiores, desafiantes y agresivos hacia los adultos. Luego en el periodo de la adolescencia, etapa en la que ocurren cambios, marca el proceso de transformación del niño en adulto, es un período de transición que tiene características peculiares. Se llama adolescencia, porque sus protagonistas son jóvenes de identidad y de una clara definición, que ya no son totalmente niños, pero tampoco son adultos, son una especie de híbrido, con rasgos de adulto y de niño. La evolución que los muchachos viven en esa etapa, los hace entrar en crisis, pues se encuentran en la búsqueda de su propia identidad, en el proceso de configurar su personalidad.<sup>10</sup>

La depresión y las tendencias suicidas son desórdenes mentales que se pueden tratar. Hay que reconocer y diagnosticar la presencia de esas condiciones tanto en niños como en adolescentes y se debe desarrollar un plan de tratamiento apropiado. Cuando hay duda en los padres de que el niño o el

---

<sup>10</sup> <http://www.aacap.org/page.ww?section=Informacion+para+la+Familia&name>

joven pueda tener un problema serio, un examen psiquiátrico puede ser de gran ayuda. Muchos de los síntomas de las tendencias suicidas son similares a los de la depresión. Los padres deben de estar conscientes de las siguientes señales que pueden indicar que el adolescente está contemplando el suicidio: cambios en los hábitos de dormir y de comer, retraimiento de sus amigos, de su familia o de sus actividades habituales, actuaciones violentas, comportamiento rebelde o el escaparse de la casa, uso de drogas o de bebidas alcohólicas, abandono fuera de lo común en su apariencia personal, cambios pronunciados en su personalidad, aburrimiento persistente, dificultad para concentrarse, o deterioro en la calidad de su trabajo escolar, quejas frecuentes de síntomas físicos, tales como: los dolores de cabeza, de estómago y fatiga, que están por lo general asociados con el estado emocional del joven, pérdida de interés en sus pasatiempos y otras distracciones, poca tolerancia de los elogios o los premios. Si pensamos en la adolescencia como un proceso universal de *cambio* en busca de una identidad adulta, lo que solo es posible si se hace un *duelo* por la identidad infantil, debemos pensar la adolescencia como un período de generación de profundos temores. Ante cualquier cambio o situación nueva el ser humano de cualquier edad experimenta una sensación de temor (cambio de empleo, cambio de estado civil, cambio de nivel educativo, etc.). Es necesario recordar entonces los miedos que nos provocaron cambios tan bruscos y radicales como el cambio de voz, cambios corporales, cambios en el núcleo familiar en la búsqueda por diferenciarse, cambio de nivel de enseñanza y el cambio psicológico fundamental que significa la búsqueda de una identidad adulta y su primera experiencia sexual. Con respecto al duelo por la pérdida de su identidad infantil, la idea de la muerte aunque sea simbólica es siempre el lugar común de todos los miedos y angustias. Es la generadora real de todos los miedos que el ser humano deposita en distintas situaciones. Hay en esta etapa una cargada estadística de suicidios o conductas suicidas cuyas causas abarcan motivaciones tan disímiles como la confrontación con el riesgo y el peligro hasta el no deseo de vivir.

Abordar el tema de la adolescencia como período sintomático físico-psicológico es por sí eminentemente complejo. Más complejo aún es si lo relacionamos con otras materias o problemas que la afectan o vinculan desde el punto de vista familiar o social. Uno de esos problemas que de alguna manera la implican es el de la VIOLENCIA. El "*ir creciendo*", el "*hacerse adulto*" significa, para el adolescente, una etapa de una profunda crisis o "*duelo*"<sup>11</sup>, Por ello el joven se ve atrapado en una crisis interna que puede colisionar en forma severa con los elementos externos que le exhibe toda sociedad. "La adolescencia es un período de esclarecimiento. En esos años en los que uno se enfrenta con un conjunto de problemas muy difíciles es verdaderamente imposible estar claro". El entorno que nos rodea parece no contribuir a que esta afectación se atenúe sino que por el contrario la aumente o la dimensione peligrosamente. La cultura imperante los hace aún más afectos a la trasgresión. Continúa diciendo este mismo autor: "La independencia no es tampoco posible por el aspecto económico. El adolescente quiere tener su propia plata, tener mayor autonomía, pero no tiene trabajo ni sabe como conseguirlo... Es la edad en donde se tiene una cierta tendencia a la angustia, una cierta oscilación entre sentirse "*super bién*" y querer matarse, una especie de familiaridad con la idea de la muerte, la sensación de que todo es en vano confirmada por un montón de adultos que nunca terminaron de saber donde estaban ellos mismos"<sup>12</sup>.

Debe tenerse en cuenta que la familia no se muestra completa en un momento dado, sino que se va formando a lo largo de los años. Las actitudes de los padres cambian: no se trata igual al hijo mayor que al último, más distanciado cronológicamente de los padres. También es diferente la situación del hijo único, ajeno a las rivalidades fraternales, pero que forma parte de un difícil triángulo, en el que la unión exagerada de dos margina al tercero. Los problemas que surgirán en este último caso son más violentos y directos, ya que no hay hermanos para poder desplazar el conflicto. La cuestión es quien se

---

<sup>11</sup> Arminda Aberastury.

<sup>12</sup> Rozitchner

empareja con quien y contra quien. El adolescente que carece de la posibilidad de ayuda de otros miembros jóvenes le obliga a buscar apoyo fuera de la familia o a procurarse la alianza de unos de sus progenitores. Por otra parte los padres sienten temor ante cualquier demanda de mayor libertad e independencia, pues viven con ello una pérdida de su rol de padres y se ven enfrentados a la soledad de la pareja ante el vuelo del hijo.

Las relaciones familiares son fundamentales en el desarrollo de la personalidad, que condicionan la adaptación al medio y que sus problemas pueden incidir en la aparición de trastornos psíquicos y sociales. En las últimas décadas se han producido, con el cambio de las condiciones sociales, modificaciones en la dinámica familiar que han alterado su equilibrio y han hecho entrar en crisis el tipo de familia tradicional. A ello ha contribuido, junto con el factor urbano y de vivienda, la ausencia de los padres por motivos laborales, con lo que el hogar se ha convertido, en muchas ocasiones, en el espacio donde simplemente se come y se duerme. Por otra parte, se han puesto en tela de juicio los roles clásicos de los padres. La autoridad del padre y el simple papel de apoyo de la madre no se consideran hoy válidos. Los cambios en la filosofía de valores y de vida hacen surgir un cúmulo de problemas y de nuevos conflictos en el panorama familiar. En otro orden de cosas, la vida matrimonial y familiar se encuentra frecuentemente desgarrada por problemas de diversa índole que hacen vivir a los hijos en un estado de abandono o de permanente temor, así como descuidados en el aspecto educativo. En estos casos, las taras y problemas de los padres repercuten necesariamente sobre los hijos.

En el desarrollo normal, este período inicial comprende el establecimiento de familiaridad con el ambiente del hogar y una sensación de seguridad y bienestar cuando los padres u otras personas encargadas de cuidarlos están presentes. Después de este tiempo de familiaridad, a menudo se produce temor debido a que el niño reconoce que algo poco común está sucediendo. Entre los 8 y 14 meses de edad, los niños experimentan miedo a menudo, cuando

conocen personas nuevas o visitan nuevos lugares. Ellos reconocen a sus padres como familiares y seguros. Cuando se separan de ellos, particularmente cuando están lejos del hogar, se sienten amenazados e inseguros.

La ansiedad por la separación es una etapa normal del desarrollo. Ayudaba a los ancestros a mantenerse vivos y ayuda a los niños a aprender a dominar el ambiente. Por lo general, finaliza alrededor de los 2 años de edad, cuando los niños que empiezan a caminar comprenden que los padres pueden estar fuera del alcance de su vista, pero que van a regresar. A esta edad, igualmente, se presenta un deseo normal de probar su autonomía.

La resolución de la ansiedad por la separación depende de un sentido adecuado de seguridad y confianza en personas distintas a los padres, la confianza y seguridad en su entorno y la confianza de que los padres van a regresar. Aun después de que el niño haya superado esta etapa en forma exitosa, la ansiedad por la separación puede retornar durante períodos de estrés. La mayoría de los niños experimentan algún grado de ansiedad por la separación cuando se enfrentan a situaciones que no son familiares, en especial cuando están separados de sus padres.

Cuando los niños se enfrentan a situaciones (como la estadía en el hospital) y experimentan estrés (como en caso de dolor o enfermedad), buscan la seguridad, comodidad y protección de sus padres; pero cuando los padres no pueden estar con ellos en estas situaciones, el niño experimenta sufrimiento.

Por esto es que es tan importante permanecer con el niño tanto como sea posible durante cualquier procedimiento médico. La presencia de los padres o responsables puede en efecto reducir la cantidad de dolor que experimenta el niño, ya que la ansiedad de cualquier tipo empeora el dolor.

Dentro de los adultos se observan signos de depresión, sabemos que los sentimientos de depresión se pueden describir como sentirse triste, melancólico, infeliz, miserable o derrumbado. La mayoría de las personas se sienten de esta manera una que otra vez durante períodos cortos, pero la verdadera depresión

clínica es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un período prolongado. Otro motivo de consulta frecuente son los problemas de pareja, estos generan en el adulto depresión, como fue descrita con anterioridad pero también es muy frecuente que manejen ciertos niveles de ansiedad y estrés, El estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que haga sentir a la persona frustrada, furiosa o ansiosa y lo que es estresante para una persona no necesariamente es estresante para otra. La ansiedad es un sentimiento de aprehensión o de miedo. La fuente de este desasosiego no siempre se sabe o se reconoce, lo cual aumenta la angustia que causa. El estrés es una parte normal de la vida de toda persona y en bajos niveles es algo bueno, ya que motiva y puede ayudar a las personas a ser más productivas. Sin embargo, el exceso de estrés o una respuesta fuerte al estrés es dañino. Esto puede predisponer a la persona a tener una salud general deficiente, al igual que enfermedades físicas y psicológicas específicas como infección, enfermedad cardíaca o depresión. El estrés persistente e inexorable a menudo lleva a que se presente ansiedad y comportamientos nocivos como comer demasiado o consumir alcohol o drogas.

Los estados emocionales como aflicción o depresión y las afecciones como la tiroides demasiado activa, bajo nivel de azúcar en la sangre o un ataque cardíaco también pueden causar estrés.

La ansiedad usualmente se presenta acompañada de diversos síntomas físicos tales como: Espasmos o temblores, tensión muscular, dolores de cabeza, sudoración, resequedad en la boca, dificultad para deglutir, dolor abdominal (puede ser el único síntoma de estrés especialmente en un niño). Algunas veces, otros síntomas acompañan a la ansiedad: Mareo, frecuencia cardíaca rápida o irregular, respiración acelerada, diarrea o necesidad frecuente de orinar, fatiga, irritabilidad, incluyendo pérdida del temperamento, dificultad para dormir y pesadillas, disminución de la capacidad de concentración, problemas sexuales

Los trastornos de ansiedad son un grupo de afecciones psiquiátricas que involucran ansiedad excesiva e incluyen:

Trastorno de ansiedad generalizada<sup>13</sup>, Es un comportamiento caracterizado por un patrón de preocupación y ansiedad frecuente y persistente acerca de muchos acontecimientos o actividades diferentes. El trastorno de ansiedad generalizada (TAG) es una afección común. Se caracteriza por ansiedad y preocupación excesivas, lo cual está fuera de la proporción del impacto del evento o circunstancia motivo de la preocupación. A la persona se le dificulta controlar la preocupación. Aunque no se conoce la causa exacta de este trastorno, hay factores biológicos y genéticos que juegan un papel. Las situaciones estresantes de la vida o el comportamiento de falta de adaptación que se adquiere por aprendizaje también pueden contribuir al TAG.

Este trastorno puede comenzar en cualquier momento, incluso en la niñez. La mayoría de las personas que sufren de este problema dicen que han sido ansiosas toda la vida. El TAG es un poco más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Fobias específicas, Las fobias específicas son un tipo de trastorno de ansiedad. La exposición al estímulo que causa el miedo puede provocar una ansiedad o ataque de pánico extremos. Las fobias comunes incluyen miedo a animales particulares (como por ejemplo, perros o serpientes), insectos o arañas, lugares altos, relámpagos, a volar y a ver sangre. Las personas que sufren de fobias específicas a menudo reconocen que su miedo es irracional pero son incapaces de evitarlo.<sup>14</sup>

La timidez es diferente de la fobia social. Las personas tímidas son incapaces de participar en funciones sociales, pero las personas con fobia social

---

<sup>13</sup> Muller JE, Kohn L, Stein DJ. Anxiety and medical disorders. *Curr Psychiatry Rep.* 2005

<sup>14</sup> <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000957.htm>

están limitadas por su condición hasta el punto en que afecta su capacidad para desempeñarse en el trabajo y en las relaciones interpersonales.

Las personas que padecen fobia social están en alto riesgo de desarrollar dependencia del alcohol y otras drogas dado que pueden confiar en ellas para relajarse en situaciones sociales.

Algunos de los miedos más comunes de las personas que padecen fobia social incluyen: Hablar en público, conocer nuevas personas, comer, beber y escribir en público, utilizar los baños públicos, fiestas y otros eventos sociales

El trastorno de estrés postraumático<sup>15</sup> (TEPT) se puede presentar inmediatamente después de un trauma mayor o demorar más de seis meses después del evento. Cuando se presenta inmediatamente después del trauma, usualmente se resuelve pasados tres meses, pero algunas personas experimentan una forma más prolongada de la enfermedad que puede durar por muchos años.

El trastorno de estrés postraumático puede ocurrir a cualquier edad y aparecer luego de un desastre natural como una inundación, un incendio, o eventos como una guerra, un encarcelamiento, un asalto, abuso familiar o violación. Los ataques terroristas de septiembre 11 de 2001 en los Estados Unidos pueden haber causado trastorno de estrés postraumático en algunas personas involucradas, en quienes presenciaron el desastre y en quienes perdieron amigos y parientes. Estas situaciones producen estrés en cualquier persona, aunque no todas presentan este trastorno.

Las causas de este trastorno se desconocen, aunque hay factores psicológicos, genéticos, físicos y sociales que pueden contribuir a su ocurrencia. El trastorno de estrés postraumático altera la respuesta del cuerpo al estrés, afectando las hormonas del estrés y los neurotransmisores (químicos que

---

<sup>15</sup> Attending Psychiatrist, Hospital of the University of Pennsylvania, Philadelphia, PA. Review provided by VeriMed Healthcare Network.

transmiten información entre los nervios). Una exposición previa a un trauma puede incrementar el riesgo, lo cual sugiere que este tipo de reacción puede ser una respuesta aprendida.

El tener un buen apoyo social ayuda a proteger contra la aparición de este trastorno. Ya aquellos con sistemas de apoyo fuertes tienen menos probabilidad de desarrollar trastorno de estrés postraumático que aquellos que no tienen ese tipo de apoyo social.

Las personas con trastorno de estrés postraumático experimentan de nuevo el evento repetidas veces en, por lo menos, una de varias formas: sueños angustiantes repetitivos, recuerdos recurrentes del evento, sensación de estar reviviendo la experiencia (llamadas escenas retrospectivas) y/o angustia intensa alrededor de la época del acontecimiento que simboliza el evento (como los aniversarios).

En los adultos varones es muy frecuente como motivo de consulta el alcoholismo es el consumo exagerado de alcohol, que ocasiona al bebedor problemas físicos, mentales, emocionales, laborales, familiares, económicos y sociales. Desafortunadamente, el consumo de alcohol aumenta de manera constante, sobre todo entre los jóvenes. Las defunciones por accidentes relacionados con el alcohol (choques, atropellamientos y suicidios) ocupan los primeros lugares entre las causas de muerte en muchos países. El alcoholismo se divide en abuso de alcohol y dependencia del alcohol; si bien, esta diferenciación no es relevante desde el punto de vista clínico. El abuso de alcohol indica dependencia psicológica, es decir, la necesidad de consumir alcohol para el funcionamiento mental adecuado, junto con consumo ocasional excesivo y continuación de la ingestión alcohólica a pesar de los problemas sociales.

La dependencia del alcohol abarca alteraciones similares junto con signos de mayor tolerancia (necesitar más alcohol para obtener el mismo efecto) o signos físicos de abstinencia alcohólica. El alcoholismo puede originarse debido

a varios factores, entre los cuales figuran: una personalidad predisponente, inmadurez o incapacidad de relacionarse, presión social y estrés.

Aparentemente el alcoholismo tiene una base química y un componente psicológico, pero no se sabe por qué algunas personas pueden consumir alcohol sin hacerse adictas y otras no. Las investigaciones parecen indicar que hay personas genéticamente predispuestas. Su predisposición bioquímica se activa bebiendo, por lo cual tarde o temprano caen en la dependencia.

Existen también los conflictos de pareja en donde el enamoramiento es una emoción y tiene un fuerte componente de pasión, afecto, ternura, sexo. Por eso uno de los principales objetivos de la pareja hoy es hacerse la vida agradable. Pero una emoción es pasajera, porque está sometida a la ley de la habituación. Todos sabemos que el enamoramiento se pasa y muchas parejas, basadas solamente en esa emoción se disuelven, "se pierde la ilusión"; "no se siente lo mismo". Sin embargo, el amor apasionado de los comienzos es una vía inmejorable para conseguir mantener la pareja.

Para ello es preciso desarrollar la intimidad y la validación. Intimidad supone abrirse y contar cosas que, en otras circunstancias, podrían usarse en contra nuestra y recibir aceptación por parte del otro. Cuando estamos enamorados nos ponemos completamente en manos de nuestra pareja y de esta forma construimos la intimidad.

También decidimos compartir más cosas con el otro y vamos comprometiéndonos ante la sociedad, se guarda fidelidad, se comparte el tiempo, se entrega el cuerpo, se comparten bienes materiales como un piso, etc. finalmente se adquiere un compromiso de vida en común, que puede estar o no refrendado socialmente. Se construye así el compromiso que es la decisión de permanecer en la relación pese a los problemas que vayan surgiendo, luchando con todas las fuerzas posibles para resolverlos. Según se van compartiendo más elementos se tiene va construyendo un método para tomar decisiones y se establece una estructura de poder, que puede ser más o menos democrática,

pero siempre aceptada por los dos. La toma de decisiones es una de las fuentes de conflicto importantes en la pareja.

Para tener intimidad, para tomar decisiones, y para convivir es preciso saber comunicarse, escucharse y respetarse. Para resolver los problemas también. La capacidad de comunicarse y de resolver los conflictos es fundamental para la continuidad de la pareja. Otro aspecto muy importante es el apoyo mutuo. Se plasma en la fórmula de estar juntos en la salud y la enfermedad, en las alegrías y en las tristezas. El otro es el principal sostén ante las dificultades y amenazas de la vida y el apoyo en el desarrollo personal y social.

Existen diversas formas de pensar que atribuyen al conflicto una de ellas es atención selectiva en donde las parejas en conflicto solamente se fijan en las conductas negativas del otro y tienden a no ver o a disminuir la importancia de las conductas positivas. La atribución del problema a determinadas causas se ve como un elemento necesario para su solución, pero si no se hacen las atribuciones correctas se asegura el conflicto. Por ejemplo cuando se echa buscan culpables o se achacan los problemas a malas intenciones que nunca se pueden probar o a elementos que no se pueden cambiar como la propia personalidad. La expectativa sucede si aparece una discrepancia entre lo que creen los esposos que debería ser el matrimonio y lo que perciben que es, tanto en cualidad como en cantidad, los problemas están asegurados. Se plasma en frases como “Esto no tiene solución”. “Debería ser así” Las Ideas irracionales Algunas ideas aparentemente normales pueden ser un foco de conflictos solamente por no ser conscientes de que lo que se piensa no es racional. Algunas de estas ideas son: Estar en desacuerdo es destructivo de la relación, los miembros de la pareja deben ser capaces de averiguar los deseos, pensamientos y emociones del otro, uno debe ser un compañero sexual perfecto del otro, los conflictos se deben a diferencias innatas asociadas al sexo.

La psicoterapia busca dar un alivio en el sujeto pretendiendo a través el, disminuir los niveles de angustia y ansiedad que pueden haberse hecho crónica o bien hacer un apareamiento agudo.

La terapia cognitiva o terapia cognitiva conductual es un tipo de psicoterapia empleada para tratar la depresión, desórdenes de ansiedad, fobias, y otras formas de desórdenes psicológicos. Se basan en reconocer el pensamiento distorsionado que las origina y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más realistas. Sus practicantes sostienen que la causa de muchas de (pero no todas) las depresiones son los pensamientos irracionales.

La terapia de juego no directiva es una herramienta muy útil para el trabajo con el niño ya que es un método u oportunidad que se ofrece al niño para experimentar crecimiento, ayuda a niños a resolver sus propios problemas, ya que a través del juego, que es un medio natural de auto expresión, el niño expresa sus sentimientos y problemas. La terapia de juego puede ser directiva y no-directiva. Esta terapia esta basada en la teoría de la estructura de la personalidad. La terapia no directiva se basa en la suposición de que cada individuo lleva dentro de si mismo, no solo la habilidad para resolver sus problemas de una manera afectiva, sino también el impulso de crecimiento que hace que la conducta madura llegue a ser más satisfactoria que la conducta inmadura. Dentro de la terapia no directiva es importante llegar a la introspección, también ofrece permisividad al individuo de ser el mismo, acepta completamente su yo sin evaluación ni presión para que cambie; reconoce y clarifica las actitudes emocionales expresadas reflejando lo que el cliente expresa.

La terapia de juego no directiva se refiere a que el niño es el responsable e indique el camino a seguir, durante la terapia de juego el niño experimenta crecimiento, bajo las condiciones mas favorables, el niño tiene la oportunidad de expresar sus sentimientos acumulados de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor perplejidad y confusión, este tipo de terapia ofrece al niño un libertad emocional, que le permite expresar lo que el desee en la forma que el lo

deseo, no existen sugerencias, represiones, críticas, desaprobación, apoyo o instrucciones de un adulto. Dentro de esta terapia se ofrece al niño es comprensión y permiso de ser el mismo.

Una de las principales características del cuarto de juego es que es un lugar donde se propicia el crecimiento, en donde el niño es la persona más importante, él controla la situación y así mismo, donde nadie le dice lo que debe hacer, nadie lo critica, nadie lo regaña ni siquiera. Dentro del cuarto de juego el niño es un individuo con sus propios derechos, se le trata con dignidad y respeto, puede decir lo que le da la gana y seguirá siendo respetado plenamente. El material que no se debe tener dentro de la clínica son juegos mecánicos ya que interfieren con el juego creativo y pueden ser poco expresivos, además no se deben tener barbies. La ubicación del material deberá ser en estantes que sean de madera y de fácil acceso para el niño. El niño debe tener la libertad de escoger el juguete que desee sin ser restringido de ninguna manera.

Limitaciones en la relación no directiva son pocas, pero muy importantes, debe decirle al niño que no se puede agredir a sí mismo o al terapeuta, otra de las limitantes del tiempo se le indica que inicia a una hora y termina a la otra, pero si él así lo desea él puede retirarse, lo que no puede hacer es presentarse a otra hora fuera de la que se le ha establecido para él. Es necesario que el terapeuta también tenga limitación una de ellas deberá ser el no involucrarse emocionalmente con el niño ya que esto no beneficia a la terapia.

La actitud del terapeuta no debe ser pasiva, requiere de toda su atención, sensibilidad, excelente apreciación de lo que el niño está haciendo o diciendo, debe ser permisivo y accesible en todo momento, mostrar un genuino interés en el niño, no debe dirigirlo ni apurarlo, debe poseer una bondadosa paciencia y sentido del humor que relaja al niño. Conserva una actitud profesional en relación a su trabajo y no traiciona la confianza que el niño le ha depositado, comentado con los padres. El terapeuta debe gustar de los niños y conocerlos a fondo, el terapeuta debe esclarecer sus actitudes hacia sus procedimientos

terapéuticos y después realizarlos con solidez y honestidad. Debe tener una actitud de respeto hacia al niño y conservar una actitud de completa aceptación así como el evitar infiltrar cualquier sugerencia. Debe permanecer alerta para captar y analizar con precisión los sentimientos que el niño esta expresando en su juego, en su conversación, requiere de una total participación durante todo el tiempo que dure en sesión la terapia de juego. Debe tener consistencia en su técnica poseer firmeza en sus convicciones abordar toda nueva relación con confianza y seguridad es necesario que desee con sinceridad ayudar al niño debe ser un adulto amigable, digno de confianza que aporte algo mas que su presencia y un lápiz y papel en el cuarto de juego. Es importante mencionar que el terapeuta no se relaciona emocionalmente con el niño porque cuando eso sucede la terapia fracasa y el niño no es ayudado por lo complicado de las circunstancias.

## 2.2 Objetivos

### 2.2.1 Objetivo General

Proporcionar apoyo psicosocial a personas que asisten al servicio de consulta externa del Departamento de Psicología, del Hospital Nacional Hermano Pedro de Betancourt.

### 2.2.2 Objetivos Específicos

- Subprograma de Servicio: Brindar atención psicológica individual a niños jóvenes, y adultos que asisten a consulta externa dentro del Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hermano Pedro de Betancourt.
- Subprograma de Docencia
  1. Realizar charlas informativas, para promover el servicio psicológico y sus beneficios
  2. Ofrecer talleres didácticos para tratar temas específicos de interés a la población.
  3. Apoyar al programa de adulto mayor con charlas informativas, y actividades participativas.
  4. Realizar actividades académicas multidisciplinarias con el personal médico de la institución.
- Subprograma de Investigación: Conocer a través del testimonio de los pacientes que asisten a consulta externa los patrones de crianza violentos que son utilizados de generación en generación y como afectan la dinámica familiar actual.

## 2.2.3 Metodología de Abordamiento

### 2.2.3.1 Subprograma de servicios

- **Fase I. Visita Diagnóstica:** Se realizó una visita diagnóstica en el Hospital durante el mes de diciembre 2005, con el objetivo de identificar las necesidades a cubrir, reconocimiento de la institución donde se prestó el servicio. Además de realizar una primera inmersión dentro de la institución que permitió un reconocimiento inicial a la población que se atendió, así como al personal que estuvo dentro de la institución.
- **Fase II Elaboración del Proyecto de Factibilidad:** Se realizó la estructura del proyecto de factibilidad según la guía proporcionada por el departamento de Ejercicio Profesional Supervisado.
- **Fase III Inmersión:** Esta fase fue complementaria ya que durante la visita diagnóstica se realizó parcialmente con el personal que trabaja en la institución. Durante esta fase se dirigió principalmente a la población que se pretende atender.
- **Fase IV Organización:** Esta fase fue llevada con el Jefe de departamento con quien se discutieron los horarios de servicio en clínica además de la referencia de pacientes para consulta individual.
- **Fase V Iniciación:** En esta fase se inició con el proceso terapéutico individual, en donde se trabajó directamente con el paciente. Durante los horarios designados.
- **Fase VI Sistematización:** Durante esta fase se llevaron registros de datos generales del paciente así, como control de la regularidad de las citas, esto con el objetivo de mantener un registro que proporcione la cantidad de pacientes atendidos en un mes.

### 2.2.3.2 Subprograma de Docencia

- **Fase I. Visita Diagnóstica:** Se realizó una visita diagnóstica en el Hospital durante el mes de diciembre 2005, con el objetivo de identificar las necesidades a cubrir, y de conocer cuales son las actividades de docencia que se pueden implementar dentro del hospital.
- **Fase II Elaboración del Proyecto de Factibilidad:** Se realizó una planificación de las actividades que se implementaron a lo largo del proyecto. Durante el mes de diciembre del ciclo 2005 se realizó un proyecto de factibilidad en donde se estructuró de forma organizada los pasos a seguir durante el desarrollo del EPS, tomando en cuenta las necesidades observadas durante la visita diagnóstica.
- **Fase III Inmersión:** Está fase se realizó con el personal médico-docente con quienes se pretenden realizar actividades académicas multidisciplinarias, y con el personal de enfermeras se realizaron conferencias dirigidas hacia el personal hospitalario con el objetivo de informarles sobre temas relevantes dentro del ámbito hospitalario. Se llevaron a cabo diversas reuniones charlas diálogos para conocer la perspectiva y necesidades que tienen los médicos en relación a temas psicológicos.
- **Fase IV Organización:** Se realizó una calendarización con el médico a cargo del departamento de medicina de hombres y el jefe de departamento de psicología, quien es el encargado de realizar las actividades académicas multidisciplinarias para la participación del personal de psicología. Se realizó un listado de temas con las enfermeras sobre las charlas que se implementaron de manera mensual en el área de consulta externa. Se mostraron el listado de charlas al jefe de departamento, para revisión y aprobación de las mismas.
- **Fase V Selección de temas para charlas:** Se realizó un listado de temas que se consideraron en las charlas que se impartieron con personal, además de entrevistas y diálogos con los médicos para conocer sus inquietudes en

relación a lo que les interesa conocer en relación al abordamiento psicológico del paciente.

- **Fase VI Selección de charlas a adulto mayor:** Con la Epesista encargada del programa de adulto mayor, se realizó una elección de temas que se desarrollaron e impartieron con dicho grupo. Se le brindó apoyo durante un periodo de tres meses para impartir las charlas el día miércoles de cada semana en un horario de 9.30 a 10.15 a.m.
- **Fase VII Iniciación:** Se inicio las actividades de docencia impartiendo una charla semanal en horario de 7.45 a 8.00 a.m. en consulta externa. Y se dio una plática mensual al grupo de adulto mayor.

Técnicas utilizadas:

**TALLERES:** Se llevarón a cabo de forma semanal. Además, se prepararon e impartieron talleres sobre temas específicos a la población además de observar que se observó tenían inquietudes sobre el tema. Los talleres fueron elaborados de forma participativa. Estos talleres fueron acompañados de material didáctico, se utilizó la comunicación persuasiva, un lenguaje claro y una intensa interacción que a través de preguntas y respuestas permitió verificar que el tema expuesto está claro.

**CHARLAS:** Está actividad fue participativa y dinámico dirigida a padres y madres de familia, así como también a los acompañantes que se encontraban en la sala de espera de consulta externa. Se orientó a promocionar la salud y la prevención de la enfermedad; en él se abarcaron temás sugeridos específicamente por las personas participantes. Los resultados de dicho programa fueron positivos pues las personas han adquirido información que les permite cambiar conductas, comportamientos y actitudes.

Y otras técnicas definidas con anterioridad como lo son la observación y entrevista.

### 2.2.3.3 Subprograma de investigación

La investigación fue dividida para su realización en seis fases realizadas de la siguiente manera:

#### **FASE I Elección del tema:**

Este se realizó en base a las necesidades observadas en la visita diagnóstica al Hospital Nacional Hermano Pedro de Betancourt, Según los profesionales que atienden consulta externa, el motivo de consulta más frecuente fue patrones de crianza inadecuados y/o violentos.

#### **FASE II Selección Y Validación Del Instrumento**

Se utilizaron los testimonios y realizó una guía de preguntas abiertas con el objetivo de no desviar por completo la información que las personas brindaron sino de ahondar en el tema. Además durante las sesiones llevadas a cabo en el proceso se fueron tomando en cuenta datos relevantes e importantes que el paciente refiere que complementen el tema de investigación .

#### **FASE III Fundamentación teórica**

Según los datos recopilados se realizó una fundamentación teórica basada en estudios anteriores, en diferentes teorías que ayudaron a explicar ampliamente cada uno de los datos observados y los diferentes tipos de patrones de crianza, además se realizó una búsqueda constata de información según los participantes iban presentando diferentes síntomas, necesidades para ir complementándolo con el programa de servicio.

## CAPÍTULO III

### Presentación de actividades y Resultados

#### 3.1. SUBPROGRAMA DE SERVICIO.

Se realizó inicialmente una organización sobre la población con quien se trabajó, y se designó el espacio físico con el que se contaba en el servicio de consulta externa del hospital, se designó un horario específico que fue de lunes a viernes de 8.00 A.M. a 12.00 P.M. en la clínica No. 2, a cada persona se le designó un espacio de 45 minutos por sesión, lo que permitió atender aproximadamente a cuatro pacientes por día. La población a la que se dirigió el servicio fueron niños de cinco años de edad hasta los once años, adultos de 18 a 45 años de edad, algunas veces por necesidad de cubrir la demanda se atendieron algunos adolescentes y personas mayores de 45 años. Se cubrieron hojas de consulta referidas por los médicos de turno en el servicio de emergencia y observación, a los pacientes en encamamiento en su mayoría adultos, que presentaron ansiedad. Durante el primer mes se atendieron un total de 40 reconsultas a las personas que asistieron al departamento de psicología, que fueron un total de 23 pacientes nuevos, algunos referidos por psicólogos con quienes ya habían iniciado tratamiento, durante el mes de enero y febrero fueron atendidas 23 personas, con un total de 43 reconsultas, el proceso que se siguió con cada paciente fue el siguiente, se inicio con una entrevista pre elaborada que utiliza el Departamento de Psicología del Hospital, que se llena con el objetivo de conocer aspectos generales como nombre, edad, sexo, procedencia, etc. También contiene el motivo de consulta que nos permite conocer porque la persona asiste a la consulta, en base a la referencia que proporciona, entonces se decide que tratamiento se le da, durante la primera entrevista se le preguntó al paciente si conocía cuales eran los beneficios de psicología, que expectativas tiene al respecto y se comprende todos los aspectos del proceso. En este primer contacto, es importante mantener contacto visual con el paciente en la mayor

parte del tiempo, también se le dio una explicación sobre los datos que se anotaban en la entrevista esto reduce la ansiedad que presenta, ante un proceso poco conocido para la población, esto genera altos niveles de ansiedad, crea expectativas falsas en relación al proceso terapéutico. Al finalizar la sesión se programó, la próxima sesión que generalmente se llevaba a cabo cada semana, a menos que presentara dificultad para asistir se hacía cada quince días, y en un par de casos fue una cita cada mes, también se realiza una hoja de evolución en donde se registran los aspectos más importantes de la sesión, esto permite tener un mejor control del progreso, desarrollo o evolución del paciente. La oportunidad de trabajar con diversidad de personas permitió seleccionar a varios pacientes dentro de la clínica como casos para abordar el subprograma de investigación, se le pidió autorización al paciente para registrar el testimonio que brindaba para análisis dentro de la investigación.

Los datos que se describen a continuación, son todos de pacientes que fueron atendidos dentro de la clínica de psicología del servicio de consulta externa del Hospital Nacional Pedro de Betancourt, los datos cualitativos serán descritos detalladamente al final de este capítulo y descritos de forma amplia en el capítulo IV.

Durante el primer mes se trabajó con diversidad de pacientes se identificaron pacientes que sufren de ansiedad por estar expuestos a diversos estímulos dentro de su hogar, a través de la entrevista inicial los pacientes logran reflejar sentimientos, juicios y valores que les hacen de pronto reducir esta ansiedad y expresan “si ayuda hablar de las cosas”, “ solo de saber que uno puede hablar aquí y nadie lo juzga, se siente bien” estas expresiones reflejan aceptación hacia el tratamiento, además que el paciente valora el trabajo que se está realizando dentro de la clínica, gracias a esto los pacientes continúan asistiendo a las sesiones de forma constante, es importante mencionar que no todos los pacientes muestran esta aceptación, algunos pacientes resintieron el hecho que fueron referidos de un profesional a otro, esto

crea en ellos cierta resistencia al iniciar tratamiento con otro terapeuta, este fue el caso de muchos pacientes que asistieron a la consulta en donde expresa: “ no deberían de hacer eso, mínimo avísenle a uno que van a cambiar”, “la verdad es difícil contar otra vez lo que ya le había contado al lic.” en estas dos frases podemos identificar primero que ambos pacientes de sexo femenino resienten el hecho que el antiguo terapeuta no continué con el tratamiento, además que es beneficioso conocer el sentimiento que tienen hacia el hecho que sea otra persona quien trabajó con ellos, en estos casos una de las pacientes continuó seis meses con el tratamiento de forma puntual, a lo largo del proceso mostró aceptación hacia el nuevo terapeuta, y la otra paciente suspendió el tratamiento después de tres sesiones, lo que nos da indicios que el cambio de terapeuta en un proceso no es lo ideal. Cuando se identificó que el paciente siente desconfianza hacia el nuevo terapeuta se le brindó un ambiente dentro de la psicoterapia, cordial y confiable es decir se mantuvo el contacto visual la mayor parte del tiempo, se utilizó un tono de voz suave, se expresó clara y brevemente, esto le permitió expresarse con comodidad, se le brindó una explicación amplia y detallada de las razones del cambio, y algo que fue de mucha ayuda fue entender que para el paciente es un proceso difícil e incomodo. Estas actividades permiten crear un vínculo de confianza por parte del paciente, este será de vital importancia a lo largo del proceso.

Durante el periodo de EPS se tuvo la oportunidad de trabajar con adolescentes, con ellos fue muy común implementar una técnica de relajación para abordar el motivo de consulta, el paciente logró expresar sus sentimientos de tristeza y desconfianza ya que constantemente fue sometido a diversos tipos de rechazo tanto en casa como en la escuela. En el adolescente dentro de la clínica sucede que muchas veces el no tiene deseos de hablar, y evade por lo que con ellos no se utilizó la técnica de realizar una entrevista inicial directiva, sino que se estableció un ámbito de confianza de manera que permitiera poco a poco ir abordando los temas que el deseaba. En los adolescentes es muy recurrente la idea del suicidio y es importante comprender que para ellos es una

expresión de insatisfacción e incluso una manera muy frecuente de demandar atención, que no se debe tomar a la ligera muchos de ellos realizan intentos de suicidio por lo que se conoce como ganancia secundaria. Esta se obtiene cuando los padres de forma inmediata se vuelven condescendientes con el joven a todo lo que el desea por temor que vuelva intentarlo, mientras que otros lo hacen con el sentimiento de desesperanza.

Muy frecuentemente se observó que muchas de las personas que asisten a la consulta al preguntarles cual es la razón por la que asisten a terapia, comentan que han sido sometidas a algún tipo de maltrato por parte de familiares políticos, y con mucha facilidad son capaces de expresar su enojo y sentimiento hacia las personas que los han rechazado ese fue el caso de una paciente de sexo femenino de 23 años de edad que fue rechazada por parte de sus familiares políticos en donde expresa “yo odio a mi suegra, la mamá de mi esposo”, “ojalá que nunca los vuelva a ver”, “por eso lo engañe porque yo se que eso es lo que más les duele a ellos”, a través de todas estas frases la paciente fue capaz de expresar su enojo, insatisfacción, resentimiento hacia sus familiares políticos, en este caso se utilizó el diálogo que ayuda a que ella identificara las razones por las que se sentía así, a largo la paciente fue capaz de disminuir el enojo que sentía y canalizarlo de una forma en la que pudo confrontar a sus familiares políticos en una charla familiar, la paciente refirió luego de esto lo siguiente “Que bien se siente decirle sus verdades a la gente en la cara”, “Yo nunca pensé que podría hablar de esa manera, y después sentirme bien”, la paciente logró expresar su insatisfacción, y reducir su ansiedad ante muchas conductas que la reprimieron durante un periodo prolongado de tiempo.

Otra de las razones por las que los adultos asistieron frecuentemente a la clínica fue porque fueron referidos por los médicos ya que ellos llegan a la clínica médica con “dolor de cabeza, fuerte”, “me duele el estómago, casi todos los días”, “siempre que me enojo, siento que me falta el aire, me mareo y a veces

hasta me desmayo”, esta serie de frases son las que le comentan al médico y luego de hacer una evaluación física y no encuentran algún motivo son referidos a psicología. Estos pacientes generalmente llegan a la clínica con actitud de desconfianza, desinteresados por el proceso, con ideas como “Yo no se ni que hago aquí”, “Usted es doctora”, estos pacientes pocas veces desean continuar el tratamiento, algunos casos que decidieron continuar con el tratamiento notaron que a través de dialogar sus problemas, expresar sus emociones, muchas veces recordar momentos traumáticos que sufrieron durante su infancia, les ayuda a sentirse mejor; continúan con el tratamiento y lo reconocen expresando “Ayuda mucho hablar de las cosas”, durante la terapia con personas que llegan a la clínica psicológica por síntomas físicos como los antes mencionados, se realizó la pregunta cuando le daban estos síntomas, la mayoría refirió que siempre que se enojaban, o que tenia problemas en casa, esto probablemente ligado a un pobre control de emociones, o reprimen muchas emociones o sentimientos en el momento en que sucede algún evento estresante, regularmente lo reflejan con síntomas físicos, y se logró asociarlo, los pacientes reconocen la relación que existe, e inician a realizar cambios de conducta para mejorar su situación por lo que muchos refirieron que “me siento mejor”, “ya no me duele la cabeza, yo siento que si me ha ayudado venir aquí”. Estas frases le dan valor a la labor psicológica dentro de la vida de las personas.

Durante el trabajo con niños se implementaron técnicas sobre terapia de juego para mejorar su calidad de vida algunas de estas se mencionan a continuación, primero al ingresar el niño a consulta se inicio con una presentación con el preguntándole su nombre, y de que forma le gusta que le llame, luego se presentó el terapeuta y por nombre, se le preguntaba si conocía la razón por la que el asistía a terapia a la que la mayoría respondía “no”, “mi mamá me trae”, esta pregunta da ventaja al terapeuta porque permite conocer la percepción del niño en relación a la terapia, se trabajó con todos primordialmente con la terapia de juego, y con algunos de edades entre 9 y 12

técnicas cognitivas, y con la mayoría también se implementaron técnicas conductuales que se describen detalladamente a continuación.

El motivo de consulta o la razón por la que un niño asiste a psicoterapia es por que los padres lo llevan, por lo que es muy importante una entrevista con el padre, madre o encargado del niño.

En la mayoría de casos refirieron en general conductas de rebeldía, bajo rendimiento escolar, problemas de conducta en casa o la escuela, niños desobedientes, o constantemente “no aprende”. En base a esta primera entrevista se pudo conocer la percepción de los adultos que viven con el niño cuando expresan “El es bueno pero viera que como le cuesta leer”, esta afirmación de “bueno” le da al niño un valor implícito que no depende del hecho de que sepa leer o no. Sin embargo en otros casos los padres o encargados refieren: “hay Dios a este no se le queda nada, yo ya no se que hacer con él”, esta expresión sin embargo muestra un evidente rechazo hacia el niño iniciando con el hecho que no se refieren a él por su nombre sino como “este” fue muy frecuente que dentro del tratamiento que se realizó con niños se involucró a los padres y encargados del mismo ya que ellos formaron parte importante del tratamiento. En muchos casos se observó la participación e interés por parte de los padres en la mejora del niño mientras que en otros el rechazo y mal trato hacia el niño se hizo evidente.

Este obviamente relacionado con la conducta inaceptada del niño dentro del hogar. Dentro de los casos que se trabajaron durante el desarrollo de EPS se identificó que con los niños en todos los casos las conductas “inaceptadas” fueron reforzadas en algún momento por una conducta de los padres, incluso en varios casos se identificó que los padres fueron quienes iniciaron la conducta no deseada. Por lo que se reconoce la importancia de llevar a cabo diversas sesiones con los padres para informarles del tratamiento que se está dando así como recomendarles implementar algunas técnicas asertivas para corregir. En

los niños se puede reducir ansiedad a través del juego, y durante el juego ellos son capaces de expresar su descontento como lo hizo una niña de 9 años al decir “me siento mal cuando mis papás se pelean”, cuando la niña expreso esto estaba jugando con la casita de muñecas y luego hizo una breve pausa y continuo jugando, no es muy fácil expresar lo que siente de forma abierta muchas veces porque los mismo adultos lo reprimen esto es muy frecuente en los hogares guatemaltecos en donde los padres desvalorizan la opinión del niño, muchas veces juega un rol poco participante dentro de su familia.

En la dinámica del niño dentro de la terapia se observó que es muy útil resaltar sus aptitudes y habilidades que van demostrando a través **del juego**, es una herramienta muy útil en el proceso terapéutico ya que crea una gran oportunidad de acercarse al niño, se siente con la libertad de expresarse ocurrió que el niño está muy tranquilo jugando, prestando atención, y luego dejan un momento de selección y expresan: “mí mamá me pega siempre”, “a mi no me gusta ir a la casa de mi tío”, “yo soy fea y tonta porque mí mamá me lo dijo”, todas estas frases que expresa de rechazo permiten disminuir la carga emocional que tienen dentro del hogar y muchas veces dentro de la consulta se identificó el “ir al psicólogo” como una ventana en donde pueden respirar, expresar sin temor a represiones o represalias por parte de los padres.

A través del **diálogo** dentro de la clínica con los padres de los niños se identificó que ellos también necesitan de un proceso terapéutico ya que muchas veces ellos tienen problemas de pareja esto es muy frecuente entre los hogares guatemaltecos, los padres reflejan sus problemas en los niños esto se identificó porque algunas madres expresan “Ya me dí cuenta que cuando me peleo con él, me desquito con los nenes”, “él tiene todo lo de su papá y eso me cae mal”, esto refleja que la falta de comunicación de pareja afecta directamente a los niños, esto lo comentaban los padres dentro de la clínica.

Muchas veces los padres llegan a la clínica con la excusa de que el niño necesita ayuda, y son ellos quienes asisten a terapia, esto es un gran beneficio para el niño porque permite que se realice un trabajo mucho más completo y abordar la problemática de los padres, es muy importante porque ellos influyen directamente en la vida del niño.

Se implementaron **técnicas conductistas** con niños que presentaban problemas como rebeldía en donde los padres refieren “nunca me hace caso”, “no hace tareas”. Lo que se realizó en los casos que refieren este tipo de conductas fue trabajar las conductas a través de técnicas como “recompensa y castigo”, entonces antes de aplicar una recompensa o castigo se le explica al niño que es lo que debe realizar, o lo que no debe hacer, se le dice que va a suceder cuando él realice la acción no deseada, se pone a prueba por un período de tiempo significativo, durante todo ese tiempo no se debe aplicar la acción en el niño hasta reducir o eliminar la conducta no deseada, otra técnica que se utilizó frecuentemente es una llamada “llegando a la meta” en esta se realiza un cartel con el niño marcando los días que estará a prueba, y durante la noche al finalizar todas las actividades el padre y el niño evalúan y marcan con sellos positivos o negativos, al final debe haber un estímulo positivo por el que el niño debe trabajar para alcanzarlo, estas y muchas otras técnicas son muy útiles ya que observamos que muchos padres comentaron “ahora si se le ha visto mejoría”, “pues esta semana si me hizo caso”, “ahora ya casi no peleamos, porque es obediente”.

Las **técnicas de relajación** fueron muy útiles durante el periodo de EPS, ya que muchos pacientes llegan con estrés por las actividades diarias, entonces se aplicaron diversas, como lo fue la respiración, esta técnica le ofrece una gran ventaja a las personas porque es algo que puede hacer durante diversos momentos del día, estas fueron muy útiles sobre todo con las pacientes de sexo femenino que son amas de casa.

Se identificó que ellas dedican poco tiempo a relajarse o disfrutar de una actividad placentera, ya que algunas veces se les hizo la pregunta de “¿Realiza usted alguna actividad que usted disfrute?” a lo que algunas respondieron “hay seño si apenas queda tiempo para terminar de hacer el oficio”, “¿Cómo qué?”, “mmm, con estos niños apenas y queda tiempo para darse un buen baño”, a través de estas frases nos damos cuenta que las mujeres toman un rol de amas de casa. Se dedican todo el tiempo a trabajar en labores de casa, que las cansan, irritan o desesperan algunas veces esto porque en ningún momento del día se relajan.

Las técnicas implementadas fueron la respiración profunda que fue la que más aceptación tuvo entre ellas ya que es la que más tiempo da de realizar en cualquier momento del día. Otra técnica frecuentemente utilizada fue la de encontrar una actividad placentera para la paciente, y que se realizó con mayor frecuencia, luego también realizar actividades recreativas una vez a la semana, y por lo menos dedicarse de 15 a 10 minutos para descansar en el día. Es muy frecuente que los pacientes de sexo femenino disfruten actividades útiles para su apariencia personal, varias veces dentro de la clínica las pacientes refirieron: “Salí del salón y me sentí grande”, “así como cuando va a cortarse el pelo, uno se siente bonita”, a través de esta frase identificamos que las pacientes necesitan invertir mayor tiempo para ellas mismas, a través de estas actividades se sienten muy relajadas y satisfechas mejorando su autoestima

Las técnicas cognitivas también fueron utilizadas con los padres de los niños que asistieron a consulta externa en psicología, primordialmente porque ofrecen la ventaja de informar a los padres sobre los cambios que se van dando en el niño que son parte de desarrollo óptimo, sucedió frecuentemente que muchos padres no conocían el por que el niño realizaba ciertas conductas, por esta misma incomprensión o conocimiento, aplicaban correctivos erróneos al niño muchas veces reforzando la conducta no deseada.

La forma en la que se trabajó está técnica, se preguntó dentro de la entrevista a los encargados de los niños que consultan a la clínica, cuales son las conductas del niño a lo que ellos frecuentemente contesta: “no hacen caso”, “como corre en la casa”, “yo no sé porque se molesta”, todas estas frases fueron proporcionadas por los padres como una queja a lo que sucede en el hogar, entonces se le brindaron a los padres ciertas recomendaciones como preguntarles a los niños porque realizaban estas conductas, al hacer esto los mismos padres identificaron que algunas veces el niño no comprendía lo que el padre le pedía y por eso no lo realizaban, en el otro caso el niño tenía 5 años de edad, corría, jugaba con el objetivo de explorar, para aprender muchas cosas nuevas como el manejar su entorno, esto es muy frecuente, los padres manejan falsas ideas o pensamientos, de lo que un niño debe realizar, inician a prohibirles actitudes o conductas comunes y frecuentes para su edad, etapa, conductas que les ayudan a aprender, comprender y conocer nuevas cosas. De esta manera se le explicaba a los padres la importancia de lo que realizaban, los beneficios que le ofrece al niño, ventajas, etc.

Las **técnicas cognitivas** también se utilizaron dentro de la clínica con los adultos y adolescentes, frecuentemente el adolescente está confundido sobre los cambios que experimenta emocional y físicamente, por lo que es muy importante llegar a un punto de confianza en donde el se sienta con la libertad de expresar todas las inquietudes, dudas o preguntas que tiene, al llegar a esto es muy importante explicarles de forma breve y clara el por que de los cambios que sufre, la importancia que tienen en su desarrollo y lo normal que es, para que no manejen ningún tipo de culpa, miedo, dudas, rechazo hacia lo que les sucede.

Con el adulto frecuentemente sucede que no vincula las experiencias vividas en su infancia con las actitudes que tiene actualmente, por lo que a través de las sesiones se fue **reflejando y/o retroalimentando** con la información que el paciente proporciona a través de la terapia, con experiencias anteriores

que determinan muchas veces su disposición a reaccionar a situaciones actuales.

La **observación** fue una técnica primordial en el proceso de EPS, está fue utilizada en todos los subprogramas que se cubren pero particularmente en el de subprograma de servicio. Se utilizó en cada una de las sesiones que se trabajó con todos los pacientes, de la siguiente manera, en consulta con niños fue muy útil porque se observó la dinámica que tienen los padres con el niño, la forma en que se dirigen a ellos como el tono de voz, el tacto fue algo muy interesante e observar, ya que muchas veces los padres son agresivos en su forma de tocar al niño, el contacto visual entre el niño y el adulto que lo acompaña nos brinda mucha información de el trato hacia el niño, la conducta que el niño para con el padre o encargado, algo que frecuentemente sucedió en la clínica fue que la actitud del niño dentro de la clínica era muy distinta cuando los padres no estaban presentes, muchas veces el niño se reprime, su tono de voz es bajo, baja la mirada, moviendo constante de manos o pies, se nota nervioso, estos indicadores son increíblemente valiosos para el proceso, brindan mayor información, está es uno de los resultados más óptimos de la observación que permite obtener información que no se puede obtener a través de la historia clínica, o el diálogo dentro de la clínica, son los aspectos que la observación nos ofrece, en la clínica cuando el paciente relata un evento, su forma de vestir, su aspecto y diversos detalles que no hay que dejar de tomar en cuenta.

Otro instrumento útil en la clínica fue el **examen mental**, además de ser útil con los pacientes referidos dentro de la emergencia por los médicos, el examen mental es una manera muy organizada y sistemática de observaciones, que permitió registrar y evaluar muchas áreas de un individuo, dentro del examen que se utilizó dentro de la clínica se tomo en cuenta las siguientes áreas: estado de ánimo o emocional, funcionamiento en el momento de la observación y capacidad mental del paciente, para evaluar esto fue necesario tomar en cuenta las palabras del paciente, sus expresiones, tipo de lenguaje,

ideas, etc. Específicamente se concentró en observar, la apariencia de la persona, dentro de está se tomó en cuenta su higiene, la forma en que se viste esto si va acorde a su edad, la postura que es muy importante ya que nos da muchas pautas de su estado de ánimo, la expresión facial que va de la mano con la postura y la mirada.

El segundo aspecto a evaluar fue el sensorial este tomaba en cuenta cosas como la orientación temporal, espacial y de persona, con preguntas como ¿sabe dónde está?, ¿cuándo ingreso al hospital?, luego el pensamiento es algo muy importante que también se tomó en cuenta a lo largo de la conversación fueron aspectos como atención, orientación, coherencia, congruencia, memoria. Autocognición es área muy importante a evaluar, este brindó algunos indicadores de si el paciente es capaz de reconocer su estado de salud, observase así mismo en comprenderse a sí mismo.

Por último está el lenguaje y estado de ánimo, en el lenguaje se va evaluando a lo largo de la conversación es necesario que dentro de la evaluación se tome en cuenta aspectos del individuo como lo es nivel educativo cultura, situaciones de ambiente y socioeconómicas, esto permitirá que los datos obtenidos sean más confiables, ya que no existe un parámetro para cada individuo, El estado de ánimo es algo primordial en el examen mental esto depende mucho si el paciente será referido a consulta externa en el departamento, aquí observamos tres cosas los sentimientos vitales, como lo son el calor frío, apetito, palidez, el humor, y el afecto que es la expresión externa de la respuesta emocional así como alegría, enojo, cólera miedo, etc.

Los **test proyectivos** fueron utilizados dentro de la clínica, únicamente con los niños que asistieron a consulta, las pruebas utilizadas fueron el test de la figura humana, el test de la familia y el test de la casa.

Dentro del trabajo realizado en el subprograma de servicio se identificó a lo largo del EPS que la diversidad de personas que llegan a consulta en

psicología tiene diferentes motivos de consulta, por lo que se hizo necesario la documentación constante de otras bibliografías para entender, comprender y ahondar en temas en los que no se había trabajado con anterioridad, la ventaja que ofreció la documentación fue aquella en la que se facilitó la comprensión de cierto síntomas que refieren los pacientes, de esta manera el tratamiento aplicado tendría mayor validez para el individuo, es importante reconocer que como estudiantes - profesionales, es necesario estar constantemente en búsqueda de conocimiento a través de la documentación, búsqueda bibliográfica de otras fuentes.

A continuación se presenta algunos datos sobre la población atendida durante el ciclo de febrero a septiembre:

**Tabla No. 1**

**Población Atendida durante Febrero a Septiembre del ciclo 2006**

Mes	No. Primeras consulta	Reconsultas	Consultas emergencia	Total
Febrero	15	28	3	46
Marzo	19	21	2	42
Abril	15	17	2	34
Mayo	21	22	6	49
Junio	10	32	5	47
Julio	7	30	3	40
Agosto	5	30	3	38
Septiembre	8	25	2	35
TOTAL	100	205	26	331

Fuente: Ejercicio Profesionales Supervisado, Hospital Hermano Pedro de Betancourt, 2006.

**Tabla No. 2**

**Población Atendida según Sexo en Primera Consulta, durante el periodo de Febrero a Septiembre del ciclo 2006**

Sexo femenino	Sexo masculino	No Primeras consultas
79	21	100

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado, Hospital Hermano Pedro de Betancourt, 2006.

**Tabla No. 3**

**Población Atendida en Reconsulta según Sexo durante el periodo de Febrero a Septiembre del ciclo 2006**

Sexo femenino	Sexo masculino	Reconsultas
111	94	205

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado, Hospital Hermano Pedro de Betancourt, 2006.

**Tabla No. 4**

**Población Atendida según Sexo en Consultas en el Servicio de Emergencia, durante el periodo de Febrero a Septiembre del ciclo 2006**

Sexo femenino	Sexo masculino	Consultas Emergencia
19	7	26

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado, Hospital Hermano Pedro de Betancourt, 2006.

### 3.1.2 Subprograma de Docencia

En base a estos objetivos planteados se realizaron las siguientes actividades; inicialmente en la visita diagnóstica se realizaron varias reuniones con el jefe de departamento de psicología, primero para la organización, distribución de población, espacio y tareas diversas. Luego se realizaron ciertas entrevistas con la población que está en sala de espera en el área de consulta externa sobre que temas conocen de psicología, a lo que muchos dijeron que ninguno, en base a esto se realizó un listado de charlas que se realizarían una vez a la semana en ambos sectores de la consulta externa con el objetivo de informar a la población sobre el servicio de psicología, sus beneficios y ventajas.

También se realizaron una serie de talleres que estuvieron dirigidos a la población que está en el área de consulta externa, se organizó un taller sobre “manejando límites con nuestros hijos”, en donde se implementaron técnicas participativas con los padres, inicialmente se formó un grupo de padres que asistieron a consulta externa, el taller se realizó un día viernes en la clínica, se reacomodaron los muebles para crear mayor espacio, se invitó a todos los padres que acompañaban a los niños a consulta; se realizaron cuatro talleres en donde los temas fueron: Establecimiento de límites, Como identificar problemas de aprendizaje, Afecto para nuestros hijos y Comunicación familiar. Estos temas fueron elegidos ya que a través de las consultas en psicología se identificó que es lo que frecuentemente sucede entre familiares, la invitación fue a cada uno de los padres, se notó que hubo poca aceptación por parte de los padres ya que fueron únicamente un promedio de cinco por taller, esto se dificultó ya que por los horarios no asistieron muchos, dentro de los beneficios que se obtuvo a través del taller “Estableciendo límites” podemos mencionar que los padres fueron capaces de identificar las situaciones y experiencias de cada uno de ellos, esto les permitió participar más dentro del taller, ofrecer sus propias alternativas las ventajas que obtienen de cada una de las formas que implementan en casa. Algo muy curioso sucedió en el taller “Problemas de

aprendizaje” muchas madres llegaron con el diagnóstico que sus hijos tiene problemas de aprendizaje, al darse la explicación sobre lo que es en realidad un problema de aprendizaje, ellas fueron capaces de encontrar e identificar las maneras en que el niño puede aprender mejor, y lo curioso de esto fue que una de las madres al poco tiempo, comento “hable con la maestra de mi hijo, y le expliqué que es un problema de aprendizaje” esto es una forma en la que se disminuyó la ansiedad en la madre, ya que ella misma integró los conocimientos dentro de sus actividades, transmitió la información a la maestra generando un cambio de conducta en ella. En el tercer taller se implementaron técnicas de expresión de afecto con los padres y niños, se realizó una actividad que permitió identificar como se sintieron los padres abrazando y acariciando a sus hijos, en esta dinámica se identificó que a muchos padres les dificulta el demostrarle afecto a sus hijos dentro de esto ellos expresaron “es raro hacer cosas así”, esto lo expreso un hombre “ a mí me enseñaron que lo de las caricias y esas cosas son las mujeres las que lo hacen”, esta frase fue muy significativa, se observó en este taller que las madres no tuvieron ninguna dificultad de dar afecto, es más disfrutaron el hecho de hacerlo, ellas refieren que muchas veces es uno de los momentos más agradables del día, algo muy importante que se obtuvo de este taller fue que una madre expresó “cuando le digo a mis hijos que los quiero, hasta los miro más tranquilos”, esto fue muy importante para el cierre del taller porque el resto de padres que asistieron dedujeron que el darle afecto a los niño mejora la respuesta, actitud y conducta de los niños en casa. El cuarto taller fue el de comunicación familiar en donde se trabajaron técnicas para padres, se encontraron formas de transmitir información entre ellos de forma cordial, de manera que permita una buena interacción entre los miembros de la familia, se identificó que muchas veces los padres no se dirigen a los niños con respeto y esto provoca en los niños una reacción violenta que después los padres resienten, se implementaron técnicas como “juego de roles” en donde los padres actúan como los hijos actúan, en base a esto los demás padres comentan, se ponen de acuerdo sobre otras

formas de comunicarse con los niños, el hecho que entre los mismos padres fueron capaces de encontrar soluciones o alternativas tiene un gran valor porque ellos mismos analizaron las situaciones de los otros padres, entre ellos estas soluciones tienen mayor aceptación.

El apoyo a la charla del grupo de adulto mayor , se dio una vez a la semana durante tres meses, en donde se impartieron charlas con la epesista encargada del grupo de adulto mayor, durante los primeros tres meses se impartieron charlas con temas sobre depresión, cambios en el adulto mayor, ansiedad, salud integral entre otros, durante esta charla se realizaron diversos diálogos en donde se exponía un tema de forma muy breve, luego se daba paso a la participación de las personas que la escuchaban, se permitió que ellos hablaran de sus experiencias propias, esto tuvo mucha aceptación entre el adulto ya que ellos expresaron lo que sintieron en relación a lo que se hablo durante la charla, es importante mencionar que muchas veces la mejor manera de evaluar si la transmisión de información dentro la charla fue buena, es permitir a los participantes expresar lo que entienden, que lo lleven a un nivel muy personal dentro de lo que refiere.

Durante el desarrollo de EPS se llevaron a cabo diversas platicas, charlas con los médicos que estuvieron en los diferentes servicios del hospital, con el objetivo primero de conocer la perspectiva que manejan los médicos en relación con el trabajo que se realizó dentro del hospital, así como para informarles de las diferentes actividades que se iban realizando, así también para promocionar la labor del psicólogo.

Frecuentemente los médicos desvalorizan la labor del psicólogo a través de este diálogo se pudo informar al médico de las ventajas de nuestro trabajo así como la importancia del mismo, se obtuvo una buena participación por parte de la mayoría de médicos mientras que por otros fue muy cortante, distante su actitud, el tener estas charlas con ellos nos dio la oportunidad de conocer los

temas, inquietudes que tienen los médicos en relación a la labor psicológica, a través de esto durante le mes de agosto se realizaron unas serie de charlas que llevaron por titulo “importancia del psicólogo en el ámbito hospitalario”,

Las charlas fueron dos, impartidas por profesionales de la escuela, la primera fue sobre “la sexogenitalidad del individuo”, el tema fue elegido en base a las sugerencias que los médicos de los diferentes servicios del hospital realizaron, por lo que se contactó a un especialista en el tema, que fue quien impartió este tema, dentro del hospital, al final de la charla varias enfermeras agradecieron y tomaron en cuenta la importancia de abordar este tema desde una perspectiva psicológica y no únicamente biológica. La segunda charla fue “Técnicas para abordar emocionalmente al paciente hospitalizado”, este tema fue muy importante porque muchas veces el médico observa a los pacientes únicamente como objetos de estudio y no seres humanos, el objetivo de la charla fue dar a conocer, sensibilidad, abordar al personal médico en relación al trato que le brinda a los pacientes que asisten al hospital, esto se tomó en base a muchas de las referencias que realizaron los pacientes dentro de la consulta, constantemente se escuchaba expresiones como “el Dr. No me explicó que tenía, solo me dijo que me tomara la medicina”, “los médicos a veces no son amables, y a uno le da pena preguntarles”.

Estás charlas también dieron como resultado el tener contacto con todos los médicos a través de informarles sobre temas que son de importancia para ellos, que pueden aplicar durante su practica. Al final de ambas charlas los médicos se mostraron muy satisfechos con la forma de abordar ambos temas, comentaron que era necesario que se realizaran más charlas y platicas de está manera. Así también para realizar estás actividades se organizó una forma de recolectar dinero que fue a través de rifas que se realizaron en la consulta externa de donde asisten los pacientes, a través de estás se obtuvieron los fondos para realizar las charlas durante dos días.

Los fondos fueron utilizados para costear refacciones que se dieron durante esos días, material didáctico que se le entregó a los participantes, proporcionar los recursos necesarios a los conferencistas para llevar a cabo la charla, se realizaron las charlas durante dos meses una vez a la semana.

Cada quince días durante los primeros cuatro meses se realizaron reuniones con el jefe de Departamento a cargo de Psicología, en donde se hacía una discusión sobre las labores realizadas durante el mes, además se hizo entrega mensual de informe de labores realizadas el informe, detallaba cuantos pacientes se había atendido en el transcurso de mes, en cada de uno de los servicios cubiertos, detalla la cantidad de pacientes que se atendieron por primera vez, la cantidad de reconsultas, detallando los rangos de edad de cada paciente, la actividades grupales, cantidad de pacientes que asistieron, y actividades extras. Quien estuvo a cargo del departamento durante los primeros meses implementaba temas para documentar a las epesistas, se trabajó el tema psicoterapia de grupo, técnicas de relajación, discusión de casos interesantes, como la descripción del cuadro clínico de una paciente que sufre de estrés post-traumático, parámetros de la terapia de grupo, todas estas actividades fueron de gran apoyo, para continuar con el abordamiento de los pacientes. También de forma informal se abordó al Jefe de Departamento para comentarle de algunas dificultades que se tuvieron en un momento dado con el personal administrativo de la población, en relación a esto la jefa de departamento se mostró muy comprensiva en relación a esto, proporcionó diversas opiniones útiles para solucionar la problemática.

En el primer mes de EPS se realizaron parámetros sobre como se trabajó la papelería dentro del Hospital inicialmente se llenaba una hoja predeterminada en rangos de edad, esta papelería la ofreció el hospital, luego se llenaba una hoja de evolución en donde se detallaba los datos importantes elaborados durante la sesión, por lo que se realizó una reunión para establecer que es lo

que se debía registrar en la papelería establecida, luego se abordó la forma de diagnosticar, en relación al CIE-10 <sup>16</sup>

Durante todo el Ejercicio Profesional Supervisado se realizó una documentación constante en donde se consultaron diversas fuentes para abordar las charlas que fueron impartidas al grupo de adulto mayor, las charlas dirigidas a la población de consulta externa, la que se realizó para los talleres que se impartieron durante el EPS, individualmente abordar algunos de los motivos de consulta de los pacientes todo con el objetivo de ofrecer información certera y comprender mejor cada una de las necesidades de la población, para abordarla de la forma más profesional posible.

A Continuación se presentan algunos datos sobre la Población atendida en cada una de las actividades de docencia del ciclo de febrero a septiembre 2006, dentro del Hospital Nacional Pedro Betancourt.

**Tabla No.1**

**Talleres dirigidos a personas que asisten al Departamento psicología de consulta externa**

Taller	Femenino	Másculino	Total
Manejando Limites con nuestros hijos	3	3	6
Problemas de aprendizaje	6	1	7
Afecto para nuestros hijos	7	2	9
Comunicación Familiar	9	0	9

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado, Hospital Pedro de Betancourt, Ciclo 2006

<sup>16</sup> décima versión de la **Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud**

Tabla No. 2

Charlas impartidas a las personas en sala de Espera de Consulta Externa

Mes	Femenino	Masculino	Total
Febrero	129	83	212
Marzo	146	122	268
Abril	107	66	173
Mayo	198	166	364
Junio	143	102	245
Julio	60	23	83
Agosto	43	28	71
Septiembre	97	53	150
<b>TOTAL</b>	<b>923</b>	<b>643</b>	<b>1566</b>

Fuente: Ejercicio Profesional Supervisado, Hospital Pedro de Betancourt, Ciclo  
2006

### 3. 3 Subprograma de Investigación

Durante el desarrollo de Ejercicio Profesional Supervisado se identificó que la mayoría de pacientes que asisten a la consulta de psicología han experimentado algún tipo de patrón violento durante la infancia, en los niños se pudo identificar que muchos de los padres aplicaban patrones violentos hacia los niños y durante la entrevista se identificó que muchos de los padres también fueron expuestos algún patrón violento dentro del hogar, en base a esta observación se determinó investigar sobre como los patrones violentos son utilizados de generación en generación, para conocer a fondo este tema, se decidió realizar una investigación cualitativa en donde se pretende describir en base a los testimonios y frases significativas de los pacientes brindadas dentro de la clínica el tipo de impacto que pudo causar en ellos.

Al inicio del Ejercicio Profesional Supervisado se planteó el objetivo de brindar psicoterapia a las personas que lo solicitaron dentro del programa de servicio, a través de este se brindo terapia a personas que asistieron a la clínica por diferentes motivos de consulta, al identificar dentro de la terapia que la persona en tratamiento había sido victimizada con algún patrón violento durante la infancia, utilizaba patrones violentos para corregir a sus hijos, relata momentos traumáticos ligados algún patrón violento, se seleccionaba para utilizar su testimonio como análisis para desarrollo de la investigación.

Se tomó en cuenta a 10 personas para la realización de la investigación, en donde se tomó los siguientes testimonios como significativos para identificar el patrón de crianza y efecto que este pudo tener en el paciente, a continuación se describe uno a uno con fecha en la que fue registrado y hora:

**Caso no. 1:** Mujer de 22 años de edad casada, con una hija refiere:

“Cuando yo era chiquita mi mamá nos regañaba y gritaba, Dios guarde que fuéramos a la calle sin permiso o hiciéramos algo malo porque nos molía a

palos, yo me acuerdo re bien que salíamos a traer la masa, porque mi mamá se iba a lavar si cuando ella no regresaba no estaba lista la masa nos pegaba, es triste mirar atrás y ver que hay pocos momentos en los que uno puede recordar bonitas cosas, ahora que tengo a mi hija pienso, como viera que ella es bien inquieta, eso si es inteligente no se lo quito pero como molesta me pongo a pensar que no la trato como me trataba mi mamá a nosotras, pero en fin...” (31 enero 2006, 8.00 a.m.)

“yo me siento triste (con llanto), a veces me cuesta dormir solo de pensar que mi mamá no nos quería, no solo mi papá se fue y nos dejó, yo entiendo que debió ser difícil para mi mamá, pero nosotras no tenemos la culpa, a veces nos vamos para que la nena este un rato con su abuela, y miro como trata a la nena con cariño y siento celos ojalá así nos hubiera tratado a nosotras” (07 febrero 2006, 8.00 a.m. )

“Ayer me enojé con mi esposo porque él quiere llevar a la nena a una iglesia evangélica, y yo soy testigo yo no quiero que la nena se confunda y quiero que aprenda mi religión, pero no se lo he dicho porque sino nos vamos a pelear, pero me enojé porque ella vino y aplaudió en la iglesia eso me molestó y la regañe, también me enojé con la nena, porque a veces me enojo con ella así, siento que no la soporto, una vez me sentí bien mal porque la agarre bien duro y le deje su brazo moradito” (14 de febrero 2006, 8.00 a.m.)

“últimamente me he sentido mejor porque me alegra saber que puedo venir aquí y platicar lo que me pasa, a veces es difícil porque me pongo a pensar más en cuando yo era pequeña y me pongo triste pero estoy segura que es mejor recordarme que intentar olvidarlo porque la verdad es que no he podido, a veces estoy con mi hija y me pongo a pensar si estoy haciendo lo mismo que mi mamá hizo con nosotras, entonces allí es donde pienso que mi oportunidad de no repetirlo es viniendo acá”. (24 de abril 2006, 9.00 a.m.)

Con esta persona se tuvieron 9 sesiones de las cuales se obtuvieron los testimonios anteriormente descritos, la persona dejó de asistir por lo que no se pudo completar el proceso.

**Caso No. 2:** Los siguientes testimonios fueron tomados de una niña de 8 años de edad, reside con su madre, padrastro y tres hermanos menores, asistió acompañada de la madre todo el tiempo, se atendió a la madre también como parte complementaria del proceso terapéutico de la niña, a lo largo de diferentes sesiones se identificó que era necesario que la madre tuviera terapia de manera individual ya que ella era víctima de abuso físico, psicológico y sexual por parte de la pareja, el padrastro de la niña también abusó psicológicamente y físicamente a través de golpes, gritos, amenazas. Se realizó una evaluación al hermano mayor de la niña quien presentó diversas conductas agresivas dentro de la clínica, ellos tuvieron un total de 12 sesiones la niña y la madre 10, suspendieron el tratamiento ya que se les dificultó el acceso al hospital por falta de recursos económicos para el transporte. Durante esas doce sesiones se escogieron los siguientes testimonios, dentro de la clínica y con el consentimiento de la paciente:

“Yo me siento muy mal porque mi papá a veces se enoja con mi mamá, le grita y le pega, mis hermanos y yo nos escondemos para que mi mamá no se sienta mal, pero ayer mi papá le pegó a mi mamá y el Jonatan (hermano menor), se metió y mi papá lo empujó mi mamá se puso a llorar y le dijo a mi hermano que ya no se metiera”, (02 de febrero 2006, 8.30 a.m.)

“Hoy estoy contenta porque mi mamá dice que mi papá ya no nos va pegar porque el si nos quiere no como dice mi abuela, pero mi abuelita me pregunta cuando es que mi mamá nos pega y yo le dije que el solo nos pega cuando nos portamos mal, pero yo ya le dije a mi mamá que no se porte mal para que mi papá no nos pegue...” (21 febrero 2006, 9.00 a.m.)

La niña entró a la clínica se sentó y al preguntarle como estás respondió con lagrimas “me siento triste, tengo mucho miedo, usted ayúdeme por favor mi papá me dijo que si perdía una clase me iba a sacar de la escuela, dijo que ya no me va dar dinero para mis cuadernos, mi mamá me dijo que por eso yo tenía que estudiar, yo no quiero que me saque...”, (28 febrero 2006, 8.00 a.m.)

**Caso No. 3:** Entrevistas realizadas con la madre se obtuvieron los siguientes testimonios:

“ Pues la nena es bien inteligente, me ayuda bastante en la casa es muy tranquila en la escuela pues no tengo problema porque ella es bien obediente, además cuida a su hermanito, pero si hay un problema es que viera que no se lleva bien con el papá, bueno el no es su papá es su padrastro, ella es la única que no es hija de el, viera que ese como es un problema para mi porque yo miro que el como que no muy... con ella es diferente viera con la otra nena ja!!! Con ella viera como la quiere en cambio con la nena es bien diferente...” (14 de marzo 2006, 8.00 a.m.)

En una de las sesiones se le preguntó como era la relación con su pareja a lo que ella respondió “pues mala no es lo que pasa es que a veces él se enoja”, se le preguntó si alguna vez le ha pegado “pues si la verdad es que si, me pega hace ya unos cuatro años, pero yo trato de hacer lo que él quiere y pues no, él no comprende...”, con llanto la señora refiere: “ yo ya no se que hacer me preguntó que van a pensar mis hijas cuando sean grandes pero si se van a buscar un marido así que las trate mal, que hace dos semanas que me enfermé y pues fui con la doctora y ella me dijo que lo que tengo es una infección vaginal y me recetó una medicina pero mire está es la fecha y no la he podido comprar porque no me alcanza el dinero, y él no me da, yo le digo y el que hace nada, me dice que mire como le haga porque el no tiene dinero, hasta me dijo si te morís mejor para mi así me consigo una mujer que no sea tan haragana y quejona como vos...” (25 de abril 2006, 9.00 a.m.)

En una de las sesiones la señora se presentó con sus cuatro hijos refirió que no había sido posible encontrar a alguien que le cuidara a sus hijos, la señora se observó muy mal por lo que se le recomendó que pasara al médico, mientras los niños asistieron a terapia, se identificó que hay mucha negligencia por parte de la pareja ya que la señora refirió lo siguiente: “ seño disculpe la tardanza pero es que desde hace dos días que me siento mal y hoy que veníamos en la camioneta me sentí mal y pues me tuve que sentar un ratito y con decirle que por poco se me cae el bebé, pero yo ya le había dicho a mi marido que él se quedara con los nenes hoy porque tenía cita, además yo le enseñé el carne y todo y el nada que me ayude, ahorita se quedo en la casa durmiendo, además tengo que dejarle su comida porque si no se enoja...” (02 de mayo 2006, 8.30 a.m.)

“Anoche estaba en la casa pero ya estaba cansada y en eso llego mi esposo y pues él quería que nos acostáramos así usted sabe hacer el amor, pero yo la verdad no tenía ganas, porque después de todo lo que él hace que ganas le van a dar a uno de estar con él, ninguna no cree?.. total es que se enojó y me empezó a decir frígida y cosas así y la verdad yo no se porque se porta así al final terminé accediendo la verdad, es que hasta me dolió...”, Se le preguntó si alguna vez el esposo la había forzado a tener relaciones sexuales y ella contesto con llanto: “ la verdad es que si y no solo una vez si no varias, por eso mejor ahora le digo que si porque me da miedo que mis hijas se den cuenta o que mi hijo mire..”. (23 de mayo 2006, 9.30 a.m.)

**Caso No. 4:** Los siguientes testimonios fueron tomados de una mujer de 27 años de edad refiere haber sido victima de abuso sexual por parte de un hermano mayor, a la edad de 12, ella asistió únicamente a 6 sesiones terapéuticas al hospital de las cuales se obtuvieron los siguientes testimonios:

“Bueno yo vengo aquí a psicología porque tengo problemas con mi esposo y su familia, ellos no me quieren y pues me han hecho y dicho muchas cosas que la verdad me dolieron mucho, además mi esposo pues se puso del lado de ellos y eso me molestó bastante por eso es que yo ahora ando con otro muchacho, por herirlo a el, para que se de cuenta que sí me puedo ir con otro hombre que me quiera... (Expresó con llanto) La verdad es que me sentí mal porque cuando yo era pequeña mi hermano me violó... y pues yo si se lo conté a mi mamá ella no me creyó en ese entonces me dijo que yo era una sometida y que él nunca me haría algo así, ahora me acuerdo a cada rato como mi mamá no me apoyó igual que mi esposo ahora,...” (03 de febrero 2006, 10.15 a.m.)

“Pues ahora me siento mejor, siento que puedo decirle las cosas a mi mamá, porque a mí me dolió que ella pensara que yo me había inventado lo de mi hermano, platico con mi hermana más también y le conté lo que pasó, ella me contó que mi hermano la tocaba cuando era chiquita y que un día mi mamá lo encontró y ella no hizo nada, imagínese lo que sentí yo de saber eso, sabe que ahora las dos nos ponemos a platicar y nos damos cuenta que mi mamá fue la que falló no nostras, porque uno de pequeño cree que es culpa de uno, pero no así no es, mi mamá tenía que habernos cuidado y defendido de mi hermano, viera que nosotras nos apoyamos más, se siente bonito poder contar con alguien que la escuche, además ella me ha apoyado bastante ahora con lo de mi esposo,...” (13 de febrero 2006, 10.00 a.m.)

“Pues sabe yo no me arrepiento de lo que le hice a mi esposo porque al final de cuentas él se lo buscó, yo mejor lo dejo porque el pues no me dio mi lugar, ya sea que otra persona me lo de o no, estoy mejor sola que con él me voy con mi hijo que al final es el único que me importa, yo he aprendido mucho últimamente viniendo aquí me doy cuenta que uno tiene su valor y si no se lo da uno quién?, si mi mamá que era mi mamá no le importó menos le va importa a otra persona, pero ahora ya no me siento mal ya aprendí que yo si puedo está bien por mi cuenta y que no necesito más que mi trabajo y voluntad para salir

adelante y sacar mi hijo adelante, y pues me siento más tranquila...” (09 de marzo 2006, 10.00 a.m.)

**Caso No. 5:** Testimonios descritos a continuación son de un hombre de 23 años que asistió durante cinco meses de manera constante, él refiere que fue miembro de maras, abuso de alcohol y drogas, tiene un hijo de 3 años de edad, asistió durante 14 sesiones puntual y constante a través de esto se registro la siguiente información:

Está fue la primera cita del paciente, quien fue referido “pues yo vengo porque yo era miembro de maras, y pues ahora tengo ya nueve meses de haberme salido y tengo siete meses de no tomar alcohol o drogarme, la verdad es que yo lo hago por mi hijo (con llanto expreso) porque yo lo abandone dos años y pues quien me lo cuidaba era mi mamá, ella fue la que me lo vio desde chiquito y pues si el se enfermaba ella me lo cuidaba, porque mi pareja nos dejo hace dos años y medio y pues la verdad yo estuve viendo con el Lic. y platicábamos de cómo me sentía yo, pues ahora vamos a ver que tal”. Se le pregunto como se inicio él en las maras y respondió “yo empecé de 16 años uno empieza tomando y fumando, en el colegio y todo eso, pero yo poco a poco me fui metiendo más y más, empezamos a robar así a la gente que iba pasando nunca con pistola siempre con cuchillo, y ahora que lo pienso le doy gracias a Dios que nunca mate a nadie porque sino quien sabe como estaría, en fin la verdad es que en mi casa nunca me sentí bien, yo soy el tercero de cuatro hombres y pues como mi papá nos abandono, mis hermanos se hicieron cargo de mi pero ay Dios esos si que me daban unas buenas, me pateaban, hubo una vez que me estrelló mi hermano en la pared yo me acuerdo que me sangraba la nariz y ellos como que si nada, yo se que pues yo no fui un buen hijo y me arrepiento ahora que lo pienso me siento mal, pero siempre me he preguntado porque ellos nunca pudieron hablarle a uno con cariño o cosas así...” (07 de febrero 2006, 8.00 a.m.)

En la segunda cita se le preguntó como se ha sentido a lo que respondió “pues me he sentido bien, me siento bien viniendo aquí y pues poder hablar de esto y ponerse a llorar sin temor a que alguien lo mire o burle de uno, porque esa era una de las cosas de mi casa que uno no podía llorar porque ya era hueco, me acuerdo que una vez con uno de los amigos estábamos tomando en la noche y el me dijo vos tus hermanos te van a pegar si llegas tarde y ya a uno no le importa porque ya sabe, que todo es golpes, por un tiempo mi hermano me pegaba duro bien duro, y no lloraba, el decía llora, llora, pero yo no lloraba, así varias veces, mi hermano me golpeaba duro enfrente de mi mamá, o me gritaba y a mi no me importaba yo seguía igual robaba, para comprar drogas, habían días que me desaparecía y nadie sabía nada de mi en mi casa....” (16 de febrero 2006, 8.00 a.m.)

“Cuando tenía 21 me fui a vivir con una persona la mamá de mi hijo, ella también era drogadicta yo le doy gracias a Dios que el nene haya salido bien pues, sanito porque cuando ella estuvo embarazada nosotros nos drogábamos juntos, (con llanto expresó) pues le doy muchas gracias a Dios porque el nene pudo haber nacido malito pero no, hay tantas cosas que nosotros pasamos y pues el nene no tenía la culpa, cuando él tenía 6 meses ella fue a mi casa y se lo fue a dejar a mi mamá y le dijo que ella se iba y que no quería al niño, yo recuerdo que ese día yo llegué a donde vivíamos con un ramo de rosas porque era su cumpleaños un pastel y cuando entré a la casa ella ya no estaba y solo me había dejado un papel que decía el “bebe está en la casa de tu mamá” y pues como yo no podía pagar solo el alquiler me fui a vivir con mi mamá, allí fue donde me drogaba más y mi mamá se ponía a llorar y me rogaba que ya no lo hiciera por el nene, nunca me importó, hasta que un día yo estaba en la banqueta de la casa sentado y mi mamá estaba llorando porque el nene estaba bien enfermo, ella se lo llevó al hospital, pensamos que se iba a morir, ese día yo le pedí a mi mamá que me perdonara llorando y pues desde entonces no he tomado ni drogado..” (23 febrero 2006, 8.00 a.m.)

“Yo me pongo a pensar muchas veces que hubiera sido de mi hijo si yo siguiera como antes, y ahora me arrepiento de todo el tiempo que he perdido por no estar con el duele mucho, darse cuenta que uno ha fallado como padre y que eso no va cambiar yo solo le pido a Dios que me ilumine para seguir delante de la forma correcta, porque al final de cuentas quien paga las consecuencias de mis acciones es mi hijo, algunas veces me recuerdo cuando el era pequeño como todos los bebes lloran verdad, yo lo agarraba duro y lo movía sin cariño a veces le gritaba, o me drogaba cuando estábamos solos, como no le paso algo en ese tiempo y yo ni cuenta me hubiera dado porque me quedaba tirado inconciente.” (09 de marzo 2006, 8.00 a.m.)

**Caso No.6:** Los siguientes testimonios se tomaron de un niño de 8 años de edad acompañado de su tía, quien refiere que el niño es víctima de abuso físico por parte de la madre pero que la madre no desea asistir a psicología, el niño asistió únicamente a cuatro citas en las que relato:

“Cada vez que me porto mal, mi mamá me pega duro, un día me rompió el palo de la escoba en la espalda, ella siempre me pega duro y yo le digo que me voy a portar mejor para que no me pegue pero siempre me porto mal” (03 de marzo, 8.00 a.m.)

“Estoy enojado por eso no le hago caso a mi mamá, porque ella es mala y no me quiere, solo mi tía me quiere ella no me pega y me ayuda hacer mis deberes ayer le conté a mi tía, que un niño en la escuela me jalo el pelo y yo vine le pegue, y ella no me regaño solo me dijo que no estaba bien pelear, y por eso ya no voy a pelear” (09 marzo 2006, 8.30 a.m.)

“Ayer me pegó mi mamá porque no quise ayudarle a barrer pero no me importa de todas maneras yo no le voy ayudar porque ella es mala, por eso solo me voy con mi tía, ella si me cuida y no deja que mi mamá me pegue, mi mamá me dijo que ya no voy a venir pero yo quiero seguir viniendo seño, si ya no

vengo le voy a dar una foto mía para que se acuerde de mí si...” (28 de marzo 2006, 8.00 a.m.) Esa fue la última fecha en la que el niño asistió a terapia.

**Caso no. 7:** Testimonio de una niña de 8 años de edad que asistió una vez al mes durante 7 meses, la madre refiere que la niña tiene bajo rendimiento escolar, hija de padres separados, la niña aun mantiene contacto con el padre, la madre se muestra sobreprotectora durante las sesiones la niña relató:

“Yo me siento mal, mi papá no me quiere y tiene otra mujer mi mamá dice que no es cierto pero sí porque yo lo he visto con otra señora y dos niños, mi papá dice que ellos son mis hermanos pero no es cierto esos no son mi hermanos” (10 de marzo 2006, 8.00 a.m.)

La niña relató con mucha seriedad lo siguiente “pues he estado muy bien la verdad, ayer mi mamá se peleó con un mi tío, porque el agarró un dinero de ella, vino yo y le dije mira “mamá deja de estar peleando toma los cien quetzales, cállate la boca, anda a comprar pollo campero y comes” porque ella no tiene porque estar pelando con él...” luego se decidió realizar una entrevista con la madre y al preguntarle como ha estado la madre refirió: “yo he estado muy bien es la nena la que no hace caso ayer me agarro cien quetzales de donde guardo el dinero, cuando le pregunté me dijo que ella no había agarrado nada pero yo se los encontré en el bolsón, le conté a mi hermano, él le preguntó y ella le dijo que no los había agarrado, le volvió a preguntar después le dijo que sí que ella los había agarrado para comprar pollo campero” (31 de marzo 2006, 8.00 a.m.)

Durante la tercera sesión la niña se presentó llorando y relató “mi papá me prometió que iba a llevarme a la escuela y hoy me dijo que no me va a llevar, yo me siento triste, porque me hace esto, el no me quiere, yo quiero que usted me ayude que me diga que tengo que hacer.” De nuevo se entrevistó a la madre quien refirió que el padre llegó la noche anterior de visita, que la niña no quería que él durmiera con la madre en la misma cama así que ella se acostó en la

cama, después ellos negociaron el que si la niña la dormía en su cama, el padre la llevaría a la escuela el siguiente día después de la terapia, la niña accedió, por la mañana el padre se levanto muy temprano, no se despidió de la niña. Después que la madre relató esto le pregunté si esto sucedía frecuentemente a lo que la madre respondió “Pues él llegará una o dos veces por semana nunca avisa cuando va llegar solo llega ella se pone bien contenta”. Luego se le preguntó como era el carácter de la niña después de ver al padre y la madre contestó “pues viera que allí si se porta bien uno o dos días después quien la aguanta”, (15 mayo 2006, 8.00 a.m.)

**Caso No. 8:** Este testimonio es de una mujer de 27 años de edad casada con tres hijos, que asistió a la clínica durante seis meses una vez al mes, refirió que tenía fuertes dolores de cabeza, algunas veces se sentía mareada, que el médico le realizó diversos estudios y no encontró ninguna causa por lo que le recomendó que asistiera a psicología durante ese proceso refirió lo siguiente:

“yo vine porque el dr. Me dijo que viniera, a mi me dan fuertes dolores de cabeza, me han hecho exámenes y pues no encuentran nada, yo estoy bien asustada porque talvez es algo grave” luego se le pidió que hablara un poco de ella a lo que contesto: “pues yo tengo dos hijos y vivo con mi esposo vivimos en una aldea, pues yo le doy gracias a Dios que mi marido es bueno el me apoya y pues me dice que si a casi todo, ahorita vivimos solo nosotros, lo único malo pues es que vivimos cerca de la familia de él, pues ellos se meten en todo, el a veces les hace caso, pues un día me pegó bueno me pateo porque la hermana le dijo cosas de mí, por eso digo yo que vengo aquí” (17 de marzo 2006, 8.00 a.m.)

“Yo he querido decirle algo desde hace bastante tiempo pero no he podido, a mí me gusta otro muchacho que no es mi esposo, nada ha pasado entre nosotros porque yo respeto a mi esposo pero a veces bajo al salón de baile los domingos y me lo encuentro yo siento que mi corazón palpita rápido, y me siento bien feliz, a veces comparo a mi esposo y cosas de él que no me

gustan, por ejemplo él a veces se enoja de la nada, no hace nada en la casa llega a la casa y quiere que este con él, a veces el mira pornografía en la TV. y después quiere que nosotros lo hagamos, a mí eso no me gusta porque esas cosas no son buenas para mí, un día se enojó porque no quise hacerlo como el quería pero lo que pasó es que a mí me duele y a veces sangro mucho pero eso a el no le importa, después si no estoy con él se enoja y empieza a decirle a los nenes es que esa tu mamá no sirve para nada, no le hagas caso cuando te dice algo, o no me quiere dar mi gasto cabal y pues eso no está bien porque él no debería de meter a los nenes en eso.” (28 de marzo 10.00 a.m.)

“Pues en la casa las cosas han estado mejor mi esposo se está portando re bien, no hemos tenido problemas pero ya me dí cuenta que cuando nos peleamos es cuando me duele la cabeza, ahora ya no peleamos y pues no me ha dolido la cabeza, lo que me preocupa un poco es mí nena, ahorita tiene problemas en la escuela y pues como yo no se leer ni escribir no le puedo ayudar entonces hay que esperarlo a el para que le ayude con las tareas y a veces él le dice sos igual de burra que tu mamá, quieres ser igual que ella que no sabe leer ni escribir pone atención, yo no estoy de acuerdo que le diga así porque la hace sentir mal.” (27 de abril 2006, 10.00 a.m.)

“ Ayer fui a la SOSEP, donde me dijo que fuera si el me volvía a pegar porque nos peleamos, me pegó y la nena vió, yo no quiero que mi hija vea como su papá me pega así que en la mañana me fui y la seño que estaba allí bien amable me atendió me tomo una foto del moretón que él me dejó y me explicó que no me tengo que ir de la casa y si me voy el tiene que pagarme un lugar, me explicó más cosas, y dijo que ella podría entablar una demanda de divorcio, pero me aconsejó que intentara arreglar las cosas pero que no dejara que me pegara otra vez, porque si no entonces si mejor me separo. Me siento triste por los nenes porque ellos lloran y lo quieren, pero yo ya no lo quiero pero lo puedo volver intentar por ellos.” (09 de mayo 2006, 10.00 a.m.)

“Pues todo ha estado más o menos bien, mi esposo cambio bastante y pues poco a poco vamos, está poniendo de su parte y yo también, los nenes

están contentos, me pongo a pensar que si dejo a mi esposo seria feo para los nenes porque ellos están acostumbrados a tener a su papá, en cambio yo no tuve a mi papá ni mamá, estoy sola y pues mis hermanos están pero no es lo mismo, yo creo que no sería bueno para ellos, más para la nena ella como quiere a su papá” (08 junio 2006, 10.00 a.m.)

**Caso No. 9:** El siguiente testimonio fue obtenido hombre de 55 años de edad abuelo de un niño de 6 años de edad que asistió a la clínica porque se orinaba durante el día, únicamente tres sesiones pero que aportó importante información en relación a el patrón de crianza que el utilizo refirió lo siguiente:

El primer día que asistió a la clínica se realizó entrevista con el abuelo y al preguntarle porque viene el niño refirió: “bueno el muchachito es mi nieto hijo de mi hija mayor pero ahora el está bajo mi cuidado y le voy a contar porque mi hija es una perdida que no lo puede cuidar tiene otros tres hijos más pero ellos están con la tía, el patojo este se quiere ir con la mamá, pero yo no lo dejo porque con ella se va perder el también. El papá de el es un alcohólico les pegaba cuando eran más chiquitos y por eso me lo dio a mi...” (10 de mayo 2006 11.00 a.m.) Luego se inicio el tratamiento con el niño, al preguntarle, tu sabes porque vienes aquí el contesto “vengo porque soy malo y por eso mi mamá no me quiere”, luego se le pregunto con quien vives? Y respondió “con mi abuelito pero el casi no me pega” (10 de mayo 2006 11.30 a.m.)

En la segunda sesión el niño asistió con la madre, a quien se le realizó una entrevista ella refirió: “el nene no vive conmigo porque yo no tengo dinero para mantenerlo a el o a sus hermanos, pero ahorita estoy trabajando para poder irnos a vivir juntos a una casa, mi papá me hace el favor de cuidar al nene con su esposa, pero lo que pasa y es por eso que lo traigo es que mi papá le pega mucho la vez pasada yo lo fui a visitar y tenia todas sus piernitas moradas, le pregunté que le había pasado y me contesto que el abuelo le había pegado porque se orino Cuando le pregunté qué le había pasado cuando se orino me contó que no había hecho la tarea y que la esposa de mi papá, le dijo

que le iba a decir a su abuelo para que le pegara, imagínese como me sentí yo, eso es lo que yo me he dado cuenta, además yo noto que el nene le tiene mucho miedo al abuelo, viera que a veces yo lo voy a visitar y cuando estamos en la sala todos el se está sentado callado viendo para abajo, y cuando nos vamos a su cuarto el habla, juega, se ríe, a veces me dice “mamá llévame, te prometo que me voy a portar bien, te lo prometo” yo me siento mal porque no le puedo decir nada a mi papá porque el me hace el favor pero si quisiera ya para este fin de año podérmelos llevar” (17 de mayo 2006, 11.00 a.m.) Luego se trabajo con el niño y le hice la pregunta ¿Quién es la persona con la que vienes? Y me contesto “ella es mi mamá, ella si me quiere, ya me lo dijo, además me va llevar con ella a fin de año, yo quiero vivir con ella, porque no me pega.” (17 de mayo 2006 11.50 a.m.)

La siguiente cita se entrevisto la mayoría del tiempo al abuelo del niño y el refirió lo siguiente: “pues he estado bien, pero el nene no fue, cabal el martes me llegó orinado a la casa yo no estaba usted, mi esposa fue la que me contó a mire que me enojé tanto que ese día si le pegue para que se lo voy a negar le di una buena como va creer usted que a su edad ese muchachito ande haciendo esas cosas, que vergüenza con la maestra también ella todavía se lo llevo rápido al baño y lo cambio para que los demás niños no se dieran cuenta”, se le preguntó que tan frecuentemente sucedía a lo que respondió “viera que pasa talvez una o dos veces por semana no todos los días, pero yo le hablo yo le digo no quieres que te pegue verdad entonces no te orines, porque a mi no me gusta pegarte a voz te gusta que te pegue? Y el me dice no y baja la mirada, porque eso es cierto no es que yo le quiera pegar porque yo lo quiero, por eso lo traigo aquí yo no tengo tiempo y tengo cosas más importantes que hacer, pero bueno el patojo pues también necesita tiempo, aunque a veces digo yo que talvez ni remedio tiene sino mire a la mamá, o para no ir más lejos el papá, en fin seño yo también me canso de estar lidiando con el patojo, yo ya estoy viejo...” (01 junio 2006, 9.00 a.m.).

**Caso No. 10** Niña de 13 años de edad acompañada por su madre que refiere que la niña fue abusada sexualmente tres veces por un tío por parte de madre hace dos años, en la primera sesión la madre refiere:

“pues nosotras venimos porque hace dos años mi hermano violó a la patojita, yo no sabia nada todo paso porque un día mi nuera me dijo que a ella no le gustaba como el miraba a la niña, yo me reí, después ella me dijo que a ella no le gustaba quedarse sola con el tío y ese día yo le pegue y le dije patoja relamida, respete que es su tío, usted tiene que hacerle caso, pero yo no sabia que estaba pasando, después que ella me dijo yo le pegue seño, yo le pegue porque ella me tenia que haber dicho desde el principio, ese día yo fui a buscar a mi hermano yo lo iba a matar, pero mi hijo que es policía me dijo que no que lo iban a meter preso y pues el ya tiene un año en la cárcel, ay seño usted no sabe lo que eso fue para mi, no sabe, mi mamá ya no me habla por eso, mis hermanas se pusieron en mi contra, todo fue tan feo...” (28 de junio 2006, 10.00 a.m.) mientras la madre relataba esto la niña lloraba.

Durante la segunda sesión se trabajo únicamente con la niña quien refirió: “me siento confundida porque mi mamá- me apoyó durante todo lo que paso, pero ahora pareciera que está enojada conmigo todo el tiempo, yo me acuerdo que ella no era así, ella se reía más, ahora solo enojada se la pasa”, al preguntarle que actividades realizaba ella comentó: “pues del colegio a la casa porque no hay mucho que pueda hacer mi mamá casi no me deja salir lo único es que si mi hermano está en la casa, me estoy con el y eso me alegra mucho el es el que me cuida y me defiende de todos hasta de mi mamá, el está contento que venga acá” (03 de julio 2006, 10.00 a.m.)

Con llanto expreso: “es bien difícil estar en mi casa, quiere ganas, mi mamá se enoja por todo, me regaña, me pega nada puedo hacer en la casa, todo para ella es malo, como si no hiciera nada bien, es injusto porque yo trato de portarme bien, además ahora ya no me deja salir ni nada, solo cuando regresa mi hermano puedo salir con el, me quería meter a un curso de marimba

y ella no me dejó me la paso en la casa sola, solo ganas de llorar me dan todo el tiempo, además ahora ya no me da hambre...” (20 de julio 2006, 10.00 a.m.)

“Me he sentido bien pero la verdad es que no me dan ganas de ir a estudiar, porque además no hacemos nada bueno en la escuela, yo le digo a mi mamá que no quiero ir pero ella se enoja, además ahora ya no quiero salir porque cuando salgo mis tías me dicen cosas”, al preguntarle que tipo de cosas ella respondió: “que soy una sometida, que es mi culpa que la abuela se haya enfermado porque por mi culpa mi tío está en la cárcel y eso fue lo que enfermó a mi abuela, desde que pasó lo de mi tío, mis tías no dejan a mi mamá ver a mi abuela y mi mamá me dijo un día llorando que era mi culpa por lo que había pasado” al preguntarle si ella se sentía culpable contestó: “ si a veces si porque si no hubiera dicho nada mi mamá, no estaría enojada conmigo y no me trataría mal, todo sería como antes ella si estaría feliz, ahora ya no...” (27 de julio 2006, 10.00 a.m.)

Estos son los testimonios que se recolectaron durante el Ejercicio Profesional Supervisado, en el subprograma de investigación, se registraron diversos pero estos diez casos son los que presentan mayor importancia para fundamentar el desarrollo de la investigación, en donde se identificó que patrones de crianza violentos fueron o son utilizados en los individuos que asisten al hospital y como estos afectan o influyen en su dinámica actual. En el siguiente capítulo se realizará un análisis profundo de cada uno de estos casos.

## CAPÍTULO IV

### Análisis y discusión de resultados

#### 4.1 Subprograma de servicio

Los psicólogos han estado presentes en los hospitales desde hace más de cincuenta años, con actividades de servicio psiquiátrico. A partir de los setentas, en estas instituciones, la psicología se dedicó al reconocimiento de las variables psicológicas en padecimientos crónicos, al desarrollo de sus propios recursos para intervenir en los problemas de salud, a mejorar la calidad de los servicios prestados y a participar en las unidades de cuidados intensivos y en los procesos quirúrgicos. Aumentó desde entonces el interés por los recursos no farmacológicos o físicos para el tratamiento del dolor, la introducción de opciones para el tratamiento, el interés por el trabajo en equipo y por actuar en un ámbito más amplio, así como en lograr el reconocimiento de la actividad de los psicólogos. Con el propósito de que en una institución como Hospital Nacional Pedro Bethancurt exista un departamento de psicología para que los niños y sus padres cuenten con un apoyo y un respaldo emocional, que conozcan mejor los procedimientos y los procesos a que se ven sometidos y para que los médicos especialistas cuenten con un nuevo servicio para sus pacientes. Para lograr mejores resultados, este subprograma contó con programas especiales apoyados en distintas teorías psicológicas, entre ellas la corriente conductista, cognitivista, terapia de juego, que apoyan el trabajo de la epesista.

La utilización de orientaciones teóricas implica para la epesista y para los pacientes una mejor atención a todos los que acuden a solicitar el servicio psicológico y con esto los “problemas” que ellos presentan, obtienen soluciones más prontas. Es de nuestro interés reconocer que no es posible comprender la enfermedad sin comprender la salud; entendiéndola no sólo

como una consecuencia o ausencia de enfermedad, sino como una actitud optimista hacia la vida y la aceptación de las responsabilidades que el diario vivir implica. Con ese propósito, se prestó el servicio en los diferentes programas, atendiendo a los padres de familia de los pacientes atendidos por los médicos de las diferentes unidades y especialidades comprendidas en la institución.

Dentro del sub. programa se cumplió con los objetivos planteados durante el proceso de EPS, inicialmente se brindó psicoterapia a las personas que lo solicitaron en el departamento de psicología, estas actividades se llevaron a cabo durante los nueve meses como se presentó en las tablas del capítulo III se atendieron en total 100 personas de diversas edades y sexo con un total de 331 reconsultas, esto indica un buen número de personas a quienes se les extendió el servicio; es muy importante identificar que de estas cien personas atendidas fueron personas que recibieron atención dentro de la clínica, un aspecto importante de mencionar es que pocas personas que llegaron a la clínica conocían las ventajas de iniciar un proceso terapéutico, por lo que inicialmente se aclaró esto a cada uno de los pacientes se le especificó que se le daría un tiempo específico en un espacio específico que les permitiera expresarse de la manera que ellos desearan, esto produce mucho beneficio dentro del proceso porque el paciente empieza a tomar el proceso como propio, es decir que reconoce que ese espacio es de él quien inicia a descargarse emocionalmente a través del diálogo, esta herramienta fue primordial para el proceso en la mayoría de personas que asistieron a consulta externa ellos mismos externan sus emociones, sentimientos, expresiones, juicios, de forma verbal esto es complementado por sus gestos. Estos fueron serios, lágrimas, risas todo esto ofrece un soporte a lo que el paciente expresó de forma verbal, al proveerle al paciente un ambiente adecuado dentro del hospital permitió que el paciente pudiera expresar sus emociones, esto apoyado de otras técnicas terapéuticas que fueron descritas en el capítulo anterior pero que serán analizadas más adelante, a cada uno de los pacientes se le brindó una cita previa para que luego asistieran a ella, en la mayoría se intentó verles una vez por semana para

beneficio del paciente y constancia del proceso, en el caso de los niños algunas veces se les vió cada quince días, para no intervenir en el desarrollo de sus actividades escolares, en la mayoría de casos a quienes se les dio cita cada ocho días, en su mayoría adultos ofreció excelentes resultados que se evidenciaron en la constancia de la mayoría de pacientes donde asistían por uno o dos meses cada semana a su sesión de forma puntual muchos de ellos expresando “ ahora que vengo aquí me siento mejor”, “viera que mi esposo dice que a él le alegra que venga porque me mira más tranquila”, “que bien le hace a uno hablar de sus cosas”.

Estás son únicamente algunas de las frases que expresaron los pacientes a lo largo de sus sesiones en donde se interpreta aceptación hacia el proceso y mejoras en su calidad de vida. Algunas veces las personas no mostraron interés en la terapia ya que asistieron únicamente una vez o asistían únicamente porque el médico les refirió en estos casos fue muy útil dar una explicación clara de lo importante que es la actitud del paciente frente el proceso eso es algo que no debemos olvidar, dentro de la terapia.

Ocurrió muchas veces a lo largo del proceso que personas que podrían beneficiarse grandemente de lo servicios de psicología desconocen sus ventajas y por eso no acceden a asistir, por lo que fue muy importante el apoyo que el médico tenga hacia el trabajo del psicólogo ellos crean una ventana que como profesionales de la salud mental debemos aprovechar, por lo que también se reconoce que varios médicos fueron colaboradores al promover el servicio de psicología, por lo tanto ayudar a cumplir el objetivo de brindar atención psicológica a las personas que asistieron al hospital durante el periodo de EPS.

En relación al segundo objetivo planteado que fue el de conocer las necesidades de la población, fue de gran utilidad la escucha activa, por lo que se realizaron entrevistas no directivas con la población que asistió al hospital, en donde se hacen preguntas espontáneas, a través de estas se logró identificar

que la mayor necesidad de la población es primero informarse, segundo que la información que se les brinde sea confiable y certera, luego que está información fue transmitida a la población por una persona profesional que reconozca la importancia del paciente como persona con emociones y sentimientos, y no como un conjunto de síntomas que presenta determinada necesidad. Por lo que después de identificar eso se realizaron entrevistas en relación a los temas que las personas no manejan, pero que frecuentemente influyen en su vida cotidiana, por lo que se evidenció la necesidad de primero definirlo, luego ofrecer alternativas para abordarlo, para realizar esto se auxilió del subprograma de docencia en el cual se analizarán los resultados del mismo, otra técnica que fue muy útil para conocer las necesidades de la población fue la interacción con el personal hospitalario como enfermeras, médicos, personal de mantenimiento, laboratorio, con quienes también se tuvieron conversaciones casuales, en donde ellos mismos expusieron algunas de las necesidades que presentaban los pacientes, esta información fue de gran ayuda e importancia, porque nos permite abordar al paciente de una forma integral, lo cual brindó mayor cantidad de beneficios para el paciente, además que ayudó a la epesista a conocer otras necesidades que presentó el paciente ya que no es posible que pueda observarles en todo momento.

Por otro lado es importante mencionar que algunas veces existen ciertas desventajas ya que algunos médicos desvalorizan el trabajo tanto del psicólogo, como de las epesistas, atribuyéndolo según ellos a “falta de experiencia, o conocimiento” esto puede ser una dificultad frente al paciente. Muchas veces el paciente se guía por la opinión del médico, se le reconoce como una autoridad, mientras que al psicólogo se le ve como un auxiliar, por lo que fue de gran beneficio crear un vínculo de confianza con los médicos, para abrir un espacio en donde ellos fueran capaces de evidenciar que el trabajo psicológico, presenta ventajas para ellos.

Esto se evidenció más que todo en el servicio de emergencia en relación a las hojas de consulta que los médicos enviaban, en donde se tuvo contacto con médicos que no valoran el trabajo psicológico, pero aun así se logró que el médico evidenciara que importancia tiene el trabajo psicológico, para el ámbito hospitalario.

Dentro del subprograma de servicio se abordó una gran cantidad de personas y se tuvo contacto con diversidad de necesidades que presentaron las personas que asistieron a consulta externa en el departamento de psicología, por lo que también se abordó de manera individual diversas necesidades, como lo es la de tener alguien que escuche de manera imparcial lo que frecuentemente no sucede en el hogar o socialmente.

Como se describió con anterioridad se abordaron tres grupos de personas niños comprendidos entre cinco a 11 años de edad, algunos adolescentes, este grupo fue minoritario, y adultos. Con niños la técnica que mayores beneficios ofreció fue la terapia de juego esta técnica permitió que el niño creara un ambiente de confianza, seguridad que le permitió expresar sus emociones, muchas veces se observó con que facilidad el niño que es víctima de abuso físico en casa, fue capaz de expresar a través de un juego sus temores, en donde fue más fácil que una muñeca le pegara a otro más pequeño, y de esta manera hacer conocer que había sido golpeado, o simplemente en un juego de mesa como lo fue memoria o dominó, expreso por momentos pausados, “mi mamá me pega”, “cuando era chiquita mi hermano me tocó”, el juego redujo ansiedad en el niño lo que permitió que él fuera capaz de expresar sus emociones, juicios, opiniones. Evidentemente el juego fue una técnica primordial a lo largo del proceso de EPS, esta herramienta permitió acercarse al niño de una manera segura, proporcionándole la confianza para que pudiera expresarse como el deseara sin temor, también se dio el caso en donde niños tienen constante contacto con adultos que no utilizan la herramienta del juego y simplemente entran a la clínica. Al preguntarles “ ¿Qué deseas hacer el día de

hoy? “ responden: “hoy únicamente quiero hablar”, esto evidencia la capacidad del niño para comunicar sus inconformidades esto sucedió con cuatro de los niños que asistieron a la clínica en donde en ningún momento accedieron a jugar simplemente se sentaron y expresaron que querían hablar.

Frecuentemente sucede que los padres llevan a los niños por problemas de conducta es decir que desapruaban alguna conducta que el niño está presentando, por lo que es necesario algunas veces aplicar técnicas conductistas para eliminar las conductas no deseadas, es muy importante también prestar atención a la causa por la que se dan las conductas de esta manera podremos trabajar también con las emociones del niño porque en la mayoría de casos en los que los niños presentaron conductas no deseadas, se identificó una necesidad emocional que frecuentemente es falta de afecto, esto se da por causas comunes como lo es que ambos padres trabajan, no dedican suficiente tiempo al niño, los padres desconocen las necesidades emocionales del niño, por lo que no son capaces de satisfacerles, por lo que el niño genera una conducta no deseada, que da como resultado mayor atención hacia él, únicamente que el refuerzo que él niño recibe es negativo, por lo que dificulta erradicar la conducta.

De esta manera se trabajaron diversas técnicas puramente conductuales, como le fue el “llegando a la meta” que consistió en premiar al niño con un estímulo positivo cada vez que la conducta deseada se diera. Para los problemas de conducta que fueron identificados en la clínica se trabajó también con los padres que son una influencia directa en el niño con ellos se abordaron técnicas conductual-cognitivas, estas con el objetivo de ingresar mayor información en relación a la necesidad emocional del niño como el prestar atención a sus actividades rutinarias, brindarle afecto de manera verbal y física, esto es muy frecuente los padres únicamente regañan o gritan a los niños, no crean un canal de comunicación saludable en donde él tenga la libertad de expresarse, por lo que se le explicó a los padres la importancia de la

comunicación, brindar afecto también de forma física, a través de abrazos, besos, palmadas en la espalda, etc. el explicarle a los padres la importancia de realizar todas estas actividades con sus hijos genera en ellos un cambio de conducta hacia el niño en donde se reflejó un cambio positivo en la conducta del niño, erradicando o disminuyendo las conductas no deseadas desde su punto de origen y no únicamente conductualmente.

Dentro de la clínica se observó que los padres llevan al niño a la clínica como responsables completos de la problemática, en donde ellos como padres se exoneran de la responsabilidad de la problemáticas, por lo que fue de gran ayuda el reflejar la influencia que ellos como padres tienen sobre sus hijos de esta manera se inicia a trabajar también con el padre, involucrándolo en el proceso con el objetivo de beneficiar al paciente y mejorar la relación que tienen entre padres e hijos.

En cuanto a adolescentes fue diferente el proceso ya que la mayoría de adolescentes con los que se trabajó deciden excluir a sus padres del proceso terapéutico, se trabajó con pocos adolescentes dentro de la clínica pero se evidenció en todos un distanciamiento hacia sus padres, también en todos se identificaron problemáticas de tipo social como lo fue, dificultad para relacionarse dentro de la escuela o colegio, dificultad de adaptarse socialmente, expectativas elevadas en relación a sus capacidades, frecuentemente se identifica inseguridad en la toma de decisiones para todo esto la técnica que más se utilizó para con ellos fue la de fomentar sus capacidades reconociéndolas y potencializarlas, creando a través de esto mayor seguridad en ellos para que no fuera tan difícil el tomar decisiones, se les brindo diferentes puntos de vista, se les orientó para crear una técnica propia en base a sus cualidades que les permita afrontar las inseguridades que normalmente ocurren en esa edad.

Finalmente con el grupo que mayor afluencia tuvo dentro de la experiencia de EPS fueron los adultos, estos comprendidos desde 18 años

hasta personas de 65 años de edad en donde cada uno de ellos presentó diversas necesidades dentro de la clínica, la más frecuente fue la de expresar lo que sienten sin temor a ser incomprendidos, juzgados, desvalorizados, excluidos etc. algunas personas que asistieron a la clínica refirieron “es importante hablar con alguien y saber que lo escuchan”, “yo nunca le había dicho esto a nadie”, “me gusta saber que puedo hablar de lo que sea” todas estas frases reflejan lo antes mencionado que las personas buscan ser escuchado, esto es algo que un buen proceso terapéutico ofrece.

Evidentemente el diálogo es otra herramienta útil dentro del proceso terapéutico, está permitió que las personas sintieran que no únicamente van a la clínica a hablar sino que también son escuchados y entendidos esto se realizó a través del diálogo algunas veces fue muy útil reflejar la emoción de una persona, el diálogo dentro de la clínica siempre debe existir.

En relación al tercer objetivo planteado durante esta experiencia, el brindar apoyo psicosocial a la población de consulta externa específicamente, podemos definir el afecto entendido desde este punto de vista es sinónimo del apoyo social. Los tipos de actos que implican apoyo psicosocial pueden ejemplificarse en: tiempo, disponibilidad, actos o conductas concretas, orientación, resolución de problemas, etc. Quedarían identificados en estas formas de afecto las diferentes formas a la vez de dar y recibir apoyo psicosocial

El concepto de salud en la actualidad es integral así que incluye también el área psicológica como social, por lo que podemos ayudarnos de los grupos que son de gran importancia para apoyar a los individuos.

Dentro del programa de docencia se realizaron talleres en grupo, estos grupos fueron formados con el objetivo de que las personas que asistieran tuvieran aspectos en común de esta manera tendrían mayor apoyo entre ellos.

Las aplicaciones grupales se dirigen a mejorar actitudes, perspectivas y percepciones, a través de la reorientación ante la situación del individuo. Las intervenciones grupales cumplen una importante función de adaptación psicosocial para las personas. En ellos, la problemática es compartida, los procesos de influencia social se potencian al máximo y la influencia interpersonal proporciona ayuda mutua y modelos positivos de comportamiento.

Desde esta perspectiva psicosocial la utilización del grupo como instrumento de cambio, socialización, apoyo o acogida se presenta como útil tanto en contextos sociales como de carácter sanitario u hospitalario. Una de las diferentes fórmulas de intervención y propiedades específicas que deben presentar para hacer una intervención psicosocial en el contexto social donde poder ofrecer una fuente de apoyo psicosocial, son los grupos de apoyo, que fue lo que se pretendió dentro del hospital pero se dificultó ya que la asistencia de los participantes fue poca, pero se pretendió a través de los talleres crear un ambiente acogedor donde se permitió afrontar una situación conflictiva o amenazante.

Es importante mencionar que la pertenencia a estos grupos proporciona nuevos lazos y relaciones sociales a sus miembros, de modo que se sustituyen los recursos naturales o compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales mediante la interacción con personas que tienen problemas, carencias y/o experiencias comunes (Barrón, 1996).

## 4.2 Subprograma de docencia

Tomando en cuenta que el subprograma de servicio está orientado y enfocado a la psicología de la salud; en la cual se estudian los procesos psicológicos que participan en el desarrollo de salud, orientado hacia el mejoramiento de la salud a través de la promoción de la misma y la prevención de la enfermedad. Se llevaron a cabo durante este periodo diferentes Charlas Psicoprofilácticas en sala de espera las cuales tenían el objetivo de informar a la población sobre temas de su interés y las cuales contribuyeron a promocionar la salud y dar a conocer los servicios del departamento de psicología.

De forma grupal se trabajaron Talleres Para Padres que tienen como base los grupos de autoayuda, que son la acción del terapeuta que trabaja con más de una persona y cuyos pacientes tenían dificultades en áreas en las que se puede trabajar a través del intercambio con la comunidad, los grupos formados además del taller con el tema específico- comparten sus experiencias lo cual permite brindar un apoyo social.

Se realizó evaluación casuística del impacto de la enfermedad para la vida futura del niño, que el médico recomiende atención psicológica después de su egreso hospitalario, Diseño de acompañamiento madre/padre; trabajo directo con ambos padres y otros familiares significativos, con Técnicas grupales orientadas a disminuir sus manifestaciones de ansiedad.

Las charlas fueron una gran ventaja para las epesistas, al igual que para el departamento porque permitió promocionarnos de una forma efectiva, clara y útil para la población, al igual que para el personal hospitalario, de esta manera se abarcó una gran cantidad de población a través de una sola actividad dirigida por una epesista únicamente. También permitió que muchas personas comprendieran de mejor manera enfermedades como la depresión, problemas frecuentes en los niños como problemas de conducta, o problemática escolar

también en niños. De esta manera se rompen con paradigmas de pensamientos erróneos en la población como que la depresión es un simple estado de tristeza por el que todos como seres humanos pasan en alguna etapa de la vida, que no hay niños incapaces de aprender, pero que si existen problemas de aprendizaje o malos métodos educativos, de esta manera se orientó también de manera específica.

El segundo objetivo fue realizar talleres didácticos sobre temas específicos a la población, este objetivo se llevó a cabo con las personas que asistieron a consulta externa dentro del departamento de psicología, con el objetivo de crear grupos de personas que compartieran características en común para facilitar un apoyo entre ellos, por lo que se llevaron a cabo cuatro talleres en donde se seleccionó el tema que la mayoría de personas tuvieron en común para mejor integración del grupo.

El primer taller que llevo por titulo “manejando limites con nuestros hijos” estuvo dirigido al grupo de padres que refieren tener problemas con la conducta de sus hijos durante este taller se obtuvo un beneficio dentro del grupo este fue, que entre los mismos padres, a través de sus opiniones crearon una lista de acciones orientadas a imponer limites con sus hijos, cada uno de ellos compartió su experiencia con los otros, muchos tuvieron muchas características en común, creando ambiente de confianza para compartir sus experiencias, enriquecedor para cada uno dentro del grupo.

En el segundo taller que llevo por titulo “problemas de aprendizaje” se identificó que el mayor aporte durante ese taller, fue el de reconocer específicamente dentro del grupo que ninguno de sus hijos tenia problemas de aprendizaje, además que cuatro de ellos fueron capaces de identificar las causas de la problemática que sus hijos presentaba a través de aplicar la información que se les dio a la situación específica de cada uno de sus hijos, provocando un cambio en la percepción de sus hijos de esta manera cambian su

comportamiento hacia a ellos, en donde comprenden que existen alternativas para lograr que el niño aprenda, sin necesidad de etiquetarlo.

En el tercer taller se titulo “afecto para nuestros hijos” este fue uno de los talleres con mayor afluencia de participantes, dentro de este taller se trabajo las diversas maneras en las que se puede brindar afecto a sus hijos sin importar la edad, este taller fue de gran importancia ya que dentro del programa de servicio se mencionó que muchas de las conductas no deseadas de los niños tienen como causa la demanda de afecto del niño, por lo que tuvo participación de tres de las personas que asistieron al taller de “manejando limites con nuestros hijos”, esto fue de gran beneficio porque creo una constancia y continuidad dentro del proceso terapéutico que se ve reforzado por el apoyo grupal de padres que ofrecen alternativas para la solución de la problemática, así como la asistencia individual a psicoterapia.

Dentro de este tercer taller se evidencio que muchos padres llegaron a la conclusión que es difícil brindar afecto, porque durante su infancia no lo tuvieron, esto representa un aprendizaje como personas porque son capaces de identificar la necesidad que tuvieron durante la infancia, lo que pudo reforzar la importancia que tiene que ellos ahora como padres sean capaces de poder brindarle afecto a sus hijos, una madre refirió durante el taller “hasta rara me siento solo de saber que le voy a dar un abrazo a mi hijo”, esto refleja que la persona tiene dificultad de trasmitirle afecto a su hijo, a lo que otra madre respondió “pero el afecto no solo se da en una abrazo, se da en interesarse por sus hijos, en preguntar ¿Cómo te fue? en respetar sus decisiones por más pequeñas que seas, como usar una camisa que no nos gusta”.

La participación de está persona fue primordial para el desarrollo del taller ya que proporciono toda una nueva alternativa para brindarle afecto a sus hijos después de su comentario la mayoría de padres iniciaron a compartir sus experiencias con sus hijos y la manera como ellos creían que podían brindarle

afecto a sus hijos, este evento dentro del taller reforzó la importancia de poder expresar dentro del grupo sus experiencias porque a través de una experiencia los padres fueron capaces de potencializar su ventaja al máximo. Semanas después de este taller, se observó en uno de los hijos del participante de este taller un cambio evidente dentro de la escuela su rendimiento escolar mejoró, sus notas subieron, y su conducta dentro de la escuela mejoró, refirió la madre en una sesión de terapia, Estos logros refuerzan en el paciente la capacidad de realizar cambios en su conducta con el objetivo de mejorar su dinámica actual ya sea familiar, social o emocional. El tercer taller proporcionó el tema del cuarto taller, que fue titulado “comunicación familiar” este taller abordó una problemática frecuente en los hogares de las personas que asistieron a terapia dentro del departamento de psicología, porque muchas veces la problemática se originaba porque no hay comunicación saludable entre los miembros de la familia, dentro de este taller se les brindó información básica, así como consejos breves que les permitan facilitar la comunicación, luego de explicar brevemente cada uno de esto se lanzó la pregunta “¿cómo es su comunicación familiar?” a lo que muchos padres no respondieron, al inicio, hasta que un padre dijo “yo pienso cuando hablo con mi esposa y esto es solo con mi esposa, no hago ninguna de las cosas que acaba de explicar”. Después de que cada uno de los participantes pensó cómo era su comunicación familiar se propuso aplicar de forma imaginaria alguno de los pasos para lo que se utilizó la técnica de la dramatización. Un grupo ejemplificó una conversación sin utilizar los consejos que se les brindó, para que el otro grupo observara luego de realizar esto en grupo, se discutió que se pudo haber hecho diferente dentro de la dramatización, para mejorar la comunicación, de esta manera los participantes aplicaron cada uno de los consejos que se les brindó para mejorar la comunicación familiar. Durante este taller se observó inicialmente un poco de desconfianza pero a lo largo del taller los participantes fueron capaces de complementar sus experiencias con las de otros.

Durante el desarrollo de los talleres hubo una dificultad que se evidencio constantemente durante la experiencia de EPS fue que hubo poca asistencia de participantes, se dificulto formar un grupo constante de participantes, ya comúnmente se dio que las personas dejan de asistir a psicoterapia cuando los niños que asistieron a consulta presenta alguna mejora, esto es difícil para terminar el proceso.

En el segundo objetivo se planteó ofrecer apoyo al programa de adulto mayor. Una de las actividades grupales con las que se inicio durante el ejercicio profesional supervisado fue el apoyo que se le brindó a la epeista encarga del grupo de adulto mayor, en donde los días miércoles se impartía una charla en el tercer nivel del hospital en donde ahí el grupo para realizar ejercicios, este apoyo se brindó únicamente durante los dos primeros meses, ya que poco a poco el grupo se redujo por lo que la encargada de Adulto Mayor pudo realizarlo sin apoyo. Durante estos dos meses se logró identificar que generalmente el adulto mayor es ignorado, por sus necesidades porque a través del progreso de su edad, se va dando cuenta que tiene mayores necesidades que antes, esto algunas veces provoca algún rechazo por parte de los familiares, además aceptar el cambio que se va dando a lo largo de su edad.

Para alcanzar el tercer objetivo planteado que fue el de ofrecer actividades académicas multidisciplinarias con el personal médico de la institución. Se realizaron durante el mes de agosto Conferencias los días 10 y 11, que llevaron por título; "la importancia de la psicología en el ámbito hospitalario" esta actividad estuvo conformada por dos conferencias primordialmente dirigidas a disminuir las inquietudes del personal que trabaja dentro del hospital en la primera charla se explico la importancia de la sexualidad desde el ámbito emocional psicológico, la segunda titulada: "Técnicas para abordar emocionalmente al paciente hospitalizado", este tema tuvo gran aceptación por parte de los médicos que asistieron a la conferencia, se observó gran participación por parte de ellos. Además que fue de gran utilidad

para ellos porque ellos están en constante contacto con pacientes de forma directa en situaciones que son estresantes tanto para el paciente como para el profesional de la medicina. Ofreció una perspectiva útil y realizó una serie de actividades que sensibilizaron a los médicos en relación al tema fue evidente que capto la atención del personal, al final se le extendió una felicitación por parte del jefe de departamento de pediatría agradeciéndole la forma en la que transmitió sus conocimientos.

### 4.3 Sub. Programa de Investigación

Un problema que frecuentemente se da en la sociedad Guatemalteca es la aplicación de patrones de crianza violentos, en todos los casos de violencia, el agresor se deja llevar por la necesidad emocional de sentirse poderoso al agredir a un ser inocente e indefenso. Para la persona que ha sufrido el abuso sexual como emocional, es la experiencia más devastadora que puede vivir, ya que hiere o lastima la vida física, social, familiar, moral y espiritual del niño o niña. Cuando estos niños están siendo agredidos se dice que ya no vuelven a ser las mismas personas; la integridad de su cuerpo, su sentido de seguridad y emociones han sido violentadas tienen una vida de sufrimiento. Su vida se ve afectada, desaparece su sentido de seguridad y comienza a sufrir terrores, inestabilidad, inseguridad y desesperanza. Los patrones de crianza pueden afectar a cualquier niño o niña, sin importar la edad que tengan, se puede tratar de niños con apenas días o meses de nacidos, hasta menores de 18 años. La violencia tiene que ver con los sentimientos inadecuados del adulto que mantiene una mala relación o relación hipócrita con personas de su edad, e impone sus deseos descontrolados en personas indefensas como niños y niñas, sobre quienes tiene autoridad. No existen traumas de la niñez que no puedan ser resueltos, el ser humano tiene una habilidad única para resolver su propio dolor emocional y superarlo. La persona tiene derecho a ser feliz y nadie, ni las experiencias más dolorosas la pueden privar de ese derecho. Con amor, comprensión, acompañamiento y la orientación necesaria, una persona puede mejorar su calidad de vida.

Cualquier persona que haya sido violada o haya sufrido un abuso sexual necesita atención médica y ayuda emocional. El obtener ayuda emocional es importante para poder superar el trauma, un grupo de apoyo que provee a los individuos el estímulo y la amistad que necesitan para recuperarse emocionalmente. En la situación actual en Guatemala la mayoría de los casos, queda en el interior de las familias, como algo vergonzoso que debe ocultarse se

procede a desvalorizar los sentimientos de la víctima y se le culpa de lo sucedido, por temor a enfrentar o al encarar agresor, este delito es uno de los mejor ocultados, por temor a la condena social, a que se cumplan las amenazas del agresor, quien es, en muchos casos, quien provee el sostenimientos material de la familia. Por no enfrentar la maldad del adulto se termina culpando al niño o niña, quien no puede defenderse y es dependiente del adulto quien debe proporcionarle protección.

Durante la experiencia de EPS realizada durante nueve meses en el Hospital Nacional Hermano Pedro Bethancurt se brindó psicoterapia a las personas que lo solicitaron dentro del hospital en el servicio de consulta externa, a lo largo de este periodo se realizó una selección de personas que mostraron características de haber experimentado un patrón de crianza violento durante su infancia, o estar expuesto a algún patrón violento en la actualidad, esto en el caso del los niños. En el capítulo anterior se realizó una descripción de 10 diferentes casos en donde se presentaron testimonios significativos que respaldan que cada una de las personas mencionadas fueron sometidos a diversos patrones de crianza violentos como, gritos, castigos a continuación se analizará cada uno de ellos:

Caso no. 1: Es una mujer de 22 años de edad quien vive con su hija, esposo, quien asistió a la clínica refiriendo tener problemas de pareja, pero insistentemente en todas las sesiones hablaba de los problemas que tuvo con su madre durante la infancia, de quien recibió rechazo constante, además fue víctima de golpes por parte de su madre quien tuvo un patrón de crianza autoritario, ya que la paciente refiere que no le permitía salir, y que cuando ella y su hermana salía sin permiso les golpeaba, a lo largo de las sesiones se identificó que muchas veces la paciente dice que tiene temor de repetir ciertas conductas que tenía su madre con ella, con su hija de 3 años de edad, constantemente hizo la comparación dentro de la clínica, también se identificó que actualmente tiene aun resentimiento, frustración hacia su madre, es

evidente que no ha podido superar el rechazo y mal trato que la madre le dio durante su infancia, en su conducta actual, se observa que es una persona que tiene dificultad de expresar sus emociones frente a otras personas, específicamente cuando es necesario expresar una insatisfacción, esto se hizo evidente cuando mencionaba que se le dificultaba decirle a su pareja que hay situaciones que no comparte en relación a la crianza de su hija.

También se identificó que tomó una actitud sobreprotectora y permisiva en relación a la crianza de la niña, por temor de repetir el patrón violento con su hija, fue evidente ya que ella expresaba que cada vez que le pegaba o corregía a la niña por una conducta no deseada, se “sentía mal”, por lo que se hicieron evidentes sentimientos de culpa. Durante las sesiones la paciente logró identificar muchos sentimientos de culpa, resentimiento, celos y frustración que poco a poco logró manejar, dentro de este caso se hace evidente que muchas veces cuando una persona ha experimentado violencia durante su niñez, determina la forma en la que actúa en la edad adulta, en el caso de la paciente, constantemente reprimía sus emociones por temor al rechazo.

La violencia tiene un ciclo muy claro dentro del Caso No. 2, se identificó que la dinámica de violencia fue evidente dentro del círculo familiar, de manera actual, la madre de la niña quien tenía 8 años fue víctima también de abuso físico y sexual durante su infancia. Continuó el patrón de violencia con su pareja quien era alcohólico, abusador y golpeador, tanto de ella como de los niños, esto fue relatado por la niña dentro de la clínica.

La niña constantemente llegaba temblorosa a la clínica, y en cada sesión ella relataba que el padre había golpeado a la madre enfrente de ella y sus hermanos, en dos ocasiones expreso “tengo mucho miedo”, con lágrimas, luego de la sesión algunas veces se realizó entrevista con la madre quien también relataba que había sido víctima de algún maltrato por parte del padre, algunas veces el maltrato por parte del padre se veía oculto ya que culpaba a la niña de

sus abusos con frases como “vos sos la mala”, “yo no te quiero pegar pero vos te lo buscas”, esto ocasionó en la niña sentimientos de culpa, además que manejaba un concepto negativo de sí misma, a la vez manejaba mucha inseguridad dentro de la clínica ya que constantemente repetía la frase “así está bien” buscando aceptación, aprobación por parte del terapeuta, otros de los ámbitos en los que se observó que la niña fue afectada fue el escolar, ya que su rendimiento durante un periodo de tiempo fue bajo, presentó dificultad al relacionarse con los otros niños, a lo largo de las sesiones la niña fue expresando sus emociones y pensamientos, muchas veces también sus fantasías. Evidentemente observamos que la niña muestra temor constante, inseguridad, baja autoestima, y el sentimiento de culpa que fue el que predominó en la niña, todo esto desarrollado por la violencia en la que vivía.

El caso no. 3 está relacionado con el caso no. 2, está mujer de 24 años de edad es la madre de la paciente, la madre provenía de un hogar en donde existió violencia, ya que el padre golpeaba a la madre de ella, y también abusó físicamente de la paciente, a causa de esto la paciente se unió con su pareja que después de seis meses de unidos inicio a golpearla.

La paciente en una sesión expresó con llanto constante que “no valgo nada”, “no soy nada” está concepción que ella manejaba de sí misma era reforzada constantemente por su pareja también abusaba de ella psicológicamente, se dirigía hacia ella de manera hiriente a través de insultos, gritos. Se observó también de manera muy clara el ciclo de violencia en la relación había periodos de calma, racionalización por parte de la víctima, frecuentemente sentimiento de culpa por la situación.

Frecuentemente se cree que dentro de los patrones de crianza violentos no se incluye la negligencia eso se hace evidente en el caso no. 4 donde la paciente refirió que había sido abusada sexualmente por su hermano mayor a la

edad de 12, al contarle a la madre lo sucedido ella no le creyó, la castigó por haberlo dicho. La paciente únicamente asistió a seis sesiones en donde constantemente expresó rencor y rechazo hacia la madre, quien obviamente abusó emocionalmente de la paciente ya que fue negligente hacia las sus necesidades durante la niñez. Se identificó que la paciente tenía una tendencia a la promiscuidad esto es uno de los criterios que toma el CIE-10 para el diagnóstico de abuso sexual, primordialmente se evidencia un aspecto positivo en relación a la paciente, es que a lo largo de las sesiones siempre tuvo facilidad de expresar sus emociones, juicios y pensamientos, lo que representó una gran ventaja, ya que después fue capaz de hacerlo dentro de su familia.

Muchas veces las víctimas de abuso físico, principalmente niños crean mecanismos de defensa, para lidiar con el dolor, esto sucedió en el caso no. 5 en donde un hombre de 23 años de edad fue víctima primero de abandono por parte de su padre, rechazo emocional por parte su madre, y abuso físico por golpes y gritos por parte de sus hermanos mayor, este paciente presentó una característica dentro del proceso terapéutico fue la constancia, disponibilidad en relación al proceso. Durante su infancia y adolescencia sus hermanos le golpearon constantemente, en la adolescencia el se unió a una mara en donde abusaba de drogas y alcohol, varias veces el paciente relató que cuando ellos asaltaban a alguien el golpeaba a las personas, mientras las golpeaba imaginaba que era a sus hermanos a quines lastimaba. Se hizo evidente que el nunca fue capaz de defenderse, expresar sus emociones, por lo que lo desplazaba hacia otras personas, el paciente refirió que por seis años el estuvo en una mara comenta que decidió salirse porque tenía mucha disponibilidad de cuidar a su hijo, se observa en el paciente uno de los efectos más comunes de estar expuesto a patrones de crianza violentos es la agresividad, en el periodo que estuvo dentro de una mara.

El rechazo hacia el padre abusador en niños se da frecuentemente cuando hay una figura que ocupa el papel de “héroe” está persona

constantemente defiende al niño de la violencia, crea en el niño confianza y seguridad para poder expresar sus emociones, esto sucede en el caso no. 6 en donde el niño es víctima de una madre con patrón autoritario, punitivo hacia el niño donde no le permite realizar ninguna actividad, además de agredirlo verbal y físicamente, sin embargo la tía del niño que es quien lo lleva a la clínica constantemente está pendiente, le brinda afecto, tiene buena comunicación con el niño, lo defiende de las agresiones de la madre, crea en el niño un vínculo que le permite a él expresarle en confianza su rechazo hacia la madre a través de frases como “yo no la quiero”, “ella es mala”, demostrando una evidente, justificada preferencia hacia la tía.

El abandono emocional y rechazo son fenómenos evidentes dentro de los patrones de crianza violentos e inadecuados, como lo es el caso no. 7 de la niña de 8 años de edad que asiste a la clínica por bajo rendimiento escolar, se identificó que el padre constantemente humilla a la niña con frases hirientes, además de compararla con dos medios hermanos de otra pareja, la niña refleja períodos de buen comportamiento cuando ha tenido contacto con el padre o este se ha mostrado afectivo hacia ella, pero en los periodos en donde presenta problemas de bajo rendimiento, agresividad porque golpea a las niñas dentro de la escuela, es cuando el padre no la visita o tienen alguna pelea. Esta situación no hace más que evidente la falta de afecto hacia la niña.

Diversos estudios comprueban que cuando una persona ha sido sometida a un patrón de crianza violento durante la infancia, se tiende a repetir los esquemas violentos en la edad adulta este es el caso del caso no. 9 en donde el abuelo lleva a un niño de 6 años de edad, por enuresis diurna, al entrevistar al abuelo del niño refiere que el método correctivo más efectivo que hay es él de golpear al niño ya que no entiende, además mientras se dialoga con el se refiere al niño con expresiones devaluativas como “ese patojo”, “el muchachito” estas expresiones son despersonalizadas carentes de afecto, en un momento clave dentro de la terapia el abuelo refiere “ a mi me corrigió mi papá con mano dura, y

yo se lo agradezco porque gracias a el soy un hombre de bien”, está frase además de identificar que también fue sometido a golpes y gritos refleja aceptación al utilizar métodos violentos de corrección además de un patrón autoritario hacia el niño.

Después de analizar cada uno de los casos presentados en el capítulo III, son mujeres en su mayoría las víctimas de maltrato, es importante recalcar que los padres son responsables de utilizar un patrón de crianza que contenga afecto y no rasgos violentos, agresivos que permita fomentar en el individuo confianza y seguridad.

Se identificó que en todo caso de violencia predominó en el abusador factores como abuso de poder, intimidación, mal trato emocional, aislamiento, negación, percepción machista, coacción y amenazas, hacia el abusado o víctima.

Un fenómeno dentro del desarrollo de la investigación fue el de transmisión intergeneracional del maltrato, este sucede cuando un sujeto a sido expuesto a un patrón de crianza violento, esto fomenta en niños conductas como negación de conductas violentas por partes de los padres, fantasear sobre una vida feliz, disociación, aumento de actos agresivos, violencia como respuestá a la resolución de problemas, algún trastorno psicológico en alguna de las siguiente áreas: de regulación emocional, formación de apegos, autoconcepto, autoestima, desarrollo social y simbólico, desarrollo cognitivo, sentimientos de culpa impotencia y dificultad para confiar, todos estos fueron identificados en cada uno de los casos presentados en el capítulo III.

Las consecuencias emocionales de patrones de crianza violentas se observan en las relaciones interpersonales que el individuo establece posteriormente, en la edad adulta. Es decir que la violencia se demuestra en las formas de relación que se repite de forma constante.

Si tomamos en cuenta las fortalezas que ayudan a la comunidad a nivel social es la Resiliencia, que es la capacidad de construir una vida, positivamente a pesar de las circunstancias desfavorables. Genera esperanza saber que aun en circunstancias adversas los adultos y los niños pueden desarrollarse y ser personas saludables competentes y satisfechas. En el campo del desarrollo psicosocial del ser humano la Resiliencia habla de la combinación de factores que permiten a un niño, a un ser humano, a afrontar y superar los problemas y adversidades de la vida. Desde el punto de vista de la acción, la resiliencia comprende dos elementos: La aptitud de resistir a la destrucción, es decir preservar la integridad en circunstancias difíciles. La actitud de reaccionar positivamente a pesar de las circunstancias.

La Resiliencia identifica seis principios que son:

- La Resiliencia no es absoluta
- La Resiliencia no es estable
- La Resiliencia se construye en una interacción entre el individuo y su entorno
- La Resiliencia se construye en un contexto cultural local
- La Resiliencia de unos puede sofocar la de los otros
- La Resiliencia no está considerada como una capacidad fija, sino que puede variar a través del tiempo y de circunstancias. Es la resultante de un balance sensible entre el riesgo y los factores protectores

Gracias a que algunos pacientes que asistieron al Departamento de Psicología dentro del hospital, son resilientes, cuentan con la voluntad de ser personas saludables tanto física como mental a nivel individual y familiar; es por eso que los padres sienten un compromiso hacia sus hijos de llevarlos a lugares como dicha institución, para que se les brinde ayuda a problemas de salud tanto físicos como emocionales.

#### 1.4 Análisis de contexto

En relación a lo realizado dentro del Hospital, podemos identificar muchas fortalezas como lo fue el apoyo por parte del Director del Departamento de Psicología del Hospital Nacional Hermano Pedro de Betancourt, ya que mostró interés en el desarrollo de las diversas actividades que realizó el departamento, además de contar con el espacio físico para realizar psicoterapia individual con cinco clínicas para brindar psicoterapia individual en el servicio de consulta externa, esto dio una alta afluencia de población al Departamento de Psicología, que muchas veces fueron referidas por el personal médico de la población lo que evidencia un reconocimiento del personal médico de la necesidad de recibir apoyo psicológico, ya que muchos pacientes mostraron mejoría, esto fue valorado por los médicos.

Se tuvo la oportunidad de conocer la dinámica de la población atendida, además de la experiencia de trabajar con el equipo multidisciplinario, al compartir con los profesionales de la salud la diversidad de especialidades en el campo de la salud, esto con el único objetivo de incrementar los beneficios para la población. También se conoció la dinámica institucional y su funcionamiento adquiriendo experiencia en el campo hospitalario, lo que es muy enriquecedor profesionalmente.

En el periodo en que se estuvo dentro de la institución se hizo evidente que gran porcentaje de la población que asistió a la consulta externa no sabe de los beneficios de psicoterapia, ya que van sin ninguna información acerca del servicio, además muchas veces no es posible brindarle a los pacientes citas semanales o quincenales ya que existen diversos pacientes, en la población genera desinterés, o no tener acceso al servicio, imposibilitando el identificar sus necesidades específicas que muchas veces pueden ser prioritarias.

A lo largo del período se notó que algunos médicos no deseen colaborar con la Epesista durante el desarrollo del EPS, al demostrar desinterés y falta de

apoyo a las actividades realizadas, además que por problemas institucionales no se logre cumplir con los objetivos predeterminados ya que durante los meses que el servicio público no atendió pacientes disminuyó grandemente la asistencia de los pacientes al servicio de consulta externa. Desinterés por parte de la población a la que se pretende beneficiar esto fue frecuente en los pacientes que son referidos de forma autoritaria al servicio de psicología, asisten únicamente porque el médico los mandó pero es pérdida de tiempo para ellos, y no generan interés a pesar de explicarles los beneficios del tratamiento en psicología. Falta de material adecuado para alcanzar los objetivos más que todo material físico, falta de recursos en terapia de juego.

## CAPÍTULO V

### Conclusiones y Recomendaciones

#### 5.1 Conclusiones

##### 5.1.1 Conclusiones generales

Evidenciar que la experiencia de EPS, es enriquecedora al proceso de formación para el estudiante, ya que impulsó a la epesista a la autoformación, constantemente como estudiantes estamos habituados a leer un libro, porque cierta cátedra lo demanda, dentro de la clínica se encuentran diversidad de necesidades a cubrir, de las que frecuentemente no manejamos información, entonces es donde el profesional responsable se ve obligado a leer algún libro relacionado al tema, con el objetivo de brindarle al paciente el tratamiento adecuado.

Dentro del proceso de EPS, se cubre tres subprogramas el de servicio, docencia e investigación estos tres aspectos están vinculados a la formación estudiantil que se lleva como estudiantes dentro de la escuela, el subprograma de servicio se ve reforzado por la practica que se realiza dentro de la escuela, el cual facilita la aproximación a la población con la que se trabajó. El subprograma de docencia se pudo llevar a cabo gracias a la diversidad de actividades que permiten aprender dentro de la práctica y teoría de la escuela, ayudada de las diversas actividades que constantemente se llevaron a cabo dentro de las cátedras de la escuela. Por último el subprograma de investigación que se pudo llevar a cabo gracias a la autoformación, pero es importante mencionar que dentro de la escuela año tras año teorizamos y practicamos sobre la investigación científica, dejando a un lado la importancia que tiene la investigación cualitativa dentro de nuestro campo.

El Ejercicio Profesional Supervisado proporciona beneficios individuales y colectivos a la población que asiste a la institución, a través de sus diferentes sub. programas y actividades planificadas de forma organizada, estratégica que permite que cada uno de ellos se lleve a cabo, gracias también a la asesoría que se tiene a lo largo del proceso, así también como la documentación de las diferentes temáticas que se presentaron a lo largo de la experiencia.

La experiencia de Ejercicio Profesional Supervisado permitió que la epesista consolidara sus conocimientos y de esta forma los aplicados a la población a su cargo, reflejado en diversos resultados satisfactorios expresados a través de los testimonios de la población atendida así como un cambio cualitativo en la conducta de diversos pacientes.

El Hospital Nacional Pedro de Betancourt facilitó muchos recursos para lograr que la epesista cumpliera con cada uno de los objetivos planteados, así también facilitó el aprendizaje dentro de los mismo, a través de la oportunidad de acercarse a la población por medio de la institución, brindándoles un servicio importante y beneficioso, para lograr alcanzar lo que se define como salud mental en donde el individuo tenga un funcionamiento óptimo tanto físico, social, mental y emocional.

En general se concluye que cada uno de los objetivos planteados dentro de cada subprograma se cumplió a cabalidad como se hizo evidente en el presente informe final gracias a la optimización de todos los recursos facilitados por la Escuela de Ciencias Psicológicas, el departamento de EPS y el Hospital Nacional Pedro Betancourt.

### 5.1.2 Subprograma de servicio

Se concluye dentro del subprograma de servicio, que las problemáticas psicosociales como la pobreza extrema, el factor económico ligado al desempleo que sufre actualmente el país, o la falta de recursos suficientes para cubrir todas las necesidades básicas hacen que los padres deban trabajar tiempo completo, descuidando a sus hijos al dejarlos solos o a cargo de otros familiares y en algunos casos vecinos. Esto afecta a los niños en su estabilidad emocional ya que necesitan del cuidado y la presencia de sus padres, muchos de estos niños se sienten solos y esto afecta su adaptación social y su rendimiento escolar, ser víctimas de violencia por parte de otras personas, sometidos a abuso sexual, requieren atención psicológica, todas estas problemáticas originan problemáticas específicas en los individuos lo que hace necesario que ellos inicien un proceso terapéutico que les permita mejorar su calidad de vida, para disfrutar de beneficios que se vean reflejados en su cotidianidad.

El trabajo realizado con los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Pedro Betancourt en el Departamento de Psicología en el servicio de Consulta Externa fue satisfactorio, se logró cumplir con los objetivos planeados en total se atendió a 100 pacientes con un total de 331 reconsultas. También es importante mencionar que el acompañamiento emocional que se le brinda al paciente hospitalizado, ayuda a estabilizar emocionalmente a padres, familiares del paciente, además de promover el servicio de psicología de una forma complementaria al de servicio individual.

### 5.1.3 Subprograma de docencia

El aporte de la epesista, va más allá de la atención clínica individual, ya que la población también se ve beneficiada con programas de conservación de la salud, como charlas y talleres de psicoprofilaxis durante el desarrollo del mismo.

Los talleres permitieron una aproximación a la población de forma grupal permitiendo llegar a un mayor número de personas al transmitir conocimientos para mejorar la de calidad de vida, así también hacerlo de una forma dinámica, participativa, que generó en la población un conocimiento nuevo, que les permitió conocer diversas alternativas positivas para afrontar una situación conflictiva.

La realización de charlas permitió la promoción del servicio a través de crear en los pacientes una inquietud en relación al trabajo que realiza el psicólogo, además de permitirles tener un contacto indirecto con la psicología ya que de alguna manera se ven influenciados por la charla al estar expuesto únicamente a escucharla. Además ofreció diversos beneficios como el que mayor cantidad de personas asista a la consulta externa, promover el servicio con los demás servidores de la salud como médicos, enfermeras, personal de laboratorio.

Una actividad importante dentro de este subprograma fue la realización de las conferencias tituladas “La Importancia del Psicólogo en el Ámbito Hospitalario”, esta actividad fue dirigida exclusivamente por las epesistas, en donde permitió la aproximación, aceptación, reconocimiento del papel del psicólogo en el ámbito hospitalario, el objetivo fue el de lograr que los médicos se auxilien de la psicología para brindar un mejor servicio del paciente, dándole un lugar importante en la recuperación del paciente hospitalizado, y promoción de la salud emocional al paciente que asiste a consulta externa, en donde se logró que ellos tuvieran mayor información sobre las ventajas que ofrece el tener apoyo psicológico, tanto para los pacientes como para ellos como médicos que se ven expuestos diariamente a situaciones estresantes.

#### 5.1.4 Subprograma de Investigación

Dentro del contexto guatemalteco predomina la violencia, no debe extrañarnos que está se inicie en la familia, es ahí donde empieza a manifestarse. Al igual sucedió con las personas que llegaron al servicio de psicología en donde se identificó que la mayor parte de las agresiones graves que sufrieron los niños que asistieron a la clínica se dieron precisamente en el hogar y esto da lugar a que dicho problema del maltrato a los niños se encuentre en personas y circunstancias casi o totalmente fuera de control, este tema se relaciona con los patrones de crianza que utilizan los padres para la crianza y desarrollo del niño, los patrones de crianza violentos son un fenómeno tan desastroso y responsable de diversas anomalías en la persona; pues tanto el maltrato infantil como la violencia intrafamiliar son fenómenos que lo acompañan y frecuentemente suceden en nuestra cotidianidad, así como lo son los patrones de crianza violentos.

Cada día nuestra sociedad condena más la utilización de patrones violentos hacia los infantes, e intenta promover un mejor trato hacia los infantes, se reconoce que todavía miles de niños sufren maltrato físico, psicológico y sexual en su propio hogar.

Dentro de los pacientes evaluados dentro de la clínica identificamos que la familia es y debería considerarse como la institución más compleja y la más importante para nuestra sociedad, más sin embargo lo que sucede dentro de ella puede tener efectos tanto positivos como negativos en cada uno de los individuos que la integran y por tanto un ajuste o desajuste en las relaciones intrafamiliares, falta de información de los padres.

A lo largo de esta experiencia de EPS se identificó a través de los testimonios de diversas personas que los padres son los principales autores del maltrato infantil y a pesar de las graves consecuencias que este fenómeno desencadena no se debe calificar a estas personas como pervertidas o anormales, ya que sufren al igual que el niño o la niña agredidos ya que en la

mayor parte de los casos éstos desahogan sus propias frustraciones que sus padres les hicieron sufrir de niños en sus hijos y sin darse cuenta de que así es.

Se identificó a través de la investigación realizada que la Violencia Intrafamiliar es la causa más frecuente de crear un ciclo de violencia, que se caracteriza por la agresión física del hombre hacia la mujer y de la mujer hacia el hombre, ocasiona daños físicos y daño psicológico que le da inseguridad a la persona, inseguridad en la pareja y esto conlleva a la desintegración familiar, la repetición de ciclos de violencia y frustraciones.

En general se concluye que Los modelos de crianza que propician en el desarrollo infantil influyen en el desarrollo emocional del niño desde la infancia hasta la edad adulta creando el fenómeno de transmisión intergeneracional del maltrato en la que los niños que son golpeados por padres que utilizan patrones de crianza autoritarios, tiende a ser más agresivos, presentaron dificultad para relacionarse socialmente, bajo rendimiento escolar, problemas de autoestima,

## 5.2 Recomendaciones

### 5.2.1 Recomendaciones Generales

A la escuela de psicología, brindar al estudiante mayor herramientas de las que brinda para desempeñar un mejor papel a nivel social, a través de reevaluar el contenido de cátedras como la de Investigación que año tras año trabajan las mismas temáticas, disminuyendo la oportunidad de adquirir nuevos conocimientos.

Concientizar sobre la importancia de la prevención primaria en Guatemala y asignar presupuesto para su implementación y divulgación, en cada institución que se dedique a brindar servicios de salud a la población creando un programa que en realidad satisfaga las necesidades de la población.

Redefinir el papel de los psicólogos en formación, orientándolo hacia el enfoque de la Psicología Social de la Salud y al trabajo multidisciplinario, creando una mejor herramienta que permita cubrir una cantidad de población mayor de manera efectiva.

A las epesistas que continuaran la labor dentro del hospital, tomar en cuenta las necesidades de la población, abordarlas de forma profesional, efectiva, pedagógica y con respeto. Continuar autotormándose como profesionales para no limitarse ni limitar los beneficios que la labor psicológica ofrece al individuo.

## 5.2.2 Recomendaciones de servicio

En todo Centro de Salud es necesario contar con atención psicológica, incluyendo hospitales, brindando está atención a todas las personas que lo solicitan, es necesario incrementar los recursos para proporcionar este servicio a todo aquel individuo que lo solicite, de una forma profesional.

Brindar apoyo a padres y pacientes cuando sea necesario, de forma responsable, profesional, brindándoles los espacios, circunstancias, herramientas adecuadas para beneficio del proceso.

Concientizar a la población atendida y personal del Hospital Nacional Pedro Betancourt acerca de la importancia de la labor del psicólogo dentro de la institución, promocionar el servicio de forma positiva, demostrando la importancia del psicólogo en el ámbito hospitalario.

Trabajar a nivel multidisciplinario con el personal del hospital en las actividades que requieran nuestro apoyo, como lo son el acompañar a pacientes internados, iniciar procesos individuales de psicoterapia, crear espacios que permitan ejemplificar la eficacia del tratamiento de psicología.

Proporcionar espacios adecuados para atender a los pacientes que lo solicitan, observar a los pacientes como individuos con necesidades, y no problemáticas que necesitan un abordamiento metodológico para la disminución de un conjunto de síntomas.

### 5.2.3 Recomendaciones de docencia

Dar información y apoyo a los padres de familia de los pacientes que asisten al Hospital a través folletos que contenga información sobre las necesidades del paciente hospitalizado, así como apoyo emocional a los familiares.

Crear un programa que permita a la población dar a conocer que temás son los que desconocen y les interesa, de está manera proporcionar charlas o talleres, que permitan satisfacer está necesidad en la población.

Crear de forma constante un estímulo que exponga a todo el personal hospitalario a estar en contacto con el servicio psicológico para promover la salud mental, de sus servidores para que estos puedan brindar un mejor servicio.

Reevaluar cada una de las actividades que se realizan al aproximarse a la población asegurándose que está sea satisfactoria para la población, es decir que el paciente muestre satisfacción al aproximarse al ámbito hospitalarios.

Proporcionar información clara, certera sobre las ventajas de asistir al psicólogo, divulgando los beneficios que tiene de asistir al mismo.

Capacitar constantemente a todo el personal para mejoras a nivel institucional que se vean reflejadas en el servicio y atención que se le brinda al paciente.

#### **5.2.4 Recomendaciones de Investigación**

Se debe trabajar en la erradicación de patrones de crianza violentos dentro de nuestra sociedad, a través del abordamiento multidisciplinario, en donde participen enfoques médicos, sociales, políticos, económicos, psicológicos y legales.

Es necesario utilizar técnicas cognitivas que permitan eliminar el fenómeno de la violencia a la niñez, a través de la información sobre el daño que estos tienen a nivel social, individual – emocional.

Crear más espacios que permita a la población que es víctima de patrones de crianza violentos a expresar sus emociones, que les brinden ayuda y asesoramiento para afrontar la situación.

Divulgar la importancia que tiene todo individuo así como el derecho a una salud mental integral que le permita superarse como individuo en un ambiente adecuado.

Oponerse a la ideología que criar a un niño y corregirlo es a base de golpes, gritos, castigos exagerados, maltrato verbal o emocional, sino divulgar y proveer de alternativas positivas que reafirmen la confianza y seguridad en el niño para un desarrollo integral, desde la infancia hasta la edad adulta.

## BIBLIOGRAFIA

- Burin, M.; Meler, I., *Género y familia*. Paidós, Barcelona, 1998.
- Cantera, L. M., *Te pego porque te quiero. La violencia en la pareja*. U.A.B., Barcelona, 1999.
- (Rice, F.P(1997). **Desarrollo Humano**. México: Prentice Hall Hispano americana).
- Morris, Charles Maisto Psicología. Décima Edición, Pearson Educación de México S.A. de C. V. 2001 Pp.358
- Francoise Dolto, El niño y la familia. Editorial Paidós. 1998 Pp. 21
- Papália Ann, Desarrollo Psíquico del niño, Editorial Grijalbo, México D.F. Pp. 285
- Morales Calatayud Francisco, Introducción a la Psicología de la Salud.

Editorial Paidós Buenos Aires 1999 Pp.249

- Singer Erwin, Conceptos Fundamentales en Psicoterapia. Fondo de cultura Económica. México Pp.325
- Karl Slaikeu, Intervención en Crisis Manual par la práctica e investigación. Segunda Edic. Edit. El Manual Moderno 1996 Pp. 200
- E. jerry Pares. Psicología Clínica, conceptos, métodos y práctica Edit. Moderno 1996 Pp. 285
- Álvaro Garrido y Torregrosa, Psicología Social Aplicada, Editorial Mc. Graw Hill
- <http://www.monografias.com/trabajos13/depre/depre.shtml>
- <http://www.violenciaintrafamiliar.cl/guatemala/portada.php>
- <http://www.ondasalud.com/edicion/noticia/0,2458,5169,00.html>

<http://eltiempo.terra.com.co/PROYECTOS/RELCOM/RESEDU/BUETRA/PUBLICACIONES/ARCHIVO/ARCHIVO-1230558-0>