


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



“POTENCIALIZACIÓN DE RECURSOS PERSONALES, GRUPALES E INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, SAN FÉLIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ.”

JENIFFER VANEZA LÓPEZ CABRERA.

GUATEMALA, SEPTIEMBRE DE 2009.

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

**“POTENCIALIZACIÓN DE RECURSOS PERSONALES, GRUPALES E
INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL EN EL
HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, SAN FÉLPE DE
JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ.”**

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

POR

**JENIFFER VANEZA LÓPEZ CABRERA
PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIATURA**

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

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

Ninette Archila Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
**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.137-2008
CODIPs. 1233-2009

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

16 de septiembre de 2009

Estudiante

Jeniffer Vaneza López Cabrera
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO SEGUNDO (32º) del Acta VEINTIDÓS GUIÓN DOS MIL NUEVE (22-2009) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 10 de septiembre de 2009, que copiado literalmente dice:

"TRIGÉSIMO SEGUNDO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"POTENCIALIZACIÓN DE RECURSOS PERSONALES, GRUPALES E INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

JENIFFER VANEZA LÓPEZ CABRERA

CARNÉ No. 200218966

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por el Licenciado Rafael Estuardo Espinoza. 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"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

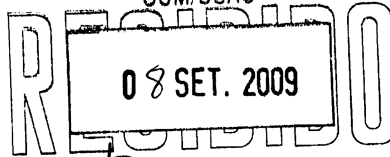



Velveth S.



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14
e-mail: usaepsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



Firma:  hora. 13:30 Registro 137-08

Reg. 137-2008
EPS. 235-2007

07 de septiembre del 2009

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de **Jeniffer Vaneza López Cabrera**, carné No. **200218965**, titulado:

“POTENCIALIZACIÓN DE RECURSOS PERSONALES, GRUPALES E INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ.”

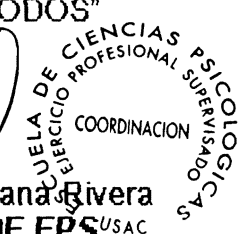
De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Rafael Estuardo Espinoza, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

Licenciada Claudia Rossana Rivera
COORDINADORA DE EPS^{USAC}



/Dg.
c.c. Control Académico
EPS



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

TEL.: 485-1910 FAX: 485-1913 y 14

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 137-2008

EPS. 235-2007

04 de septiembre del 2009

Licenciada

Claudia Rossana Rivera Maldonado

Coordinadora del EPS

Escuela de Ciencias Psicológicas

CUM

Respetable Licenciada:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado –EPS– de **Jeniffer Vaneza López Cabrera**, carné No. **200218965**, titulado:

“POTENCIALIZACIÓN DE RECURSOS PERSONALES, GRUPALES E INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ.”

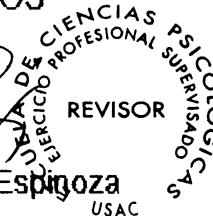
De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, 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”

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza
Revisor



/Dg.

c.c. Expediente



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

Reg. 137-2008
EPS. 235-2007

03 de julio del 2009

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

Respetable Licenciada:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- de **Jeniffer Vaneza López Cabrera**, carné No. **200218965**, titulado:

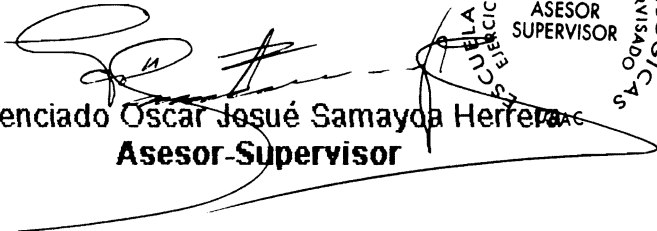
“POTENCIALIZACIÓN DE RECURSOS PERSONALES, GRUPALES E INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL NACIONAL HERMANO PEDRO DE BETHANCOURT, SAN FELIPE DE JESÚS, ANTIGUA GUATEMALA, SACATEPÉQUEZ.”

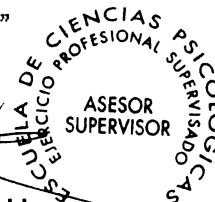
De la carrera de Licenciatura en Psicología

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 Samayda Herrera
Asesor-Supervisor



/Dg.
c.c. Expediente



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: usaepsie@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
EPS
Archivo
Reg.137-2008
CODIPs.599-2008

De Aprobación de Proyecto EPS

07 de abril de 2008

Estudiante

Jeniffer Vaneza López Cabrera
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO CUARTO (34o.) del Acta CERO NUEVE GUIÓN DOS MIL OCHO (09-2008) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 27 de marzo de 2008, que literalmente dice:

"TRIGÉSIMO CUARTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: "POTENCIACIÓN DE RECURSOS PERSONALES, GRUPALES E INSTITUCIONALES PARA EL FORTALECIMIENTO DE LA SALUD MENTAL EN EL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT" de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

JENIFFER VANEZA LÓPEZ CABRERA

CARNÉ No. 200218965

Dicho proyecto se realizará en la ciudad capital, asignándose el Licenciado Fernando Salvatierra, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requiriente, y el Licenciado Oscar 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



/rut

OF. No. 41-2008
SALUD MENTAL

ALDEA SAN FELIPE DE JESUS, LA ANTIGUA GUATEMALA
23 DE OCTUBRE, AÑO 2008

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

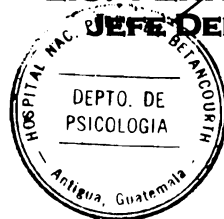
LICA. RIVERA:

TENGO EL AGRADO DE INFORMARLE QUE JENIFFER VANEZA LOPEZ CABRERA, ESTUDIANTE CON CARNÉ No. 200218965, EN EL AÑO 2008 REALIZÓ SATISFACTORIAMENTE SU EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO EN ESTE HOSPITAL EN LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA Y DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, CON UNA DURACIÓN DE 8 MESES.

AGRADECIENDO LA ATENCIÓN A LA PRESENTE ME SUSCRIBO, ATENTAMENTE,



LIC. FERNANDO SALVATIERRA G.
JEFE DEPTO. DE SALUD MENTAL



C.C. ARCHIVO



ACTO QUE DEDICO

A Dios:

Padre fiel y misericordioso, gracias por el don de la vida y por poner en ella a cada una de las personas que me acompañan hasta el día de hoy.

A Mis Padres:

Gustavo López Girón y Elifonza María Cabrera de López, Gracias por el apoyo incondicional, por enseñarme a luchar por lo que quiero, solo puedo decirles que todo lo bueno que hay en mí, es por ustedes, los quiero mucho.

A Mi Hermana y Mi Cuñado:

Flor de María y Jorge Pirir, gracias por su paciencia, su apoyo, por escucharme y por estar allí siempre para mí los quiero mucho.

Mis sobrinos:

Ustedes le dan alegría a mis días los quiero mucho.

A Mis Hermanos de Comunidad:

Gracias por escucharme, corregirme y rezar por mí siempre, siento un cariño muy especial por cada uno de ustedes.

A Mis Amigos:

Los que me acompañan ahora y los que por alguna razón ya no están, cada uno de ustedes ha dejado una huella en mi vida y me han ayudado a ser mejor persona, manteniéndome en la realidad, hablándome con honestidad y respeto a todos los quiero de diferente manera pero con la misma intensidad.

A Mis Padrinos de Graduación:

Ustedes han sido una guía y una inspiración para mi vida profesional, no solo por sus conocimientos sino también por su actitud frente a la vida, infinitas gracias.

PADRINOS DE GRADUACIÓN

**Doctor René Vladimir López Ramírez
Médico Psiquiatra
Colegiado No.9296**

**Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Psicólogo
Colegiado No. 270**

RESUMEN

El Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- se realizó en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, ubicado en la aldea San Felipe de Jesús, que pertenece al departamento de Sacatepéquez, a dos kilómetros de Antigua Guatemala.

La realización de esta experiencia tuvo una duración de ocho meses en los cuales se abarcó tres ejes de trabajo divididos según las necesidades de la institución y área de trabajo de cada epesista.

En el Departamento de Psicología se cubrió el Departamento de Consulta Externa y se atendió tanto a personas que asisten a consulta de manera regular, como a personal que labora dentro de la institución.

Ciertamente la ayuda fue minoritaria para este último grupo en cuanto al apoyo psicoterapéutico, pero se logró ahondar en los problemas presentados por la población externa y de algunos otros servicios por referencia médica.

La población de mayor afluencia correspondió a los adultos, pero con la necesidad de apoyo se tuvo la presencia de adolescentes y familiares de algunos pacientes brindando psicoeducación, y a su vez contribuyendo con atención en terapia familiar, terapia de pareja, terapia individual y en pocos casos terapia grupal.

El mayor objetivo con respecto a la terapia familiar correspondió a contribuir con la construcción de vínculos afectivos y de comunicación, por medio del respeto y el amor fraterno, así como el fortalecimiento de otros valores fundamentales para la convivencia.

En el campo de la prevención y formación se dirigió a tres grupos específicamente, el primero y el cual fue base para la investigación y fue el Departamento de Enfermería, el cual debido a su dimensión y gran población se tomó únicamente una cuarta parte del total, impartiendo temas sobre la salud mental, relaciones laborales, atención al usuario, motivación técnicas de relajación, estrés, Burnout, etc.

El segundo grupo al que se dirigió este segundo eje fue a la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez, - AJUPENSA- , este es un grupo heterogéneo, de personas de la tercera edad, profesionales tanto de nivel diversificado como universitario, que solicitaron temas de su interés, como lo son la depresión en la tercera edad, sentido de vida, y temas propios que se suscitaron como inquietudes con respecto a la etapa de vida en que se encuentran, teniendo en cuenta las necesidades y las limitaciones se logró la transmisión de conocimiento pero sobre todo la aceptación por parte de los participantes.

El Departamento de Enfermería tuvo un enfoque en salud mental y principalmente en la detección del Síndrome de Burnout y sus principales causas, con la ayuda de herramientas de la investigación cualitativa, y para la tabulación de datos de primera necesidad y la comparación con las observaciones y entrevistas la escala de Maslach, todo esto logró el contraste de lo indicado por los participantes, dando forma a un análisis de la realidad de las instituciones de Salud Pública.

INTRODUCCIÓN

La situación nacional de Guatemala, muestra todos los días un panorama lleno de dificultades en la población general, la cual se encuentra involucrada en actividades que en lugar de ser satisfactorias y parte de su actuar cotidiano se convierten en situaciones que pueden llegar a ser nocivas para la salud integral de la gente.

La violencia es el pan de cada día de los habitantes de un país cuyo gobierno no logra controlar las frecuentes olas de criminalidad que se desencadenan en las calles, los índices de pobreza aumentan constantemente debido a la crisis económica y con ello el desempleo, el cual es el puente para otros padecimientos de las poblaciones más desprotegidas.

Los elementos planteados con anterioridad tienen gran repercusión en la salud mental de la población que lo padece y que es el eslabón para una serie de padecimientos que son arrastrados a los hogares.

Cabe mencionar que el sistema de Salud Pública no cuenta con profesionales que posean suficientes herramientas y suministros que contemplen las adversidades.

Esta situación nos lleva a pensar en las posibles alternativas frente a todo este cúmulo de situaciones, los profesionales en salud mental en teoría debemos cuidar que esta prevalezca, pero también estamos sometidos a un sistema disfuncional y desestructurado, donde solo se puede trabajar con lo que se tiene a la mano, lo cual llega a ser muy poco.

El informe de EPS que se presenta a continuación es un aporte de lo encontrado en un contexto social y cómo repercute en la salud mental de las personas que día a día se enfrentan a las dificultades planteadas con anterioridad y que serán descritas en los capítulos consecutivos.

De lo expuesto se intentará explicar a través de cinco capítulos una realidad latente, que se observa en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, donde asiste una población diversa, pero que en sus distintos contextos converge en un mismo lugar en busca de un mismo objetivo, la salud.

El primer capítulo brindará una panorámica de lo que se entiende y de la población que vive en dicha aldea, poniendo en evidencia los principales orígenes de la población y forma de vida, con una caracterización de lo encontrado. Daremos seguimiento con una descripción de la institución, su misión visión; finalizaremos un primer capítulo con un planteamiento de las realidades y necesidades encontradas.

El segundo capítulo se describirá con el apoyo de herramientas teóricas la realidad observada y vivenciada, por medio de los diálogos con pacientes y personas que laboran dentro de la institución, lo cual dio pie para el planteamiento de objetivos generales y específicos que nos permitieron intervenir desde nuestra rama de la ciencia, y para cerrar este bloque el planteamiento de un método para el abordamiento, que sugirió herramientas e indicadores de inmersión.

En el capítulo tres se plasman los resultados de un cúmulo de experiencias adquiridas durante la ejecución del EPS, el cual conforma el cuerpo fundamental para el análisis posterior, y que es descrito en los tres ejes de ejecución, haciendo contraste con la realidad vivida, las actividades realizadas, las metas cumplidas, las satisfacciones e insatisfacciones, los obstáculos institucionales y los que son parte del actuar dentro de la profesión.

El capítulo cuatro lleva como punto fundamental analizar cada una de las actividades realizadas durante el proceso de ejecución, y los principales hallazgos de los tres ejes de intervención citados en los tres ambientes de desenvolvimiento, en primer lugar la Atención Directa, realizada en Consulta Externa, con adolescentes y adultos brindando atención psicoterapéutica, en segundo lugar la Formación y Prevención efectuada tanto en Consulta Externa con los pacientes, como en sectores específicos del Departamento de Enfermería, donde se abordaron temas de salud mental, organización laboral, relaciones enfermero-paciente etc.; y en tercer y último punto la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez, de los cuales se toman temas que implicaban crecimiento personal y sentido de vida.

Para finalizar el último eje de ejecución fue con respecto a la Investigación la cual fue apoyada con el eje de Prevención y Formación en el Departamento de

Enfermería, que consistió en la detección de los principales factores que influyen en la aparición del Síndrome Burnout, en el personal que atiende a pacientes.

Y como respuesta a los capítulos anteriores el capítulo cinco resume y enfatiza los puntos claves de los realizados y da las principales conclusiones y recomendaciones con respecto al EPS.

De esta manera se siembran iniciativas para brindar una mejor atención y promover un medio en el cual la salud mental pueda forjarse cada día, ya que esta es dinámica y cambiante en los sujetos.

INDICE

Materia	Página
Capitulo I	
1.1 Histórico-Antropológico.....	1
1.2 Descripción de la Institución.....	17
1.3 Características de la Población.....	19
1.4 Planteamiento de Problemas y Realidades.....	22
Capitulo II	
2.1 Referente Teórico Metodológico.....	25
2.2 Objetivos Generales y Específicos.....	56
2.3 Metodología de Abordamiento.....	57
Capitulo III	
3.1 Descripción de la Experiencia.....	65
Capitulo IV	
4.1 Análisis de los Resultados.....	91
Capitulo V	
5.1 Conclusiones.....	120
5.2 Recomendaciones.....	124
Bibliografía	

CAPITULO I

Antecedentes

1.1 Histórico-Antropológico

La cabecera del departamento de Sacatepéquez es la ciudad de La Antigua Guatemala, fundada por Don Pedro de Alvarado y Contreras, con el nombre de Santiago de los Caballeros de Guatemala.

Actualmente Antigua Guatemala tiene 14 aldeas circunvecinas y que son parte de su jurisdicción municipal las cuales enumeraremos a continuación:

1. San Felipe de Jesús
2. El Hato
3. San Mateo Milpas Altas
4. Santa Inés del Monte Pulciano
5. San Juan Gascón
6. Santa Isabel de Hungría
7. Santa Ana
8. San Cristóbal El Bajo
9. San Cristóbal El Alto
10. San Gaspar Vivar
11. Santa Catalina Bobadilla
12. San Pedro Las Huertas
13. San Juan del Obispo

San Felipe de Jesús es nuestro mayor motivo de atención, ya que actualmente es una aldea pluricultural, catalogada como perteneciente al municipio de Antigua Guatemala, Sacatepéquez. Según datos históricos encontrados en diferentes bibliografías, anteriormente no estaba catalogada como aldea ni como comunidad, era un terreno al cual le llamaban milpa, es decir, un terreno donde sembraban milpa y que a su vez servía como vivienda a sus dueños, que en ese entonces eran los propios naturales del lugar.

Cuando los españoles formaron la ciudad de Santiago de los Caballeros de Guatemala, al mando de Don Pedro de Alvarado, toman las tierras en posesión para crear comunidades y sociedades que a su vez propiciaron un cambio en la cultura de sus habitantes, es así que con el tiempo formaron parcelas y manzanas en donde arrendan tierras y lugares para vivir a los pobladores del lugar. El 21 de septiembre de 1528 es dada en títulos de propiedad a Don Gaspar Arias Dávila, luego al morir este, pasa a nombre de su hija Doña Juana de Chinchilla.

Según datos históricos, debido a la erupción del volcán de fuego el 14 de Enero de 1582, una correntada de lava destruyó el pueblo de San Juan Ahuacatepeque; comunidad fundada por los españoles, la mayoría de sus vecinos fueron trasladados a la milpa de San Felipe¹.

Esta milpa adopta el nombre en honor de un santo misionero que nació en México el 1 de mayo de 1572 y fallece el 5 de febrero de 1597. Este misionero era hijo de padres españoles y se estableció en la nueva España en México, ingresó a la orden y cuatro años después murió martirizado en la isla de Nagasaki, en Japón.

En el siglo XVII, específicamente en el año 1604 San Felipe de Jesús es fundada, se encontraba situada en la periferia norte de la ciudad de ese entonces, Santiago de Panchoy, separada por el cerro del Manchén. Anteriormente estas tierras eran consideradas propiedad de sus fundadores por lo que a estos era necesario pagárseles un tributo o impuesto por el uso de las tierras. Por esta razón se realiza un censo en la Ciudad de Santiago (de Guatemala) para determinar quién tenía que pagar la alcabala o impuesto, esto a razón de que las tierras estaban siendo divididas por población española, indígena y otros (negros, mulatos y mestizos). El censo reveló que noventa manzanas eran habitadas por españoles, en este espacio existían 661 hogares encabezados por no-españoles; de estos cinco eran hogares indígenas ubicados en dos manzanas contiguas.

¹ Gall, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala. Tomo III. Comp. Critica. Guatemala C.A. 1980. Pág.277.

Esto revelado en el primer mapa completo, que existe y está fechado en 1773 año de la destrucción de la ciudad por los terremotos. Fue elaborado por el agrimensor José de Rivera y Gálvez. En dicho mapa faltó ubicar a los pobladores especialmente habitantes indígenas identificados como barrios y otros como pueblos. Estas comunidades predominantes indígenas eran catalogadas en el siglo XVI como milpas, con el transcurrir del tiempo fueron considerados barrios o pueblos separados. En esta categoría está incluido San Felipe de Jesús ubicado en la periferia norte de la ciudad. Milpa de San Felipe de Jesús está ubicada en la periferia del sitio de la futura Ciudad de Santiago de Panchoy.

Según decreto 225 del 9 de noviembre de 1878, San Felipe de Jesús queda dentro de círculo de San Sebastián, 3º distrito en la tabla para elección de diputados a la Asamblea Constituyente.²

Por acuerdo gubernativo del 14 de marzo de 1883 se dispuso que el poblado quede anexo al municipio de Jocotenango; luego pasó al de Antigua Guatemala por acuerdo gubernativo del 23 de agosto de 1935.³

Actualmente su población se estima en 4,783 habitantes (2,303 hombres y 2,480 mujeres),⁴ censo realizado en el 2002. Su clima es templado y agradable durante casi todo el año, sus pobladores en su mayoría son católicos y veneran la milagrosa imagen de Santo Cristo Yacente, desde el 30 de agosto de 1670.⁵

Aspecto Sociocultural:

Históricamente es sabido que los pobladores de estas tierras eran los propios indígenas o naturales que a la vez eran dueños de las mismas.

Es de suponer que como pueblo tuvieran su propia identidad, sus propias costumbres, un modo de comunicación propio, una forma de gobierno o leyes propias que ayudarían a regirse por si mismos. Con el paso del tiempo los españoles

² Idem

³ Idem

⁴ Instituto Nacional de Estadística -INE-. Censo Poblacional.2002.Guatemala.

⁵ Gall, Francis. Diccionario Geográfico de Guatemala. Volumen XII. Guatemala. Julio 1934.

radicaron en este lugar, dando así una población mestiza que, más tarde conformó la sociedad de la aldea.⁶

Este mestizaje propició la desaparición de los llamados naturales del lugar, degeneró sus costumbres, las cuales eran modificadas por el pensamiento y la acción política de los nuevos pobladores hasta llegar a su extinción y dio paso a la creación de una nueva forma de vida para los aldeanos.

A lo largo del tiempo San Felipe de Jesús se convirtió en una aldea multiétnica y multicultural, debido a que las necesidades de empleo y de subsistencia llevarán a los habitantes de otros poblados a emigrar a dicho lugar, y creando una aldea con poca identidad propia, como consecuencia no poseen un traje típico, un lenguaje propio, ni poseen una cultura maya.

La aldea como tal es una mezcla de influencias, por su cercanía con La Antigua Guatemala. Su cultura se ve mezclada con la de los visitantes extranjeros que, de alguna manera obliga a sus habitantes a adoptar ciertas conductas, pensamientos, moda, lenguaje, etc., que cambia su modo de vida y su interacción diaria.

Como parte de la cultura del pueblo es importante mencionar al machismo en sus diferentes dimensiones: la mujer ve la procreación como una forma de autorrealización, desde pequeña es enseñada a que su valor de mujer dependa de la cantidad de hijos que pueda tener y así “darle al varón el valor y privilegio que le corresponde⁷”. Poniendo en riesgo su salud integral y calidad de vida, la cual incluye violencia intrafamiliar como una forma de sujeción hacia la mujer. De esta manera se le priva de su libertad de expresión dentro del hogar y la sociedad.

Los golpes físicos y humillaciones, en privado y en público, provocan en la mujer depresión que pasa a formar parte de su vida diaria, cotidianizando esta conducta y haciendo de esto una forma habitual de convivencia. La privación de la

⁶ Lic. Villacorta, J. Antonio. Libro Viejo de la Fundación de Guatemala. Volumen XII. Guatemala. Julio, 1934. pag. 322ss.

⁷ Comentarios de aldeanos entrevistados informalmente.

educación a la mujer continúa siendo común, aduciendo que es el hombre el único económicamente responsable del hogar y proveedor del mismo y que la mujer solo debe ser la que cuide del hogar (“que se dedique a los oficios domésticos⁸”) limitando la necesidad humana de autorrealización.

La degeneración de los valores influye o repercute en la conducta psicosocial del individuo provocando así una alteración de sus patrones culturales y sociales. Esto sale a relucir en las conversaciones con los pobladores que aducen que los valores principalmente de los jóvenes, han cambiado. Los padres y personas adultas en general opinan que “ahora los jóvenes ya no tiene el mismo respeto de antes⁹” hacia sus mayores lo que da como resultado una mala comunicación y una relación familiar conflictiva. Ahora los jóvenes, refieren las personas mayores, “ya no se fijan en buscar pareja por amor sino por comodidad económica.”

Las jóvenes buscan a la pareja por las posibilidades económicas que su familia posea y “buscan embarazarse para agarrarlo y así tener una comodidad económica desde el principio¹⁰”. Estos son los dos pensamientos más importantes o de relevancia que las personas mayores refieren y en que los valores han sido modificados. Esto no solo por la influencia de las personas de otros lugares sino también por los medios de comunicación que cada día cobran mayor influencia en el pensar de las personas, y que repercuten en las costumbres que no son propias de la aldea. Esto conlleva una mala comunicación incluso como comunidad ya que la unión de un pueblo se ve ramificada según los intereses de cada quien o bien caen en un egoísmo en el que cada un vela por sus propios intereses y no da pie a la solidaridad, dando como resultado una desorganización e individualismo dentro de los pobladores. Reflejado en el que hacer diario, como hace referencia el párroco de la iglesia de San Felipe que manifiesta, “he hecho todo lo posible por llevar personal, técnicos en trabajos artesanales o en algún proyecto que pueda servir a la comunidad para su desarrollo y progreso laboral , pero las personas al inicio de estos proyectos responden muy bien, asisten a las reuniones y acceden a la información

⁸ Idem

⁹ Idem

¹⁰ Idem

con cierto interés, todo cambia cuando se enteran que este proyecto tendrá cierto costo para ellos o bien que tendrán que invertir cierta cantidad de dinero para poder realizar los objetivos de su aprendizaje”. Lo cual solo demuestra una “falta de motivación en las personas”, según las palabras del párroco, “apatía en el poblado”. No podemos afirmar esto, pero lo que si podemos decir, es que el pueblo ha sido llevado a una desmotivación tal vez provocada por una falta de conciencia social, la situación económica en la que viven o la alienación de otras culturas.

Cultura que a través de los años ha sido modificada e influenciada por culturas ajenas al pueblo y a nuestro propio país. Es interesante observar, en los paseos por la plazuela de la aldea, un lugar donde actualmente se mueve parte del comercio de la aldea a personas propias del lugar hablando un idioma que no es el de ellos, el inglés, quizás como medio para mejorar su economía y atraer a los turistas. Y no es que esto sea perjudicial para ellos como personas, al contrario, las necesidades de promover sus productos los motivan a convertirse en bilingües. El problema radica en que al no tener bien cimentada su cultura como base de su origen corren el riesgo de perder su identidad y adquieren la de otros. De tal manera que la tradición oral ha ido evolucionando y en otros casos se ha ido perdiendo.

El grupo étnico predominante es el ladino, ya que la aldea de San Felipe como tal no tiene un grupo maya definido, en algunos documentos se ha encontrado referencia de que los Kakchiqueles fueron los que en algún momento predominaron en esta área. Pero investigando más en libros antiguos propios de la colonia e incluso desde su fundación, solo hacen referencia a los naturales del lugar y a los españoles y como la unión de ambos dio lugar a los mestizos, que hasta la fecha son los que predominan en el área, que en la actualidad son llamados ladinos, por ser hijos de mestizos con mestizos a través de los años.

Un aspecto cultural plasmado en las entidades religiosas es la veneración de la imagen del “Señor Sepultado” de San Felipe de Jesús quien por años ha sido el más visitado dentro de la aldea y la comunidad católica del lugar, al cual asisten en peregrinación miles de turistas y personas de los distintos departamentos de Guatemala cada año para Semana Santa.

Otra imagen de impacto de la comunidad, en específico del poder edilicio es el Cristo de la Justicia o Cristo de las Animas, el cual es antiguo, y del que la tradición dicta que lo recibe en su casa el alcalde de turno y este tiene el compromiso de “cuidar” su veneración. Debe tener la casa abierta a la adoración de manera que cualquiera puede llegar y tener la libertad de adorar y orar, así como llevar flores y/o velas para ese fin. La imagen no tiene ninguna fecha que nos indique su fabricación, pero la cruz en la cual descansa es de 1958¹¹.

La tradición oral, según cuenta el alcalde, dice que desde la colonia este mismo Cristo era llevado en carreta de bueyes, en procesión hacia los diferentes lugares de aldeas en donde era venerado. Antes solo había un Cristo para todas las comunidades. Actualmente cada aldea y cada alcalde posee su propio Cristo. En algún momento de la historia reciente del pueblo ha tocado que el alcalde sea de otro tipo de credo o religión, esto no ha sido problema relevante pues la persona en función debe y tiene que entender que esto es parte del puesto que debe desempeñar y por lo mismo se debe al pueblo y a sus costumbres. La fiesta patronal del Cristo es el 1º o 2º fin de semana de enero, para esto es que se utiliza el dinero que se cobra a los alguaciles cuando estos no pueden llevar a cabo funciones.

Una representación cultural importante es la llamada Vara Edilicia la cual es otorgada al alcalde auxiliar elegido como símbolo representativo de autoridad que las demás personas deben de respetar.

Aspecto Socioeconómico:

La actividad económica de la aldea es básicamente el comercio, la venta de productos artesanales, la venta de comida, venta de productos de vestir (zapatos, camisas, blusas, faldas etc.) típicos, es lo que mueve a la aldea. Hay que aclarar que la mayoría del producto que venden es adquirido en otras localidades y luego revendido en el lugar, los dulces típicos, por ejemplo, son hechos en Antigua, Jocotenango o algunos otros lugares y llevados a la aldea, solo una vendedora se pudo comprobar que realmente los hacía y no todo el producto, ya que la elaboración

¹¹ Información brindada por alcalde auxiliar de turno.

de los mismo tiene un costo que muchas veces se sale del alcance de su presupuesto. En el mercado también se encuentra la venta de comida, que es elaborada en su totalidad por ellas mismas, esta consiste en tostadas, atol de elote, de arroz con leche, plátano, enchiladas, chuchitos, dobladas, tacos, etc. Estos negocios suelen ser empresa familiares que como ellas mismas refieren, a veces lo invertido en el producto “no sale” cuando el producto no se vende, es decir no recuperan el valor total de lo invertido. Y eso se debe a que la venta de comida ha proliferado en el lugar, hay muchos puestos de comida, en el parque, frental al hospital, restaurantes que hacen la competencia en el lugar.

Según referencia de algunos entrevistados, el trabajo en los restaurantes no es muy beneficioso o lucrativo, pues no ganan lo suficiente como para solventar sus gastos familiares. Solo cuando es Semana Santa, conocida por los pobladores como “época alta”, es cuando logran vender y ganar un poco más. Esto lleva a que muchas personas se dediquen o busquen otros medios de trabajo ya que en el transcurso del año no ven incremento en sus ingresos.

Otra forma de ingreso de los pobladores de la aldea son los llamados “pensionistas”, que son personas que se dedican a alquilar espacios de vivienda a personas que trabajan por temporadas en los distintos restaurantes, servicios de Salud Pública e incluso en fincas.

Los hombres y mujeres buscan empleo fuera de la aldea por lo regular en Chimaltenango y San Lucas en donde las maquilas han proliferado y emplean a muchas personas. En La Antigua encuentran trabajo en algún restaurante como cocineros, meseros o bien, los que tienen educación de diversificado, en alguna oficina o banco. Para las mujeres se amplían las oportunidades de trabajo en la realización de oficios domésticos, lavado, planchado, trabajos en casa a tiempo completo o bien medio tiempo en Antigua Guatemala y otros sectores, según referencias de las entrevistadas ellas cobran entre Q.25.00 y Q.30.00 por percha de ropa, que laven y en el caso del planchado Q.300.00 por mes, y un aproximado de Q.1000.00 mensuales por oficios domésticos en casas, refiriéndose a estos como poco remunerados ya que invierten todo el día en estas actividades. Otra fuente de

ingresos es la finca cafetalera Filadelfia pero solamente recluta personal por los días de noviembre, pagando Q.35.00 o Q.40.00 por quintal y es necesario mencionar que no toda la población asistente es proveniente de San Felipe, sino de aldeas e incluso departamentos aledaños. Estos diferentes trabajos que se han mencionado de alguna manera son empresas familiares, ya que la mayoría de los miembros participan en los mismos, por ejemplo; la venta de tortillas muchas veces trabaja mamá, abuela e hijas, lo mismo en la finca recogiendo café o en la preparación y venta de comida. Formando así una economía familiar que ayuda a solventar las necesidades del hogar, siendo esta la forma en que las familias logran agenciarse de los fondos económicos para la subsistencia, ya que en la mayoría de estos hogares la ayuda económica del padre de familia o esposo es mínima o inexistente. La mayoría de estas familias está conformada solamente por la madre e hijos, algunas veces por la abuela materna. Las madres refieren que llegan a esta condición de “estar solas o quedarse solas” porque el hombre solamente ha estado por un corto tiempo con ellas y luego se va. Aducen que la falta de amor o cariño hacia ellas o sus hijos hace que se vallan con otras mujeres y no volver con ellas ni por sus hijos. Algunas veces, estos mismos hombres, han formado otros hogares y se olvidan de las relaciones anteriores.

Estas familias anteriores quedan desprotegidas emocionalmente, dando como resultado inestabilidad en la crianza, educación y valores de cada persona.

Es así como los jóvenes al verse carentes de afecto buscan satisfacer esta necesidad en relaciones a muy temprana edad y muchas veces adquiriendo responsabilidades paternas a muy temprana edad. Las estadísticas muestran que la aldea de San Felipe de Jesús es una comunidad conformada por gente joven, varía en un rango de edad de 5-9 años y 10-14 años; edades que sugieren una dirección de intereses limitantes para el desarrollo económico de la aldea. Ya que a esta edad no se puede hablar de trabajo y desarrollo personal ni social. Los pobladores con una edad económica y socialmente aptos para un desarrollo laboral son escasos en número de población, a esto hay que agregar que no todos son profesionales, la mayoría son mujeres (datos estadísticos) que no han finalizado en muchos casos el

nivel primario, por lo que se dedican solamente a oficios domésticos, son madres solteras, sin otro aporte económico que el de ellas mismas. Todo esto le da a la aldea una perspectiva económica poco favorable para el desarrollo.

San Felipe de Jesús cuenta con un moderno Hospital Nacional “Hermano Pedro de Bethancourt” que fue inaugurado en 1991 y que comenzó a funcionar un año más tarde, esta institución de servicio social sustituyó al anterior de La Antigua Guatemala destruido con el terremoto del 4 de febrero de 1976; construido al sur oriente de la aldea en un terreno de aproximadamente siete manzanas, cedido por el Muy Noble Ayuntamiento de Salud Pública y Asistencia Social en 1972.

Sin embargo las estadísticas muestran que aunque existe un Hospital al Servicio del pueblo las personas que acuden a este centro hospitalario no son propiamente los residentes de San Felipe, sino que son personas de otros departamentos, caseríos, aldeas y pueblos, e incluso de la ciudad capital.

En muchos casos la ayuda en cuanto a la salud es otorgada de parte de otras instituciones no gubernamentales, por ejemplo “Nuestros Ahijados” y “Familias de Esperanza”, los cuales brindan apoyo a familias de bajos recursos, facilitando recursos para mejoras en la educación, ofreciendo víveres, atención psicológica, y otros servicios como odontología, oftalmología y medicina general etc., de los cuales no se tiene documentación debido a que son instancias no gubernamentales, pero que interaccionan con las vidas de los entrevistados, y pobladores de la aldea.

Las estadísticas muestran que en Sacatepéquez la mayor causa de mortalidad son enfermedades conocidas como choque séptico¹², la segunda causa en los recién nacidos pretermino, y seguidamente dificultades respiratorias y bronconeumonías¹³.

¹² Forma de choque que se produce en la septicemia por la liberación de endotoxinas procedentes de ciertas bacterias en la corriente sanguínea. El choque séptico también va precedido por signos de infección grave localizada casi siempre en los sistemas genitourinario o gastrointestinal.

¹³ Inflamación aguda de bronquiolos y pulmones que se caracteriza por escalofríos, fiebre, taquicardia, tos con esputo purulento y sanguinolento, dolor torácico intenso y distensión abdominal. Infección bacteriana de las vías respiratorias superiores hacia las inferiores y el agente causa es casi siempre *Mycoplasma pneumoniae*.

Esta situación económica, de salud y educación sustenta que la llamada “apatía”, no es más que una muestra de las dificultades por las que la aldea atraviesa y que además va acompañada de una población sumamente joven con pocas expectativas, metas definidas ni objetivos por alcanzar.

No se duda en la posibilidad de que en algunos casos, se dejen definitivamente estos objetivos de superación, llevando a la persona a abandonar sus estudios para cumplir con otras responsabilidades.

Educación:

En la educación formal San Felipe de Jesús cuenta con una única escuela pública llamada “Escuela Rural Mixta de San Felipe de Jesús”, la cual debe atender a la mayor parte de población infantil de dicha aldea, sin embargo tiene muchas limitaciones para su cobertura, las aulas exceden a los 40 alumnos y se inundan con las fuertes lluvias, los maestros brindan la educación dentro de las posibilidades, la deserción es mayoritaria en niñas, mientras los niños pasan a ser favorecidos por los padres, sin embargo no bajo las mejores condiciones.

Existe en la población total un analfabetismo del 5% en la población masculina y se duplica a un 10% en la población femenina¹⁴, las causas son variadas, pero al igual que en la mayor parte del país, la desnutrición, la negligencia, la situación socio-económica repercuten en el desenvolvimiento académico de la población infantil y adulta.

La educación formal fuera del ámbito público está constituida por varios colegios que atienden educación primaria y secundaria, y otros con mejores posibilidades asisten a instituciones de Antigua Guatemala, educación entendida con buen desenvolvimiento según refieren las madres de familia, la educación a nivel diversificada es brindada únicamente en el sector privado.

En la aldea se manejan varios programas educacionales llamados también “educación informal” que son dirigidas a personas que, en la medida de sus

¹⁴ Instituto Nacional de Estadística -INE-.Censo Poblacional.2002.Guatemala.

posibilidades, puedan superarse y así lograr una posición económica diferente para su familia. Estos programas capacitan a la persona para que pueda desempeñarse en un oficio o bien pueda iniciar su propio negocio generando así un autoempleo, que lo acredita como una mano de obra calificada que lo inserta al campo laboral productivo propio y lo que es importante, el Ministerio de Educación valora este conocimiento y lo respalda de tal forma que su diploma al final del curso tiene un valor importante. Estos programas no son impartidos al azar en la comunidad, son desarrollados tomando como base las necesidades de la misma, que solicita la atención, siendo estos: electricidad, envasado y deshidratado de alimentos, floristería, herrería y soldadura, huertos, manualidades, panadería, piñatería, repostería, talabartería, técnicas agropecuarias, tejidos, automatización de oficinas, arte y pintura en tela, carpintería, computación, deshilado, bordado y otras áreas más. Estos programas fortalecen la autoestima de la persona y lo impulsa a seguir adelante a pesar de los problemas que pueda enfrentar.

También existen programas para terminar la primaria y básicos de manera acelerada para aquellas personas que por alguna razón no pudieron seguir adelante. El único requisito es haber aprobado primero y segundo año de primaria. Con estos dos años aprobados los adultos pueden reiniciar el aprendizaje. Un año tercer y cuarto primaria; el siguiente cuarto, quinto y sexto para luego continuar con básicos.

Aspecto Ideológico-Político:

La comunidad de la aldea de San Felipe ha tenido cambios en su forma de pensar a través de los años. Su ideología como pueblo y en lo individual se ha visto afectada por la influencia de diversas culturas y costumbres que no son propias de sus pobladores. Las personas a quienes se han entrevistado refieren que el pueblo es muy apático no solo en el accionar, sino en el pensamiento. Esto afecta a la aldea, que según los pobladores “va para atrás como los cangrejos.”

No ven el progreso creen que las leyes o restricciones que las autoridades han puesto, con el fin de mantener el orden, solo han venido a encerrar más al pueblo. Esto deja ver que el pueblo de alguna forma está cansado de vivir de esa manera, no

logra entender por qué deben estar encerrados en sus propias casas, principalmente después de ciertas horas.

Anteriormente no era así, pues refieren, que se podía caminar y platicar sin ningún problema por las calles, actualmente es un riesgo salir a determinadas horas o llegar tarde a sus hogares debido a las altas tasas de violencia.

El pensamiento mágico en las mujeres de dicho pueblo es manejado por medio de patrones de conducta relacionados con la búsqueda de pareja con el objetivo de solventar su situación económica, utilizando al varón como medio para alcanzar su mejoría en el estatus económico y social, de manera que en múltiples ocasiones se observa que se abren a relaciones sexuales como medio de atracción para los jóvenes que en muchas oportunidades huyen de la responsabilidad y da origen a madres solteras y a una paternidad irresponsable, la cual es entendida por la falta de madurez de los jóvenes que habitan en San Felipe de Jesús.

La explicación mágica de los eventos suscitados en la vida diaria referente a la salud, mantiene un fundamento espiritual llevados a cabo por medio de la fé, la cual se apoya en los rituales que son dirigidos por los llamados “brujos”, los cuales forman parte de una cosmovisión propia del lugar y que son parte de la tradición de las distintas culturas existentes en el lugar.

Por otra parte la cosmovisión se ve ampliada hasta los márgenes de la conducta social del individuo reflejados en la familia y patrones de crianza en los roles de género, que inician con la respectiva gallina que se come al nacer un varón en la familia, y que prosigue con la crianza más libertina en los varones en comparación a la educación y el rol femenino, esta última según referencias es más “moldeable” ya que se puede dirigir mejor su educación, y sus deberes dentro del hogar ya han sido pre-establecidos con tareas como lavar, planchar, ordenar el hogar, cocinar, velar y cuidar de los hijos, etc., y que a su vez coinciden con el estereotipo sexual femenino de sumisión, pero que no dejan a un lado los tabúes frente a la virginidad, sexualidad femenina, utilización de métodos anticonceptivos, etc.

La religión predominante es la católica, la cual se hace evidente en sus fiestas patronales religiosas que se dan cada año y especialmente en Semana Santa, aunque es notoria la presencia de la iglesia evangélica y el surgimiento de la iglesia Mormona dentro de la población.

Es necesario hacer énfasis que como relata el párroco de la iglesia de San Felipe, para la feria de la aldea y Semana Mayor existe mucha afluencia y devoción, pero el resto del año el apoyo que el sacerdote proviene de feligreses que no pertenecen al pueblo.

Los pobladores acuden a la iglesia únicamente en situaciones de crisis en busca de consuelo e incluso necesidades económicas, pero su devoción no perdura.

San Felipe de Jesús en su situación política es subsidiada por Antigua Guatemala por ser cabecera departamental, su alcaldía auxiliar es llevada al puesto por haber brindado colaboración en campaña electoral para la elección del alcalde de Antigua Guatemala, lo cual indica que no es puesto por elección popular, así mismo el día en que él quiera renunciar al cargo por cualquier razón, debe de “conseguir al sustituto de su puesto” o bien alguno de sus auxiliares puede hacerlo, lo cual resulta difícil pues es sumamente complicado debido a la responsabilidad que implica el puesto y los honorarios que son poco satisfactorios.¹⁵

La duración del cargo del alcalde auxiliar es de 4 años, como el de cualquier alcalde, sin embargo los auxiliares trabajan únicamente por un año, y luego son reemplazados.

El mando edilicio lo conforman 4 personas, alcalde o regidor actualmente tiene 3 ayudantes, auxiliares o alguaciles, los cuales fungen como mediadores en la aldea, al momento de no encontrarse presente el alcalde, este trabajo mediador consiste en resolver aquellos problemas de índole doméstico, por ejemplo problemas de “chismes de vecinos”, problemas maritales, problemas de límites territoriales etc.”, otra obligación en común, es estar disponibles para brindar su tiempo en el momento

¹⁵ Información obtenida de alcalde auxiliar de turno.

en que son requeridos, como por ejemplo estar en la casa de la auxiliatura atendiendo a las personas, etc. Si no pueden hacerlo deben de pagar Q.25.00 que van para un fondo utilizado posteriormente para organizar la fiesta del patrono de la alcaldía, que es el Cristo de la Justicia o también conocido como Cristo de las Animas.

Las actividades realizadas por el alcalde auxiliar y sus alguaciles tienen como finalidad la exoneración de los impuestos territoriales de dichos trabajadores de la comuna.

Según información de alcalde auxiliar actualmente no recibe un sueldo como tal, pues su estipendio es equivalente al de un peón, y no es mayoritario al de los demás trabajadores, el cual no le genera ninguna ayuda, beneficio o reconocimiento por su trabajo en la alcaldía.

Dentro de las observaciones hechas por el propio alcalde es de no recibir un subsidio económico como alcalde del lugar, esto hace que sus 3 auxiliares no se comprometan en el puesto ya que es ad honorem, estos auxiliares trabajan en oficios particulares para poder agenciarse de algún salario que les provea solventar sus necesidades. Él, debido a su tiempo y compromiso dentro de la alcaldía, no puede obtener un trabajo paralelo que le provea una mejor estabilidad económica, esto le desmotiva, pues no encuentra apoyo en sus colaboradores.

Dentro de las funciones el alcalde además de organizar el trabajo de sus colaboradores en las obras públicas, está el de realizar conjuntamente la labor manual del trabajo, ya que no cuentan con la ayuda logística necesaria para solventar esta labor.

La organización de la alcaldía auxiliar está subsidiada por al municipalidad de Antigua Guatemala, según referencia del alcalde auxiliar de la aldea de San Felipe de Jesús, este subsidio no se cumple en su totalidad.

Para comprender su forma de trabajo es necesario hacer referencia en que el alcalde auxiliar asume paralelamente el cargo de presidente de Consejo Comunitario

de Desarrollo -Cocode-, el cual debe asumir ciertas responsabilidades de salud de la población y sus necesidades, por ejemplo: Agua, luz, infraestructura, drenajes. Su obligación es solicitar el servicio o la colocación del mismo, a las respectivas autoridades de la municipalidad de Antigua Guatemala.

Como presidente de Cocode, no obtiene ningún respaldó de dicha organización ni de ninguna persona relacionada con ello, por lo tanto el Cocode como entidad política no posee espacio físico, ni liderazgo activo dentro de la comunidad.

No obstante los vecinos pueden avocarse al alcalde auxiliar en cualquier momento y en cualquier lugar, para presentar sus necesidades de manera verbal, luego el alcalde las presenta por escrito el Consejo Municipal de Desarrollo -Comude -, quien más tarde tendrá el compromiso de responder a las necesidades según las posibilidades de la comuna, lo cual imposibilita al Cocode como organización para cumplir con sus responsabilidades en la aldea.

El alcalde es el representante de San Felipe ante el Cocode en sus reuniones ante el Comude.

En la política se encuentra distribuida una pequeña parte del poder debido que el resto está disgregado en otros sectores que conforman y obligan a la población a una sumisión por medio del miedo, estos grupos utilizan el chantaje, la intimidación, y la manipulación y van de la mano de la corrupción, lo que le da poder a los grupos antisociales distribuidos en la aldea y que obliga a los pobladores a un silencio obligatorio, tal es el caso de los grupos de narcotraficantes que existen en la aldea, según referencia de los aldeanos, están divididos en dos grupos, que utilizan la aldea como vivienda y paso de mercancía hacia diferentes lugares del departamento.

De la misma manera la delincuencia común habita en la aldea pero sus acciones vandálicas son realizadas en otros sitios, y la población por temor no los denuncia, esta problemática afecta a los aldeanos ya que el transporte público, los negocios y la convivencia social se ven restringidos por las autoridades para salvaguardar la seguridad de los propios aldeanos.

La policía nacional civil es otro grupo que sustenta el poder dentro de la aldea y que brinda seguridad a la población, aunque debido a los múltiples abusos de poder por parte de la policía en otros sectores del país la credibilidad en esta institución se ha visto mermada, dando como consecuencia la poca confianza y respeto de la población hacia los miembros de esta institución.

1.2 Descripción de la Institución:

En el año de 1646 el Obispo Dr. Bartolomé González Soltero observó que los feligreses habían aumentado y con ello las ofrendas que se destinaban para repartirlo a lo fieles más necesitados, así que el Obispo decidió suprimir las limosnas y construir un hospital para los eclesiásticos, lastimosamente el Obispo murió y el proyecto quedó en el olvido. Ocho años después, en octubre de 1645, el Cabildo Eclesiástico ordenó poner en obra el hospital. En noviembre de 1662 el Obispo Fray Payo Enríquez de Rivera hizo la bendición de la casa que cumpliría la función del hospital, y se colocó la primera piedra para la iglesia. Sin embargo el hospital empezó a atender a los clérigos enfermos en mayo de 1663; el primer director del hospital fue Don Antonio Álvarez de la Vega, mientras que Don Salvador Nabrija laboró como enfermero y ecónomo. Cuando las dos obras ya estaban terminadas o sea el hospital y el templo, Fray Payo Enríquez de Rivera las bendijo. El terremoto de 1773 trajo nuevos cambios al hospital que ya se encontraba en plena función debido a la necesidad de las personas afectadas, el hospital se vio obligado a ampliar su atención a los vecinos y no solo a los clérigos. A causa de generalizar el servicio para niños, mujeres y hombres, la administración a cargo de los religiosos fue sustituida por las Hermanas Capuchinas de la Divina Pastora quienes dejaron de prestar sus servicios en 1869 al ser sustituidas por las Hermanas de la Caridad. Inaugurando en 1991, el hoy día Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, ubicado en la aldea de San Felipe de Jesús, empezó a prestar sus servicios en este lugar en 1992. Constituyéndose en el único hospital de Antigua que ha prestado servicio a través de la historia.

Objetivos de la Institución:

Los objetivos cubren tres niveles primarios de salud

1. Prevenir enfermedades (Nivel Primario)
 - a. Saneamiento del medio
 - b. Educación sanitaria
 - c. Control del niño sano

2. Curar enfermedades (Nivel Secundario)
 - a. Atención de pacientes agudamente enfermos, con tratamiento médico quirúrgico
 - b. Atención al paciente ambulatorio
 - c. Atención a la madre embarazada
 - d. Educación para recupera la salud

3. Rehabilitación (Nivel Terciario)
 - a. Educación para mantener la salud
 - b. Integración al hogar
 - c. Seguimiento en consulta externa o en la comunidad

Actualmente el promedio mensual de personas atendidas es de 77,775 en Consulta Externa, 58,074 personas atendidas en Emergencias, 5325 operaciones realizadas, 5446 partos atendidos y un aproximado de 239 fallecidos, se presta el servicio las 24 horas los 365 días del año, la mayoría son procedentes de los municipios aledaños entre estos están, Ciudad Vieja, Alotenango, Pastores, Santiago Sacatepéquez, San Antonio Aguas Calientes, San Pedro Las Huertas, Santa, Lucía Milpas Altas y la minoría son de Chimaltenango, Escuintla, Quiché y Retalhuleu.

El nivel socioeconómico de las personas que se atienden en el Hospital es de nivel pobre, el hospital cuenta con espacios suficiente para cubrir cada uno de los servicios hospitalarios.

Meta:

“Bajar la morbi-mortalidad en el área que atiende y a la cual sirve como influencia.”

Misión:

“Somos un Hospital Nacional, de la región central, nos dedicamos a atender población de todas las edades y estratos socioeconómicos, sin distinción de preferencias religiosas, políticas, en prevención, curación y rehabilitación en salud. La atención la efectuamos en los servicios, en un ambiente ordenado y limpio, con equipamiento básico y tecnología actualizada, así como sistemas de planeación, ejecución, control y mejora continua de los servicios para asegurar la satisfacción plena del usuario, contribuyendo con nuestro trabajo al desarrollo y progreso del país.”

1.3 Características de la Población:

Es necesario mencionar que el EPS está dividido en tres ejes integrales los cuales atienden a distinta población y que es necesario describir para comprender las necesidades de la población y la institución; en el área de Consulta Externa, se ha observado que asisten y se atiende a personas tanto de sexo femenino como masculino de todas las edades, aunque existe una mayor asistencia de personas femeninas, madres de familia que se dedican a oficios domésticos, que en muchos casos no poseen una escolaridad mayor a 6^º primaria, con una menor asistencia de personas indígenas y en mayor proporción ladinas, de religión católica o evangélica en su mayoría. La asistencia de personas de sexo masculino es menos frecuente, ya que este servicio implica utilización de tiempo productivo para este género y no permite iniciar y culminar un proceso psicoterapéutico, ya que su prioridad es trabajar y llevar el sustento a sus hogares, poseen condición económica baja, la mayoría son agricultores, albañiles, mecánicos, ayudantes en tareas cotidianas, trabajadores de maquila, artesanos, y en otros casos trabajan en la ciudad capital de Guatemala y viajan constantemente, razón que contribuye a su poca asistencia y prevalencia en el servicio.

La asistencia de adolescente a este servicio en algunos casos se ve afectada por las citas prolongadas, debido a que la mayoría estudian y no es posible cambiar la asistencia a la escuela por la asistencia al servicio psicológico, además son acompañados la mayor parte del tiempo por sus madres, pero en varias ocasiones

los padres se responsabilizaron por el seguimiento del proceso con sus hijas mujeres.

En los casos con adolescentes las referencias en su mayoría fueron personales y otros de menor cantidad por parte de otros profesionales, normalmente no son hijos únicos sino 2do ó 3eros en la familia y se encuentran cursando el nivel medio (1º a 3º básico), aunque asisten de todos los niveles escolares.

En la institución existen varios sectores de trabajadores que en algún momento solicita apoyo u orientación psicológica y presentan distintas problemáticas por sus características y que se describen a continuación:

Enfermería:

El Departamento de Enfermería está dividido entre Enfermeras Profesionales y Enfermeras Auxiliares por lo que su escolaridad varía, las enfermeras graduadas con diversificado y las auxiliares con pre-vocacional.

Las edades de dicho personal van desde los 18 hasta los 55 años, una gran parte de esta población es de sexo femenino, quizá el 90% sin casadas e incluso son abuelas, aunque una pequeña parte también sobre pasa los 35 años y se han dedicado toda su vida laboral únicamente a la atención al público en distintos hospitales públicos.

Se observó y se conversó con algunas enfermeras que referían que no se dedicaban a otras actividades fuera de laborar como enfermeras y madres, puesto que el impulso por los nuevos proyectos académicos fueron abandonados por las responsabilidades para con la familia y el trabajo, existe buena parte de madres solteras en este departamento, y solo unas cuantas o cuantos se dedican a continuar sus estudios, que son los más jóvenes y que no tienen un hogar conformado aún, pero que deben sufragar gastos o aportar a sus padres.

Las auxiliares de enfermería son un gran apoyo y son quienes cubren y sostienen la mayor parte de servicios ya que los rotativos o Jefes de Enfermería no logran cubrir las necesidades de todos los servicios, el número aproximado de enfermeras profesionales es de 50 personas para solventar todos los turnos, y en muchos casos quedan sometidos al trabajo por las necesidades económicas, aunque

no fue posible encontrar el dato sobre los salarios por motivos institucionales, tanto las enfermeras y enfermeros graduados exceden sus turnos hasta 11 ó 12 horas de labor para obtener mayor remuneración.

En el caso de los auxiliares de enfermería relatan que doblan turnos e incluso trabajan en otras instituciones privadas para cubrir vacaciones, dentro y fuera del hospital, en jornadas diurnas y nocturnas, el motivo mas prevalente es la dificultad económica.

De esta manera se encuentra que la población está constantemente sometida a largas hora de presión y se deduce que el tiempo que comparten con la familia es mínimo, y como ellas mismas relatan “tanto que hay que hacer en la casa, no da tiempo ni para descansar”, todo esto es un indicador de tensión y estrés, que aumenta durante las temporadas altas, los conflictos internos por falta de comunicación, la presencia de jefes exigentes y pacientes demandantes hacen la vida de las y los enfermeros un trajín laboral.

Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez:

-AJUPENSA-

Este es un grupo heterogéneo de personas de la tercera edad, los cuales en su mayoría han sido trabajadores del Estado, profesionales tanto de nivel diversificado como universitario, muchos de ellos han llegado a su ancianidad y han sufrido la pérdida de su pareja, y aunque su motivación por el trabajo desaparece sufren maltrato de algún tipo por su edad lo cual no manifiestan abiertamente pero si han menciona en algunos comentarios.

1.4 Planteamiento de Problemas y Realidades:

Guatemala ha sido un país con múltiples dificultades en cuanto a la salud, más aun cuando se habla de tratamientos y fácil acceso a los mismos, es necesario tener presente que San Felipe de Jesús ha sido afortunado con este servicio ya que en su jurisdicción se construyó el moderno Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, que fue inaugurado en 1991 y que comenzó a funcionar un año más tarde.

A pesar de contar con este servicio podemos mencionar que desde sus inicios no existió un apoyo psicológico propiamente como en todos los hospitales de Guatemala, la enfermedad fue entendida como padecimiento físico exclusivamente. La creación de un área psicológica, ha sido un logro, anterior a esto había únicamente una persona para atender este servicio y hoy debido a la demanda de pacientes fue necesario el aumento de personal de esta área, sin embargo aún hay mucha ayuda que brindar, los tres psicólogos que laboran en esta institución no son suficientes para cubrir todas las áreas de la institución que necesitan su intervención, y que son atendidos de manera esporádica y en casos de Emergencia como lo son el área de Encamamiento, las Cirugías De Hombres y Mujeres, Pediatría y Consulta Externa, aún hay programas que se ha observado que pueden tener impacto y promover la salud mental, que contribuiría a combatir la violencia intrafamiliar, contra la mujer, abuso sexual infantil, por mencionar algunos, que debido a las limitaciones en tiempo y espacio no han podido ser solventados.

Durante la estancia y realización del Ejercicio Profesional Supervisado, se observó que la atención que se brinda a las personas por medio de Consulta Externa, la cual debido a la demanda de pacientes es muy intensa pero con citas espaciadas para los pacientes, la población que asistió a este servicio no es permanente y ante la necesidad se aboca por temporadas de 6 a 8 meses según la experiencia realizada, sin embargo también se observó que existen personas que consultan una sola vez, y en otras oportunidades a través de referencia médica, esta última fue más común en las áreas de medicina de mujeres y hombres internos en la institución, también el trabajo interinstitucional existió con población infantil referida por algún centro educativo, entidades Públicas como el Ministerio Público, Procuraduría

General de la Nación entre otros, para apoyar en casos de abuso sexual principalmente en niñas y jovencitas, e incluso en familias enteras.

En la población atendida de edad adulta existió una mayor prevalencia de depresiones en sus distintas modalidades, crisis de ansiedad en sus distintas manifestaciones, y en algunos casos maltrato intrafamiliar, violencia contra la mujer, problemas de pareja, trastornos de personalidad, en adolescentes el soporte familiar inadecuado, maltrato al adolescente, abuso sexual, disfunción familiar, poca orientación sexual, o inadecuada y en casos extremos ninguna educación sexual entre otros.

Sin embargo es necesario tomar en cuenta que los niños, niñas y adultos que por razones médicas deben quedarse para cirugía o para observación, son personas que debido a su enfermedad o situación es necesario brindar referencia y atención psicológica, como en el espacio de encamamiento; ya que hay muchos pacientes no son totalmente ambulatorios o poseen algún tipo de limitación para su movimiento, lo cual conlleva adaptación al medio. Adicionalmente se ha observado un fenómeno por parte del personal que brinda la atención especializada en las distintas áreas, el cual consiste en una cotidianización de la enfermedad sea cual sea su origen, y en vistas de no perder la objetividad de su labor se olvidan o desensibilizan de la condición humana de cada paciente, las razones son muchas, se escuchan comentarios dentro del personal acerca de la “exageración” en el dolor que puede sufrir un paciente, o las burlas con los niños recién nacidos y que llegan a estas instituciones por abandono, en ocasiones no son vigilados de la manera constante que el caso amerita.

Estudios internacionales han demostrado que la población que trabaja en áreas que comprenden la salud, son presa constante y su vulnerabilidad aumenta, ante este agotamiento emocional que puede iniciar un proceso y apareamiento de un Síndrome por desgaste por problemáticas internas, del sistema, de las instituciones, de la vida personal y de la falta de motivaciones en el medio laboral y que a su vez repercuten en la atención al paciente o usuario que las recibe, la detección de estas problemáticas internas, es un aporte que permite no solo brindar un diagnóstico, sino también permite trabajar de manera continua para que los trabajadores puedan

mantener una mejor Salud Mental y física que repercuta en la realización de sus actividades. En este caso es necesario tomar en cuenta, que el punto de partida para la realización de este EPS al grupo de enfermería, ya que es una población altamente vulnerable, por el hecho de que son quienes pasan la mayor parte del tiempo con los pacientes y quienes colaboran con la identificación de características que los demás profesionales, no pueden obtener por el corto tiempo que utilizan para la atención a la población, además se observó que debido a la demanda de pacientes en ciertas temporadas el trabajo aumenta y con ello el estrés el cual ocasiona falta de atención con algunos pacientes, facilidad para irritarse, descontento, malas relaciones laborales, falta de motivación, cansancio y somatizaciones; lo cual no permite un mejor desempeño en la atención y que a su vez haga menos grata la estadía de los pacientes en el hospital, pero sobre todo el brindar la atención que constitucionalmente merecemos los guatemaltecos.

El fenómeno descrito de lo que le sucede al persona de salud en muchas situaciones se acerca a lo que actualmente se ha dado en tipificar como “Síndrome de Burnout”, el cual se amplía en el Marco Teórico de este documento.

También es necesario mencionar que otra población importante son las personas de la tercera edad, quienes por mucho tiempo han sido persona que han contribuido con este país, y hoy es el Estado quien debe retribuirles de alguna manera, sin embargo esta población ha llegado a un punto en su vida en que la sociedad los estigmatiza como “inútiles”, y frente a este estigma ellos han demostrado que su vida social no acaba, y menos sus utilidad. Este grupo por experiencia de otros psicólogos se ha caracterizado por su iniciativa, entusiasmo y organización, la cohesión frente a las adversidades y su interés por combatir la crisis propias de la edad los lleva a solicitar atención e información psicológica que les permita comprender y contrarrestar la crisis.

CAPITULO II

2.1 Referente Teórico Metodológico

La aspiración de alcanzar salud integral es una necesidad y una condición para el desarrollo de un país, por ello es necesario analizar la historia, y ver los hitos importantes a lo largo de este proceso de desarrollo y de una mejora para brindar medios de salud a la población guatemalteca.

La historia de la salud en Guatemala se caracteriza por una lenta mejora de los indicadores de mortalidad y esperanza de vida, junto con eventos trágicos que han incluido guerras, epidemias y desastres naturales que no solo han sido consecuencia sino también causa de la situación de pobreza en que se encuentra la mayor parte de la población. La muerte violenta y las epidemias han sido parte de este panorama desolador desde que se tiene registro en la historia.

Así, además de las pérdidas humanas que significó la fase militar de la conquista, el régimen colonial causó un deterioro de las condiciones de vida de la población indígena. La falta de una alimentación y nutrición adecuadas, junto con las epidemias introducidas por los conquistadores, colonizadores y las poblaciones de esclavos negros, fueron la causa de altas tasas de mortalidad que redujeron extraordinariamente la población indígena.

Durante este período se registraron brotes y epidemias de sarampión, viruela y tifus. Aunque durante la civilización maya hubo guerras, epidemias y migraciones, no hay registro de un fenómeno similar de reducción tan grande de la población en esta época, siguen existiendo un legado de prácticas médicas que continúan teniendo vigencia en la actualidad.

“La insalubridad y deplorables condiciones de vida de la mayoría de la población contribuyeron a que después de la independencia las epidemias continuaran manifestándose con fuerza, el cólera morbus en 1833, y la pobre participación del Estado y con pobres políticas en materia de salud.

Hacia finales del siglo XIX durante la década de 1880, se estimaba un analfabetismo del 90% y los últimos 20 años del siglo la mortalidad general apenas disminuyó. La población indígena y rural, empobrecida, continuó siendo la más

afectada por epidemias y endemias como la viruela, el tifus y el paludismo, estos problemas de salud causaron escasez de mano de obra necesaria para la producción cafetalera.

A las epidemias se agregaron los desastres naturales, un terremoto en Quetzaltenango en 1902, entre 1917 y enero de 1918 ocurrieron devastadores terremotos que destruyeron la Ciudad de Guatemala, el alcoholismo fue detectado desde principios del siglo XX, en parte estimulado por el monopolio del Estado en la venta de bebidas alcohólicas por ser su principal fuente de ingresos fiscales.

En 1906 se organizó el Consejo Supremo de Salubridad Pública que funcionó hasta 1925, fecha en que se fundó la Dirección General de Salubridad Pública y que cambió su nombre por Dirección General de Sanidad Pública en 1932.

De 1930 a 1944 la política de salud combinó la legislación que no se cumplía con prácticas represivas por medio de acciones arbitrarias por parte de personal de la Dirección General de Salud Pública.

Después del terremoto de 1917 hubo una grave epidemia de fiebre amarilla, y entre 1918 y 1919 una epidemia de influenza donde su mayor número de muertos fueron indígenas del altiplano trabajadores de fincas de café.

Hacia 1940 se reportó un analfabetismo en el 67% de la población, la pobreza continuó siendo un condicionante básico de la situación de la salud, y la causa de mortalidad infantil, acompañada de enfermedades diarreicas agudas, el parasitismo y la desnutrición.

Como parte de las reformas sociales impulsadas a partir de la Revolución de 1944 la Dirección General de Sanidad Pública, terminó con la dimensión coercitiva y militarizada de la atención de salud y asumió funciones benefactoras y reparadoras, además de hacerse cargo de centros hospitalarios y de programas preventivos, crearon unidades móviles de salud e inició su funcionamiento en distintas dependencias técnico-normativas en el nivel central, se organizaron en delegaciones sanitarias en todos los departamentos del país y se iniciaron dispensarios municipales.

Durante las reformas para atender la salud se mostraron rasgos discriminatorios de la salud heredados de la época de la colonia, durante el régimen

liberal frente a la concepción de que esta era la única entidad capaz de hacer frente a los problemas de salud, se establecieron normas de la práctica médica pública a través de las Juntas de Sanidad, simultáneamente se estableció un control ejercido por la Policía de Seguridad, Salubridad y ornato, dándole una dimensión coercitiva a la atención pública de la salud.

Se realizaron jornadas de vacunación contra la viruela, se fundó el asilo para leproso, e incluso se militarizó la atención de la salud.

En 1945 se estableció el seguro social obligatorio, que comprendía los seguros contra la invalidez, vejez, muerte enfermedad y accidentes de trabajo, la Secretaria de Bienestar Social inició un programa de comedores infantiles, guarderías y jardines de vacaciones, trabajo que continuó hasta 1967, se estableció el Laboratorio Biológico y se dio énfasis a la lucha contra las enfermedades transmitidas por vectores.

En 1949 la fundación del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá -INCAP-, y para 1965 el país ya contaba con 54 Centros de Salud y 123 Puestos de Salud y finales de la década de los años sesenta se concretaron algunos intentos encaminados a desarrollar un Sistema Nacional de Salud.

En 1950 el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y UNICEF, creó el programa de Demostración Sanitaria Rural, y creó un programa que posibilitó la organización de los servicios de salud por área geográfica con un hospital de referencia.

En 1967 el INCAP realizó una encuesta nacional sobre alimentación que evidenció altos índices de desnutrición proteínico y calórico especialmente en niños menores de 5 años, alta prevalencia de anemia en niños y mujeres en edad fértil y embarazadas.

En 1969 dio inicio al Programa de Salud Comunidad - PROSAC- con carácter multidisciplinario, desarrollando un modelo de atención integral en la salud de la población ayudó a mitigar la crisis en el terremoto de 1976, pero debido a las medidas contrainsurgencia, sus actividades disminuyeron hasta su suspensión en 1980.

Pero hubo dos eventos de grandes proporciones que afectaron negativamente la salud de la población durante la segunda mitad del siglo XX, el primero en 1976 un terremoto de gran magnitud, donde murieron 24 mil personas principalmente en los departamentos de Zacapa, El Progreso, Chimaltenango y Quiché.

El segundo, el conflicto armado interno durante el período comprendido entre 1960 a 1996, el cual tuvo un impacto aún mayor sobre la salud individual y la colectiva de Guatemala. La guerra produjo desplazamientos internos, y externos de la población, los cuales se estimaron en un millón y medio de personas en el período más álgido. Ello tuvo enormes repercusiones en la vida, salud, nutrición y salud mental de los desplazados, el conflicto armado interfirió en la provisión de servicios de salud, muchos de los centros de salud fueron cerrados y la población que se quedó en sus pueblos, junto con los migrantes, no tuvieron acceso a dichos servicios. La organización comunal se vio afectada por represalias directas a las comunidades y a los presentadores de servicios.

La población guatemalteca, inclusive ancianos, mujeres y niños también fueron víctimas de asesinatos, desapariciones forzadas, ejecuciones arbitrarias, masacres y violación de mujeres, reportadas en el Informe de la Comisión de Esclarecimiento Histórico -CEH-, y que principalmente afectaron a la población indígena, la cual también sufrió la violación de su derecho a la identidad étnica y cultural.

Además del impacto en la mortalidad, cabe resaltar el alto número de heridos, lisiados, viudas y niños huérfanos. Esta población se vio afectada por problemas de salud física, salud mental y desnutrición.

El enfrentamiento armado interno cesó formalmente con la firma de Acuerdos de Paz el 29 de diciembre de 1996, estos últimos plantean la necesidad de impulsar la reforma del sector salud, descentralización de los diferentes niveles de atención, y alcanzar las metas de disminución de la mortalidad infantil y materna en un 50%.

En 1996 se firmó un acuerdo entre el Gobierno de Guatemala y el BID para la ejecución de Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud - PMSS-I - el cual contempla tres componentes: I). reorganización del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-; II). Provisión de un paquete de servicios básicos de salud

y III). La reorganización hospitalaria, acompañada de cooperación médica cubana. La incidencia fundamental de las mujeres y de actores externos en el desarrollo de la salud constituye dos condicionantes básicos tanto de la historia como la de la situación actual de la salud, en el cual destacan el caso de las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl dedicadas al cuidado de enfermos en el Hospital San Juan de Dios y en 1895.

El papel de actores externos ha sido importante en el área de capacitación, las ONG organización la prestación de servicios en las áreas de conflicto donde se cerraron o nunca existieron servicios oficiales de salud, en 1972 se creó el Instituto de Adiestramiento de Personal de Salud -INDAPS- para la formación del Técnico en Salud Rural y otras carreras técnicas con el apoyo de AID”¹⁶.

La lenta adquisición en servicios de salud para los guatemaltecos se ha visto truncada por distintos acontecimientos que marca la historia, y que hoy por hoy explica la involución y poco acceso en sector “marginados”, la historia se ha ido repitiendo, los gobiernos corruptos, la crisis económica y muchos más elementos demarcan lo que hoy día es difícil de superar, y encontraremos constantemente la relación entre la pobreza y salud, como parte importante para explicar la mortalidad infantil principalmente, pero no exclusiva por supuesto, si evaluamos la situación actual en zonas del interior de la república encontraremos que existe en dúo más y es el de los grupos étnicos los cuales no poseen un fácil acceso a la salud, por las razones descritas con anterioridad y otras muchas que no hemos expuesto, si la mayor parte de la población guatemalteca está constituida por etnias y estas son las menos favorecidas, deduciremos entonces que ellas son las más vulnerables a sufrir no solo la muerte sino también discriminación constante en todos los aspectos, acceso a la educación, vivienda adecuada, alimentación, salarios acordes a sus necesidades.

¹⁶ Salud en Guatemala. Archivo PD. 2002. Guatemala.

No obstante también debemos recalcar que la crisis económica afecta a todo el país, pero especialmente a quienes se encuentran apartados de la zona central de Guatemala.

Con lo que hemos venido desarrollando explicaremos a través de cinco esferas, de importancia prioritaria (no exclusivas), y los definimos para facilitar la comprensión del ser humano como producto de un todo, lograremos entender cómo cada situación del contexto repercute en la vida de cada individuo.

“Estas cinco esferas dividen al hombre en sujeto, está integrada por los factores biológicos, de cada ser, su situación de salud desde su nacimiento hasta el momento actual, el área de funciones específicas y/o psicológicas principales como son la atención, la memoria, el pensamiento, el lenguaje, y la percepción que son necesarios para desempeño “normal” y cotidiano dentro del contexto.

Por último la esfera del sujeto tomará el área emocional, que se refiere a cómo reaccionamos en determinadas situaciones y/o actividades, donde pueden aparecer padecimientos como la ansiedad, la baja tolerancia a la frustración, tristeza, aislamiento etc.

La segunda esfera hace énfasis en la vida familiar de las personas, que pueden describir la dinámica de las relaciones con la familia y que pueden provocar tensiones en las personas, y repercutir en otras áreas donde se mueve el individuo.

Otra área de suma importancia es la esfera escolar la cual promueve o genera problemática en el sujeto, desde el punto de vista de la actividad educativa, como por ejemplo los métodos de enseñanza que limitan el desenvolvimiento del educado.

La esfera laboral específica aquellos factores de trabajo a los que se ve expuesto el sujeto y que le son adversos, que incluyen los cambios frecuentes de trabajo, realización de las acciones laborales por ganar el salario y no por realización personal y por eso este inciso no es exclusivo de adultos aunque no sea una labor en empresas formales.

Y la última pero no menos importante es la esfera social, la cual apuntará aquellos elementos que impidan a la persona a genera ajustes sociales, tales como incapacidad para establecer relaciones de amistad, inhibición y aislamiento¹⁷”.

Los factores descritos con anterioridad contribuyen a que podamos entender cómo cada problemática u obstáculo en la vida diaria de las personas afecta de manera parcial o total una o todas sus áreas de desempeño y dependiendo de estos podrán aspirar a ciertos estados de salud y desarrollo que son prioritarios para vivir sanamente.

Por ejemplo la situación económica actual llamada “crisis”, el desempleo, bajos salarios, dificultades para lograr llenar las necesidades indispensables de las personas, entenderemos pues que un problema salarial repercuten en la vida de quien trabaja para brindar sustento a una familia de 4 ó 5 personas, la impotencia, desesperanza, sentimientos de inutilidad, largas y arduas hora de trabajo, el cansancio, la desesperación, la falta de ocio, las condiciones de la vivienda, las presiones afectiva y emocionales, conllevan a un bajo funcionamiento en distintas labores o actividades que van desde la vida familiar, hasta las relaciones en el trabajo y o se hable de el rendimiento en el mismo.

Todas estas situaciones y otras que no fueron tomadas en cuenta según la predisposición del sujeto pueden llevar a distintas reacciones físicas, o emocionales.

Durante la ejecución del EPS la población adulta presentó una alta prevalencia de distintas reacciones a la situación por la que atravesaba en determinado momento y hoy por hoy, hemos visto cómo dichas repercusiones son más observadas y expresadas como “falta de placer, aislamiento, pérdida de confianza, dificultad para pensar con claridad y ese sentimiento de que todo está perdido”¹⁸, lo cual no

¹⁷ *Nieto, Margarita. ¿Por Qué Los Niños No Aprenden?. Dificultades de aprendizaje y su porque. Segunda Edición. México. Ediciones Científicas, 1998.

*Hofling, Charles. Tratado de Psiquiatría. Traducido al español por Coc. Luis Augusto Méndez. México, Editorial Interamericana, 1967.

*Poch J. y A. Talam. Entrevista psicológica e historia clínica. En J. Vallejo Ruiloba: Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. ED. Salvat. 1991.

¹⁸ López Ibor. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud -CIE-10-.Editorial, MEDITOR. Pág. 400.

constituye signos de un carácter débil, sino está afectado por una enfermedad sorprendentemente difundida que se conoce con el nombre de depresión.

La población asistente y que labora en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, refirió haber presentado en algún momento síntomas depresivos, que fueron observados incluso con mal aliño personal, sentimientos de vacío en su vida, muchos se quejaban de no encontrar sentido a la vida, dificultades para disfrutar de sus logros, si es que en algún momento llegaron a sentir que los tenían, el llanto desmesurado, el “vivir por vivir, sin sentido, únicamente por las exigencias diarias”, deseos de morir frecuentemente, y otros de muchos síntomas dieron origen a la detección de dicha problemática.

Sin embargo la depresión no fue exclusiva de la población adulta, también apareció de manera constante en la población de adolescentes y pre-adolescentes, la incomprensión o ausencia emocional y física de los padres fortalecieron muchas de las emociones y sentimientos mencionados con anterioridad, en algunos casos toco fondo con la ideación, planeación e intentos suicidas.

Las observaciones realizadas y con la ayuda de distintos autores llevaron a definir la depresión como un evento transitorio de confusión y descontento frente a la vida misma, trasciende de la tristeza habitual, y que es creada por eventos estresantes para cada individuo y que interfiere en el curso habitual de la vida de quien la padece, y su manifestación puede ser diversa.

La depresión puede ser manifestada en distintos niveles y formas y en algunos puede llegar a ser tan severa que puede dominar su vida, la sensación de que no vale la pena vivir, y puede llegar a impedir que una persona enfrente la vida, como solía hacerlo, esta enfermedad constituye un desequilibrio químico en el cerebro que puede ser totalmente tratable.

La depresión más frecuente y cotidiana suele llevar o existir una causa conocida, y en otras no. Puede tratarse de una reacción a una enfermedad física, un duelo, estrés, exceso de trabajo, problemas de relaciones o dificultades económicas, pero la reacción es más intensa de lo acostumbrado y todo dependerá de la duración

de la misma y cómo afecta el trabajo, intereses personales, sentimientos hacia la familia y los amigos, o si empieza a tener pensamientos en el sentido de que las personas se sentirían mejor sin la presencia de quien la padece.

Son muy frecuentes sentirse presionado y agotado, y puede ser que se trastornen los sentimientos y se manifiesten en forma de desdicha o dificultad para dormir.

Los síntomas característicos varían de un individuo a otro, pero las personas con depresión presentan cuando menos algunos de los que se describirán a continuación o quizá todos:

- ✓ Cambios en el ánimo como tristeza, abatimiento, deseos de llorar.
- ✓ Pérdida de interés y deleite por la vida.
- ✓ Ausencia de estímulo y motivación, a tal punto que hasta las tareas y decisiones más simples parezcan difíciles o imposibles.
- ✓ Fatiga.
- ✓ Irritabilidad.
- ✓ Agitación e Inquietud.
- ✓ Falta de sueño o exceso del mismo.
- ✓ Pérdida de afecto hacia los demás.
- ✓ Pérdida de interés sexual.
- ✓ Pérdida de la confianza en si mismo; evitar ver a otras personas.
- ✓ Sentimientos de inutilidad, inadecuación desamparo y desesperanza.
- ✓ Es común sentirse peor a alguna hora del día en particular, habitualmente por las mañanas.

- ✓ Pensamientos de suicidio; éstos son sumamente frecuentes en la depresión, y lo mejor es aceptarlos en lugar de encubrirlos, en virtud de que constituyen un signo equívoco de que se requiere ayuda.

La depresión clínicamente es conocida en tres niveles para su distinción según la descripción del CIE-10 es clasificada en leve, moderada y grave.

Ubicada dentro de la clasificación de trastornos del estado del humor y descritos en el F32 con mayor detalle y con la sintomatología anteriormente descrita según el grado de intensidad, duración y prevalencia de los síntomas varían escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características.

Las formas atípicas son particularmente frecuentes en la adolescencia. En algunos casos, la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz pueden predominar sobre la depresión. La alteración del estado del ánimo puede estar enmascarada por otros síntomas, tales como irritabilidad, consumo excesivo de alcohol, comportamiento histriónico, exacerbación de fobias o síntomas obsesivos preexistentes o por preocupaciones hipocondríacas.

Como ya se ha observado en la sintomatología puede coexistir con otras enfermedades mentales y/o biológicas o bien pueden aparecer de manera aislada, pero la manera más frecuente coincide con la llamada Ansiedad, la cual es muy común en la población de San Felipe de Jesús, en la mayoría de los casos los pacientes refieren dolores de cabeza, de espalda, de un solo brazo, la dificultad para respirar e incluso la dificultad para pensar de manera coherente y ordenada.

Para muchos pacientes la ansiedad es descrita como “el mal de los nervios”, muchos han encontrado la cura en medicamentos comunes e incluso en los utilizados como placebo, el insomnio es muy común y la prevalencia de pensamientos sobre eventos catastróficos durante esos lapsos son constantes, el miedo, y las preocupaciones constantes debido a la inseguridad, la violencia, los celos, enfermedades de difícil transmisión son frecuentes, la desesperación es constantes, y con ello el bajo control de impulsos.

Una manera de describir y definir la ansiedad que encaja con lo encontrado en la referencia de los pacientes atendidos durante el EPS es:

Ansiedad es un trastorno del estado de ánimo, que altera la percepción del individuo, incrementando emociones y sentimientos (miedo, preocupación, desesperación, etc.) que repercuten en la vida emocional, física y psicológica del paciente.

Otros autores describen y reconocen la ansiedad como “una emoción de miedo pero manifestada por algunos pacientes como emociones diferentes, así el sentimiento de ansiedad, generalmente se caracteriza por ser difuso y nada placentero, con una sensación de aprensión o preocupación; los síntomas físicos incluyen el dolor de cabeza, tensión muscular, sudoración incapacidad para descansar y alteraciones en el pecho y estómago; puede provocar confusión, problemas de memoria y distorsiones de la realidad y del significado de los eventos¹⁹”.

La ansiedad es un trastorno cuando los síntomas son severos, intensos y sobre todo, tan persistentes que interfieren con la vida “normal”. Los trastornos de ansiedad pueden desarrollarse gradualmente en largos períodos o bien, muy aprisa, y también, pueden incapacitar e interferir con la escuela, las relaciones interpersonales, las actividades sociales y el trabajo.

“El estrés y la ansiedad son problemas ligados pero no iguales, ya que el estrés se refiere a una respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes, la manera en que se interpreta y piensa acerca de lo que ocurre y afecta las perspectivas o puntos de vista de las personas acerca de su vida, esta interpretación lo que genera es una reacción negativa, más que el evento o situación al que se enfrenta²⁰”.

Pero nuestra vida y entorno está en constante cambio, nos exige adaptaciones continuas, así que cierta cantidad de ansiedad es necesaria.

¹⁹ Gabinete psicopedagógico (URG). “Estrés”. Universidad de Granada, 2001.

²⁰ Idem

También la reacción a las situaciones del entorno están afectadas por el nivel general de salud y bienestar, ya que las personas agobiadas, duermen poco y no comen de manera equilibrada, probablemente disponen de menos recursos para afrontar situaciones difíciles y podrían enfermar y caer en un trastorno de ansiedad.

Los síntomas más frecuentes de estrés o ansiedad se encuentran ubicados en las emociones, de ansiedad irritabilidad, miedo, fluctuación del ánimo, confusión o turbación.

Los pensamientos son excesivos en cuanto a la autocrítica, se presentan dificultades para concentrarse y tomar decisiones, olvidos, preocupaciones por el futuro, pensamientos repetitivos, excesivo temor al fracaso.

Las principales conductas que se presentan son la tartamudez u otras dificultades del habla, llantos, reacciones impulsivas, risa nerviosa, trato brusco a los demás, rechinar los dientes o apretar las mandíbulas, aumento del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas; mayor predisposición a los accidentes, aumento o disminución del apetito.

Los cambios físicos como músculos contraídos, manos frías o sudorosas, dolor de cabeza, problemas de espalda o cuello, trastornos del sueño, malestar estomacal, gripes e infecciones, fatiga, respiración agitada o palpitaciones, temblores, y boca seca.

En ambas enfermedades podemos mencionar que el estrés es parte de la vida, pero la cantidad de tensión que cada persona es capaz de tolerar es diferente, además varía según el momento de la vida, las circunstancias personales, laborales o familiares hasta trascender y llegar a propiciar otros trastornos.

Como lo han detallado los conceptos anteriores las circunstancias de la vida personal, laboral o familiares se entremeten en el estado anímico de los individuos, y el principal factor que se localizó fue la influencia de la dinámica y vida familiar de las personas.

Frente a un amplio abanico de tensiones, la vida familiar pasa a ser un ideal, ciertamente no existe la perfección en cuanto a la dinámica familiar ya que la intervención de los patrones de crianza son muy diversos más aún en un país como Guatemala pluricultural, multilingüe y multiétnico.

El machismo toma dimensiones inimaginables, no solo desde el punto de vista cultural sino también desde el punto de vista legal y estructural, es un problema que utiliza infinidad de excusas que recorren un aspecto ideológico (cultural y religioso) y que debido a los patrones de crianza impuestos somete a la mujer a tomar un rol establecido por la sociedad.

Este machismo fuera de ser justificado implica una serie de problemas que no se limitan al sometimiento de la mujer como pareja, como hija, o como mujer, sino a la familia entera a sufrir una serie de limitaciones de tipo educativo, también denigran al género femenino en su desenvolvimiento personal, sabemos que la violencia contra la mujer es constante y lamentablemente; puede llevar hasta la muerte, ya que no existe una plena confianza en las leyes al momento de denunciar.

Durante el EPS se identificó un sin número de mujeres violentadas, que sufren abuso de todo tipo, siendo los más evidentes los golpes en brazos, rostros, piernas, pérdida de piezas dentales, marcas de quemaduras en la piel, y mutilación. La violencia psicológica fue manifestada por medio del sentimiento de inutilidad, impotencia, desesperanza, la baja autoestima, poco arreglo personal, dependencia, justificación del abuso de parte de las mujeres agredidas, amenazas por parte del abusador, aislamiento de la familia, castigo por la utilización de anticonceptivos, celos excesivos, entre otros, en el aspecto económico, las mujeres se ven violentadas al no recibir pensión alimenticia para ellas ni los hijos, se les obliga a trabajar y entregar sus salario a sus abusadores, sexualmente son obligadas a tener relaciones sexuales, revisar sus ropas interiores para percatarse de que no hayan estado con nadie más, realizar actividades sexuales contra su voluntad, etc. La mayor parte de mujeres abusadas relatan cómo sus abusadores las obligan a quedarse con ellos por medio de amenazas que implican quitarles a sus hijos, golpearlas, mantenerlas en sujeción, e incluso matarlas si intentan denunciarlos o escapar.

De lo anterior deducimos que la violencia contra la mujer es la retención de una persona de sexo femenino por medio de la fuerza física, la manipulación, o amenaza, que limite de alguna manera sus facultades, físicas, mentales y/o emocionales, para actuar con libertad.

Como ya ha sido manifestado por el Secretario General de las Naciones Unidas Kofi Annan, “La violencia contra la mujer es quizás la más vergonzosa violación de los derechos humanos. No conoce límites geográficos, culturales o de riquezas. Mientras continúe, no podremos afirmar que hemos realmente avanzado hacia la igualdad, el desarrollo y la paz²¹”.

La violencia no solo implica golpes físicos sino también intimidación, miedo y amenazas, existen tres tipos principales de maltrato, el maltrato físico, el maltrato psicológico y/o emocional, y el maltrato o abuso sexual.

Estos tres tipos de maltrato conforman un círculo de violencia que se puede extender hasta la familia si esta existe, una mujer violentada por su pareja difícilmente podrá transmitir felicidad y estabilidad emocional, a quienes dependen de ella, y los hijos por su parte podrán repetir el patrón observado y cotidianizarlo y mientras estén sometidos a este cuadro vivirán atemorizados y ofuscados, rendirán menos en los estudios y sus relaciones sociales podrán ser limitadas.

Las relaciones dependientes y patológicas que se viven durante este período de maltrato están demarcadas en 3 frases divididas en “1. Acumulación de tensiones, 2. Etapa aguda de golpes y 3. Etapa de calma, arrepentimiento o luna de miel²²”.

Existen falsas creencias acerca de las mujeres violentadas por sus esposos por ejemplo; que “a las mujeres le pertenecen a los esposo y por eso pueden hacer lo

²¹ Annan, Kofi. “Examen y Evaluación de la Aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing: Informe del Secretario General”. Edición CN.6. Año, 2000. Pág. 2.

²² Maltrato y Violación a Mujeres y Niñas (os). Centro de Documentación e Información de la Mujer - CEDIM-. Managua: Nuevo Amanecer. 1994. Pág. 21-23.

que quieran con ellas”, “que a las mujeres hay que enseñarles quién manda en casa²³” y muchas otras.

El maltrato contra la mujer es justificado por la presencia de alcohol u otras drogas, situación económica, estatus social, etc. Sin embargo se ha comprobado que el maltrato contra la mujer no es exclusivo de ninguna de las anteriores.

“El maltrato y violencia contra la mujer se viven de manera menos frecuente en la denominada violencia en el hogar la cual se refiere, especialmente en golpes al cónyuge, es tal vez la forma más generalizada de violencia contra la mujer. En países en que se realizan estudios fiables en gran escala sobre la violencia basada en el género, se informa de que más del 20% de las mujeres han sido víctimas de maltrato por los hombres con los que viven.

De acuerdo con el Informe sobre Desarrollo Mundial 1993 del Banco Mundial, las violaciones y la violencia en el hogar culminan en la pérdida de más años de vida saludable, entre las mujeres de 15 a 44 años de edad, que el cáncer mamario, el cáncer del cuello del útero, el parto obstruido, la guerra o los accidentes de tránsito.

Otro tipo de violencia es la trata de mujeres que según la Organización Internacional para las Migraciones -OIM- calcula que la trata de mujeres y niños, que casi siempre se realiza para la explotación sexual con fines comerciales, genera hasta 8.000 millones de dólares anuales. Las enormes ganancias que obtienen los perpetradores, que cada vez más vinculados a la delincuencia organizada, han convertido ese delito en una amenaza mundial que se extiende rápidamente.

Las mujeres y niñas pobres figuran entre los principales grupos afectados por los tratantes debido a su marginación y limitados recursos económicos. Algunas participan voluntariamente animadas por promesas de mayores ingresos y la esperanza de dejar atrás la pobreza. Otras lo hacen obligadas, y muchas terminan en la prostitución contra su voluntad.

²³ Idem

Por último pero no menos importante, se encuentra una forma muy degradante e inhumana de violar los derechos de las mujeres y es la mutilación genital femenina que de acuerdo con el Fondo de Población de las Naciones Unidas -FNUAP-, se calcula que entre 85 y 114 millones de mujeres y niñas, la mayoría de las cuales viven en África, el Oriente Medio y Asia, han sido sometidas a mutilación de sus genitales.

La mutilación genital femenina, también conocida como “circuncisión femenina”, consiste en extirpar total o parcialmente el clítoris y ambos labios y la sutura de la vulva, dejando solamente un pequeño orificio para permitir el paso de la orina y el flujo menstrual.

Esa mutilación en las niñas tiene importantes consecuencias a corto y largo plazo. Es extremadamente dolorosa y puede provocar infecciones y la muerte, así como dificultades en el parto y una mayor vulnerabilidad al VIH/SIDA. Esa práctica refleja el consenso social imperante de que es preciso preservar la virginidad de la niña y la mujer hasta el matrimonio y controlar su sexualidad. Los hombres en esas culturas suelen no casarse con niñas o mujeres que no hayan sido sometidas a la circuncisión, ya que las consideran “sucias” y “sexualmente indulgentes²⁴”.

Entendemos que la violencia doméstica es un modelo de conductas aprendidas, coercitivas que involucran abuso físico o la amenaza de abuso físico. También puede incluir abuso psicológico repetido, ataque sexual, aislamiento social progresivo, castigo, intimidación y/o coerción económica.

Hay autores que señalan que la violencia intrafamiliar se da básicamente por tres factores; uno de ellos es la falta de control de impulso, la carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente; y además en algunas personas podrían aparecer variables de abuso de alcohol y drogas.

²⁴ Annan, Kofi. “Examen y Evaluación de la Aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing: Informe del Secretario General”. Edición CN.6. Año, 2000. Pág. 2.

Los principales implicados son el niño y las niñas golpeada ya que como todos sabemos, que siempre es triste y doloroso arrastrar la vida cuando no se recibió amor, sobre todo de los padres durante la niñez. Todo el que ha estudiado siquiera un poco al ser humano, le va a decir los cinco primeros años de la vida dejan una marca imborrable para toda la vida, para bien o para mal. Por eso, el privar a un niño de amor es como privar de fertilizante a un árbol que empieza a crecer, pero al golpearlo es como echarle veneno, lo va a terminar de matar psicológicamente y emocionalmente, o va a crecer herido de muerte. Pero hay golpes y más golpes, algunos golpes sacan sangre o dejan morados, incluso un mal golpe puede producir la muerte, pero hay otros más sutiles que no se ven, pero que se graban a fuego lento no sólo en la mente sino en la identidad de ese niño o de esa niña. Se graban en su “yo”, y los frutos de estos golpes emocionales se van a ver después en sus relaciones con personas significativas y en su relación con el mundo.

La manifestación de abuso y/o violencia en niños, niñas y adolescentes es muy común en países como Guatemala, de la población atendida al menos un 70% fue golpeada por sus padres, golpes que eran propiciados con la mano, patadas, golpes con cinchos, o cualquier objeto que se tuviera a la mano (leños, piedras, “chicotes de caballo”, algún electrodoméstico, lazos, varas de bambú, entre otros), este patrón de crianza que las personas aprendieron fueron aplicados nuevamente al momento de tener sus propios hijos.

Más adelante en el capítulo III por medio de la experiencia encontraremos el contraste de lo descrito y con la realidad encontrada en los pacientes atendidos, y continuaremos hablando de los golpes emocionales y psicológicos, que hacen tanto daño en la niñez porque no saben defenderse; su mente apenas empieza a desarrollarse lentamente ciertos mecanismos de defensa para poder filtrar y analizar lo que ve y oye. Su mente es como una esponja: recibe todo. No tiene capacidad para decir esto es verdad o no es verdad, lo que dice es justo o injusto. Por eso los mensajes-golpes son como olas gigantescas que llegan sin control a lo más profundo de ese ser indefenso. Pero que distinta es la niñez y el futuro de los hijos cuando ellos palpan el amor entre sus padre y su madre, cuando ellos desde pequeños ven e

trato respetuoso y afectivo lleno de detalles que se van grabando en el alma de los niños, que van modelando su personalidad, que van llenando de amor ese tanque-corazón y pasa a ser la mejor herencia.

Ciertamente en todas las familias existe cierta disfuncionalidad en mayor o menor grado. A menudo las personas codependientes han sido objeto de algún tipo de abuso físico o verbal, o sufrieron el abandono de uno de sus padres o de ambos, ya sea físico o emocional.

El codependiente busca alivio en alguna adicción para “anestesiarse” ante su dolor. A veces lo hace a través de relaciones personales disfuncionales y muchas veces dañinas; o mediante adicciones al dinero, el sexo, la ira, las drogas o la bebida, etc. El codependiente está atado a lo que le sucedió en su familia de origen y se siente internamente torturado por ello, aunque la mayoría de las veces no se da cuenta de lo que está sucediendo.

Cada uno de nosotros tenemos una necesidad innata de recibir amor. Al nacer el niño, si los padres son personas emocionalmente sanos y estos crecerán y se desarrollarán psicológicamente sanos. Sin embargo, si uno de los padres o ambos no logran resolver sus conflictos, lo más probable es que el niño no reciba suficiente amor porque su padre o su madre no lo tuvieron para darlo. Esta falta de amor deja cicatrices en el alma de los niños que llevan a ciertos comportamientos disfuncionales en la adultez, como la codependencia. El Codependiente no puede dar lo que no recibió, por lo tanto, la codependencia se convierte en un círculo vicioso que continúa de generación en generación si no se busca ayuda psicológica.

Los niños de familias disfuncionales crecieron sin haber escuchado mensajes importantes de sus padres tales como; “eres muy inteligente”, “estás haciendo un buen trabajo” o “gracias mi amor, agradezco mucho tu ayuda”.

Debido a ello al crecer se sienten abandonados, tiene baja autoestima y buscan la aprobación de otras personas para sentirse mejor consigo mismos. A veces su hambre de amor y aprobación son tan grandes al llegar a la adolescencia o

la adultez, que están dispuestos a soportar cualquier cosa, con tal de recibir aunque solo sean “migajas” de cariño y atención.

La dinámica de la Violencia Intrafamiliar -VIF- tiene un principio y como en la mayoría de las relaciones es muy difícil que aparezca la violencia, durante este período se muestra un comportamiento positivo, cada miembro de la pareja muestra su mejor faceta la posibilidad de que la pareja termine es muy alta si ocurriera algún episodio de violencia.

La dinámica de la violencia intrafamiliar existe como un ciclo que pasa por tres fases.

La fase 1 es conocida como la acumulación de tensión ya que a medida que la relación continúa, se incrementa la demanda así como el stress.

Hay un incremento del comportamiento agresivo, más habitualmente hacia objetos que hacia la pareja. Por ejemplo, dar portazos, arrojar objetos, romper cosas. El comportamiento violento es reforzado por el alivio de la tensión luego de la violencia.

La violencia se mueve desde las cosas hacia la pareja y puede haber un aumento del abuso verbal y del abuso físico.

La pareja intenta modificar su comportamiento a fin de evitar la violencia. Por ejemplo: mantener la casa cada vez más limpia, a los chicos más silenciosos, etc.

El abuso físico verbal continúa y la mujer comienza a sentirse responsable por el abuso.

El violento se pone obsesivamente celoso y trata de controlar todo lo que puede; el tiempo y comportamiento de la mujer (cómo se viste, adónde va, con quién está, etc.)

El violento trata de aislar a la víctima de su familia y amistades. Puede decirle, por ejemplo, que si se aman no necesitan a nadie más, o que los de afuera son de palo, que le llenan la cabeza ideas, que están locos etc.

Esta fase difiere según los casos. La duración puede ser de semanas, días, meses o años. Se va acortando con el transcurrir del tiempo.

La segunda fase es conocida como episodio agudo de violencia y aquí aparece la necesidad de descargar las tensiones acumuladas, el abusado hace una elección acerca de su violencia. Decide tiempo y lugar para el episodio, hace una elección consciente sobre qué parte del golpear y cómo lo va a hacer.

Como resultado del episodio la tensión el stress desaparecen en el abusador. Si hay intervención policial él se muestra calmo relajado, en tanto que la mujer aparece confundida e histérica debido a la violencia padecida.

La siguiente etapa se caracteriza por la calma, arrepentimiento o luna de miel las muestras de amor y cariño son frecuentes.

En esta fase, puede suceder que el golpeador tome a su cargo parte de la responsabilidad por el episodio agudo, dándole a la pareja la esperanza de algún cambio en la situación a futuro. Actúan como si nada hubiera sucedido, prometen buscar ayuda, prometen no volver a hacerlo, etc.

Si no hay intervención y la relación continúa hay gran posibilidad de que la violencia haga una escalada y su severidad aumente.

A menos que el golpeador reciba ayuda para aprender métodos apropiados para manejar su stress, esta etapa sólo durará un tiempo y volverá a comenzar el ciclo, que se retroalimenta así mismo.

Luego de un tiempo se vuelve a la primera fase y todo comienza otra vez.

El hombre agresor no se cura por sí solo, debe tener un tratamiento. Si la esposa permanece junto a él, el ciclo va a comenzar una y otra vez, cada vez con más violencia.

Las manifestaciones de violencia psicológica pueden verse de la siguiente manera:

“a) Abuso verbal: Rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, etc.

b) Intimidación: Asustar con miradas, gestos o gritos. Arrojar objetos o destrozar la propiedad.

c) Amenazas: De herir, matar, suicidarse, llevarse a los niños.

d) Abuso económico: Control abusivo de finanzas, recompensas o castigos monetarios, impedirle trabajar aunque sea necesario para el sostén de la familia, etc.

e) Abuso sexual: Imposición del uso de anticonceptivos, presiones para abortar, menosprecio sexual, imposición de relaciones sexuales contra la propia voluntad o contrarias a la naturaleza.

f) Aislamiento: Control abusivo de la vida del otro, mediante vigilancia de sus actos y movimientos, escucha de sus conversaciones, impedimento de cultivar amistades, etc.

g) Desprecio: Tratar al otro como inferior, tomar las decisiones importantes sin consultar al otro”²⁵.

Existen motivos de aparente validez para que una mujer continúe en una relación nociva, la persona abusada se vuelve codependiente de su marido (el agresor), otro motivo por el cual algunas mujeres no se separan de este problema de codependencia, es que las anima la familia y lamentablemente la Iglesia a permanecer con el abusador.

A veces las mujeres no se separan y sufren en silencio por miedo a perder su seguridad económica y la de sus hijos. Esto sucede sobre todo en la mujer que no tiene educación.

²⁵ www.psicologia-online.com/Colaboradores/paola/violencia/index2.shtml.

Otras veces las mujeres no se separan debido a las amenazas de más violencia o de muerte, sin intentan separarse. “Si le dices algo a la policía te mato”.

Cuando se pregunta a alguna mujer por qué aguantaron maltrato durante años, la respuesta más común es ésta: “Por mis hijos, no quería que se criaran sin padre”. Parece una respuesta válida, pero si la analizamos profundamente descubrimos su inconsistencia. Sucede que en una situación de violencia las/os hijos también sufren. El crecimiento en una atmósfera de miedo, tensión y terror influirá negativamente en su desarrollo emocional y mas tarde se manifestará en le abandono escolar, en el uso de drogas, en desórdenes psicológicos y en violencia y delincuencia.

En muchos casos influye el factor económico. Soportan cuanta vejación venga con tal de no perder la seguridad económica para sí y sus hijos. Se trata generalmente de mujeres con poca preparación académica, conscientes de que sin su esposo no podrían vivir cómodamente.

Lo peor es que la mujer repetidamente abusada se destruye psicológicamente. Su yo, su identidad individual. Eso la incapacita para tomar las decisiones correctas. Cae en la ambivalencia afectiva (“¡Qué bueno es él cuando no me golpea!”); su autoestima queda por los suelos hasta creer ella misma que merece tales insultos y golpes.

Cuando una persona cae a ese nivel, su capacidad de decisión queda prácticamente anulada, porque el principio vital está herido de muerte. Si a una persona así aplastada se le amenaza con un “Si me denuncias, te mato”, se sentirá paralizada. Quizás en último intento de supervivencia reaccione, pero usando las mismas armas que a ella la han destruido.

El amor no debe doler. El amor implica confianza, protección, respeto a los gustos del otro, comunicación, caricias, ayudas al crecimiento emocional y espiritual. Consiste en compartir la vida con alegría, dialogar sobre las diferencias y preferencias, y respetar la integridad física, moral y espiritual de la persona amada.

Las mujeres que toleran una relación de abuso indefinidamente acaban perdiendo su salud física y mental, se enferman, y por ende toda la familia termina enferma. Las mujeres en situaciones abusivas pierden su autoestima, no saben protegerse, ni se dan cuenta del peligro que corren.

Muchas personas siguen sufriendo hasta quedarse completamente destruidas física, psicológicamente y moralmente. Otras acusan a sus agresores ante la policía, que muchas veces no toma debidas cartas en el asunto. Y ocurre, además lo que no quisiéramos que ocurriera: La víctima también se vuelve violenta.

La violencia entre los cónyuges pasa a ser en muchos casos parte de un proceso donde la relación de pareja ya no es funcional, y se han perdido el respeto.

Las parejas en la actualidad son poco duraderas, las razones son múltiples y pueden ser parte de un proceso que se inicia durante el noviazgo, pero en otras circunstancias pueden ser parte de la pérdida de la comunicación entre la pareja.

Problemas como el alcoholismo, la infidelidad, la poca responsabilidad y el maltrato pueden ser secundarios pero sumamente peligrosos si no se recibe la ayuda necesaria.

Muchas mujeres se quejan del poco valor que reciben de parte de la pareja, a quedarse en sus hogares y cuidar a los hijos, la frustración por someterse a una relación no deseada debido a embarazos no planificados, y como ya lo hemos explicado la codependencia es muy común.

Las relaciones enfermizas debido a trastornos de personalidad de cada individuo pueden llegar a tener impacto en la vida de la pareja y la familia.

Cuando se habla de problemas de pareja es necesario hablar de relaciones sexuales, ya que aunque no es lo principal, si es muy importante, las tendencias machistas salen a relucir, pocas parejas tienen apertura en cuanto a este tema, no existe una educación que permita la libertad para hablar de las necesidades de cada individuo, además los estigmas sociales cobran vida al hablar del tema.

Aún hoy donde la mujer tiene mayor participación en muchos ámbitos sociales es muy frecuente que se piense que la esposa está relegada al hogar y al cuidado de los hijos, pero no para mantener experiencias sexuales nuevas, que contribuyan al descubrimiento de las necesidades y expectativas de los cónyuges, y que promueva relaciones sanas y abiertas.

La mayor parte de mujeres guatemaltecas se quejan de sus insatisfacciones sexuales con frases como “Le doy lo que me pide, pero a veces no siento nada, dejo que él lo haga para complacerlo²⁶”, también es muy frecuente que las mujeres utilicen en algún momento el sexo como medio de manipulación para con sus parejas, “si me da gasto me acuesto con él, y si no pues lo castigo”, y muchos hombres refieren que “yo respeto a mi esposa, no la voy a tratar como a una mujer de la calle²⁷” o al contrario “si ella no me responde como mujer yo no le puedo dar nada como hombre”, tal parece que el acto sexual implica algún tipo de valor económico, más que el placer, la satisfacción, el amor y el respeto que implica la relación de pareja, de esta manera se manifiesta la poca apertura y comunicación entre los cónyuges.

Sin embargo no podemos relegar las relaciones de pareja a un plano puramente sexual, existen otros factores que impiden un buen desarrollo de la pareja, la principal es la poca comunicación, los dilemas morales, la crianza de los hijos, la situación económica, la administración de los bienes, el amor y el respeto entre ambos.

En resumen el acto sexual debe ser una actividad consentida entre la pareja, que sea llevada por el respeto, el amor y la comprensión, su fin la complacencia mutua y por ende no involucre un fin lucrativo o de manipulación.

Decir y hacer son dos actividades que promueven una forma de vida sana, cuando con el paso del tiempo las parejas se encuentran dentro de un periodo de “crisis”, el hablar es muy importante ya que contribuye a la exposición de carencias

²⁶ Testimonio de pacientes atendidos durante -EPS-

²⁷ Idem

dentro de la relación pero si se habla y no se toma el impulso necesario para modificar dichas deficiencias las relaciones no cambiarán el rumbo que llevan, por supuesto deben coexistir sentimientos y emociones que ayuden a fortalecer los lazos afectivos.

La crianza de los hijos es un factor sumamente importante ya que es debido que cada persona dentro de la familia tome el rol que le corresponde para no confundirse y atribuir obligaciones que no les corresponden, la familia actualmente ha ido evolucionando y existen infinidad de tipos de familia que brindan distintas clases de educación, regidas por factores religiosos, culturales y patrones de crianza aprendidos y que son en algunos casos parte de un círculo vicioso nocivo para la familia entera.

El que la pareja pueda discutir cómo criar a los hijos es trascendental en la vida de los mismos, más aún en edades complicadas y de transición como es el caso de la adolescencia, en donde las reacciones y conductas de los jóvenes son prácticamente imprevisibles, todos los adolescentes pasan por estos cambios y el grado de tensión que se puedan crear en las relaciones familiares dependen también de otros factores, por tanto no se puede atribuir toda la culpa a los cambios fisiológicos que se están operando.

Los dos capítulos siguientes harán mayor referencia a la problemática actual que los jóvenes viven cada día y a los tratos de los cuales hablan mientras atraviesan esta etapa, lo cual ayudará a ilustrar la teoría y comprender las dificultades que explicamos en este apartado.

Una de las mayores dificultades es conversar con los hijos todos los días acerca de temas como la sexualidad, el alcohol, drogas, infecciones de transmisión sexual, con menos rigor y desde distintos ángulos lo cual favorece a la creación de nexos afectivos, y propician mejor dirección en la vida de los adolescentes.

Actualmente se observa que debido a las carencias económicas los padres trabajan largas y arduas horas y debido a las tensiones diarias no logran compartir experiencias y orientar a los hijos, la ausencia de los padres de manera física como

emocional crea mucho resentimiento ya que los adolescentes interpretan el mensaje como si se tratara de retar constantemente a los padres, y conseguir de esta manera su atención, el refugio en las nuevas tendencias también es muy común, y si no se toma con seriedad puede tener consecuencias irreversibles, que pueden llegar a la muerte o el suicidio de los hijos.

Hoy día es muy común que los adolescentes se perciban como personas muy deprimidas y poco escuchadas, y formen grupos donde existan los mismos sentimientos, las demandas de su entorno son muy variadas y constantes y estas tensiones pueden provocar frustración, la cual los hace vulnerables a otras situaciones que incluso pueden cambiar de manera radical sus vidas, con embarazos indeseados, abortos en condiciones poco higiénicas que los lleven a la muerte, fugarse de casa y terminar en prostíbulos, el abandono de los estudios, como revelación, las adicciones y finalmente poner en riesgo su integridad física, mental y emocional.

Si evaluamos los hallazgos de las relaciones padres-hijos encontraremos que la falta de comunicación es la principal promotora de situaciones que lleven a los adolescente a involucrarse en las relaciones que afectan su futuro.

Y contribuiremos ayudando a definir las relaciones entre padres como la sana interacción, que implica respeto, comprensión, tiempo, lugar y espacio y que promueva la información y el fortalecimiento de lazos afectivos, que contribuyan con la corrección y orientación de los hijos y ayude a los padres a regular la salud mental de los mismos.

Hemos observado que la importancia de una guía y orientación dentro de la familia puede repercutir de gran manera en la vida de las personas y hacer de ellas individuos sanos o contrariamente personas resentidas e inestables emocionalmente, pero luego de toda una trayectoria en la historia llena de disturbios las condiciones familiares, las altas tasas de divorcios, la violencia en sus distintas representaciones ¿Cómo podemos definir la salud mental de un individuo promedio?, para auxiliarnos tomaremos como punto de referencia a Ignacio Martín Baró quien en su libro

Psicología Social de la Guerra narra el sufrimiento de las personas frente al conflicto armado interno en el Salvador y explica la dificultad para definir la salud mental que aparentemente es inexistente y comenta “la Salud Mental constituye una dimensión de las relaciones entre personas y grupos más que un estado individual, aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversidad manifestaciones (síntomas) y estados (síndromes)” y explica “las reacciones normales frente a situaciones anormales²⁸”.

Otro aspecto relevante de esta experiencia de EPS, está relacionada con las condiciones en que se prestan los servicios de salud en Guatemala, al inicio de este Marco Teórico, en este marco de referencial se puede entender que de alguna manera los servicios no sean los mejores, y a su vez lleva a reflexionar sobre la situación de aquellos que brindan el servicio; ¿acaso ellos reciben en su totalidad apoyo para enfrentar las demandas de pacientes? ¿Se promueven entre ellos la salud mental?, ¿Qué tan capacitados se encuentran emocionalmente para proporcionar el servicio sin enfermar ellos por las exigencias diarias?, ¿Qué posibilidades existen de que no perciban el trabajo solamente como fuente de ingresos?.

Los malos tratos en los hospitales públicos e incluso en los privados son constantes, los diarios están llenos de quejas sobre el sistema de Salud Pública, su negligencia, falta de atención, falta de medicamentos y artículos indispensables para que funcionen de manera adecuada, falta de información sobre servicios etc., las personas que laboran deben responder frente a las adversidades, luchar todos los días cerca de la muerte y la enfermedad provocan lo que llamamos “Deshumanización, que es el fenómeno de pérdida o empobrecimiento colectivo de los siguientes atributos humanos: A. Capacidad de pensar lúcidamente con lo que ello implica de identificación y superación de temores irracionales, prejuicios y todo aquello que imponga desde las personas una relación predominante defensiva (en sentido psicodinámico) con el mundo. B. Voluntad y capacidad de comunicarse con la

²⁸ Martín Baró, Ignacio. Psicología Social de la Guerra. San Salvador, El Salvador. Pág. 25. 1990.

veracidad y eficacia con lo que ello implica de libertad, honestidad, flexibilidad, tolerancia y respeto. C. Sensibilidad ante el sufrimiento y sentido solidario y D. Esperanza”²⁹.

La pérdida de estas facultades alteran la vida de las personas también es parte de una desensibilización y es un valor que es necesario revivir, la gente sufre por sus propios conflictos, como lo planteamos al principio de este tema, las presiones y tensiones del medio, las malas relaciones familiares, las insatisfacciones personales, las frustraciones académicas y sociales, no podemos pedir más, el agotamiento emocional llega a sus vidas y por ende la apatía la cual aparece cuando la gente pierde interés, o cuando se siente tan impotente que no intenta cambiar las cosas, encauzar lo que va mal, corregir los errores o mejorar las condiciones. A veces, la gente se siente tan incapaz de conseguir algo que envidian a sus familiares o vecinos de comunidad que lo intentan, entonces procuran forzar a los que lo intentan a su propio nivel de pobreza, la apatía conduce a la apatía.

A veces la apatía se justifica con preceptos religiosos, «acepta lo que hay, porque Dios ha decidido tu destino». Este fatalismo puede ser utilizado como excusa, pero tendríamos que estar motivados para mejorar ya que también tenemos la responsabilidad de ayudarnos a nosotros mismos.

Hemos sido creados con muchas capacidades la de elegir, cooperar, organizar y mejorar nuestra calidad de vida; no podemos utilizar a un ser supremo como excusa para no hacer nada.

En la lucha contra la pobreza, el activista utiliza el estímulo y los elogios, para que la gente (1) quiera y (2) aprenda cómo tomar las riendas de su propia vida. Sin embargo existe un Síndrome que frente a las tensiones diarias provoca todo lo que implica el sufrimiento del cuerpo y el alma que tiene sus raíces en el trabajo pero que no exclusivamente en esta área, todo lo que hemos venido explicando tiene sentido ahora cuando inicia una fase de colapso.

²⁹ Martín Baró, Ignacio. Psicología Social de la Guerra. San Salvador, El Salvador. Pág. 25. 1990.

El Síndrome de Burnout más conocido como “síndrome del quemado” o del estar quemado nunca aparece de forma instantánea sino que responde a un proceso continuo se define como “una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por vivencia de encontrarse emocionalmente agotado y tiene que ver con el exceso de tensión y de trabajo”³⁰

El síndrome cuenta con 5 fases en que se desenvuelven los síntomas, e inicia con el entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo (no importa alargar la jornada laboral).

Continúa con una fase de estancamiento, llamada así porque no se cumplen las expectativas profesionales (se empieza a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada).

Luego prosigue con la fase de frustración, esta se manifiesta cuando el trabajo carece de sentido (cualquier cosa irrita) y la salud puede empezar a fallar.

El síndrome corrompe las expectativas de las personas y lo conduce hacia la fase de apatía, que se presenta como reacción defensiva (la tendencia a tratar de forma distanciada) y un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes.

Finalmente la fase de quemado que es cuando se produce el colapso emocional cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud, pudiendo obligar al trabajador a dejar el empleo.

Según los estudios realizados por Maslach y Jackson el Síndrome del Burnout mantiene niveles de sintomatología y afecta todas las áreas de funciones específicas del ser humano, pueden aparecer simultáneamente e ir intensificándose.

El Nivel Cognitivo: Falta de atención, concentración, agotamiento mental, distraíbilidad. Etc.

³⁰ www.buenasalud.com.ar

El Nivel Somático: Tics nerviosos, alteraciones gastrointestinales, insomnio, cefaleas, dolores de espalda, temblor de manos, alto ritmo en las palpitaciones o taquicardia y pinchazos en el pecho, consumo o abuso de alcohol y otras drogas, y agotamiento. Incluso aumenta la presión arterial y puede alterarse otros elementos físicos como el colesterol, la glucemia o el ácido úrico.

Nivel Emocional: Depresión, ansiedad, desánimo, falta de ilusiones, fatiga, nerviosismo, irritabilidad, agresividad, labilidad emocional, apatía, inhibición del deseo sexual, carencia de expectativas de promoción, agotamiento físico, pérdida de energía y sensación de frustración, astenia y agitación al mismo tiempo, (en definitiva, despersonalización o deshumanización, agotamiento profesional y falta de realización personal); son algunos de los síntomas del trabajador “quemado” o afectado por el “Síndrome de Desgaste Profesional”, que en psiquiatría se enmarca en los trastornos adaptativos crónicos.

Se ha escuchado y observado que una de las principales funciones que provoca estrés y mayor preocupación son los cargos de alta responsabilidad, ya que se debe responder ante cualquier error.

En el caso de ambientes hospitalarios donde los jefes tiene a su cargo personal se maneja mucha tensión los jefes deben responder a otras instancias que mantienen un estatus de atención.

Además de esto se precisa en la toma de decisiones para que se multipliquen los recursos y aunado a esto las exigencias de los pacientes y familiares de pacientes que demandan una atención mas especializada a sus enfermos.

Las jerarquías deben ser respetadas y son sancionadas en caso de no ser cumplidas esto aumenta las tensiones y los descontentos, por ellos deben tomarse en cuenta que los problemas con la autoridad corresponden a posibles frustraciones a las que se ven sometidos los trabajadores, y debe tomarse en cuenta los tipos de personalidad en que giran las relaciones laborales, las cuales tienden a ser muy diversas, y debe fomentarse relaciones y nexos de buena comunicación, respeto y

tolerancia para facilitar el trabajo en equipo y contribuir a mantener la motivación ante la adversidad.

2.2 OBJETIVOS

Objetivo General:

- ✓ Implementar un proceso para la promoción de la salud mental y apoyo psicológico, en las áreas de consulta externa, al personal que trabaja en los distintos departamentos y programas agregados al Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt.

Objetivos Específicos:

- ✓ Brindar apoyo psicológico individual a personas que lo soliciten en el área de consultas externas y referidas de los distintos departamentos del Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt.
- ✓ Proporcionar atención psicológica individual y grupal de apoyo que permita a los trabajadores, manifestar sus necesidades psicosociolaborales, para contrarrestar estados de ánimo desfavorables para su labor dentro de la institución.

Enfermería:

- ✓ Sensibilizar al personal de enfermería para mejorar relación enfermero (a) paciente.
- ✓ Contribuir con la reducción del síndrome de desgaste emocional, promoviendo las relaciones sanas.

Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez:

- ✓ Fomentar la importancia del sentido de vida en personas de la tercera edad.
- ✓ Explicar y educar sobre las dificultades que afrontan las personas de la tercera edad.
- ✓ Motivar e incentivar a la población para la realización e importancia de metas alcanzadas y apreciación de la vida familiar.

- ✓ Identificar los principales factores que contribuyen en la presencia de el Síndrome de Burnout en el personal de enfermería, como factor de riesgo para la atención al usuario y relación enfermero (a)- paciente en el Hospital Hermano Pedro de Bethancourt.

2.3 Metodología de Abordamiento:

La metodología se construyó a partir de la individualidad de cada sujeto que fue explicada en un momento concreto de su experiencia que a su vez permitió el desarrollo del conocimiento.

La subjetividad fue un elemento que brindó datos descriptivos que permitieron la comprensión cotidiana y dieron una perspectiva de la totalidad de los problemas sociales que atraviesa la población actual.

Los componentes de la investigación cualitativa permitieron una mejor valoración de las relaciones horizontales con las personas, y que colaboraron aportando conocimiento importante por medio de sus experiencias, dando lugar a un aprendizaje bilateral, guiado por el respeto mutuo.

El punto de partida para este inciso fue la investigación cualitativa, ya que sus elementos permitieron un modelo de trabajo que contribuyó a la interacción con la población atendida y observada.

En este contexto metodológico el Ejercicio Profesional Supervisado se desarrollo en tres ejes: Atención directa, Acciones orientadas a la prevención y formación, y el eje de la investigación, el cual duró 8 meses.

Para dar inició al EPS se preparó un proceso propedéutico introductorio, en el cual se dieron los parámetros a seguir para iniciar el Ejercicio Profesional Supervisado.

Luego se procedió con cartas de presentación para ingresar a la institución y para su reconocimiento en la misma.

El proceso de EPS, dio inicio con un proceso de dos semanas en las cuales se realizaron las observaciones y entrevistas correspondientes para iniciar el proceso diagnóstico institucional y poblacional, visita que permitió el contacto con profesionales de la institución, autoridades de San Felipe de Jesús, visita y búsqueda de información por medio de instituciones privadas y pobladores para el reconocimiento de necesidades de la población, y a su vez observar la forma de vida de los mismos.

Continuando con el proceso se fue desarrollando un proyecto de atención en base a lo encontrado en la visita preliminar, el cual fue presentado revisado y aprobado por las autoridades de la Universidad de San Carlos de Guatemala, y las autoridades del Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, proyecto dividido por subprogramas que se describen a continuación:

Eje de Atención Directa:

El diagnóstico del servicio se llevó a cabo por medio de la observación de los profesionales que trabajan en el Departamento de Psicología, en la visita realizada en los meses de diciembre y enero del año 2008.

El proceso de inmersión se realizó por medio de las autoridades durante la visita, donde los primeros contactos con la población de Consulta Externa fue observada, y que en algún momento se acercaron por información, así también el personal que labora en dicha área refirió la demanda constante del servicio, ya que en ocasiones dificultaba citas frecuentes, y atención a toda la población.

La elaboración del proyecto de intervención se llevó a cabo luego de la visita diagnóstica y el proceso de inmersión, el cual se realizó en base a lo encontrado, que incluyó las necesidades primarias encontradas a manera de abordar e iniciar el proceso de apoyo, con actividades que contribuyen al combate de dichas problemáticas.

La planificación se realizó durante los meses de marzo y abril en los cuales en base al diagnóstico y necesidades encontradas y nuevas necesidades que fueron

valoradas en el transcurso de la experiencia, se incluyeron en el proyecto realizado, que fueron puestas en dialogo y discusión con las autoridades para no interferir en sus horarios de labores, para que pudieran ser llevadas a cabo.

El EPS dio inicio a su ejecución al momento de la autorización del proyecto de intervención por la Escuela de Ciencias Psicológicas y del Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, con una duración de 8 meses y en días y fechas específicas en las planificaciones, el trabajo con grupos especiales se llevó a cabo en horarios fuera de hospital y establecidos por los grupos con previa calendarización y aprobación del Hospital y Escuela de Ciencias Psicológicas.

El monitoreo consistió en la supervisión de cumplimiento de lo establecido en los programas por el Jefe inmediato y el Licenciado Supervisor de EPS, una vez por mes con informes acerca del trabajo realizado.

La sistematización de los datos se llevó a cabo por medio del diario de campo, e informes mensuales, en los cuales se anotaron deficiencias y objetivos alcanzados, así también las características necesarias para mejorar los procesos de realización en el EPS.

Los libros de sistematización se llevaron por la estudiante que realizó la actividad y se anotó la hora de inicio, hora final de actividad, objetivos, fecha, limitaciones y avances de los mismos.

El cierre del proceso se llevó a cabo a través de intervenciones que comprenden el proceso de duelo y despedida para que otros profesionales den seguimiento según necesidades de la población y un acto final de cierre, con una actividad de despedida.

Técnicas e Instrumentos:

Para lograr que de manera satisfactoria se realizaran las actividades previstas, para este inciso fue necesaria la utilización de técnicas e instrumentos que facilitaran la experiencia. En este eje fue necesaria la utilización de terapias, en las cuales se utilizaron la Terapia Centrada en el Cliente, Gestalt, Terapia Cognitivo-Conductual, y

Racional Emotiva específicamente, Terapias alternativas (Técnicas de relajación, musicoterapia, aromaterapia.), Terapia de pareja, Terapia Familiar.

Los elementos como la observación, la entrevista, diálogos informales, testimonios, cuestionarios y escala de Hamilton para el estrés y la ansiedad, ficha de pacientes para expedientes, principalmente. Fueron utilizados algunos de forma estable y otros de manera esporádica. Una herramienta obligatoria y de uso común fue la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y otros Problemas de Salud -CIE10- usada mundialmente para la estadística sobre la morbilidad y mortalidad, los sistemas de reintegro y soporte de decisión automática en medicina, este sistema está diseñado para promover la comparación a nivel nacional e internacional de la recolección, procesamiento, clasificación y presentación de estadísticas.

El apoyo bibliográfico tanto para pacientes, familiares así como la terapeuta, fue utilizado, como parte de la formación y como instrumento para la difusión y comprensión de ciertos temas, dentro de la psicoterapia.

Eje de Acciones Orientadas a la Prevención y Formación:

El diagnóstico del servicio de docencia fue llevado a cabo por medio de la observación de los profesionales que trabajan en el Departamento de Psicología, en la visita realizada en los meses de diciembre y enero del año 2007 y 2008, en los cuales se establecieron lugares de trabajo y grupos asignados de manera voluntaria, para iniciar procesos de identificación de necesidades.

La inmersión se realizó por medio de autoridades en la visita, donde los primeros contactos con la población de docencia, fue a través de la observación, así también el personal que labora en dicha área refirió la demanda constante del servicio, y solicitud por parte de los distintos departamentos que requirieran e implicaran atención, así mismo a través de la oficina de recursos humanos del hospital por medio de circulares, con temas seleccionados según necesidades de la población.

Luego de la visita diagnóstica y el proceso de inmersión se llevó a cabo en base a lo encontrado la elaboración de proyectos de intervención que incluyera las necesidades primarias encontradas, se calendarizó la exposición de temas solicitados y que en la etapa primaria se identificaron, que contribuyeron a la difusión de problemáticas detectadas y que favorecieron a la minimización de dificultades detectadas en la institución y población, que labora y asiste al Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt.

Eje de Investigación:

Como ya se ha explicado la metodología que se utilizó como base para la investigación corresponde a la de tipo cualitativo, ya que es la que tiene un mayor acoplo con las herramientas que son necesarias para utilizar con la población que se investigó, sin embargo la utilización de un elemento cuantitativo como lo es la escala de Maslach contribuyó como elemento para la recopilación de datos generales principales de la población y sirvió como elemento de contraste para lo encontrado en la realidad y lo que algunos aseguraron dentro de la escala. Conviene definir a la Metodología Cualitativa como: “Proceso en donde el investigador tiene que construir como parte del momento metodológico el conocimiento del otro, una relación comunicativa con su objeto de estudio, que es un sujeto que se expresa, piensa, se compromete afectivamente, de esta manera la metodología cualitativa es esencialmente interactiva o sea rompe con una concepción instrumental, de que aplicando un instrumento, el otro como ente de emisión de respuesta va a cubrir la necesidad de conocimiento, y se entra en una concepción de construcción de respuestas, como proceso de aproximación metodológica en el estudio del hombre, en la construcción del otro, en donde una respuesta se realiza como un proceso de pensamiento rico, abarcador y se desarrolla en el tiempo, dentro de un proceso de relación de comunicación investigador y sujeto investigado que maduran en el procesos de investigación y construcción del conocimiento³¹.”

³¹Gonzales Rey, F. (1994) La Comunicación y el Desarrollo de la Personalidad. Colegio de Ciencias y Humanidades. Sur. UNAM. México.

“La metodología cualitativa es individualizada, no adapta al individuo a categorías preconcebidas, sino que en el propio proceso de aproximación metodológica del investigado se construye la especificidad del sujeto como un momento concreto del desarrollo del conocimiento, separándose de la relación directa entre el sujeto investigado y la teoría.³²”

El diagnóstico del problema identificado se realizó a través de una visita diagnóstica en los meses de diciembre y enero del año 2008 en la cual se observaron características en la población, las cuales implicaron un estudio más a fondo y científico que sustentaron la existencia de la problemática identificada (Síndrome de Burnout).

En la visita diagnóstica se realizó la identificación del tema o problema, únicamente características y se ubicó la población a estudiar, y en este inciso se define al Burnout, como un síndrome con repercusiones en la atención al usuario, como un mal que conlleva más de un elemento en sus complicaciones, desde la salud mental del que la padece en la vida personal y su repercusión en la vida laboral.

Luego de la visita diagnóstica y el proceso de inmersión, se llevó a cabo en base a lo encontrado la elaboración de un proyecto que incluyera las necesidades primarias a manera de abordar e iniciar el proceso de apoyo, con actividades que contribuyeran al combate de dichas problemáticas.

El personal que se tomó como punto de referencia para la investigación es el personal de enfermería ya que esta población es la más vulnerable debido al contacto con los pacientes y que además, tiene una gran demanda de los mismos, las tendencias a una desensibilización es mucho mayor, y más traumática en la población a quien atienden ya que son ellos quienes velan por el tratamiento, la observación del paciente, la curación y control de su salud, para que mejore, además

³² Gonzales Rey, F. (2002) Sujeto y subjetividad: Una aproximación histórica cultural. México, Editorial. Thompson.

dan referencias a los médicos y psicólogos y sus observaciones son importantes para una mejora en la atención multidisciplinaria.

Las principales características de los sujetos constan de una población total de 200 personas de las cuales únicamente se tomó una cuarta parte, es decir 50 personas aproximadamente, este departamento se encuentra dividido entre Enfermeras profesionales y Enfermeras auxiliares por lo que su escolaridad varía, las enfermeras graduadas con diversificado y las auxiliares con pre-vocacional, las edades de dicho personal van desde los 18 hasta los 55 años, y en su mayoría son de sexo femenino.

El mayor énfasis se hizo en dos grupos principalmente, jefes de enfermería y auxiliares de enfermería del departamento de cirugía de mujeres y hombres.

Técnicas e Instrumentos:

- Observación: Para tomar en cuenta la dinámica de desenvolvimiento de labores, y problemáticas en la población, tanto en el aspecto de atención al usuario, como las condiciones de trabajo.
- Entrevistas: Este instrumento sirvió de guía para conocer a través de la población las deficiencias que se puedan presentar en la población, y con los jefes de servicio para poder ampliar información, y que alimentarán la investigación sobre las necesidades y colaboraran con la caracterización de la problemática y su situación actual. Es necesario tener presente que las entrevistas fueron de tipo informal ya que la entrevista sin preguntas determinadas permite libertad tanto para el entrevistado como para el entrevistador.
- Utilización de grupos focales
- Historias clínicas
- Anotaciones de aportaciones personales, etc.

- Escala de Maslach que contiene 3 escalas que comprenden el Cansancio Emocional (1,2,3,6,8,13,14,16,20), Despersonalización (5,10,11,15,22), Realización Personal (4,7,9,12,17,18,21), únicamente como guía para identificación de sintomatología y población más afectada, para tratamiento posterior.

En el análisis de los resultados fueron tabulados en primera instancia las entrevista por características más frecuentes, las necesidades y problemáticas existentes, y respuestas de escala de Maslach, los cuales fueron presentados a través de un informe interpretativo de los hallazgos, es necesario hacer énfasis en la descripción de los hallazgos, de manera que la información pueda entenderse en la dinámica de la vivencia.

Conclusiones y Recomendaciones: Este inciso fue cubierto en base a lo encontrado en el análisis de datos, siempre bajo la base de la ética y la realidad institucional y de salud pública que sufre nuestro país.

CAPITULO III

3.1 Descripción De La Experiencia

La experiencia obtenida durante los ocho meses de ejecución del EPS está dividida en tres ejes de desenvolvimiento, el ejes de atención directa que fue realizado en clínica de Consulta Externa del Departamento de Psicología, con población constituida por adolescentes y adultos principalmente, el eje de acciones orientadas a la prevención y formación; el cual fue desarrollado con personal que labora dentro de la institución primordialmente Jefes de Enfermería que rotan en los diferentes servicios, personal auxiliar de enfermería de sala de operaciones, y personal de enfermería de medicina de hombres y mujeres, otro grupo atendido de manera constante fue el de AJUPENSA y finalmente las actividades realizadas en el eje de investigación, el cual se trabajó de manera conjunta con el eje anteriormente explicado que solicitaron algún tipo de apoyo u orientación en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt de San Felipe de Jesús, Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

Daré inicio con el eje **de atención directa** el cual tuvo una fase preparatoria de dos semanas durante los meses de Diciembre y Enero de 2007 y 2008 respectivamente. En los cuales se realizó observaciones, entrevistas y charlas informales, para ubicar las áreas de mayor deficiencia y necesidades primordiales, en este tiempo se platicó con el personal trabajador del Departamento de Psicología para que con su experiencia asistieran en el establecimiento de las principales problemáticas y las de mayor incidencia en el servicio, un aproximado en la población asistente y programas que en ese entonces se estaba prestando y fuera de la institución de parte de dicho servicio. A lo cual respondieron, que dentro de lo que manejaba la persona encargada del área de Consulta Externa en el Departamento de Psicología, estaba incluido el trabajo con personas que solicitaran el servicio de manera directa, tanto aquellas que venían de fuera del hospital como aquellas que solicitaran el apoyo y laboraran dentro de la institución, en el caso de consultantes de fuera en muchos casos eran referidos por clasificación al ingresar por primera vez y en otras circunstancias los evaluados por especialistas solicitaban evaluación y

seguimiento según la queja, la cual en determinado momento podría salir de los límites de su área de trabajo, además se llevaban varios grupos, en primer lugar VIH, que era un grupo dirigido por una psicóloga de planta, la cual llevaba trabajando varios años en este proyecto y por razones éticas debía continuar a menos que se solicitara algún tipo de apoyo, pero por el contrario, la epesista no debía intervenir en dicho programa, y AJUPENSA grupo del cual unas pocas personas solicitaban la atención una vez al mes. Estos grupos fueron la valoración inicial, lo cual se incrementó más adelante en el proceso. Otra actividad en la que debía involucrarse de ser necesario era el apoyo con personas que laboraran dentro de la institución que solicitaran el servicio, no importando la procedencia del área de trabajo y a su vez impartiendo charlas con previa calendarización y sin descuidar la atención en clínica psicológica en horarios hábiles, de ser necesario y dependiendo la afluencia de personas, podría brindar apoyo a otros departamentos, como por ejemplo en emergencia, con casos de último minuto, o apoyar en el departamento de maternidad, pediatría, medicina de hombres y mujeres según demanda, por el contrario su puesto estaría relegado únicamente a atención dentro de la clínica.

De lo referido se ubicaron las principales necesidades y se disminuyeron a las de mayor incidencia, en el caso de consulta externa, encontrando como principales trastornos: ansiedad, depresión en sus distintas modalidades, baja autoestima, problemas de pareja, soporte familiar inadecuado, maltrato intrafamiliar, violencia contra la mujer, en mayor grado. Se encontró otras problemáticas como el abuso sexual en adultos y adolescentes, maltrato al adolescente, poca orientación sexual o ningún tipo de educación sexual, trastornos de personalidad, el uso y abuso de sustancias y en casos severos intento de suicidio, claro está que en estos últimos en menor cantidad.

Se calendarizó en base a las principales demandas y actividades de mayor incidencia dejando espacios que permitieran apoyo en otras áreas y previniendo la utilización de espacio de otros compañeros para dar seguimiento a pacientes de referencia en los distintos departamentos atendidos por ellos.

En el correr del EPS, con la demanda de pacientes de Pediatría y del área de Psicología Infantil se brindó apoyo a padres de familia que asistían a consulta, lo cual fue sugerido por la licenciada encargada de dicha área. De esto último fue necesario concertar cita en ambas clínicas (Psicología Infantil y Psicología para Adultos) para aprovechar el tiempo de atención en padres e hijos, y de ser posible concertar citas en donde pudieran compartir los padres con los hijos.

Dentro del apoyo solicitado por la clínica psicológica infantil se logró atender a un número significativo de personas, existiendo casos en los cuales asistieron de manera individual, sin coordinar horarios con ambas profesionales, lo cual colaboró a una mejora de la problemática que a su vez ayudó a disipar malestares en los adultos que repercutían en la vida de los hijos y de esta manera generar cambios positivos en el estilo de vida familiar.

Las actividades principales que se desarrollaron fue la presentación con el personal administrativo y jefes de departamento, con el fin de difundir la atención psicológica en el personal, ya que dentro de la población se daba a conocer de manera personal al momento de solicitar el servicio.

El Departamento de Psicología que trabajó en el área de Consulta Externa comentó la fuerte demanda de pacientes que se presenta durante algunos meses del año y que disminuye en otros, además en esta área se trabajó con referencia médica y seguimiento por referencia de otros profesionales que trabajaban el área de encamamiento para una atención multidisciplinaria.

Durante la visita al jefe de Recursos Humanos se solicitó un listado del número aproximado de personal que laboraba en el departamento de enfermería en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, sin embargo las dificultades de tiempo y carga laboral no permitieron la llegada del documento.

Para la difusión del servicio al personal de enfermería principalmente se solicitó la ayuda de los jefes de departamento, quienes invitaron a la epesista a sus reuniones mensuales para transmitir la información y dar a conocer los beneficios y la

manera para tener acceso al servicio, las fechas de acceso y los horarios de atención.

Una de las primeras actividades consistió en la referencia de pacientes, por parte de los otros psicólogos del departamento quienes se encargaron de asignar casos con los respectivos expedientes, o casos de primer ingreso para iniciar ficha de ingreso.

El primer contacto con pacientes tardó en llegar ya que las actividades propias de los primeros meses giraban en torno a las necesidades educativas, y solo en casos de emergencia solicitaban el servicio hospitalario.

Eventualmente se presentaron solicitudes de apoyo por parte de la Emergencia, esto generó la atención en crisis, la que propició uno de los primeros contactos con la población, las personas ingresaban a emergencia por cuadros agudos de ansiedad, ante la ola de violencia, asaltos, robos, secuestros etc., lo cual indicaba una atención breve y de apoyo ante la crisis, la utilización de fármacos en muchos casos favorecía al paciente, y bajo otras circunstancias era necesario externalizar las emociones, y promover técnicas de relajación en casa, sin embargo no todo era posible, en ocasiones regresaban y en otras el paciente desertaba luego de una o dos sesiones al sentirse mejor.

Al tener contacto con los pacientes se llenaba la ficha de ingreso, con datos personales, examen mental de ingreso, motivo de consulta, breve historia clínica, enfermedades padecidas, etc.; además de ello se iniciaba la estructuración de objetivos y metas de la psicoterapia según lo referido por el paciente, la realización del contrato terapéutico y establecimiento de horarios y días de atención, uno de los principales inconvenientes que se encontraron frente a este primer encuentro fue la disponibilidad de horario, debido a que la mayor parte de asistentes cuenta con un trabajo que no permite los ausentismos, razón por la cual se hizo presente la flexibilidad para no interrumpir el proceso, sin embargo existieron casos en los que las personas debían retirarse debido a esta necesidad.

En otros casos donde fue posible el seguimiento de pacientes, se logró establecer luego de la recopilación de datos, una impresión diagnóstica regida por el CIE-10 con fines estadísticos y el abordamiento en base a los hallazgos, y lo referido por los consultantes.

En los adolescentes fue necesario fomentar valores ,los cuales fueron propiciados en un ambiente clínico, ya que las necesidades de los jóvenes asistentes eran muy particulares, y su mayor demanda corría dentro del marco de la atención que sentían que los padres no brindaban, para ello fue necesario citar a los padres de familia, aunque en la mayoría de los casos asistía la madre únicamente, también se tuvo la experiencia de encontrar a padres solteros o en unión libre por segunda o tercera vez, quienes también asumieron la responsabilidad ante las necesidades de los hijos, y se logró fomentar en ambos la responsabilidad frente a sus actos. Este proceso duró algún tiempo en llegar a este punto puesto que en primera instancia debía analizarse la situación de los que padecían este sufrimiento.

En las primeras entrevistas con los jóvenes se logró crear nexos de confianza y externalizar todos aquellos sentimientos que por miedo, vergüenza o cual fuere su origen no lograban transmitir a sus padres, luego de guiar la terapia hacia el encuentro de las deficiencias y fomentar la seguridad, el respeto y la asertividad en los adolescentes, ellos buscaron la confrontación para con los padres de manera que ellos conocieran sus inquietudes y propiciaran un dialogo en un ambiente controlado y sin censura, castigo o maltrato por parte de sus progenitores, muchos padres lograron conocer a sus hijos por medio de estas sesiones y a su vez fortalecerles y apoyarles, conocer sus deficiencias como padres no fue fácil y en algunas circunstancias solicitaron apoyo psicológico para ellos, de manera que sus fallas como padres no repercutieran en sus hijos, la apertura de ambos favoreció al crecimiento personal de ambos, tanto adolescentes como adultos manifestaron su satisfacción ante la terapia y los productos de la misma, la asistencia fue muy frecuente en ambos tanto en parejas o en tríos como de manera individual, la atención de los padres para con los hijos aumentó y el respeto por los progenitores se evidenció, de la misma manera. Las mentiras y los robos, la actitud desafiante

disminuyeron y los ejercicios en casa fortalecieron los nexos afectivos aumentaron y prevalecieron en gran parte de los asistentes. Otro elemento importante en este servicio fue el apoyo y acompañamiento en las relaciones de pareja, ya que la insatisfacción de estos pacientes repercutía en la vida personal, familiar y laboral principalmente, la cual se realizó a través de ejercicios de pareja con orientación en terapia Gestalt y Cognitivo-Conductual, y pretendía crear el proceso de cierre fundamentalmente porque ese fue un descubrimiento, las heridas pasadas no eran confrontadas y resueltas sino al contrario prevalecían durante la relación y existía lapsos de señalamiento y discusión, además la existencia de conductas irrespetuosas para con la pareja, el buscar soluciones a través del cómo colaboraron para mejorar las relaciones ente los cónyuges, abrir canales de comunicación y transmitir un mensaje sin los constantes gritos y palabras hirientes, la aceptación entre los mismos, y la toma de decisiones facilitó la convivencia, y la externalización de sentimientos fomentaron la vida saludable de la pareja.

Otras personas necesitaron el apoyo de la terapia Cognitivo Conductual, para identificar las razones que explicaran las conductas nocivas, como el alcoholismo, el maltrato intrafamiliar, consumo de sustancias alucinógenas, etc.; todas ellas constituidas por un bajo control de impulsos el cual se logró disminuir en gran medida, el apoyo de ejercicios y tareas tanto individuales como en pareja fortalecieron la relación, tanto personal como con otras personas, y fueron modificadas para la relación familiar, con los hijos y en el trabajo, lugares donde repercutían las insatisfacciones y donde prevalecían las dificultades.

Un padecimiento muy frecuente era el de trastornos de ansiedad, los trastornos ansiosos depresivos y otros más de la misma rama, aparecían de manera aguda; los dolores musculares, el insomnio prolongado hasta por dos y tres semanas, tristeza, miedo y llanto eran el principal motivo de consulta, la mayoría tenían historia de manejo por medio de placebo, lo cual dificultaba la credibilidad en técnicas propias de la psicología, para lo cual fue necesario explicar el padecimiento y su funcionamiento, pero sobre todo guiar el proceso de manera muy científica y

ética para que las personas pudieran creer en el medio de contrarrestarlo de manera psicológica.

Para ello fue necesario un proceso, en casos extremos de larga duración, de hasta cinco meses, pero existieron procesos de menor permanencia, debido a la evolución, la explicación del fenómeno, llevó hasta dos sesiones y tres de ser necesario, el apoyo de bibliografía, técnicas de relajación, encontrar el foco estresante, y otros elementos logró el proceso de recuperación, y al mismo tiempo se brindaron herramientas para las recaídas.

Cabe indicar que gran parte de la recuperación de los pacientes dependía de la personalidad de los atendidos, lo cual sugirió nuevas posibilidades en cuanto a enfoques y técnicas que se adecuaron, las cuales fueron apoyadas por terapias alternativas que daban soporte a lo realizado durante las sesiones individuales, se utilizaron técnicas de relajación (musicoterapia, aromaterapia, ejercicios de respiración etc.), terapia Cognitivo-Conductual y Racional Emotiva, principalmente, y en casos muy severos se solicitó el apoyo de psiquiatría de otros hospitales, ya que la ansiedad trascendía y era muy difícil mantener la atención de las personas durante la terapia, y los síntomas evolucionaban a estados agudos, luego de una estabilización psicofarmacológica se brindaba atención para la prevención y el mantenimiento de la crisis.

Los trastornos como la depresión fueron abordados desde varios enfoques según la personalidad y grado en que se presentaba la misma en cada paciente, en diferentes oportunidades se trabajó con depresiones post parto, que evolucionaron hacia lo llamado una doble depresión, o que desarrollaron otros trastornos, en ocasiones se tuvo la experiencia de encontrar en lo denominado una depresión “común” trastornos más profundos como los trastornos Bipolares, los cuales requirieron apoyo multidisciplinario, el cual incluía la intervención psiquiátrica por medio de otras instituciones con las cuales no se mantenía un contacto directo, pero que ofrecía información sobre la evolución del paciente al Departamento de Psicología, por lo tanto la depresión inició siendo una fase de la enfermedad, la

realización de historias clínicas y evolución de la sintomatología dirigieron hacia dicha impresión clínica.

Los primeros acercamientos con personas que sufrían este tipo de padecimiento eran prolongados, al inicio fue difícil terminar la sesión en el tiempo estipulado, ya que los momentos de catarsis surgían cerca de finalizar la consulta, las consultas iniciales fueron utilizadas únicamente para identificar las dificultades prioritarias, las cuales sugirieron acercamientos con el círculo familiar primario para solventar dudas que los mismos pacientes no lograron identificar. Es de importancia mencionar que para solicitar el apoyo familiar se pidió la aprobación de los pacientes asistentes, no en todos los casos fue posible, pero en los procesos en los que se dio la oportunidad se observaron mayores avances, debido al soporte que este brindaba, así los casos de depresiones severas que incluían intentos suicidas, se logró mayor vigilancia y se propiciaron espacios de diálogos y discusiones que permitieron descargar frustraciones, sentimientos, y emociones, considero que dentro de este tipo de procesos este fue uno de los más satisfactorios ya que le dieron la estabilidad y a su vez lograron hacer ver a los pacientes que no estaban solos en sus dolencias.

Problemáticas como la Depresión fueron abordadas con Logoterapia y Terapia Gestalt, con resultados positivos, que iban desde mejorar su aspecto físico el cual en algunas ocasiones se había visto, afectado y distorsionado, en otros casos la intensidad de la crisis había llevado a las personas a perder el sentido de vida y con ello había repercutido en la vida laboral que los llevó a perder su trabajo, y durante la psicoterapia se logró recobrar la seguridad para buscar y al mismo tiempo mejorar la vida social, con ello la disminución de síntomas fue satisfactoria, según la referencia de los familiares de pacientes y de los mismos consultados, sin embargo existieron procesos que por distintas razones no se lograron culminar.

La presencia de trastornos de personalidad no faltaron, los procesos de identificación del trastorno llevaron a estudios largos que duraron varios meses, fue necesario en algunos casos realizar historias de vida con su respectiva línea de evolución, al igual que en otros trastornos menores fue ineludible el apoyo familiar, luego de los estudios respectivos se sugirió a los pacientes ayuda multidisciplinaria,

algunos asistieron a entidades privadas y en otros casos el apoyo de otras instituciones nacionales como el caso de Hospital Nacional de Salud Mental y Hospital de Chimaltenango. Debido a la intervención de familiares se observó la necesidad de brindar psicoeducación, apoyo familiar, terapia de pareja y terapia individual, la experiencia con este tipo de pacientes en cuanto a avances fueron muy lentos y las recaídas son constantes, sin embargo es justo decir que se logró un equilibrio en muchas áreas del desenvolvimiento de los pacientes atendidos, se redujeron las recaídas en comparación con experiencias previas según manifestaron los atendidos, también se debía tomar en cuenta que en este tipo de problemáticas aparece de manera comórbida, la ingesta de sustancias como el alcohol y presencia de otros alucinógenos, sin embargo en este aspecto se llegó a un avance no seguro pero si palpable (la utilización de estupefacientes se disipó en varios casos por más de 4-6 meses, que fue el tiempo que se mantuvo en psicoterapia).

El compromiso psicoterapéutico con personal que labora en la institución inició con mucho positivismo aún cuando se anticipó por el personal que labora en el Departamento de Psicología, que era muy difícil lograr la afluencia de personas de este sector, y que ya había sido intentado en otras ocasiones sin eco, las razones eran muy variadas, sin embargo se continuó con la inquietud, luego de varios meses después de brindar la información acerca del servicio que se prestaba y tras una nula respuesta, se requirieron nuevas formas de promover este servicio. Con esto último se logró la afluencia de un número sumamente pequeño de personas a nivel individual con quienes se logró pocas sesiones que incluso debían ser cortas, debido a sus obligaciones dentro de la institución en el horario matutino, ya que no se logró establecer un horario vespertino.

De las intervenciones individuales se encontraron problemas principalmente de estrés por la situación económica e incluso por las demandas de la vida familiar, la situación laboral se veía marcada por horarios que sobrepasaban las 8 hora de trabajo y fuera de esto se recargaban con trabajos extras en instituciones privadas y personas particulares.

Las limitadas sesiones únicamente propiciaron datos generales, y se realizó principalmente terapia breve y de urgencia, y en otras situaciones terapia centrada en el cliente, aunque en muchos datos se encontraron similitudes al momento de la terapia grupal, la cual se describirá a continuación.

La responsabilidad tomada con respecto a la psicoterapia grupal que se elaboró, llevó un poco más de empeño, ya que en la terapia individual se trabajaba durante espacios libres del personal previamente establecidos, pero en la terapia grupal existió mayor dificultad, ya que era más complejo reunir al personal, aun más si esto implicaba frecuencia, razón por la cual se inició el proceso tras varios meses de planificación y con periodos prolongados para nuevas sesiones. La primera sesión únicamente permitió la introducción y terapia de relajación, y el segundo encuentro la externalización de emociones, los ejercicios realizados cumplieron los objetivos principales, en ambas sesiones se experimentó satisfacción, las respuestas en cuanto a la participación fue positiva y productiva, sin embargo no se logró reunir al grupo nuevamente tras varios intentos, al final las actividades de cierre no lograron ser cumplidas y aparecerán dentro del análisis de los resultados.

Algunos logros consistieron en la manifestación por parte de los trabajadores, de sus necesidades psicosociolaborales, para contrarrestar estados de ánimo desfavorables para su labor dentro de la institución, aunque los pocos casos de personas que laboran dentro de la institución que se documentaron brindaron grandes hallazgos para la investigación, y fortalecieron en los asistentes la salud mental, logrando en muchos momentos fomentar la comunicación, el trabajo en equipo y la resolución de conflictos de manera asertiva.

Dentro de los logros obtenidos dentro de esta actividad se logró ubicar los grupos de mayor atención, o los que presentaban mayores sintomatologías de enfermedades que eran propiciados por las cargas laborales, y familiares principalmente.

En ambos grupos se trabajó con Jefes de Enfermería que rotan en los diferentes servicios, personal de enfermería de sala de operaciones, y personal de

medicina de hombres y mujeres auxiliares de enfermería, pero con un número reducido. El trabajo realizado en el eje de atención directa fue satisfactorio, aún con los inconvenientes se logró transmitir a la población asistente herramientas que les permitieran vivir de manera saludable.

Los logros parciales y los totales fueron dejados anotados en las notas de evolución, en cuanto a pacientes de consulta externa provenientes de fuera, y se encontró gran satisfacción al ver que pacientes asistentes que llegaron muy perturbados lograron encontrar trabajo y desenvolverse positivamente, muchos casos dieron pie al cierre del proceso de una manera satisfactoria, que no solo incluía la integración a los distintos ámbitos de la sociedad, sino además con herramientas que les fortalecieran al momento de la recaída.

Se logró brindar apoyo psicológico individual a personas que lo solicitaron en el área de consulta externa y referida de los distintos departamentos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Dentro de este eje se brindó información a jefes de departamentos principalmente de enfermería para la difusión de la atención psicológica a trabajadores de la institución, los cuales se encargaron de dar aviso a las personas a su mando, información que contaba con el proceso inicial para obtener citas, horarios y procedimientos a seguir.

Desde los inicios se observaron obstáculos, sin embargo se decidió proseguir con la propuesta, individual y grupal de atención a personal, los horarios de trabajo continuaba siendo el principal inconveniente.

El grado de tensión que manejan los trabajadores, debido a las demandas de los jefes y el desgaste emocional que sugieren puestos de trabajo que implican relación con pacientes, se valoró por medio de entrevistas y más que nada observaciones y referencias de otros profesionales, constatar la necesidad abordar personas de diferentes departamentos.

Únicamente fue posible la realización de técnicas de relajación y externalización de sentimientos en dos sesiones separadas, la primera reunión propició el manejo de estrés que manifestaron los participantes, con dificultades para concentrarse y mantener la confianza plena en un proceso aparentemente desconocido en muchos casos, la sesión tuvo una duración de 45 minutos, debido a las actividades de los atendidos y se brindó un espacio de sugerencias y comentarios de la experiencia.

La segunda actividad luego de una introducción acerca de lo que involucraba el proceso grupal, continuó con una externalización de las principales dificultades que se observaban o sentían las personas dentro de la profesión de enfermería y principalmente en su trabajo actual, la manifestación de las preocupaciones frente a su labor giraron en torno al desempeño grupal, comentarios como “uno trabaja, alguien trae problemas, seguro que todo el día tenemos que cargar con el trabajo de la que se siente mal... todas tenemos problemas pero no por eso dejamos de trabajar...”. Otro elemento fue la dificultad para trabajar con ciertos jefes de servicio principalmente médicos que según se manifestó “son muy pedantes y groseros para tratar al personal” , además de ello, algunos jefes refieren tener doble responsabilidad, ya que deben atender las ordenes del jefe de servicio y de sus auxiliares, igualmente deben encargarse de revisar anotaciones y velar para que los practicantes de diferentes áreas no comenten errores que los perjudiquen en su labor, y que traiga con ello problemas con los jefes.

Otra demanda importante fueron las presiones a las que se ven sometidos con los pacientes, los cuales al ser visitados por familiares reciben alimentos que no son apropiado y que alteran su salud, las amenazas constantes tanto de parte de los pacientes como de familiares de pacientes, humillaciones por parte de los mismos lo cual explicaron no es siempre pero según experiencias han llegado a ser agredidos, y no cuentan con un departamento que les respalde al momento de recibir un trato de este tipo, razón por la cual muchas se han enfrentado a periodos de depresión, angustia, miedo, y hasta han llegado a pensar en cambiar de trabajo .

Dentro de estas actividades lo más productivo que se logró fue la asistencia de las personas, la externalización de sentimientos y sobre todo la apertura, sin embargo existieron razones que no permitieron continuar con el proceso. Es necesario mencionar que las personas atendidas provenían de varios lugares, siempre dentro del mismo Departamento de Enfermería.

Otro logro de importancia dentro de la población externa a la institución fue la detección de pacientes psiquiátricos, los cuales fueron referidos a las distintas instituciones que brindan este apoyo, ya que el hospital no cuenta con dicho apoyo, sin embargo fue el posible trabajo multidisciplinario, el cual se llevó por medio de las anotaciones y observaciones realizadas por psiquiatras que a su vez eran recibidos por la epesista a cargo del caso.

A manera de conclusión y con lo expuesto con anterioridad se encontró que por lo menos un 70%³³, de la población atendida sufría de algún tipo de violencia en ese momento y pasaba a ser n motivo de consulta, por supuesto incluía violencia intrafamiliar siendo esta la de mayor incidencia, violencia estructural, violencia ejercida en las calles por medio de asaltos, abusos sexuales, etc., a esto se suman otros elementos de importancia y que gran parte de la población compartía un binomio, el cual se refería a pobreza y salud mental, las personas coincidían en que se sometían a innumerables situaciones económicas que de alguna manera repercutían en su estabilidad emocional, los créditos para solventar algunas dificultades eran comunes, más aún en los casos de enfermedad donde indicaban visitar un hospital con fines únicos de “curarse” cuando sentían un malestar físico, por el contrario solo 1 de cada 20³⁴ consultantes habían recibido algún tipo de apoyo psicológico al atravesar una crisis emocional.

El eje de acciones orientadas a la prevención y formación dio inicio al igual que el eje de atención directa en las dos semanas de observación, en las cuales se revisó trabajos realizados por otros grupos de trabajo o epesistas, con el fin de no

³³ Estadística de libro de consultas realizado durante el año 2008. Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt. Departamento de Psicología. Consulta Externa.

³⁴ Idem

repetir enfoques y dar pie a nuevos temas de investigación y con ello a nuevos hallazgos, se realizaron observaciones en los distintos departamentos para ubicar necesidades, en la entrevista con los jefes de personal, se habló especialmente con la jefe de Enfermería quien brindó información de suma importancia, la jefe de Recursos Humanos y el departamento dirigido a la atención al cliente y capacitación al trabajador, este último hizo énfasis en el apoyo psicológico a cuatro grupos principales, luego con el paso de unas semanas amplió la atención para los veinte y tres departamentos y no únicamente al personal de enfermería y los cuatro departamentos que se pensaba en un inicio, sin embargo lo que se tuvo por iniciativa se fue disipando con el paso del tiempo, debido a que la mayor parte de departamentos no contaba con un número significativo de personas y no se disponía en tiempo para cubrir los tres ejes de ejecución si se tomaba de llenó este proyecto, ya que implicaba un número sumamente grande de días en cuanto a la calendarización de los ocho meses de ejecución del EPS, razón por la cual el departamento mismo decidió recalendarizar y unir a algunos departamentos para minimizar el número de grupos a atender, sin embargo la recalendarización llegó al departamento hasta el mes de mayo y junio cuando ya se había logrado hacer contacto con los departamentos de enfermería que podían incluirnos dentro de su agenda de trabajo, y no fue posible la integración a dicho programa, las circunstancias facilitaron únicamente impartir talleres y charlas a personal de enfermería, de varios departamentos.

Uno de los principales inconveniente se evidenció con los constantes desacuerdos entre los departamentos a los cuales se pretendía incluir en el programa de apoyo a los trabajadores, ya que este departamento buscaba realizar un censo de necesidades por medio de encuestas, las cuales fueron retenidas hasta un promedio de un mes, y en algunos casos fueron entregadas con información incompleta, razón por la cual se debían regresar hasta ser completadas, este proceso dio inicio según referencia de la coordinadora desde finales del año 2007 y primer trimestre del año 2008, sin contar con el tiempo que llevó la tabulación de los datos que buscaban para impartir las charlas.

Debido a los inconvenientes y los retrasos para coordinar el proyecto se decidió solicitar y concertar de manera directa una reunión con la Jefe de Enfermería, lo cual tardó, pero se logró establecer. Dentro de lo que se acordó durante la reunión con la Jefe de enfermería, fue la presentación del programa y proyecto de ejecución a manera de propuesta, para discutir aspectos de conveniencia que ella considerará primordiales, el cual se presentó pasada la Semana Mayor, debido a la carga de trabajo de los servicios y de su cargo, no fue posible una reunión previa a la cita establecida, además se discutirían los horarios para llevar a cabo el proyecto, ya que la mayoría de departamentos manejan horarios de mayor afluencia y era necesarios ubicarlos por departamentos en horarios hábiles, y en fechas discutidas previamente con jefes de servicios.

También se logró establecer que al único grupo que podría verse casi en su totalidad reunido, era a todos los jefes de servicio, en una reunión mensual realizada por la Jefe de Enfermería, pero con la salvedad de que debido a la agenda que manejaban, la cual se encontraba llena y estructurada desde finales del año 2007, el Departamento de Psicología contaría con treinta a treinta y cinco minutos una vez por mes, iniciando el mes de Abril, cabe mencionar que existieron algunos meses en donde no fue posible el acceso a las reuniones por varios motivos, tanto los acordados en la agenda de la Jefe de Enfermería, como algunos otros debido a las demandas de trabajo en el área de consulta externa.

Los departamentos a los cuales se les logró incluir dentro de la calendarización de talleres fue el departamento de Jefes de Enfermería, sala de Operaciones, Personal de enfermería de medicina de hombre y mujeres. Estos realizados en las fechas acordadas directamente con el Jefe de servicio y aprobadas por la Jefe de Enfermería.

A continuación se presenta un cuadro con los temas impartidos, contenidos y una pequeña descripción del desarrollo de los mismos, para lo cual también hay que aclarar que algunos temas fueron solo conferencias y otros estaban unificados con talleres luego de brindar definiciones y contenidos, con fines de hacer más ameno el contenido:

Tema	Contenido	Desarrollo
¿Qué es la Psicología?	Definición, aéreas de aplicación, información general del servicio en los tres departamentos.	Presentación formal con el personal, dinámica rompe hielo definiciones e información general del servicio psicológico, días de atención, horarios etc.), dinámica de cierre
Taller de Relajación	Definición, Elementos de la Relajación, Musicoterapia, Biodanza, Arte Terapia, tipos de relajación, imagen sonido, frase, sensación, el masaje las técnicas de respiración, la meditación y sus formas, la principales creencias asociadas a la relajación, efectos beneficiosos de la relajación.	Presentación formal con el personal, dinámica rompe hielo definiciones realización de técnica de relajación grupal, comentarios, dudas y sugerencias.
Violencia Intrafamiliar	Definición, Causas, Evolución.	Dinámica de presentación, definiciones, cierre, duración de treinta minutos.
Trabajo en equipo	Definición, y elementos Convivencia, Tolerancia, resolución de conflictos, Amistad, Resolución de	Dinámica rompe hielo y otra por cada aspecto que se explicaba, espacio de comentarios y

	conflictos, Solidaridad, Cohesión.	sugerencias, grupo de trabajo para discusiones para plantear soluciones ante las dificultades, el uso de anotaciones, la actividad se cerró con un agradecimiento y el abrazo grupal.
*Taller sobre Motivación	*Definición, Factores que intervienen en la motivación, La felicidad, la vida y el amor.	Presentación, dinámica motivacional, definición de primer tema a impartir.
*El papel del enfermero (a) en el sistema de salud	*La Profesión y nosotros, ¿Qué es la enfermedad?	Este último brindó información acerca de las circunstancias de trabajo del personal de enfermería y sus principales demandas ante la profesión, las injusticias, y las humillaciones a las que se ven sometidas no solo frente a los pacientes, sino sus jefes.
* Sensibilización	*¿Cómo tratar al paciente,	
Stress Conferencias y Taller sobre Síndrome de Burnout	*Definición, Identificación de factores estresantes en la profesión de enfermería. * ¿Qué es el Burnout?, ¿Cómo combatir el	Conferencia unificada de Stress, con la conferencia y Taller sobre Síndrome de Burnout, con dinámica

	Burnout? Escala de Maslach	rompe hielo, espacio de participación sobre dudas y comentarios. Aplicación de la Escala de Maslach, y agradecimiento.
--	----------------------------	--

Los primeros acercamientos con el personal fueron un poco difíciles, ya que era complicado reunirlos a todos, sin embargo la información fue difundida, y la afluencia creció.

El orden de dar conferencias y talleres inició por los jefes de todos los servicios, los cuales solicitaron la presencia de la epesista en su servicio de ser posible impartiendo el mismo tema a las y los auxiliares, otros servicios no solicitaron el servicio debido a que solo habían dos o tres personas trabajando en esa área, y la unión con otros grupos no era coincidente, y en otros casos era difícil incluir a la epesista en sus agendas, pero se trató la manera de transmitir la información por medio de trifoliales informativos.

El apoyo y la participación de los afluentes confirmó la aceptación de los talleres en otros servicios, de otras áreas se acercaron para solicitar temas que consideraron de importancia, solicitaron la lista de temas que se impartiría para conocer más acerca de lo que su personal podría recibir.

Cabe anotar que todas las actividades fueron impartidas a los grupos ya mencionados pero en distintas fechas y lugares, pero que en general llevaban el mismo contenido, con el fin de que todos recibieran la misma información, y que a su vez también contribuyera, ya que se observó que en la mayoría de los casos los tres departamentos compartían las mismas problemáticas.

Otros grupos a los que se brindó apoyo por medio de este eje fue a la Asociación de Jubilados y Pensionados de San Juan Sacatepéquez, a quienes se les

impartía una charla mensual con temas de importancia para las personas de la tercera edad, ya que sus asistentes están conformados en su totalidad por esta población y muchos atraviesan crisis propias de esta etapa de la vida, además todos son pensionados y recurren a esta institución con el fin de mantener una vida activa y cultivar sus mentes con nuevos proyectos.

Tema	Contenido
Sentido de Vida	Definiciones, Percepción de la vida, emociones, logros, metas, Realización Personal.
Conflictos emocionales de la tercera edad y su resolución a través del amor	Definición, Principales conflictos en la tercera edad, amor.
Violencia y Maltrato al adulto mayor	Definición, Principales causas de maltrato, abusos más frecuentes, como combatirlo.
Depresión	Definición, Tipos de Depresión, Métodos de rehabilitación, apoyo psicológico.
El Amor a la Vida	Amor, Vida, Superación, Motivación, Satisfacción.
Violencia intrafamiliar	Definición, Tipos de Violencia, Principales Causas, Como combatir la violencia intrafamiliar.
La Felicidad	Definiciones, Expresiones, Sentimientos, Comentarios e interacción con los participantes

Estos temas se realizaron en alguna ocasión en dos partes debido a la extensión de los mismos, los asistentes oscilaban entre las 30 y 45 personas, en las charlas se observó participación constante, la toma de notas acerca de la información que se transmitía fue notoria, y en más de un caso se solicitó el servicio en la asistencia a clínica del Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt.

Otro grupo al cual se asistió únicamente como soporte fue al grupo de la Jefatura del Área de Salud, de Sacatepéquez, proyecto que duro un aproximado de tres meses

Sé logro ampliar las herramientas para combatir el desgaste emocional, el cual es alterado en temporadas altas de atención, el mayor inconveniente con esto fue, que muchas personas no aceptan las vacaciones para descansar, sino pues su situación económica les exige, trabajarlas sino dentro de la institución, en instituciones privadas o personas particulares.

El realizar actividades lúdicas fue un poco limitado por espacio y tiempo, sin embargo fueron posibles algunas, y se sintieron las muestras de agradecimiento y se manifestaron las satisfacciones como momentos de relajación ante las presiones laborales.

Las actividades lúdicas se realizaron durante los talleres y conferencias, ya que era un espacio propicio de reunión que no intervenía en horarios extras, sin embargo el uso de otros espacios fue limitado, ya que implicaba salir de las instalaciones administrativas del Hospital y eso traería problemas a la Jefe de Servicio, y como se ha venido explicando, abandono de labores que implican un gasto extra a la institución y perjudica a los trabajadores.

Para dar fin al capítulo III se describirán los incisos de mayor relevancia durante la experiencia en el **eje de investigación**, el cual se trabajó realizando actividades de manera adjunta con el eje de acciones orientadas a la prevención y formación.

Inquietud que surgió durante las semanas introductorias al inicio de EPS, en las cuales se encontraron múltiples situaciones que desencadenaron el interés y que fueron confirmadas con otros profesionales, además de ello se realizaron entrevistas informales a personas que visitaban el hospital y que confirmaron información sobre los tratos inadecuados hacia los pacientes atendidos en los distintos servicios.

Al iniciar el EPS se observó un caso que fue el que mayor impacto tuvo para la realización de la investigación, el cual consistió en el abandono de un niño de 2 años, quién debido a su situación jurídica y de salud debía permanecer en el hospital. El niño no poseía actividad motriz debido a sus padecimientos y poca estimulación, y en uno de los turnos se dejó abierta la reja de su cuna y al emitir uno de sus primeros movimientos cayó al suelo, nadie se percató del incidente hasta que la enfermera entró a darle el desayuno.

Existen muchos casos más que fueron relatados y observados acerca de las burlas, regaños y maneras hirientes de dirigirse a los pacientes, que no corren por cuenta exclusiva del personal de enfermería y sino también de otros profesionales de la salud.

Después de colocar un plano general de la situación que viven los pacientes asistentes al Hospital, es prudente indicar que existen factores que repercuten en la dinámica de la realización del trabajo del personal de Enfermería, lo cual fue motivo de investigación, ya que con lo que se encontró existen factores que predisponen la conducta de los trabajadores, estos hallazgos están influenciados por dos principales planos de investigación, en primer lugar la investigación cualitativa, la cual en principio se utilizó con fines de contrastar con el segundo método el cual consistió en la evaluación por medio de la Escala de Maslach, ambos elementos serán ampliados a continuación con la descripción de los hallazgos de ambos, con el orden que se utilizó para esta pequeña introducción.

Para iniciar como lo hemos descrito anteriormente las herramientas principales fueron la observación, la cual se realizó en los tres pisos en los departamentos de Pediatría, Medicina de Hombres y Mujeres, Ginecología y Consulta Externa, para los

cuales se pidió autorización a la Jefe de Enfermería, adjuntando algunas propuestas para el trabajo de investigación. Las observaciones se realizaron en los espacios disponibles de tiempo. De lo observado se notó un ambiente pesado y de irritabilidad en algunos sectores, las enfermeras/os debían guardar mucho silencio, las murmuraciones eran comunes, en otros sectores se observaron discusiones pero que fueron manejadas a manera de bromas, a veces eran irrespetuosas, incluían chismes, burlas que en algún momento se convirtieron en conflictos personales, los cuales daban espacio para que se formaran grupos divididos por afinidad, y divididos de alguna manera por la inconformidad.

Otro elemento observado fueron las relaciones entre las jerarquías, las cuales de alguna manera eran muy marcados e incluso incómodos, se observaban de manera muy definida los grupos jerárquicos, la forma de trato demandante de algunos médicos hizo notar la dificultad de relacionarse, lo que incluía tomar turno para realizar anotaciones dentro de las carpetas de pacientes para no incomodarse, también se evidenciaron conductas que implicaban las relaciones de poder, la forma de tratar al personal por parte de algunos médicos era poco grata, las confrontaciones incómodas para los receptores y hasta amenazante.

Otras actitudes notorias era la utilización de teléfonos celulares, ya que al momento de recibir la llamada las enfermeras se salían a las zonas de descanso o se dirigían a los baños para hablar de manera más cómoda. Cuando aparentemente llegaban tristes o descontentas, el baño o alguna habitación desocupada era buen refugio, lo cual incomodaba a otras enfermeras ya que esto era “pérdida de tiempo” que conllevaba acumulación y retraso del trabajo para otras/os trabajadores.

En cuanto a la relación con los pacientes se hizo notar que existe no en todos los casos pero sí en muchos, una forma grosera de dirigirse a las personas, con tonos de voz elevados, apresurar a las personas recién operadas o post-parto, hacer comentarios con respecto a las pacientes y su estado de salud, o poner poca atención a las demandas de los pacientes al tardarse mucho para atender sus quejas.

Otro elemento que se utilizó dentro de este mismo marco fueron las entrevistas, las cuales se dividieron en entrevistas informales y las más estructuradas dentro de la terapia individual y grupal que incluiremos más adelante. Las entrevistas informales se llevaban a cabo en los pasillos, durante algunas actividades de orientación y prevención, durante algunas observaciones etc., estas fueron producto de comentarios que constataban la información, sobre los chismes, estados emocionales desfavorables debido a problemas familiares o problemas de pareja que eran acarreados al trabajo.

En alguna medida se habló acerca de la disposición a trabajar como enfermeras, que en apariencia era satisfactoria, pero poco remunerada, esto también incluyó los temas sobre economía familiar y la realización de dobles turnos para recibir una mayor recompensa económica, el abandono de estudios debido a las responsabilidades familiares y económicas e incluso las laborales ya que con las cargas de trabajo no poseían tiempo para estudiar. La mayor parte de entrevistadas de manera informal evaluaban su trabajo como “bien” realizado, manifestaban que en ocasiones o por temporadas su trabajo era más estresante que en otras y que en esas temporadas se encontraban más predispuestas a enfermarse y llegar a la conclusión de “no querer saber nada sobre el trabajo...”, incluso no querer llegar a trabajar debido al cansancio, o encontrar alguna excusa para ausentarse, esto como ellas mismas lo indican “no existe otra motivación que no sea el salario”, así también refirieron sentir en algún momento de sus vidas cierto grado de depresión “tristeza, desgano, frustración” o en casos inversos “estar mal de los nervios”; todo esto manifestado por dolores de cabeza, sudoración, agitación, palpitaciones, problemas gástricos, más cuando su actividad laboral y familiar coincide con ser más demandante. Además la frustración e impotencia al realizar las tareas sin contar con los suministros o elementos necesarios en la institución, así como el miedo debido a las amenazas recibidas por parte de familiares de pacientes y agresiones por parte de los pacientes internos, otro elemento que causó mucho eco en la población y que llamó a la reflexión a las autoridades hospitalarias, fueron los riesgos por el contacto

con las enfermedad de transmisión especialmente aquellas por el contacto con agujas y aquellos accidentes que impliquen amenazas a la salud.

Con respecto a la dinámica familiar refirieron que es “buena” la interacción con hijos, nietos, esposo, es un poco limitada pero que por lo regular es buena, y ven el hogar como un espacio de tranquilidad, pero se contrapone al tomar el tema de las actividades de la casa, que incluyen la limpieza y el orden, y la mayoría interpretó este punto quizá como el más agotador, reconociendo que tienen muy poco tiempo en el cual pueden descansar, porque a donde van deben realizar alguna actividad que implique servir a alguien más, incluso los paseos familiares son agotadores debido a la preparación de la actividad.

Los productos de la terapia grupal e individual fijaron ciertas directrices enfocadas a la realización personal y que trataron sobre los miedos frente a las frustraciones en la vida de las personas pero que sienten que no les permiten estar o sentirse de manera optima debido a las vicisitudes.

Particularmente se identificaron problemas de violencia intrafamiliar, problemas de pareja, trastornos de ansiedad, depresiones, dificultades en la dinámica con los hijos, falta de comunicación, etc. Todos estos encontrados luego de varias sesiones en las cuales se había logrado mayor confianza y la sintomatología coincidió con dichas problemáticas. En el análisis se retoman algunos de estos trastornos para tratar de comprender cómo estos se introducen en la vida de los atendidos y personal en general.

En esta segunda parte incluiré la parte cuantitativa, con directrices por parte de la Escala de Maslach, que fue aplicada en varios grupos de un aproximado de 15 personas, a excepción de Jefes de Enfermería que fue un grupo de 26 personas, con una duración de 30 minutos.

Los principales hallazgos, serán descritos por medio de las tres sub-escalas en que está dividida:

En primer lugar el Cansancio Emocional, el cual se interesa por la antigüedad laboral, la presencia del apoyo económico y emocional de la pareja, el ritmo de trabajo, la realización personal frente a la labor, las condiciones físicas para la realización del trabajo y finalmente la realización académica de las personas. De este primer aspecto la mayor parte de la población, principalmente jefes, dijo haber extendido su jornada laboral hasta 11 y 12 horas, un 76% son casadas, por lo que se estima un porcentaje de 4 horas para actividades personales y 6 horas dedicadas al descanso, específicamente el sueño.

La antigüedad laboral sobrepasa los 10 años, y afirman sentirse emocionalmente agotados desde los 5 años de trabajar en dicha profesión, y aunque reciben apoyo económico de parte de la pareja o algún familiar no logran dedicarse a realizar otros estudios complementarios para su crecimiento personal.

En la sub-escala de Despersonalización se tomaron en cuenta los incisos sobre las presiones frente a la responsabilidad de la tarea, el reconocimiento del trabajo por parte de los superiores, estabilidad laboral y la priorización del tiempo, la escala indicó que por lo menos un 80% de los evaluados se sentían bien en cuanto a la estabilidad laboral, sin embargo las responsabilidades laborales manifestaban tener gran repercusión en la vida activa de las personas provocando tensiones laborales, la priorización del tiempo fue enfocada dependiendo de las demandas de pacientes.

Y finalmente la Realización Personal fue uno de los puntos con más énfasis ya que un 99 por ciento refirió sentirse satisfecho con su trabajo dentro de la institución.

Por último es necesario hacer ver que la presencia del Síndrome de Burnout es sensible en alguna medida ya que aunque la discordancia en algunos de los datos hacen pensar lo contrario, existe un proceso para llegar a la fase más observable del Síndrome, lo cual implica que algunos se encuentran en una fase que concuerda en una fase inicial y otros en alguna de las etapas definidas en el capítulo II.

En el capítulo siguiente, se presentará la discusión frente a estos resultados y el contraste entre los elementos cualitativos y los cuantitativos, a manera de encontrar la discordancia de los resultados.

CAPITULO IV

4.1 Análisis De Los Resultados

El EPS estuvo constituido por tres ejes principales, el Eje de Atención Directa, Eje de Acciones Orientadas a la Prevención y Formación y finalmente el Eje de la Investigación, todos ellos fueron trabajados durante los ocho meses de ejecución y de los cuales se presenta a continuación un análisis cualitativo de las acciones realizadas durante este periodo de tiempo.

El primer apartado se refiere al eje de **Atención Directa**, que desde sus inicios dio a conocer sus múltiples espacios de desenvolvimiento, ya que no quedaba exclusivamente relegado a un plano clínico, la atención directa aún dentro de un espacio físico de atención era llevado a distintas partes ya que quienes reciben este apoyo son los encargados de dar fe de lo obtenido con los amigos y familiares, y en el caso del Hospital Hermano Pedro de Bethancourt, se dio a conocer que las áreas de atención a los asistentes de fuera o personas particulares, sino las personas que laboran dentro de la institución, lo cual indica que no existen un departamento exclusivo para cubrir este espacio, tomando en cuenta que la población laborante sobre pasa las 600 personas, ciertamente la capacitación a los trabajadores de manera constante es de suma importancia, y es un requisito dentro de la institución pero se da prioridad a otros espacios de aplicación en su mayoría son referidos a la población asistente de fuera, aún cuando la necesidad lo sugiere, otra situación que se presenta con respecto a este tema es que la población que labora no asiste a psicoterapia, al igual que la población asistente del exterior, manteniendo un nivel de estigma con respecto a este servicio, el miedo al “que dirán” sus compañeros de trabajo es latente.

Dentro de los servicios presta este eje se describieron el de VIH y AJUPENSA, que son los de mayor aceptación, ya que existen otros programas que podrían habilitarse pero debido al miedo, las represalias, los pocos recursos humanos y económicos no se han logrado establecer, tal es el caso de un programa para víctimas de violencia intrafamiliar, el cual según referencias no se ha logrado

implementar debido a que en su mayoría las mujeres se quejan de sufrirlo e incluso asisten golpeadas por sus esposos, pero no tienen el valor para dar continuidad a los procesos de ninguna manera, debido al miedo de ser motivo de conflicto que puede implicar perder a sus hijos, razón por la cual incluso cuando consultan, su queja principal es la depresión, la ansiedad, los problemas de pareja, las infidelidades o sugieren que se les escuche porque no pueden confiar en nadie más, pero luego de una larga lista de dificultades se descubre que el motivo real se debe al maltrato y violencia al que se ven sometidas diariamente y en algunos casos la poca asistencia de las mismas personas se debe a que los esposos no dejan salir a sus esposas, lo cual implica de algún modo de pérdida de tiempo según comenta el personal del Departamento de Psicología, aún con estas dificultades y el poco apoyo la necesidad es notoria, en el área de ginecología se observan casos de mujeres en estado de gestación delicados debido a los constantes abusos de sus esposos, estos casos son referidos a seguimiento en Consulta Externa pero o se ha tenido mayor impacto, la asistencia o deseo de la misma se limita a dos o tres sesiones realizadas a escondidas mientras los esposos trabajan o están bebiendo en alguna cantina, según lo referido por las pacientes.

Este tipo de situaciones evidenciaron la problemática en la dinámica familiar y luego de varias sesiones se constató que los problemas de infidelidad eran comunes, la utilización de abuso psicológico rompía con la autoestima de las mujeres principalmente, las palabras cariñosas eran inexistentes, incluso la demanda en el acto sexual por parte de los esposos era ejercida bajo presión, y en estado de ebriedad, las mujeres accedían en determinadas situaciones con el fin de no resultar golpeadas.

Al tratar de confrontar este tipo de actitudes las mujeres resultaban en estados de angustia, ansiedad, baja autoestima, incluso creaban en su mente un plan suicida, el cual aunque no era llevado a cabo, ejercía estados insostenibles en la vida de quienes lo toleraban.

Una cierta parte de la población afectada por la violencia intrafamiliar, se sometió a psicoterapia con el fin de sobre llevar la angustia que esta situación implicaba, sin embargo la deserción dificultó el seguimiento.

Fuera de las dificultades en cuanto al impacto en programas nuevos, de Departamento de Psicología es un área que se encuentra saturada de pacientes, los cuales en muchos casos es necesario dar citas hasta de dos semanas y un mes de espaciamento, las personas asisten de manera frecuente y aún con tres psicólogos de planta y cuatro epesistas en este tiempo fue difícil cubrir en sus totalidad la demanda, debido a diversas razones, la principal fue el espacio físico, aún con la existencia de espacios libres se dio prioridad a una bodega de almacenamiento, cuando las cuatro clínicas existentes no eran capaces de cubrir a toda la población, las cuales se utilizaron por tres psicólogos de planta y una epesista, la cual compartía la clínica en espacios libres, la demanda en clínica de psicología de niños aumentaba cada semana y con ella el número de padres citados, pero aún con ello no se consiguió por más de 4 meses habilitar una quinta clínica, los horarios se extendieron en algunos días para lograr aprovechar el tiempo, sin embargo las dificultades de comunicación entre departamentos creó, conflictos para nuevas alternativas, a ello debemos aunar la justificación del número de pacientes atendidos, ya que psicología toma como referencia 45 minutos de atención y eso implica una atención de flujo lento, lo cual es poco comprensible para las autoridades, debido a la poca producción aparente, lo cual siempre fue tema de discusión entre otros profesionales.

Como se describió en el Capítulo III se encontró diversidad de pacientes, los cuales fueron llevados en seguimiento y asistieron por razones diversas, muchos pacientes llegaron a clínica por solicitud de otros departamentos y en su mayoría respondieron haber asistido por solicitud de familiares o por recomendación de alguien más, sin embargo no consideraban necesitar ayuda o apoyo psicológico, pero después de haber probado y utilizado otras opciones la psicología pasaba a ser una última alternativa para las problemáticas que experimentaban.

Comentarios como los anteriores llevan a pensar que las personas no son totalmente conscientes del tipo de ayuda que presta el servicio de psicología y que

ellos mismo pueden necesitar, ya que lo pensamientos pre-establecidos con respecto a dicha área de la salud fueron constatados en múltiples ocasiones al recibir pacientes que al preguntas su motivo de consulta respondieron, “no vaya a pensar que estoy loca, es solo que a veces me siento mal”, otro pensamiento pre-establecido fue al repetir frases como “vengo para que me ayude”, en esta frase y en similares y abundantes situaciones llevaba al atendido a pensar que el terapeuta era la persona que llevaría a cabo el trabajo para que sus vidas tomaran otras direcciones, al momento de explicar dicha situación existió innumerables quejas e incluso deserción de personas en la atención psicológica.

Otro importante inciso a analizar fue que la mayor parte de personas no consideraban la psicoterapia como medio de curación exactamente, la típica frase “lavado de cerebro” se hizo presente en múltiples ocasiones, y con ello al finalizar las sesiones insistían en ser medicadas, aún con las explicaciones iniciales que llevaban como objetivo primordial explicar al paciente el trabajo psicológico, siempre existió quienes dudarán de una recuperación sin medicación.

Además para muchas personas era mucho más fácil el llevar un proceso en el cual un medicamento ayudará a sobre llevar la ansiedad, que confrontar la naturaleza y origen de la misma.

La psicología es una ciencia incierta para la población asistente al Hospital Hermano Pedro de Bethancourt, ya que es difícil que comprendan los procesos de funcionamiento en la recuperación, lo descrito con anterioridad hace constar que mucha población incluso asiste a este tipo de apoyo, porque alguien más lo sugirió, muchos expresaron en distintas ocasiones que por sus medios jamás habrían pensado en asistir, sin embargo los casos que llegaron por referencia fue gratificante escuchar la reflexión y la satisfacción al enfatizar la recuperación sin la presencia de medicamentos, ciertamente cada persona mantiene una concepción distinta de los sucesos, pero la comprensión de sus problemáticas y el descubrimiento de sus necesidades, dificultades, emociones y el poder que tiene en ellos la palabra logró realzar la labor del departamento.

La población general es una población potencialmente enferma puesto que la situación política, económica, la violencia en general, la falta de empleo, la ausencia de educación y muchos otros factores, producen inestabilidad en la vida de los individuos, los cuales llevan a buscar desesperadamente auxilio en centros asistenciales, algunos otros crean mecanismos de afrontamiento para lidiar con los factores estresantes de la vida cotidiana, pero en determinado momento dichos mecanismos colapsan, y la vida de las persona se convierten en caos. La experiencia obtenida llevó a mencionar que la gran parte de los casos consultados se derivan de la violencia, al menos un 70% ³⁵, las razones son variadas, muchas no tomaban la importancia a este tipo de situaciones debido a que no eran precisamente observables físicamente, pocos percibían la psicoterapia como un medio de curación o rehabilitación, algunos otros por vergüenza, en otros casos se pensaba que ventilar sus experiencias con un desconocido podrían ser muy difícil y embarazoso, otros porque consideraban que eran un servicio prestado a las personas “locas”, y otros simplemente porque consideraban que ellos podrían solucionar sus problemas sin la ayuda de nadie como lo habían hecho con anterioridad y la psicoterapia parecía ser algo muy “fantasioso”, además de ello pasaba a ser un gasto innecesario para la situación económica de la familia, en el sector privado era de alto costo y las instituciones públicas no eran precisamente lo que ellos esperaban, a esto también se le sumó la creencia de que “Dios se encargaría de sus problemas”, las creencias ideológico-religiosas mostraron gran influencia, así como las culturales , en ambos casos existieron pacientes que refirieron aceptar la ayuda de un párroco, pastor o guía espiritual incluyendo algún “brujo”, ya que muchas de las problemáticas eran derivadas de “un mal hecho”, que significaba algún tipo de intervención sobre natural, (maleficios, embrujos, etc.).

El binomio pobreza y salud mental eran observados y referidos principalmente por los padres de familia ya sea por ser madres y/o padres solteros o convivir en pareja, se veían abrumados por brindar a sus hijos la cobertura de necesidades primarias, la solicitud de becas en algunos casos para aminora la carga económica

³⁵ Estadística de libro de consultas realizado durante el año2008. Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt. Departamento de Psicología. Consulta Externa.

de la educación, sin embargo era una queja constante el poco apoyo por parte de los hijos ya que no tenían buenas notas o “les gustaba la calle”, llevar el alimento, financiar la alimentación, el vestido y la vivienda, eso sin tomar en cuenta otros gastos que comprenden el ocio, las enfermedades y la presencia de eventos desafortunados.

Además de lo económico muchos padres terminaban el día sumamente estresados y agotados como para prestar atención a sus hijos y demás familia, lo cual llevaba a distanciamiento entre la pareja y por ende a infidelidades, propiciadas también porque la mayor parte de conversaciones giraban en torno a las dificultades del hogar y la relación de pareja se asocio con problemas, mas que con interacción y dinámicas de apoyo mutuo, obviamente esta no es una causa exclusiva, el distanciamiento entre los padres también alcanza a los hijos, los cuales aún encontrando sustento diario debían escuchar quejas y gritos de los padres culpándolos de su cansancio y utilizando frases como “por ustedes trabajo y me desvivió...son unos mal agradecidos...”, y en otros casos brindaban todo lo necesario económicamente hablando pero o se preocupaban por el cariño, la comunicación, la confianza y otros elementos importantes, además se encontraban mujeres frustradas ante expectativas de vida a las cuales debieron renunciar por la maternidad y la toma de decisiones erradas.

Las dificultades y demandas de la vida de pareja llevaron a ciertos caos a disolver el matrimonio, per se constató que tenían origen en relaciones precoces desde el noviazgo, ya que muchas parejas se unieron en matrimonio o decidieron mantener una vida de pareja debió a la espera de hijos no planificados, y esto terminó siendo motivo de discordia, ambos padres rechazaban en algún momento la responsabilidad ante sus actitudes y se recriminaban de alguna manera la razón de la unión, poniendo en tela de duda la fidelidad y el respeto, mucho a consecuencia de la desinformación y poca educación sexual.

El machismo y estigmas sociales también relucieron en los problemas de pareja, ya que los temas como la vivencia de la sexualidad dentro del matrimonio o unión de la pareja debían corresponder únicamente a las exigencias de los esposos,

ya que si una esposa sugerían que el acto sexual no era satisfactorio o duradero, se le tachaba de exigente o de haber consumado este acto con alguna otra persona, ya que la insatisfacción “no era propia de una mujer de la casa”, además de ello se le sometía a vestimentas que solo fueran agradables a sus esposo, abandonar sus estudios o trabajos y dedicar su vida a su hogar si no querían problemas, aunque vivieran en situaciones de escasas y teniendo oportunidad de encontrar un empleo en el que ambos padres pudieran aportar y en otros casos se le pedía a la esposa que trabajara, para luego utilizar el salario y gastarlo en alcohol u otros vicios.

Las inseguridades de los padres, el estrés, las limitaciones de tiempo, la falta de ocio, las contantes peleas entre cónyuges y otros elementos más son transferidos a los hijos, quienes a su vez manifiestan que debido a las discordias ellos deben pagar las consecuencias y se les obliga de alguna manera a tomar partido de alguno de los padres, la madre expresa odio hacia el padre y viceversa, y esto confunde a los niños y adolescentes que quedan sin una orientación y con mínima atención y protección.

Con todo lo que se ha venido exponiendo debe tomarse en cuenta que entre menos capacidad económica, es posible que las personas vivan en lugares con menos acceso a la salud y la educación específicamente, lo cual implica mayor inversión al momento de enfermarse, inversión que para su estado económico deciden optar por soportar las molestias afrontándolas con una copa de licor, discutir las con una amiga, vecina o pastor, razón por la cual la psicología y con ello la salud mental, pasa a ser un lujo al que no pueden aspirar, también es necesario enfatizar en que muchos no logran estimar la salud mental, aprender a vivir de determinada manera por generaciones en muchos caos los hace acomodarse y pensar que no vale la pena más esfuerzo, o en caos más difíciles, esforzarse y frustrarse ante los pocos frutos.

Es debido hacer ver que las personas con escasos recursos viven errantes, los cambios de domicilio son constantes y provocan desestabilización, las condiciones precarias de subsistencia, el acceso al agua potable, drenajes y otros servicios, son condiciones que aumentan el peligro de enfermarse, y se ser discriminados. En muchos

casos son los más dispuestos a realizar trabajos a los que ninguna persona con una condición social más estable estaría en disposición de realizar, y pueden incluir, la recolección de basura, la prostitución y con ello el abandono del hogar, aunque esta última no es exclusiva de personas con bajos recursos económicos.

Como lo he analizado la discriminación por condición social, credo o etnia provoca cierto resentimiento en quienes lo sufren, y poca apertura, las personas en los distintos casos se encuentran a la defensiva, pero cómo luchar con una realidad latente, los mecanismos de afrontamiento como el acomodo, perduran por mucho tiempo pero se desencadenan en la frustración, el alcohol, el sentimiento de inutilidad, y son un patrón heredado a los hijos por medio de distintas manifestaciones.

La difusión de la psicología como medio promotor de la salud es también un factor importante, muchas organizaciones ajenas al sistema de Salud Pública brindan apoyo psicológico, como el caso de “Nuestros Ahijados”, sin embargo existe poca credibilidad, y pasa a ser un requisito para recibir otros beneficios (víveres y educación) de la institución, sin embargo con dificultad tienen incidencia puesto que muchos buscan el beneficio económico más que el crecimiento personal, ya que es más importante sufragar necesidades que pensar en otras cosas, lo demás pasa a ser secundario.

Ya he mencionado que debido a los pocos recursos económicos y las constantes necesidades las personas tienden a presentar estos anímicos que corresponden a trastornos de ansiedad y dan inicio a recaídas en los trastornos de personalidad instalados desde la infancia. No cabe duda que dichos eventos agilizan el proceso de una crisis al colapsar los mecanismos de afrontamiento, tal es el caso de las personas que sufren violencia intrafamiliar, en diversas situaciones las mujeres tienden a justificar a sus esposos, su mayor excusa es “por mis hijos lo aguanto...” en algún momento llegan a encontrar un trabajo y así solventar sus necesidades frente a la irresponsabilidad de los esposos, en otros momentos donde existe alcoholismo algunas mujeres optan por ignorar las constantes borracheras de los cónyuges hasta que estos llegan a los golpes, en donde optan por retirarse de sus viviendas y al

tranquilizarse la situación regresan a sus hogares e iniciar nuevamente el proceso de violencia, la sumisión es otro mecanismo de afrontamiento, las mujeres se esmeran en la limpieza de la vivienda, preparación de los alimentos y el cuidado de los hijos para no recibir golpizas y otras optan por el desarreglo total, ya que como lo han expresado, “de todas manera me va a pegar”, “es que él es muy celoso y no le gusta que me miren en la calle otros hombres”.

En el caso de la atención directa brindada a la población adolescente se pudo observar que muchos jóvenes son obligados a asistir, como un método de castigo y de amenaza, razón por la cual la mayor parte del tiempo la deserción es constante y el compromiso poco, luego de la primera sesión muchos padres no vuelven a llevar a sus hijos ya que han logrado su cometido.

También se logró observar que otro inconveniente es que los padres llevan a sus hijos a psicología con el fin de que sean como ellos quieren, y en algún momento pretenden que el psicólogo tome partido de los regaños propinados por ellos, en varias sesiones se constató que los padres no toman conciencia acerca de los motivos por los cuales los jóvenes toman determinada actitud, exigen un cambio pero no les interesa incluirse en dicha transformación.

La poca conciencia de los padres para las necesidades de los hijos persiste, difícilmente un padre tomará en voz alta la responsabilidad ante conductas nocivas en sus hijos, la congruencia entre lo que hacen y dicen no corresponde a un conocimiento reflexivo de su actuar.

Los padres que se incluyeron en procesos psicoterapéuticos con los hijos reconocieron luego de tres o cuatro sesiones que la problemática iniciaba con una manera poco funcional de comunicación, muchos temían que sus hijos repitieran conductas que ellos adquirieron en la adolescencia pero no sabían cómo abordar temas que a ellos no fueron explicados cuando los necesitaron.

La comunicación entre padres e hijos fue el principal vínculo a crear y fortalecer, los jóvenes por su parte demandaron atención por parte de sus progenitores y lo refirieron no sentir confianza para contar sus principales

preocupaciones, ya que muchos al abordar temas como la sexualidad, amistad, noviazgo o dudas los padres reaccionaban con poca apertura y regaños constantes en lugar de orientación.

La mayor influencia con respecto a los temas de sexualidad era obtenida por parte de otra amiga o compañera de estudio y en otros casos por el internet, el problema de comportamiento, deserción escolar, robo, drogadicción, uso y abuso de alcohol, eran un mecanismo desafiante de los hijos para con los padres, la influencia de los amigos era constante y no se diga la presencia de los medios de comunicación, que de alguna manera cobran mayor fuerza en una población vulnerables debido a la desintegración familiar.

El párrafo anterior describe el por qué de algunos embarazos en adolescentes, la desinformación y la poca apertura de los padres con los hijos, así como la falta de afecto que algunos jóvenes buscan en sus padres son encontradas en un compañero o novio, pero debemos tomar en consideración que las adolescentes embarazadas, muchas veces son víctimas de abuso sexual por parte de algún familiar o encargado e incluso por la falta de vigilancia.

Los principales diagnósticos tanto en adultos como en adolescentes se realizaron en base al CIE-10, herramienta de uso obligatorio dentro de la institución y por consiguiente era un requisito, que en muchos casos no cumplió en su totalidad su cometido ya que los problemas suscitados no estaban descritos en esta clasificación diagnóstica, ciertamente este es un apoyo práctico, pero la situación cultural y la cosmovisión no se encierra en un documento de este tipo, además debe tomarse en cuenta que este objeto fue realizado en base a otra cultura, donde la situación de vida cambia, los estigmas y paradigmas con respecto a la mujer, el matrimonio y la sexualidad tienen mayor apertura, lo mismo sucede con pruebas proyectivas o cuestionarios de personalidad, en donde poco llega a ser comprendido debido a los sesgos del idioma, la comprensión de instrucciones las cuales deben ser acopladas a la cultura de cada país.

Las técnicas y corrientes psicoterapéuticas que se utilizaron fueron primordialmente Gestalt, Cognitivo- Conductual, Centrada en el Cliente y Logoterapia, de esto debo explicar que no fue posible la utilización de una exclusiva, debido a que a pesar de la diversidad de la población, la capacidad de análisis y comprensión de las personas frente a su realidad era muy subjetiva, pocos tenían la conciencia plena de sus dificultades, la creencia de que los problemas eran parte de el “plan que Dios tiene para cada uno...y que Dios mejor que nadie sabe lo que hace...” no permitían que las personas asumieran responsabilidad sobre sus actos, o concebidos como una reacción a una conducta, gran cantidad de asistentes explicaban lo que no podían asumir como parte de los misterios divinos o de las envidias de otros, cuando se trataba de eventos desafortunados, que producían cambios abruptos en sus vidas.

En el caso del alcoholismo, la infidelidad el consumo de sustancias ilegales, se encontró una fuerte demanda en contra de la sociedad, la pobreza y la poca orientación, al parecer era más fácil culpar al mundo que asumir una postura frente a una problemática, la ayuda pocas veces funcionaba y aun con la recuperación por temporadas, las recaídas lograban prevenirse abarcando más tiempo.

Los trastornos de personalidad fueron comunes como ya ha sido mencionado y fue necesaria la intervención psiquiátrica, ya que los caos lo ameritaban, el monitoreo de esta actividad multidisciplinaria se llevó a cabo por medio del contacto con otros profesionales de manera verbal ya que las dificultades de hacer llegar informes y los costos aumentaban y perjudicaban la economía de los involucrados, ciertamente los avances lograron hacer un eco, pero en algún momento de la historia clínica se observó deserción que no fue nueva en la experiencia de seguimiento, lo cual también involucró a la familia primaria de los afectados y de alguna manera propició un ambiente más comprensivo, sin embargo las familias también llegaron a la desilusión frente a la poca colaboración en algunas situaciones de mucho sufrimiento principalmente en la terapia familiar, en donde la exteriorización implicaba un desgaste emocional fuerte y doloroso.

En general puedo expresar que aun con la difusión del trabajo psicológico aún existen muchas limitantes en cuanto a esta área de la salud, ya que no existe una educación que incluya la psicología como medio promotor de la misma, la gente debe ser educada para dar el valor a la ciencia, del ser humano, las transformaciones en las personas son mínimas ya que más que un problemas con la realización de un proceso psicoterapéutico, es alcanzar la comprensión del proceso y la valoración del mismo.

Con ello encontramos que también es necesario apoyar y ampliar espacios de atención, la psicología pasa a un segundo plano cuando la comparación con otros profesionales se evidencia, y crea disputas, cuando lo importante sería abordar las problemáticas de manera multidisciplinaria.

Otro tema de en el que se debe hacer énfasis es la formación profesional ya que las personas no tienen credibilidad en herramientas propuestas por la psicología debido a que no la encuentran como ciencia al no ver instrumentos como en el caso médico, ciertamente las enfermedades mentales distorsionan la percepción de los individuos pero si se llega a una clínica y se encuentra con que un profesional no utiliza de manera adecuada los elementos de apoyo puede ocasionar daños irreversibles en el pensamiento de quien recibe la atención, así también es justo tener claridad en los asuntos que comprenden atención psicológica y saber diferenciar los trastornos que son abordados desde otras áreas.

El siguiente tema de importancia que debemos abordar con mucho cuidado es el cuidado y comportamiento de los y las profesionales dentro de las instituciones de trabajo, ya que somos promotores de salud y en ocasiones el abrir nexos de comunicación con otras personas resulta desastroso, el deber es propiciar relaciones interpersonales sanas, que incluyan el respeto mutuo, la tolerancia ya que no se explicó en la experiencia, que fue una de las mayores limitantes el no poder organizar y estructurar dinámicas de trabajo para compartir y romper esquemas mentales frente a experiencias anteriores.

Antes de finalizar se debe tomar en cuenta que muchos padecimientos son producto de descuidos, ya que podrían abordarse de manera que no se intensifiquen, la falta de consciencia acerca de temas de salud de mental son dejados en un segundo plano y profundizan de manera que cuando llegan por el apoyo o servicio presentan mayor dificultad para recuperarse.

Para terminar esta primera parte de análisis tomaré en cuenta una situación en cuanto a la atención en terapia de grupo o individual a trabajadores de la institución, las personas no se comprometen a dicho proceso por las exigencias, el miedo y sobre todo la inmadurez de algunos participantes, es notorio que el personal de salud considere que es un transmisor de salud, pero en pocas ocasiones se perciben como personas enfermas, mucho menos ante la carga laboral, en pocas ocasiones se logró intervenir psicoterapéuticamente hablando, ya que otro inconveniente es el apoyo institucional que cuantifica por un medio económico el tiempo invertido en este tipo de sesiones, pero que aumenta presiones y contribuye con una descarga inesperada las tensiones laborales, reflejadas en todos los ámbitos de desenvolvimiento de las personas (laboral, familiar, personal, social etc.)

El Eje de **Acciones Orientadas a la Prevención y Formación**, al igual que el eje analizado con anterioridad produjeron gran impacto en algunos sectores, considerando que este proceso se inicia con poca coordinación y con líneas jerárquicas muy bien definidas que no daban pie a la libertad de ejecución de las actividades.

Las vías de comunicación para la programación de actividades se vieron sesgadas en múltiples ocasiones porque este eje estaba ligado a la investigación, lo que generó temores infundados hacia una investigación que más que juzgar buscaba, aportar y proporcionar mejores herramientas para el trabajo dentro de la institución.

Un inconveniente muy marcado y por el cual se pudo estimar al departamento de psicología como poco colaborador, fue la dificultad para incluirse en el programa de salud integral al trabajador, ya que dichas solicitud llegó a destiempo al

departamento, las circunstancias, como lo he venido explicando, son variadas y oscilan entre un posible mecanismo para que las personas se sientan observadas o vigiladas, y el miedo ante las represalias que puedan ocasionar los hallazgos, todo esto puede corresponder a un miedo injustificado y cierra nexos de comunicación y sesgo incluso en la apertura a recibir la información.

El departamento de atención al trabajador realizó encuestas de necesidades en los distintos departamentos, pero que fueron manipulados, ya que se llevaron al jefe de cada departamento que frente a las resistencias limitaron la agilización en la selección de temas a impartir, y tardaron hasta mes y medio en ser entregadas sin contar el tiempo de tabulación de la información, a es necesario sumar el tiempo que llevó coordinar los horarios de trabajo, y que con la demanda incluían entre dos y tres charlas por mes, que estaban planificadas sin tomar en cuenta otras actividades del Departamento de Psicología, la realidad era muy difícil coordinar horarios y personal y las peticiones llegaron muy tarde, en consecuencia a esto existieron departamentos que hicieron sentir su malestar y se rehusaron a participar.

Además en algún momento se llegó a tener como excusa la poca coordinación para no asistir a charlas y talleres, lo cual también preocupó al Departamento de Psicología ya que solicitaba que ellos fueran los conferencistas pero las complicaciones hacían que se perdiera mucho tiempo.

Con respecto a lo que si se logró trabajar, las actividades de inicio caminaron de manera lenta, la coordinación directa con la jefatura de enfermería tardo varios meses en lograrse y aunque se manifestó el interés por el trabajo a realizar, los temas de interés que se pretendió implementar fue difícil conseguir la aprobación total, como es bien sabido, pensar en un medio de equilibrio emocional y el rendimiento en los trabajadores lleva tiempo y dinero que es a cuenta del Estado, y que obviamente la administración del hospital no está en disponibilidad de invertir en programas que por falta de difusión, tabúes, prejuicios y otros elementos no son de gran impacto, los departamentos incluidos eran instancias donde la demanda de pacientes suben sin previo aviso y deben dejar de realizar cualquier otra actividad para cubrir las demandas, a parte de esto se intensificó el estrés en algunos sectores,

ya que debían dejar por algún tiempo sus labores para presentarse a charlas y talleres, lo cual en algún momento se asoció con cargas de trabajo posteriores y se preferían charlas cortas a manera de no retrasar los horarios de salida o correr su tiempo de almuerzo por realizar las actividades en periodos de trabajo.

Si analizamos de manera honesta el trabajo de información y capacitación, hasta cierto punto es difícil brindar una atención óptima, porque en primera instancia los sectores a los cuales va dirigido no reciben un apoyo constante, únicamente esporádico, los talleres y charlas deben tener un nivel de interacción rápida y se pierde mucha información importante durante el proceso.

Consideremos además que la población en su mayoría se percibe como promotores de salud, lo cual no es el inconveniente principal sino el hecho de que muchos consideran no necesitar un apoyo psicológico, muchos consideran que la información que están recibiendo es una especie de capacitación que ellos en determinado momento deben impartir a alguien más, sin tomar en cuenta que ellos mismos pueden estarla necesitando.

Agregado a esto último debe tomarse en consideración que el cansancio físico y emocional en muchas circunstancias no permiten a las personas asistentes un adecuado grado de atención y recepción de información, a lo cual es debido sumar otros factores, como por ejemplo la edad del conferencista, ya que la mayor parte de asistentes tiene incluso 20 años de laborar como enfermeros o enfermeras y sumado a esto son personas que oscilan entre los 35 y 55 años, razón por la cual en el caso de mi persona se experimentó mucho recelo, la población adulta considera que la expositora no poseía suficiente información y mucho menos la experiencia necesaria para que al momento de actuar se lleven a cabo los procesos opcionales o alternativos frente a la situación de estrés y segundo, la mayoría posee según lo manifestaron, el pensamiento de “uno toma solo lo que uno considera que le sirve y si no pues solo lo ignora y ya...” El ambiente, la actitud y predeterminación de las personas, los prejuicios de alguna manera impiden que la información sea tomada en serio en su totalidad, así también se da el caso de quienes asisten por compromiso o por dejar el trabajo a un lado aunque sea por momentos y “desestresarse” como

ellos mismo lo manifiestan, aunado a esta situación debe tomarse en cuenta que no todos tienen la misma disposición de aceptar y recibir lo planteado, es como oír sin escuchar.

Otro factor que aparecía de manera muy constante durante las conferencias y talleres fue el de personal post turno, especialmente los que cubrían turnos nocturnos y eran obligados a participar de las conferencias, el sueño obviamente ganaba el combate contra la atención y el interés, puesto que la obligatoriedad de asistir sacrificaba el descanso de las personas, existía menos apertura a recibir información que en algún momento podía ser conocida más por experiencia que por definiciones.

Los temas que se tomaron en consideración para transmitirlos fueron abordados según las referencias previas y las observaciones, realizadas durante las semanas preliminares al inicio del EPS, y uno de los principales factores abordador fue el estrés laboral que podían desarrollar las personas debido a las exigencias de su posición profesional o de auxiliar, las responsabilidades creaban en las personas inconformidades, en el caso de los Jefes de manera general se encontraban en rotación, pero todos sabían que los distintos departamentos por los cuales rotaban tenían exigencias de distinto nivel, pero todos importantes

Las principales aportaciones se hicieron en base a las herramientas para afrontar estos estaos de dificultad, teniendo como base la comunicación y el trabajo en equipo, sin embargo este segundo inciso resaltó durante las exposiciones ya que era uno de los principales factores sensibles para el abordamiento.

Cuando se imparte una charla o taller el principal denominador es el tema a impartir y de alguna manera lleva como principal indicador la prevención y la formación es decir educar a quienes lo reciben acerca de algo, sin embargo la experiencia lleva a los receptores a sufrir cierto nivel de ansiedad, en el caso de las personas que laboran en la institución, ya que se maneja el miedo a que alguien haya notado la conducta acerca del tema en su actuar y el tema puede llegar a ponerlo en evidencia frente a sus compañeros de labor aun cuando llegue como una broma, que luego puede llegar a convertirse en un evento incomodo y bochornoso, lo cual es

expresado de la siguiente manera “yo digo que vos tenés eso...” seguido de burlas, lo cual puede preocupar a las personas.

En el caso de las técnicas de relajación las personas consideraron en algún momento que esto se convertiría en una solución inmediata aun cuando la salvedad sobre dicha actividad era que con más tiempo, práctica y mayor concentración durante las actividades, la poca credibilidad o simplemente por decisión personal ya que la obligatoriedad no llegaba hasta un aprovechamiento de la actividad.

Por las razones expuestas y por otras que no fue posible indagar se infiere que algunas personas asistieron a las actividades para liberarse un poco de tiempo de las actividades del trabajo, pero gran parte del personal se notó participativo, aun con los impedimentos de espacio y de recurso de algún tipo.

Las constantes risas e incomodidades se manifestaron al final de las actividades por medio de comentarios, donde se identificó el malestar ante este tipo de actividades y en otros casos se mostró la aceptación e invitación a impartir nuevos temas y sobre todo repetir actividades en otros ambientes.

Otra forma de informar y educar fue a través de material de lectura que debido a las limitantes económicas no pudo ser reproducido en grandes cantidades, pero que de alguna manera, llevó información a otros departamentos y produjo dudas posteriores para poder ser ampliados, lo que giró en torno principalmente a la violencia, el Burnout y la comunicación.

Los temas de mayor relevancia fueron tomados en base a las relaciones laborales y la atención al usuario, ya que los estigmas sobre la base de la vocación al servicio eran difíciles de romper, nadie particularmente aceptaba brindar malos tratos, pero las personas particulares en otros ambientes se quejaron de ellos, y al momento de hablar sobre temas de este tipo muchos aceptaron saber sobre como atender a los pacientes aunque al momento de la aplicación no se cumpliera, de alguna manera durante la estancia en la institución se observaron algunos cambios en personas claves, pero se cerraron otras vías ante la posibilidad de estar siendo monitoreados, debido a la investigación y el interés por el trabajo que se realizaba,

pero si se logró establecer una recepción de la información , aunque poco impactó debido a los impedimentos institucionales y personales de cada individuo.

Otro grupo al que fue dirigida la Prevención y Formación fue un grupo de personas de la tercera edad que mantenían actividades en la Asociación de Jubilados y Pensionados de Sacatepéquez, esta solicitud llegó a manera de promover la salud mental de las personas mayores, lo cual facilitó mucho el trabajo de grupo, las personas llegaban de manera voluntaria cada quien con sus impedimentos, la participación de cada uno de ellos realmente se hizo sentir, es uno de los grupos más coordinado e interesado en recibir la información.

El objetivo de la asociación es fomentar la salud mental en los pacientes y ayudar a detectar problemas psicológicos que perturben a los asistentes y de esta manera prevenir crisis que ocasionen muerte, además conversando con esta población se encontraron situaciones en las cuales apreciaban y valoraban el aporte ya que ayudaban en muchos a concientizar a las personas hacia una vida productiva, y valorar sus metas y con ello vivir sin resentimiento o dolor por el pasado.

Las charlas impartidas tenían objetivos tanto informativos como motivacionales a fin de aportar elementos importantes para dar sentido a la vida en esta etapa de la misma. La mayor limitación en este sector fue la falta de material audiovisual, todas las charlas debían ser impartidas sin ningún tipo de instrumento que permitiera hacer más amenas o entretenidas las conferencias, ya que no se podía contar con rotafolios debido a la falta de espacio, no existía energía eléctrica por lo cual no era posible llevar cañonera ni retroproyector, aparte de esto el apoyo económico tanto para la asociación como para la epesista fue inexistente, y la información en algunas ocasiones fue brindada a través de trífolios pero el costo en reproducción y realización del mismo no permitió continuar con la idea inicial, sin embargo de las ocho conferencias calendarizadas seis de ellas se llevaron a cabo, las otras dos se cancelaron debido a fechas festivas y aniversario de la asociación.

Un factor que permitió que esta experiencia se llevara a cabo en este sector fue la voluntad y la libertad para realizar actividades, las personas probablemente por

su madurez estaban más anuentes y dispuestas a recibir la información y compartir incluso sus propias experiencias.

Para ellos según lo manifestaron lo más importante era que pudieran “aportar algo y aprender algo”, las actitudes positivas y la forma de ver la vida fortalecía hacia que se fortalecieran entre ellos, la mayor parte de asistentes anotaban y daban su opinión durante las charlas, lo cual hacía más rica la experiencia, mucho de lo observado como parte de una actitud altruista es parte del crecimiento personal que cada uno tuvo a través de la vida que han tenido y que ayuda a convivir.

Un grupo al cual no fue planificado pero si surgió dentro del proceso brindar este tipo de apoyo fue a las personas que asistían a la Consulta Externa, ya que en primer lugar era necesario informar y explicar en qué consistía la atención psicológica y como lo hemos venido explicando , era muy necesario educar a la población en cuanto a lo que esto implicaba, en segundo lugar la problemática que padecían relacionada con enfermedades físicas en su mayoría, ya que muchas personas pedían saber qué era lo que les pasaba y por supuesto era necesario explicar en qué consistía y cómo debía ser abordada, incluso fue necesario incluir a la familia en casos con trastornos de personalidad.

Dentro de todo lo que implicó la experiencia de docencia se pudo constatar que las personas desconocían sus padecimientos y distinguir entre cuestiones psicológicas o físicas causaban ansiedad e incertidumbre principalmente y al llegar a clínica y explicar sintomatología y pronóstico la gente podía llegar a alarmarse, la psicoeducación fue la mejor alternativa, y en casos severos donde era necesaria la vigilancia de familiares, esto fortaleció vínculos afectivos y promovió relaciones sanas, ya que las personas expresaban “yo pensé que estaba loca”.

De la psicoeducación se deduce que promover cambio de actitudes hacia las personas con trastornos mentales es un proceso lento y constante, ya que fue necesario ver una o dos veces por semana a los familiares e incluso a pacientes para que ellos pudieran comprender y saber cómo actuar frente a sus familiares y sus mismos trastornos, como es de saber los cuidados para una persona con trastorno

mental amerita una forma adecuada de trato, que no imposibilite al enfermo y pueda crear un ambiente favorable y en el que se pueda desempeñar de una manera más “normal”.

Al mismo tiempo con la presencia de casos con conflictos familiares fue necesario dar información escrita sobre escuelas para padres y crianza con cariño, todo esto formó parte de la creación de ambientes favorables y de convivencia que promovieran valores como el respeto y el amor, aunque en este punto los padres se mostraron invadidos hasta cierto punto, se considera que fue uno de los retos más grandes debido a que los progenitores no perciben con tanta facilidad los errores que cometen con los hijos o la pareja, muchos optaron por no regresar, es constante que los padres culpabilicen a los hijos de su situación actual sin darse cuenta, ya que muchos fueron concebidos sin planificación y brindar bibliografía que ayude a concientizar a las personas sobre la ruptura de círculos de violencia, mucha gente actúa sin entender la razón de las actitudes y no enseñan a sus hijos a solucionar problemas por no entender o razonar su forma de dirigirse enviando un mensaje de doble moral, por lo tanto fue de total valor incentivar a las personas y educarlas para comprender sus emociones.

Las personas con trastornos de personalidad y trastorno bipolar y sus familiares también fueron parte de esta psicoeducación, los inconvenientes más frecuentes es la aceptación de la presencia de un trastorno de este tipo, segundo la comprensión de la enfermedad y tercero la forma de abordarlo y apoyarlo, muchos concebían algunos síntomas como meros caprichos del enfermo, que en ambos casos se presenta mucha manipulación, pero que con una buena orientación pueden llegar a ser menores.

Como último punto es prioritario expresar que existieron algunas actividades de formación y prevención que fueron solicitadas y eran extra a lo planificado y que era importante cubrir, tal es el caso de la Semana de la Salud Integral de la Mujer, en la cual se solicitó una serie de temas dirigidos a la mujer y se observó que la población femenina toma poca importancia a la Salud Mental, la mayor parte de mujeres fue obligada a asistir, ya que por el contrario las amenazas con no dejarlas

salir del hospital, esto para aquellas que se encontraban en el Área de Ginecología y algunas del Departamento de Pediatría y decidieron llegar frente a esta situación, pero de una manera general la gente muestra poco interés, sin embargo al estar presente en la conferencia se escucharon personas que se sentían identificadas con los temas expuestos y al ver que la población asistente estaba integrada por personas de su mismo género se sintió la confianza al manifestar su sentir, al final se concluía que el interés por una nueva experiencia era mínimo pero al lograrlo la integración, la satisfacción hizo que llegaran más personas y a su vez existiera incluso más participación en cuanto a dudas y comentarios, que constataron la ausencia de insuficientes indicadores de una buena salud mental.

En general este segundo eje conllevó un gran trabajo, se observó que muchas personas no actúan por miedo al qué dirán, y que no basta una charla para realizar cambios pero si que de alguna manera, hacen huella en la vida de la gente; las personas en algunos casos son conformistas y la información no trasciende, incluso al momento de enfrentar a una situación planteada es difícil poner en práctica lo transmitido.

Por último se considera en este análisis, que uno de los grandes límites de todo este proceso fue la falta de apoyo, muchas veces no se valora la información, el conocimiento y el manejo de ciertos temas, se escucharon comentarios como “esto lo lee uno en un ratito y ya estuvo...” el tiempo se invierte en el desarrollo de un tema y la manera de difundirlo no son estimados si es una persona de la misma institución quien la imparte, y se adjudica a la estudiante de EPS como una obligación, que incluye los gastos respectivos y por los cuales no se recibe económico, las ideas de que con una conferencia, taller o charla los beneficiados son los que la imparten más no quien la recibe es frecuente; la asistencia aparece como un favor que se le hace al EPS, esto es manejado de una manera muy latente y en ocasiones explícita; más aún cuando se involucra un proceso investigativo y crea recelo, poca apertura y sin fin de actitudes que cierran vías de comunicación e impiden el trabajo.

Las actividades orientadas a la prevención y formación implican inversión económica de suministros, recurso humano y recurso institucional, sin embargo esto

no es valorado ya que representa apoyo y compromiso de parte de quien lo transmite para quienes lo reciben tomando en cuenta que es una labor dirigida a la institución y que por ende comprende un actuar profesional. Además de lo expuesto es válido tomar en cuenta la posición humana del epesista, que frente a esta postura donde existe poco valor, provoca frustración ante las limitantes. Hablando específicamente de velar por la salud mental del trabajador, los problemas de comunicación como lo veremos en la tercera parte de este análisis disminuye significativamente el rendimiento en los lugares de trabajo, pero no es abordado con fines de invertir y gastar el recurso económico y humano sin embargo, de igual manera cobra factura al momento de la atención al usuario y sobre todo porque ante un desgaste físico y emocional la gente de igual manera rinde menos, por el cansancio y desgaste, aunado a esto la inconformidad y los problemas personales del trabajador, que arrastra hasta la zona de trabajo.

El eje de **Investigación** estuvo enfocado en el Departamento de Enfermería el cual está dividido entre Enfermeras Profesionales y Enfermeras Auxiliares, por su escolaridad esta condición varía, las enfermeras graduadas con diversificado y las auxiliares con pre-vocacional.

Las edades de dicho personal oscilan desde los 18 hasta los 55 años, una gran parte de esta población es de sexo femenino, casada en su mayoría e incluso son abuelas, aunque una pequeña parte también sobre pasa los 35 años y han dedicado toda su vida laboral únicamente a la atención al público en distintos hospitales públicos e incluso han trabajado con personas individuales sin haberse casado, además se observó y conversó con algunas enfermeras que referían que no se dedicaban a otras actividades fuera de laborar como enfermeras y madres, puesto que el impulso por los nuevos proyectos académicos fueron abandonados debido a las responsabilidades para con la familia y el trabajo, existe buena parte de madres solteras en este departamento, y solo unas cuantas o cuantos se dedican a continuar sus estudios, que son los más jóvenes y que no tienen un hogar conformado aún, pero que debe sufragar sus gastos y aportar a sus padres. La

procedencia de estas personas es de las aldeas aledañas a Antigua Guatemala, y de algunos lugares de Sacatepéquez y Chimaltenango, en su mayoría aldeas.

Las auxiliares de enfermería son un gran apoyo y son quienes cubren y sostienen la mayor parte de servicios ya que los rotativos o Jefes de Enfermería no logran cubrir las necesidades de todos los servicios, el número aproximado de enfermeras profesionales es de 50 personas para solventar todos los turnos, y en muchos casos quedan sometidos al trabajo por las necesidades económicas, aunque no fue posible encontrar el dato sobre salarios por motivos institucionales, tanto las enfermeras y enfermeros graduados exceden turnos hasta de 11 o 12 horas de labor para obtener mayor remuneración.

En el caso de los auxiliares de enfermería relatan que doblan turnos e incluso trabajan para otras instituciones privadas para cubrir vacaciones, dentro y fuera del hospital, en jornadas diurnas y nocturnas, el motivo más prevalente es la dificultad económica.

Luego de esta pequeña introducción sobre características generales de la población investigada daré inicio con el análisis propio de lo encontrado.

Parte de las observaciones que se realizaron mostraron actitudes que evidenciaron un ambiente pesado y de irritabilidad como principales características, pero que al momento de investigar llevaron a ampliar las razones de las mismas ya que es difícil mantener un estado de ánimo positivo frente a las situaciones en las que se encontraban en determinado momento, en primer lugar una de las mayores quejas fue el sentirse incómodas frente a los tratos poco gratos por parte de algunos superiores, lo cual provocaba desacuerdo en los trabajadores de algunos sectores específicos, ya que temían ser despedidos si intentaban defenderse o justificarse.

Las discusiones entre enfermeros corrían la mayor parte del tiempo por cuenta de los “chismes”, los cuales iniciaba con bromas de mal gusto que acababan en discusiones personales y daban lugar a la creación de grupos, lo cual repercutía en el trabajo, esta manera de tratarse en alguna medida correspondía a que algunas personas ya se encontraban a cierta hora del día muy cansadas y estresadas como

para escuchar comentarios que para su situación ya era hasta ofensivo, la manera más práctica para comprender este fenómeno entre grupos, corresponde también en alguna medida a la dificultad para respetarse, ya que el tipo de personalidad y las presiones a las que se ven sometidas no permite que todo sea disfrute, por otra parte también es necesario explicar que en las temporadas altas de trabajo, cuando existen más pacientes en los servicios y por ende mayor presión, el factor que puede terminar de hacer colapsar el buen humor de los trabajadores es arrastrar sus problemas familiares hacia el trabajo, lo cual en alguna medida las/os hace sentir juzgadas/os e incomprendidas/os y reaccionar de una manera hostil, o sentir como si las/os compañera/os de trabajo no las apoyan lo cual lleva a rencores posteriores.

Las relaciones que se dan entre las especialidades y áreas de trabajo, mantienen cierto límite jerárquico, el cual se observa en algún momento hasta temeroso, esto debido a que los jefes en algún momento al hacer valer su posición llegan a ser demasiado estrictos, además de ello la responsabilidad que recae sobre ellos propicia que sean más exigentes e incluso que puedan llegar a ser intimidantes, lo cual no justifica dicha actitud pero ayuda a describirla, por ello se entiende que la relación entre jerarquías es llevada de una manera en que se eviten contactos innecesarios, por supuesto este no es un elemento exclusivo pero si observado en gran medida dentro de este tipo de relaciones. Otro tipo de relaciones es entre los estudiantes de medicina y otras especialidades y el personal de enfermería, ya que en ellos existe cierto recelo con respecto a las obligaciones, ordenes y el cumplimiento de las mismas, que en cierto momento pueden llegar a incomodar a las/os enfermeros, puesto que en ellos también recaen responsabilidades, todo esto a manera de pirámide donde si los pilares no están bien cimentados pueden caer. Las relaciones de poder de las que hemos venido hablando muestran también de alguna manera conflictos, ya que muchos exigen el respeto debido que no tiene nada que ver con la posición y al exigirla llevan a la confrontación.

La utilización de teléfonos celulares, aún cuando ha sido prohibido debido a las distracciones en el área de trabajo que pueden repercutir de una manera muy nociva en el trato con pacientes, el tiempo que roba la utilización de los mismos

sobre todo, no ha podido ser evitado, este es un factor que provoca mucha molestia entre iguales en las distintas áreas de trabajo debido a que pueden llevar a retrasar el trabajo de la persona que da seguimiento o retrasar la atención a los pacientes y esto repercute en la imagen de la institución.

En cuanto a la relación con los pacientes se hizo notar que existe, no en todos los casos pero si en muchos, una forma grosera de dirigirse a las personas, con tonos de voz elevados, apresurar a las personas recién operadas o post-parto, hacer comentarios con respecto a las pacientes y su estado de salud, o poner poca atención a las demandas de los pacientes al tardarse mucho para atender sus quejas. Estas actitudes en muchos empleados corresponden en alguna medida a algunos factores que se observaron en primer lugar, el que tiene que ver con las deficiencias propias de la institución, que a su vez tienen que ver con la falta de insumos, ausencia de camas para los pacientes debido a la sobrepoblación y las exigencias del medio, riesgos propios de la profesión que comprenden la transmisión de enfermedades, medidas de seguridad de la institución, protección al empleado y por otra parte, el que tiene que ver con la cultura, las creencias y patrones aprendidos con respecto a la enfermedad y el parto y otro elemento que fue encontrado el cual se refiere a la profesión o vocación, el cual incluye los anteriores y que se convierte en una obligación ante las demandas y exigencias laborales, dando lugar a una carga muy pesada, la cual no es percibida de esta manera por quienes se ven sometidos a esta situación, puesto que sus creencias morales y éticas no se los permiten, se escudan ante la falsa creencia de una satisfacción ante la labor realizada, debido a un discurso aprendido y justifican algunas actitudes inadecuadas ante un sistema de salud poco comprometido, con poco recurso, cuestión que no es falsa pero que definitivamente no es el único factor para dichas actitudes de descontento y baja calidad en la atención.

Dentro de lo que se observó y se logró recopilar las enfermeras mantuvieron, una postura en apariencia satisfactoria, pero con la constante con respecto a la remuneración, lo cual nos dirigió al tema sobre la economía familiar y la realización de dobles turnos para recibir una mayor recompensa económica, el abandono de

estudios debido a las responsabilidades familiares y económicas e incluso las laborales, ya que con las cargas de trabajo no eran flexibles como para brindar tiempo para estudiar. La mayor parte de entrevistadas de manera informal evaluaban su trabajo como “bien” realizado, manifestaban que en ocasiones o por temporadas su trabajo era más estresante que en otras y que en esas temporadas se encontraban más predispuestas a enfermar y llegar a la conclusión de “no querer saber nada sobre el trabajo...”, muchas de estas enfermedades estaban asociadas con problemas gástricos, úlceras, problemas cardíacos, insomnio, gripes, problemas respiratorios y alergias, estas situaciones de enfermedad y cansancio llevaban en alguna medida a las personas a pensar en incluso no querer llegar a trabajar debido al cansancio, o encontrar alguna excusa para ausentarse, esto como ellas mismas lo indican “no existe otra motivación que no sea el salario”, así también refirieron mantener sentimientos en de “tristeza, desgano y frustración” y en otros casos “estar mal de los nervios”; todo esto manifestado por dolores de cabeza, sudoración, agitación, palpitaciones, problemas gástricos, más cuando su actividad laboral y familiar coincide con ser más demandante. Además la frustración e impotencia al realizar las tareas sin contar con los suministros o elementos necesarios en la institución, así como el miedo debido a las amenazas recibidas por parte de familiares de pacientes y agresiones por parte de los pacientes internos, otro elemento que causó mucho eco en la población y solicitaron consideración por parte de las autoridades hospitalarias. Otra situación que plantearon fue el riesgo que corren por el contagio de enfermedades de transmisión, especialmente aquellas por el contacto con agujas y accidentes que impliquen amenazas a la salud.

Las situaciones de vida dentro de una institución de este tipo lleva a reflexionar sobre las necesidades básicas de los trabajadores, ya que si en algún momento llegan a enfermar dentro de la institución de una manera emocional no se aprecia como justificación, de tal forma que si existe un padecimiento físico comprobable, es preciso suspender al trabajador; pero si él mismo se queja de sentirse deprimido o imposibilitado debido a cuestiones psicológicas, no existe una suspensión y permiso para ausentarse ya que no es una enfermedad que se supone no incapacita a las

personas a realizar sus actividades de manera regular, pero que definitivamente no permite un desenvolvimiento pleno de la labor. Ciertamente es válido en alguna medida que esto no sea tan creíble debido a que esto puede ser manipulado y utilizado de manera desmesurada, pero lo ideal podría ser que de alguna manera esto pueda ser evaluado antes de descartarse como motivo de ausentismo como cualquier otra enfermedad.

La repercusión de las tensiones, el desgaste emocional y otros factores toman un papel fundamental al momento de las relaciones familiares, en el caso de las personas de sexo masculino de alguna manera no es tan difícil desentenderse de algunas cuestiones del hogar pero en el caso de las mujeres hay una expectativa a cubrir con respecto a la vida familiar, que es exigido por una norma social, aún cuando aportan al hogar deben cumplir con las obligaciones y exigencias del hogar, de lo contrario pueden no llegar a sentirse cómodas o juzgadas por otras personas lo cual complica de alguna manera su trajín a lo largo de la jornada diaria. La dinámica familiar particularmente fue descrita como “buena” por parte de los evaluados y la interacción con hijos, nietos, esposo, aunque limitada pero que por lo regular es buena y aseguraron que el hogar era un espacio de tranquilidad, pero este tipo de comentarios se contrapuso al indagar sobre las actividades de la casa, que incluyen la limpieza y el orden, y la mayoría interpretó este punto quizá como el más agotador, reconociendo que tienen muy poco tiempo en el cual pueden descansar, porque a donde van deben realizar alguna actividad que implique servir a alguien más, incluso los paseos familiares son agotadores debido a la preparación de la actividad.

Parte de lo encontrado como parte de la investigación llevó a dar significado y forma a situaciones que dentro de la vida personal de los investigados influye de gran manera en la vida de pareja, los hallazgos de la Escala de Maslach dio un indicador sumamente importante, este indicador se refiere a los horarios de trabajo y jornadas, de los cuales también se derivan fuertes conductas que ya hemos descrito, y que en su mayoría tienen que ver con la situación económica. En primer lugar se encuentran las actitudes que fueron descritas como inadecuadas con respecto a la atención al usuario, en varios casos se observó la irritabilidad, la cual puede darse en

consecuencia al desvelo, ya que la cobertura de dobles turnos propinaba mayores ingresos pero más cansancio, el cual era de alguna manera depositado o dirigido a pacientes y al llegar al hogar en los hijos o esposos en el caso de las mujeres, y en el caso de los hombres también rompía con la convivencia familiar dando espacio para que existieran discusiones por cuestiones mínimas pero que debido a la situación se encontraban demasiado cansados para solucionar. Por otra parte, doblar turnos limitaba la convivencia de pareja en algún momento porque existieron casos donde ambos esposos trabajaban y cuando uno de ellos estaba en casa el otro estaba trabajando, de manera regular le era difícil coincidir en casa lo cual creaba espacios largos de separación y por ende no lograban tener una vida más “normal” que llevaba a exigencias de la pareja e inconformidades que asociadas al trabajo llevaban a mucha insatisfacción. Con respecto a los hijos, la mayoría optaba por recomendar a sus hijos menores a los abuelos o a vecinas y amigas, en el caso de los niños más grandes algunos se quedaban solos sin vigilancia y en algún momento llegaron a tener cierto grado de problema escolar y de comportamiento debido a la poca atención de los padres.

El Cansancio Emocional, fue un factor muy relativo en la población en cuanto a su origen en el tiempo, ya que mucho de esto dependió principalmente de la disposición de cada persona, algunos empezaron a sentirlo luego de algunos años de laborar y en otros luego de muchos años, por supuesto a esto debe agregarse las condiciones de vida de cada uno, ya que varía en gran medida; las situaciones de trabajo, el ritmo del mismo y el sentimiento de realización personal real. La estabilidad laboral, fue un tema que por lo que se indagó no tiene un gran impacto de la población, las personas se sienten de manera regular muy seguras de poder mantener su empleo y sobre todo sentirse de alguna manera satisfechos con su trabajo dentro de la institución.

Para dar cierre al eje de análisis de la investigación quiero tomar dos temas fundamentales, el primero que fue el tema de esta investigación y es la presencia de factores que predisponen a padecer el Síndrome de Burnout, y quiero resumirlo en la suma de todo lo que ha sido expuesto a lo largo de este eje, no podemos esperar

menos en un ambiente tan cargado y es preciso decir que las actitudes, posturas y manifestaciones son un mecanismo por el cual las personas se defienden hasta cierto punto para no colapsar, ya que no poseen la suficiente orientación hacia una mejor manera de confrontar su situación, lo cual si somos honestos hasta llega a ser natural, como he expuesto en el capítulo anterior existen personas que han recurrido a calmar sus manifestaciones de manera asintomática, pero no han logrado atacar de frente la problemática, lo cual corresponde al segundo aspecto que quiero tomar, que trata de las dificultades permanentes que existen para priorizar en las necesidades psicológicas del personal y en la ausencia de programas que ayuden a prevenir y contraatacar el Síndrome el cual se encuentra manifestado en distintas fases en la población. Existe miedo en la población de hablar sobre ciertos temas con respecto a esta problemática y sus sentimientos reales y aún más cuando se toman aspectos que pueden poner en peligro su situación económica.

Este apoyo tampoco posee personas capacitadas ya que actualmente el personal que labora en dicha área aunque tiene conocimiento experiencial en los distintos departamentos no posee capacitación sobre los problemas específicos del área de trabajo, por tal razón no se han podido realizar programas permanentes y específicos para cada área.

Por otra parte el Departamento de Psicología, como ya ha sido explicado se encuentra saturado de pacientes externos y ya que no existen programas específicos para apoyo al personal del hospital, delega conferencias, charlas y talleres a los épsistas, que llegan por periodos de tiempo cortos, por lo cual no es posible la realización de programas longitudinales y de seguimiento , con ello también es propio decir con respecto a las agresiones y amenazas por parte de los familiares de pacientes que no tienen un seguimiento ni protección para con los empleados que ayuden a lidiar con esta situación que de igual manera crean miedo e inseguridad en la población laborante, lo cual desmotiva y descuida al trabajador.

CAPITULO V

Conclusiones

Generales:

- ✓ El Ejercicio Profesional Supervisado es una tarea formativa que logra hacer la conjunción en la praxis de la labor psicológica dentro de la realidad guatemalteca, constituyendo el pilar fundamental para una atención con miras a una cultura diversa y cuestionando los paradigmas extranjeros, y fomenta el fortalecimiento de un aprendizaje para la vida de quien lo experimenta, ya que lo confronta con las adversidades de un sistema fragmentado, y determinado por las tendencias organicistas.
- ✓ Para el estudiante de Psicología el Ejercicio Profesional Supervisado propicia el encuentro con posturas frente al rol del profesional y permite la creación de criterios propios en cuanto a la salud mental y los padecimientos, haciendo conciencia de las necesidades de una formación óptima y sus deficiencias, para que exista una constante valoración, capacitación y aprovechamiento de los recursos universitarios.
- ✓ El Ejercicio Profesional Supervisado es un aporte a la población con la cual se trabaja, ya que consiste en un compromiso bilateral, que permite a los profesionales devolver a la población algo de su inversión, por ser una universidad pública financiada por los impuestos del pueblo, por medio del trabajo psicológico brindando herramientas para tener una vida más saludable ante la crisis generalizada en el país y que a su vez propicia aprendizaje significativo de los estudiantes.
- ✓ El trabajo realizado durante el Ejercicio profesional Supervisado constituye un aporte científico ya que presenta una mínima parte de la diversidad cultural en la Aldea de San Felipe de Jesús, dando pie a observar estrategias de afrontamiento y contribuciones para enfrentar con los recursos existentes una dificultad latente de salud mental.

Específicas:

- ✓ La apreciación de la Psicología como método científico contributivo para la salud integral de los pacientes atendidos en el Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt es un elemento poco conocido debido a la poca difusión, falta de credibilidad e incomprensión de las formas de aplicación, que además están influenciados por prejuicios instalados a través del tiempo.
- ✓ Existen poco instrumentos como manuales de diagnóstico y pruebas de diagnóstico que se acoplen a las necesidades, cultura y cosmovisión de la población guatemalteca, y que interfieren en la realización de estadísticas reales de los padecimientos de los asistentes a Psicología y por lo tanto repercute en la credibilidad e importancia que amerita la salud mental y el reforzamiento de la misma.
- ✓ La falta de comprensión institucional con respecto a la forma de aplicación de la psicoterapia influye en la opinión de la administración hospitalaria, ya que el flujo de pacientes es lento debido a la duración de las sesiones, lo cual se interpreta erróneamente como poca afluencia al servicio y basados en las estadísticas reduce la proporción de apoyo para la apertura de nuevos espacios/programas y contratación de recursos humanos que favorezcan a la cobertura de necesidades de las constantes demandas de pacientes saturando espacios de trabajo psicológico y propiciando deficiencias en la calidad de atención a los asistentes.
- ✓ La población asistente a psicoterapia en el Hospital Hermano Pedro de Bethancourt durante el año 2008 presentó dificultades en la aceptación y responsabilidad frente a su situación de problemática actual, y en el caso de los padres difícilmente asumían su deficiencia ante las conductas inadecuadas de los hijos, utilizando en algún momento la psicoterapia como método de castigo y corrección, lo cual influenciaba en el impacto de la misma, y en su forma de desarrollo a lo largo del tiempo, ya que culpabilizaban a los

adolescentes y niños de sus problemáticas y pocas veces asumían su responsabilidad como padres.

- ✓ La información que se difunde a través del eje de formación y prevención es poco valorada y aceptada en el personal de los distintos departamentos, principalmente por cuestiones de tiempo, ya que son interpuestas en calidad de pérdidas económicas para las instituciones públicas; debido a la pérdida de tiempo que implican, razón por la cual se recibe poco apoyo tanto en la difusión como en el proceso de realización y las que se llevan a cabo son de carácter obligatorio, lo cual influye en la manera en la que son percibidas, ya que también son sobrecargadas por el post-turno de muchos trabajadores, el desinterés y el estrés laboral, de la misma manera con la población general asistente al Hospital Hermano Pedro de Bethancourt, ya que no cobra impacto debido a las dificultades del diario vivir, que son influenciadas por la violencia, pobreza y desigualdad.
- ✓ Las campañas de prevención y difusión de información para población interna, externa y laborante se ven disminuidos no solo por el poco apoyo institucional sino también por la falta de recursos económico con el que cuenta la epesista de Psicología, ya que las alternativas para la difusión implica gastos en reproducción que no es financiado por nadie mas que no el interesado en realizar la formación profesional.
- ✓ Los espacios de comentarios, discusiones y sugerencias de las charlas y talleres evidenciaron la presencia de la necesidad de implementar programas de apoyo a los trabajadores y de un departamento que se encargue propiamente de los problemas entre el personal y los usuarios, ya que esto altera la vida emocional de ambas partes, y desacredita a las instituciones públicas, dando como punto de referencia la mala atención, además es prioritario establecer que la transferencia bilateral de problemática a casa-trabajo y viceversa disminuye el rendimiento laboral y familiar, repercutiendo en otras esferas de la vida global y la salud integral de las personas.

- ✓ La presencia del Síndrome de Burnout es un elemento que está influenciado por la calidad de vida, los años en el desempeño de las actividades de salud, la situación económica, la violencia, la pobreza y desigualdad, propiciando profesionales que trabajan más por menos salario lo cual fomenta la desmotivación, irritación y la alteración de estados emocionales que en algún momento pueden llegar a incapacitar a los trabajadores del sector público en la realización de sus labores diarias, por medio de la depresión o el menosprecio por su profesión, aunque cabe mencionar que afecta a la mayor parte de la población que se encarga de la salud.
- ✓ La realización de investigaciones que pongan en la mira a profesionales o trabajadores de salud provoca ansiedad e incluso cierre en de vínculos de comunicación que repercuten la realización y continuidad de programas de humanización y sensibilización por miedo a las medidas, que puedan tomarse para combatir la aparición de posibles padecimientos en la población y que demuestren la incapacidad para la realización del trabajo, lo cual crea estancamiento en los procesos investigativos.
- ✓ La atención psicológica es una alternativa que propicia herramientas para sobre llevar las vicisitudes elaboradas en los distintos contextos que influyen en la detección del Síndrome de Burnout, sin embargo los prejuicios sobre la atención psicológica, la falta de apoyo institucional, el desinterés, el miedo, la poca credibilidad y la falta de difusión interfieren en un desenvolvimiento pleno y propician la deserción, aunado a un panorama de inmadurez en el seguimiento de terapias grupales y no solo individuales.

Recomendaciones

Generales:

- ✓ El Ejercicio Profesional Supervisado, debería ser un requisito para la culminación de todas las carreras universitarias, y en especial de las carreras de la Escuela de Ciencias Psicológicas, ya que es un aporte a la población y promueve una educación basada en la experiencia que da cierre a la formación como profesionales encarándose con la realidad.
- ✓ Es prioritario que el departamento de EPS se reúna conjuntamente con las instituciones de apoyo donde se realiza esta actividad, para establecer compromisos que incluyan apoyo económico, institucional y la facilitación de recursos de primera necesidad, con el fin de brindar más libertad en la tarea de ejecución de los tres ejes de implica y de esta manera promover una mejor experiencia.

Específicas:

- ✓ Solicitar a las instituciones que funcionan como centros de EPS, que ayuden a concientizar a la población en los distintos espacios y ramas de la salud, la tarea, rol y funciones de la Psicología, tomando en cuenta que es una actividad que promueve la salud integral a través de campañas de información y en el cual se incluya a los estudiantes y el personal general, para reconocer a la Psicología como medio que proporciona herramientas para el bienestar de la salud.
- ✓ Crear dentro del Departamento de Psicología, epesistas y Departamento de EPS diálogos que permitan la discusión de alternativas frente a las dificultades de etiquetar a pacientes con diagnósticos inadecuados, que pueden crear falsas expectativas en cuanto a la realidad guatemalteca.
- ✓ Se recomienda al Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, brindar apoyo para la apertura de nuevos espacios físicos y de programas de atención a las víctimas de violencia intrafamiliar, y con ello crear plazas para nuevos

profesionales en el área de Psicología que ayuden a disminuir la carga laboral y la demanda de pacientes, para mejorar la atención psicológica.

- ✓ Crear un departamento que se encargue de coordinar los distintos departamentos el seguimiento y difusión a los programas que se consideren de mayor importancia y de primera necesidad dentro del Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, dirigidos a profesionales de la salud, y que incentiven la valoración del aprendizaje, la formación y la prevención de enfermedades que afectan al personal laborante y la población general que asiste a dicha institución.
- ✓ Crear un departamento con personal capacitado para brindar soporte a las personas que sufren algún tipo de abuso por parte de pacientes o familiares de pacientes, y que ayuden a contrarrestar la deshumanización y el promover la sensibilización en los y las personas que trabajan con pacientes, independientemente de su cargo.

BIBLIOGRAFIA

1. Annan, Koffi. "Examen y Evaluación de la Aplicación de la Plataforma de Acción Beijing: Informe del Secretario General". Edición. CN.6. 2000. Pág. 847.
2. Centro de Documentación e información de la Mujer (CEDIM). "Maltrato y Violación a Mujeres y Niñas (os)". Managua: Nuevo Amanecer. 1994. Pág. 176.
3. Gabinete Psicopedagógico URG. "Estrés". Universidad de Granada.2001. Pág. 266.
4. Gall, Francis. "Diccionario Geográfico de Guatemala". Tomo III. Comp. Critica. Guatemala C.A.1980.Pág. 277.
5. González Rey, F. "La Comunicación y el Desarrollo de Personalidad". Colegio de Ciencias y Humanidades. Sur. UNAM. 1994. México. Pág. 338.
6. Hofling, Charles. "Tratado de Psiquiatría". Traducido al español por Doc. Luis Augusto Méndez. México. Editorial Interamericana. 1967. Pág.596.
7. Instituto Nacional de Estadística -INE-. Censo Poblacional 2002.
8. Lic. Villacortac, J. Antonio. "Libro Viejo de la Fundación de Guatemala". Volumen XII. Guatemala.1934. Pág.322.
9. López Ibor. "Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud" -CIE-10-. Editorial, MEDITOR. Pág.400.
10. Martín Baró, Ignacio. "Psicología Social de la Guerra". San Salvador, El Salvador. Pág.91.

11. Nieto Margarita. “¿Por qué Hay Niños que No Aprenden?”. Dificultades de Aprendizaje y su Porque. Segunda Edición. México. Ediciones Científicas. 1998. Pág.338.
12. Poch J. y A. Talam. “Entrevista Psicológica e Historia Clínica”. En J. Vallejo Ruiloba: Introducción a la Sicopatología y la Psiquiatría. Ed. Salvat.1991.Pág. 872.
13. Salud en Guatemala. Archivo PDF. 2002. Guatemala.
14. [www. psicología-online.com/Colaboradores/paola/violencia/index2. Shtml](http://www.psicología-online.com/Colaboradores/paola/violencia/index2.Shtml).