

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

**“ATENCIÓN, ORIENTACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD  
MENTAL PARA MINIMIZAR EL MALESTAR EMOCIONAL,  
EN POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL  
PEDRO DE BETHANCOURT”**

**JENNIFER DANIELLA ALVAREZ PEREZ**

**GUATEMALA, JUNIO DE 2010**

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

**“ATENCIÓN, ORIENTACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD  
MENTAL PARA MINIMIZAR EL MALESTAR EMOCIONAL,  
EN POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL  
PEDRO DE BETHANCOURT”**

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

POR

**JENNIFER DANIELLA ALVAREZ PEREZ**

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**

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo

Doctor René Vladimir López Ramírez

**REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS**

Jairo Josué Vallecios Palma

**REPRESENTANTE ESTUDIANTIL**

**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.210-2010  
CODIPs. 1078-2010

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

28 de junio de 2010

Estudiante

Jennifer Daniella Alvarez Perez  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto TRIGÉSIMO TERCERO (33º) del Acta QUINCE GUIÓN DOS MIL DIEZ (15-2010) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 24 de junio de 2010, que copiado literalmente dice:

**"TRIGÉSIMO TERCERO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"ATENCIÓN, ORIENTACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA MINIMIZAR EL MALESTAR EMOCIONAL, EN POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**JENNIFER DANIELLA ALVAREZ PEREZ**

**CARNÉ No. 200416319**

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

Melveth S.





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-  
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Edificio "A"  
Tel. 24187530 Telefax 24187543  
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC  
**RECIBIDO**  
11 JUN 2010

Reg. 210-2009  
EPS. 050-2009

IRMA: *[Signature]* HORA: 14:00 210-09  
Registra: \_\_\_\_\_

10 de junio del 2010

**Señores Miembros  
Consejo Directivo  
Escuela de Ciencias Psicológicas**

**Respetables Miembros:**

Informo a ustedes que se ha asesorado, supervisado y revisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de Jennifer Daniella Alvarez Perez, carné No. 200416319, titulado:

**"ATENCIÓN, ORIENTACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA MINIMIZAR EL MALESTAR EMOCIONAL, EN POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT."**

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"**

*[Signature]*

Licenciada Claudia Rossana Rivera  
**COORDINADORA DE EPS** USAC



/Dg.  
c.c. Control Académico





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 210-2009

EPS. 050-2009

10 de junio del 2010

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 Jennifer Daniella Alvarez Perez, carné No. 200416319, titulado:

**"ATENCIÓN, ORIENTACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA MINIMIZAR EL MALESTAR EMOCIONAL, EN POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT."**

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"

REVISOR

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
USAC

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez  
Revisor

/Dg.

c.c. Expediente





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usaepsic@usac.edu.gt

Reg. 210-2009

EPS. 050-2009

11 de marzo del 2010

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 Jennifer Daniella Alvarez Perez, carné No. 200416319, titulado:

**"ATENCIÓN, ORIENTACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA MINIMIZAR EL MALESTAR EMOCIONAL, EN POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT."**

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 Samayoa Herrera  
Asesor-Supervisor



/Dg.

c.c. Expediente





ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

C. C. Control Académico  
EPS  
Archivo  
Reg.210-2009  
CODIPs.742-2009  
De Aprobación de Proyecto EPS

27 de abril de 2009

**Reposición**

Estudiante  
Jennifer Daniella Alvarez Perez  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto CUADRAGÉSIMO (40º) del Acta NUEVE GUIÓN DOS MIL NUEVE (09-2009) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 23 de abril de 2009, que literalmente dice:

**"CUADRAGÉSIMO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA ANTE LOS PROBLEMAS DEL CÍRCULO PRIMARIO DE APOYO DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO BETHANCOURT"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**JENNIFER DANIELLA ALVAREZ PEREZ**

**CARNÉ No. 200416319**

Dicho proyecto se realizará en la Antigua Guatemala, asignándose al Licenciado Fernando Salvatierra, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y al Licenciado Josué Samayoa Herrera, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**"

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAS A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes  
SECRETARIA



Velveth S.



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA, OF. NO. 47  
ALDEA SAN FELIPE DE JESUS, ANTIGUA GUATEMALA  
TEL 7831-1319 AL 25, FAX 7888-7024 SALUD MENTAL

ALDEA SAN FELIPE DE JESÚS, LA ANTIGUA GUATEMALA 20 DE NOVIEMBRE, AÑO 2009.

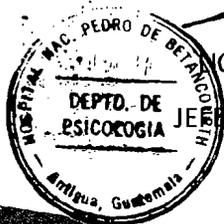
LICENCIADA:

CLAUDIA ROSSANA RIVERA  
COORDINADORA DEL DEPARTAMENTO  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS, CUM  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LICDA. RIVERA:

TENGO EL AGRADO DE INFORMARLE QUE LA SEÑORITA **JENNIFER DANIELLA ALVAREZ PEREZ**, QUIEN SE IDENTIFICA COMO ESTUDIANTE DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS CON EL CARNÉ NO. **200416319**, REALIZÓ SATISFACTORIAMENTE EL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO, TITULADO: "ATENCIÓN, ORIENTACIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL PARA MINIMIZAR EL MALESTAR EMOCIONAL, EN POBLACIÓN QUE ASISTE AL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT", REALIZANDO ACCIONES EN LOS EJES DE SERVICIO, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN ESTE HOSPITAL CUBRIENDO PRINCIPALMENTE LOS SERVICIOS DE CONSULTA EXTERNA, EMERGENCIA Y ENCAMAMIENTOS DE LOS SERVICIOS DE MEDICINA, CIRUGÍA, TRAUMATOLOGÍA Y UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS; PROCESO QUE REALIZÓ EN LOS MESES DE MARZO A NOVIEMBRE DE 2009.

AGRADECIENDO LA ATENCIÓN AL PRESENTE ME SUSCRIBO DE USTED ATENTAMENTE,



*[Handwritten Signature]*  
C. FERNANDO SALVATIERRA G,  
JEFE DEL DEPTO. DE SALUD MENTAL

TIEMPO DE  
SOLIDARIDAD

GOBIERNO DE ÁLVARO COLOM  
GUATEMALA





PADRINOS

Licenciado Fernando Salvatierra

Psicólogo

Colegiado No. 6,720

Licenciada Sandra Arroyo

Psicóloga

Colegiada No. 2,193



## ACTO QUE DEDICO

**A Dios:** Por su inmensa sabiduría y amor, por guiar mi camino y por permitir que me encuentre en compañía de quienes me aman.

**A mis Padres:** Eduardo Alvarez y Eugenia Perez de Alvarez, por su apoyo incondicional, fé y confianza en mí, gracias por su ejemplo de rectitud y superación. Los amo.

**A mi Hermana y a mi Cuñado:** Carlos Argueta y Allyson Alvarez de Argueta, por sus consejos, apoyo y confianza en mí.

**A mi Sobrino:** Por ser la nueva ilusión de nuestra familia.

**A mi Pareja y Amigo incondicional:** Álvaro Leonardo, por su apoyo, paciencia, ternura y confianza.

**A mi Familia:** Por su apoyo y cariño.

**A mis amigos y compañeros:** Por su apoyo y los buenos momentos que hemos compartido.

**A mis padrinos de graduación:** Por su apoyo y por compartir sus conocimientos conmigo.

**A mis pacientes:** Por su confianza y por haber sido parte de mi formación profesional.



## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, por brindarme  
excelente formación académica.

Al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, por abrirme sus puertas y  
hacer del Ejercicio Profesional una experiencia extraordinaria.

Al Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Jorge Von  
Ahn", por abrirme sus puertas y la linda experiencia en la práctica.

A los licenciados, Estuardo Espinoza y Josué Samayoa por su asesoría  
y apoyo.

Al Dr. Arturo Lara Montserrat por ser mi mentor y ejemplo.



# ÍNDICE

	PÁGINA
SÍNTESIS DESCRIPTIVA	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I	
ANTECEDENTES	
1.1 Monografía del Lugar	1
1.2 Descripción de la Institución	13
1.3 Descripción de la Población	20
1.4 Planteamiento del Problema	24
CAPITULO II	
REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO	
2.1 Abordamiento Teórico Metodológico	31
2.2 Objetivos	
2.2.1 Objetivo General	63
2.2.2 Objetivos Específicos	63
2.2.3 Metodología de Abordamiento	64
CAPITULO III	
DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA	74
CAPITULO IV	
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	105

## **CAPITULO V**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1 Conclusiones**

**5.1.1 Generales 141**

**5.1.2 Específicas 142**

#### **5.2 Recomendaciones**

**5.2.1 Generales 145**

**5.2.2 Específicas 145**

**BIBLIOGRAFÍA 147**

**GLOSARIO 150**

**ANEXOS 152**

## SÍNTESIS DESCRIPTIVA

El Ejercicio Profesional Supervisado tuvo como objetivo principal potenciar fortalezas en grupos de personas que presentan necesidades emocionales y que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bathancourt, para optimizar su salud mental.

Para cubrir las necesidades de la institución y que la población referida mejorara su calidad de vida, a través del cumplimiento de los objetivos del proyecto; el Ejercicio Profesional Supervisado se trabajó durante ocho meses, en horario de 8:00 A.m. a 12:00 P.m. de lunes a viernes cubriendo las siguientes ejes:

En el eje orientado al servicio se atendió pacientes que asistieron a Consulta Externa de este hospital, ya sea referidos por otras clínicas de la misma área ó pacientes que manifestaron necesitar la atención por convicción personal. Además se brindó atención psicológica a pacientes referidos del área de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Cuidados Intermedios con el fin de mejorar la calidad de vida durante su estadía en el hospital, proporcionando la instrucción y el acompañamiento necesarios para reducir los niveles de ansiedad y depresión que fueron los diagnósticos más comunes a tratar en esta área, dándoles seguimiento a través de la Consulta Externa en los casos necesarios. Se evaluó las intervenciones psicoterapéuticas por medio de un estudio de casos que se llevó a cabo en cuatro ocasiones con el equipo y jefe del departamento de Psicología del Hospital.

Así mismo se ejecutó acciones encausadas a la orientación y educación, en las cuales se trabajó con la población que asistió a la Consulta Externa, a la que se le dio trifoliales en el área de espera de Consulta Externa, esta actividad pretendía orientar a las personas en cuanto a la necesidad de modificar conductas agresivas en el hogar debido las consecuencias psicológicas que estas tienen en la vida emocional del adulto.

De igual manera se brindó charlas y talleres al personal de enfermería, que debido a la epidemia de Influenza Tipo AH1N1, que azotó nuestro país en el presente año, estuvo contemplada en un inicio para una vez al mes pero se vio interrumpida por las medidas de precaución tomadas por la institución, como la prohibición de reuniones grupales durante los meses de mayo, junio y julio; las cuales se retomaron en el mes de septiembre a conveniencia del personal, impartiendo los temas que se presentan en el capítulo III de este informe, con el fin de mejorar las relaciones interpersonales de este equipo de trabajo, enriquecer su salud mental y mejorar el ambiente de trabajo.

El eje orientado a la investigación se llevó a cabo conjuntamente con el que fue orientado al servicio, con la población que asistió a la Consulta Externa y estuvo internado en el hospital, que presentaba afecto deprimido con componentes suicidas, que fueron víctimas de maltrato infantil. Para cumplir con tal objetivo se realizó observación, entrevistas periódicas individuales y se aplicó cuestionarios y escalas que contribuyeron a determinar que el paciente presentaba tal condición con las características de interés para la investigación. Conjuntamente se realizó investigación de fuentes bibliográficas que abordan el tema para respaldar la investigación.

## INTRODUCCIÓN

El Ejercicio Profesional Supervisado cumplió con la visión social de la Universidad de San Carlos de Guatemala de devolver a la población algo de la educación que adquirimos gracias a ella; así como también la visión de la Escuela de Ciencias Psicológicas tanto como de la profesión en general, de proporcionar atención psicológica para mejorar la calidad de vida del ser humano que padecen sufrimiento, no sólo derivado por un trastorno mental sino también trastornos de orientación del desarrollo de las potencialidades humanas.

Además se caracterizó por darle importancia al conocimiento de los principios fundamentales que tienen valor para el ser humano y demostrar ética profesional y vocación de servicio por medio de actitudes que acrediten su crecimiento moral, social y espiritual, ya que estas son dimensiones inherentes a la experiencia humana.

El Ejercicio se llevó a cabo en tres dimensiones que fueron ejecutadas para cubrir la necesidad tanto de servicio a la población que asiste al hospital, la necesidad de orientación y educación a la población y al personal profesional que trabaja dentro de la institución como también la necesidad imperiosa del profesional de producir nuevos espacios de conocimiento, cubierta en este caso por el subprograma dedicado a la investigación.

Lamentablemente nuestra sociedad pasa por una etapa de violencia extrema en la que absurdamente estamos “acostumbrados” a escuchar que cada día alguien fue asesinado o asaltado en la calle, todo esto producto de la falta de valores esenciales y de la falta de respeto a los derechos humanos de cada uno, y además la deficiencia en el sistema de justicia que refuerza este tipo de conductas en las personas con inclinaciones antisociales. Ésta situación nos lleva a que la población mantiene preocupaciones constantes por la inseguridad que se vive, y si a eso le sumamos que la situación económica está en momentos críticos mundialmente,

tendremos como resultado un serie de acontecimientos que inevitablemente suscita problemas o focos en la salud mental de los adultos y por ende a la población infantil.

De modo que la inestabilidad emocional de los padres y adultos en general recae en la población más vulnerable: los niños. Es deplorable que este tipo de maltrato azote a la población infantil, y esto no es porque en la calle alguien los lastime, ya que aunque ocurre en la escuela y otros ámbitos sociales, el maltrato infantil se da más frecuentemente dentro del núcleo familiar, lo cual nos propone, como sugiere Manterola; que “el maltrato a los niños no es un mal de la opulencia sino una enfermedad de la sociedad”<sup>1</sup>.

Esta enfermedad social no termina en cuanto los niños crecen y pueden defenderse, ya que la familia es el primer contacto social del niño y sobre todo la base de la vida adulta, podría decirse que en ella se encuentra la completa responsabilidad de lo que el ser humano llegue a ser en el futuro; de ahí la necesidad de abordar este tema en cuanto al impacto que esta situación tiene en la vida adulta; ya que se entiende que esta situación es una especie de cadena en la cual se van repitiendo acciones perjudiciales para la salud e inestabilidad emocional, de manera que si tenemos adultos “enfermos”, tendremos niños enfermos y estos al crecer serán a su vez una nueva generación de adultos enfermos.

Lo que nos llevó a que los ejes que fundamentan el ejercicio, fueran orientados hacia la problemática definida como afecto deprimido con componentes suicidas, que fueron víctimas de maltrato infantil; ya que se observó que en el año 2009 aumentó la cantidad de pacientes que atentaron contra su vida de diferentes formas (quienes fueron internados en la institución por necesitar atención médica y más tarde referidos a mi persona para recibir atención psicológica), así como también pacientes que no habían consumado el hecho y sin embargo mantenían ideación suicida (atendidos en la Consulta Externa).

---

<sup>1</sup> Manterola MA. La prevención del Maltrato a menores en México. En El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del segundo simposio Interdisciplinario e Internacional México D.F. Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil 1992

En vista de lo anteriormente mencionado surgió la necesidad de describir y explicar este fenómeno, mediante la utilización de instrumentos que competen a la investigación cualitativa (como la observación, manipulación y registro de datos que afectan a los pacientes, que para el tema en cuestión son el objeto de estudio) con el fin de que abstraiga la información de la manera más fiel posible; de modo que los resultados que arroje nos lleven a la mejor comprensión del contexto familiar, personal y social de la población para crear formas más convenientes de ayuda psicológica.

La ejecución de un proyecto orientado al mejoramiento de la salud mental fue de vital importancia ya que, al momento de proveer a la población de atención psicológica, y además orientando y educando; se obtiene como resultado avances que muchas veces aparentan ser intangibles o lentos, pero que indudablemente son parte del desarrollo que como sociedad y como seres humanos “civilizados” deberíamos alcanzar.



# CAPITULO I

## ANTECEDENTES

### 1.1 Monografía de la aldea San Felipe de Jesús, La Antigua Guatemala

#### 1.1.1 Aspecto Histórico Antropológico

El Ejercicio Profesional Supervisado –EPS- se realizó en la aldea San Felipe de Jesús, circunvecina a La Antigua Guatemala, cabecera del departamento de Sacatepéquez, el cual está situado en el centro de la República, es el más pequeño en el territorio nacional, ya que su área cubre solo 465 kilómetros cuadrados, pero a la vez es de los más poblados, según censo poblacional realizado en el año 2002, el total de habitantes ascendía a 248,019.<sup>1</sup> La etimología de Sacatepéquez según el historiador Fuentes y Guzmán, proviene de Saca que significa hierba o zacate; y tepet, cerro; que quiere decir “cerro de hierba o zacate”. La ciudad de La Antigua Guatemala es la cabecera del departamento de Sacatepéquez y está fundada en el valle de Panchoy, que según los historiadores significa “Laguna Seca” o “laguna Grande” en el idioma Kaqchikel, y la tradición oral indígena dice que este valle era antes un lago; versión que es muy posible ya que al excavar no se encuentran vestigios de poblados sino agua a poca profundidad.

La población de La Antigua Guatemala está estimada en 25,000 habitantes aproximadamente en el sector urbano y unos 10,000 en las aldeas circunvecinas. La jurisdicción municipal cuenta con 14

---

<sup>1</sup><http://www.ine.gob.gt/index.php/demografia-y-poblacion/42-demografiaypoblacion/75-censo2002>

aldeas, San Felipe de Jesús, El Hato, San Mateo Milpas Altas, Santa Inés del Monte Pulciano, San Juan Gascón, Santa Isabel de Hungría, Santa Ana, San Cristóbal El Bajo, San Cristóbal El Alto, San Gaspar Vivar, Santa Catalina Bobadilla, San Pedro Las Huertas, San Juan del Obispo.

De las aldeas anteriores, la que es de nuestro principal interés es San Felipe de Jesús, ya que en ella se encuentra ubicado el hospital en el que se realizó el EPS, por lo que se da una breve reseña histórica de este lugar.

Según varios historiadores, antes de ser fundada como aldea, solamente era llamada "milpa", porque era un terreno donde se sembraba milpa, y que además era vivienda de quienes trabajaban la tierra, que eran naturales del lugar. Luego de que los españoles formaran la Ciudad de Santiago de los Caballeros bajo el mando de Pedro de Alvarado, las tierras fueron divididas en parcelas y manzanas que eran arrendadas a los pobladores para vivienda. Estas tierras fueron dadas en títulos de propiedad a Don Gaspar Arias Dávila el 21 de septiembre de 1528, quien al morir los heredara a su hija Doña Juana de Chinchilla.

Según datos históricos, debido a la erupción de 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 fue trasladada a la milpa de San Felipe.<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Gall, Francis. Diccionario Geográfico Guatemala. Tomo III. Compilación Crítica. Guatemala C.A. 1987. Pág. 277.

La aldea fue fundada en el siglo XVII, en el año 1604, en el valle, al pie de las colinas de El Rejón, dos kilómetros al norte de la ciudad de La Antigua Guatemala, por disposición del muy noble ayuntamiento, de la entonces, metrópoli del Reino de Guatemala, en la actualidad La Antigua Guatemala. Se le dio el nombre de San Felipe de Jesús en honor a uno de los primeros santos nacidos en América, San Felipe de Jesús; quien nació en México el 1 de mayo de 1572 y murió martirizado en Japón a sus 24 años.

### **1.1.2 Aspecto Socio-cultural**

La aldea San Felipe de Jesús, según censo realizado en el año 2002, tiene 4,783 habitantes de los cuales 2,303 son hombres y 2,480 son mujeres.<sup>3</sup>

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 radicaron en este lugar dando así una población mestiza que, más tarde conformó la sociedad de la aldea.<sup>4</sup> Debido a la influencia de los españoles, la migración de los pobladores y la cercanía con La Antigua Guatemala (que es concurrida y habitada por gran cantidad de extranjeros), San Felipe de Jesús se convirtió en una aldea carente de identidad propia, con gran influencia de ideologías, moda, lenguaje de la población citadina, de La Antigua Guatemala como también de los municipios cercanos como Jocotenango, y extranjera.

---

<sup>3</sup> Instituto Nacional de Estadística –INE- Censo Poblacional. 2002. Guatemala.

<sup>4</sup> Villacorta, J Antonio. Libro Viejo de la Fundación de Guatemala.

El núcleo familiar promedio está integrado por 6 personas. Su idioma es el español. Los ladinos conforman un 99% de la población, y el 1% restante los indígenas, que se cree son de la etnia Kaqchikel, ya que no se tiene referencia bibliográfica histórica que lo asegure, pues en las referencias a las que se tuvo acceso solo hacen referencia los naturales del lugar.

En su mayoría la población es católica y otros profesan la religión cristiana evangélica y otros la religión mormona como una minoría. Se celebran algunas festividades religiosas, la más importante es la fiesta patronal, el día de San Felipe, celebrada el 1 de mayo. Además se celebra también el Corpus Cristi, celebrado 40 días después de la fiesta patronal, el día de la Ascensión del Señor, y la Navidad.

Se puede observar que en la comunidad aún se practican algunos valores como la dignidad, el trabajo y la justicia; ya que los vecinos asentados desde hace mucho tiempo en la aldea, se mostraron simpáticos y afectuosos, íntegros, educados, honorables y colaboradores.

Sin embargo, aún se evidencia en este sector poblacional, la práctica y las consecuencias del machismo, por lo que es común ver que las mujeres de este lugar no tengan acceso a los anticonceptivos, o bien si lo tienen no es parte de la cultura evitar los embarazos y consecuentemente las familias son numerosas. Además se conceptualiza a la mujer casi únicamente como el medio de procreación, esto acompañado en su mayoría de maltrato intrafamiliar, desde emocional hasta físico y sexual, por medio de humillaciones en público y en privado, desvalorizando a la mujer en todos los aspectos. La desvalorización también se deja ver en la

educación de la mujer, que en la actualidad, aparentemente, tiene ya bastante acceso a ella, pero en la edad adulta no continúa sus estudios por casarse, relegando a la mujer a los quehaceres del hogar y la crianza de los hijos, dejando la educación de nivel medio y superior para la población masculina.<sup>5</sup>

Asimismo se puede observar que una gran parte de la población indígena (posiblemente de origen Kaqchikel) de la región, no viste su traje tradicional; principalmente por discriminación racial y otras causas como transculturación, influencia de la moda, la publicidad, etc. las nuevas generaciones han preferido vestir de ladinos e igualmente con el idioma, difícilmente se les escucha conversar en su lengua materna; ya que en su mayoría la utilizan los adultos mayores; quienes no aprueban que los jóvenes sepulten el legado cultural de su etnia. La población adulta refiere que estos cambios en la forma de pensar de la población juvenil proviene de la influencia cultural que ejercen sobre ellos otras personas y los medios de comunicación, que promueven estilos de vida caracterizados por falta de valores, que justifican la ausencia prácticas como respeto a los padres y adultos en general, cortesía y urbanidad por ejemplo.<sup>6</sup>

En cuanto al estilo de vida de la cultura kaqchikel podemos observar varios aspectos, por ejemplo la vivienda se caracteriza por construcciones de block, aunque las personas de más escasos recursos construyen con caña de milpa y pajón, aún se cocina con un fogón de leña, a este lugar se le llama el corazón de la casa porque ahí usualmente se reúne la familia.

---

<sup>5</sup> Ideologías observadas en pacientes del hospital.

<sup>6</sup> Ídem

Aún existe la tradición, en esta etnia, de que los abuelos cuentan relatos sobre personajes fantasiosos, "espantos", ejemplo de esto es que en el año en que se realizó el EPS resurgió un personaje llamado el "Hombre vaca", la leyenda sugiere que en una finca había un caporal que tuvo relaciones con una vaca, naciendo de esta relación un personaje, como lo cuentan, que era mitad humano y mitad vaca, tenía en el pecho una coraza, era muy peludo, y los ojos le brillaban en la noche, las personas que vivían en ese lugar tenían tanto temor en caminar por las noches ya que se les aparecía y solo al verlo quedan helados por la sensación que les provocaba, de tanto atemorizar a las personas, decidieron buscarlo para acabar con él pero por más que lo intentaban no lo lograron.

En la mayoría de casas se pueden observar animales como: patos, gallinas, gallos, chompipes; además algunos poseen caballo, mula o bueyes que utilizan principalmente para el arado de la tierra.

La población cuenta con los servicios urbanos básicos: agua potable, alumbrado eléctrico, vías de comunicación y transporte, carreteras asfaltadas, teléfonos, hospital, la Escuela Oficial Rural Mixta San Felipe de Jesús, algunos establecimientos educativos privados y una Auxiliatura Municipal.

### **1.1.3 Aspecto Económico**

Sus habitantes, en su mayoría, se dedican a la agricultura y comercio de: café, maíz, frijol, verduras, hortalizas, flores y frutas de diversas clases, aunque cabe mencionar que la aldea no cuenta con un mercado de este tipo, sino que la población vende y compra sus productos en el mercado de La Antigua Guatemala.

El mercado que se encuentra en la plaza de la aldea vende únicamente dulces típicos, que en su mayoría son comprados en otras localidades y revendidos en el lugar debido a que el precio de venta no corresponde al trabajo que conlleva su elaboración.

Además frente al hospital, se pueden observar diariamente puestos de comida típica del lugar (atol blanco, atol de elote, arroz en leche, chuchitos, tostadas, enchiladas y rellenitos), que se ven frecuentados por personal y pacientes del hospital. Este tipo de puestos de comida también se colocan en la plaza central del pueblo, pero ahí la venta se realiza mayormente los fines de semana, acompañado de ventas de juguetes tanto tradicionales (como el yoyo, el capirucho) como no tradicionales (objetos para hacer bromas, etc.), algunas artesanías de barro con motivos zoomorfos y otros materiales que son de consumo turístico, local y extranjero.

Así mismo los restaurantes de comida típica son tradicionales, se observan, alrededor de la plaza y camino de ingreso a la aldea, varios establecimientos que ofrecen estos platillos. Según refieren los lugareños generalmente estos son negocios familiares. También se puede observar los fines de semana gran cantidad (entre semana se observan regularmente solo uno dos de ellos) de comerciantes, de velas y otros productos de cera como cuerpos o partes del cuerpo que se colocan en ofrenda ante la imagen del Cristo Yacente de San Felipe de Jesús.

Otra forma de ingreso económico corresponde al alquiler de espacios de vivienda, ya que en el hospital por ejemplo, existe un gran sector laboral representado por estudiantes que emigran de

distintos lugares del país (en su mayoría de la capital), de modo que varios lugareños han tomado la posición de pensionistas y arrendadores. Una minoría son profesionales que trabajan en el hospital y otros emigran a La Antigua Guatemala.

Un sector de la población, compuesto por personas mayormente sin estudios o baja escolaridad, lo constituyen las mujeres que dependen económicamente de sus esposos; sin embargo existe gran cantidad de ellas que aportan económicamente al hogar mediante trabajos domésticos, que realizan en su mayoría en La Antigua Guatemala, ya sea por mes o por tarea, devengado por eso aproximadamente Q 1,000 en el primer caso y en el segundo cuotas de Q 30 hasta Q50. La población masculina por su parte trabaja en restaurantes y hoteles así como también trabajan en maquilas de Chimaltenango y San Lucas.

La aldea cuenta con dos fincas cafetaleras principales llamadas La Quinta y La Folié que también son fuente de trabajo para la población. La Finca Filadelfia es otra fuente de ingresos, pero en ella solo se recluta personal los días de noviembre, debido a que ésta es una finca cafetalera y la cosecha del grano se realiza en este mes.

Cabe mencionar que desde hace algunos años han surgido nuevas empresas y microempresas interesadas en un producto más comercial, preparándose para ello de manera técnica y con un capital proveniente y en pro de la familia, ya que el negocio pasa a ser patrimonio familiar. Además se ha incrementado el comercio informal, generalmente de ventas de comida que realizan las mujeres del lugar, permitiendo de esta manera que las amas de casa contribuyan a la economía del hogar.

En cuanto a la organización económica de la población kaqchikel, su principal actividad es la agricultura, cultivan maíz, frijol, trigo, papa, habas, arveja china, fresa, tomate, brócoli, güicoyitos, aunque en el departamento de Sacatepéquez hay artesanos dedicados a la albañilería, carpintería, joyería, panadería y zapatería. En el pasado los hombres se dedicaban a la agricultura y las mujeres a las artesanías, pero conforme al tiempo y las necesidades, las mujeres han llegado a trabajar también la tierra, para obtener mayores beneficios.

En San Pedro y San Juan Sacatepéquez también se dedican a la creación de muebles y la cohetería. Además en lugares como San Lucas Sacatepéquez y San Pedro Sacatepéquez se encuentran las conocidas "maquiladoras" a las cuales, también gente de la mencionada etnia, acude a trabajar.

#### **1.1.4 Salud**

En el aspecto de servicios de salud, la población local de San Felipe cuenta con la atención que se presta en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, que a pesar de estar ubicado en la aldea, percibe pacientes de otros municipios y departamentos. Aproximadamente dos kilómetros antes de llegar a la aldea, se encuentra un Centro de Salud, pero éste pertenece a la jurisdicción de La Antigua Guatemala. También se encuentra la Institución "Nuestros Ahijados" que está a cargo de una Organización No Gubernamental de ayuda social, llamada God's Child Project, implementada por extranjeros en las que se da consulta médica, dental y psicológica, por un costo de Q30.00 y funciona también una escuela primaria y pre-primaria, y en caso de que el paciente manifieste no tener los

medios para subsidiar este gasto, se le realiza un estudio socio-económico y de comprobarse pobreza extrema, la consulta será gratuita y además puede ingresar a la escuela. Asimismo funciona la Fundación Familias de Esperanza, que es una Organización No Gubernamental sin fines lucrativos, dedicada a la educación y desarrollo humano para niños y familias de Guatemala, cuya misión es promover esperanza y oportunidad en Guatemala, en asociación con niños, familias y comunidades que deseen participar en un proceso de desarrollo para mejorar sus vidas a través de educación, salud y vivienda; según su página en la Internet.<sup>7</sup>

Con respecto, específicamente, a la población kaqchikel, en el discurso de los pacientes que asisten al hospital se escucha frecuentemente el uso alternativo de medicamentos naturales, comúnmente llamados “remedios” que contienen plantas como el tomillo, la ruda, el pericón, la alucema, el ajo, el tabaco, la yerbabuena y la manzanilla entre otras.

### **1.1.5 Aspecto Ideológico Político**

La aldea pertenece al municipio de La Antigua Guatemala por acuerdo gubernativo del 23 de agosto de 1935, antes pertenecía a Jocotenango. Esta población posee una gran herencia histórico-cultural, tanto de la etnia Kaqchikel como de los españoles, desde la conquista hasta la colonización.

En cuanto a la etnia Kaqchikel se evidencia el legado cultural en las tradiciones y creencias que rigen la vida de los pobladores; por

---

<sup>7</sup> [www.commonhope.org/aboutus/faq\\_spanish.htm](http://www.commonhope.org/aboutus/faq_spanish.htm)

ejemplo la ideología animística que colma los mitos, leyendas y personajes en los que predomina el pensamiento mágico.

Aun se tiene la creencia en el "mal de ojo", por ejemplo, se dice que es un mal provocado a los niños recién nacidos, por mujeres que están en su periodo menstrual o que tienen "el humor muy fuerte", entonces el niño presenta síntomas como fiebres inexplicables y llanto con pujo; pero el mal tiene su propia cura ya que se cree que si la mujer que "lo enfermó", lo carga, éste se curará y si así no cesan los síntomas, entonces se procede a la "curación", que consiste en una serie de rituales con huevos y hiervas, pasadas en forma de cruz sobre el cuerpo del niño. Otro pensamiento mágico es que se le puede "hacer daño" a una persona por medio de los llamados "enfrascados" o "entierros", que consisten en introducir en un frasco con hiervas, la fotografía de la persona a quien se la va a hacer el daño y decir oraciones especiales para diferentes santos, luego se entierra el frasco, generalmente en la casa de la persona a quien se le hace el "trabajo" (así le llaman a estos rituales). Además cabe mencionar que el Santuario del Señor de San Felipe identifica a los pobladores, tanto de la localidad de San Felipe como de La Antigua Guatemala y en ella se venera con veladoras (candelas) a la imagen del Señor Sepultado. También se acude a la imagen para pedirle por diferentes causas, ya sea de salud, de dinero, de amor u otras, y para esto existen diferentes colores de candelas, además de unos cuerpecitos o partes de cuerpos, (en representación de la parte enferma del creyente o de un familiar), hechos de cera para ofrecerle al Señor y que éste conceda la gracia de sanarles. También se observan en el Santuario, exvotos, que son pequeños cuadros pintados que relatan algún milagro, generalmente de salud, ocurrido a alguna persona, ofrecidos en agradecimiento por el mismo.

Todo lo anterior solo evidencia la cosmovisión influenciada por actos de fé, combinando la ideología de la iglesia católica con ritos que provienen de la santería o "brujería" como se le llama en el lugar.

En cuanto a la etnia kaqchikel específicamente, en la tradición maya, existe la creencia de que los muertos regresan con sus familias y les hablan en sus sueños. Por lo que se acostumbra que al morir deben ser enterrados con utensilios y enseres de uso personal.

Por otra parte, tenemos la situación política del pueblo, ésta es regida desde la Alcaldía Municipal de La Antigua Guatemala por ser parte de este municipio, pero está representada en la aldea por la Auxiliatura Municipal. En la Auxiliatura de la Alcaldía Municipal, ejerce la autoridad un Alcalde Auxiliar, quien trabaja gratuitamente. El actual Alcalde Auxiliar es Don Juan Hernández, quien es apoyado por cuatro regidores y 40 magistriles. En la alcaldía municipal no se encuentra el Alcalde Auxiliar ni a los vocales todos los días en horarios de oficina, ya que debido a que su trabajo es gratuito, el auxiliar y los regidores, así como los magistriles, deben trabajar en otras actividades para el sustento de su familias; no obstante trabaja en la Alcaldía Auxiliar una persona encargada de atender a las personas que visitan esta instancia y llamar al señor alcalde o alguno de los vocales para atenderlas, el salario de esta persona lo pagan entre el Alcalde Auxiliar, regidores y magistriles. El equipo de trabajo, se reúne entonces, dos veces por semana para tratar los asuntos correspondientes a esta instancia. El Alcalde Auxiliar se encarga de autorizar cobrar la cuota de los puestos del mercado.

Otra de las funciones de esta Alcaldía Auxiliar es establecer un Consejo Comunitario de Desarrollo –COCODE-, que tiene por objeto que los miembros de la comunidad interesados en promover y realizar políticas participativas, se reúnan para identificar y priorizar los proyectos y programas que benefician a su comunidad.<sup>8</sup> Según la ley de consejos solamente pueden constituirlo aquellas comunidades cuya organización territorial esté legalmente reconocida con la categoría de aldea. “El coordinador será el Alcalde Comunitario o Auxiliar o, en su defecto, la comunidad elegirá al coordinador.”<sup>9</sup> El órgano de coordinación está compuesto por el coordinador o coordinadora y por 12 representantes elegidos por asamblea comunitaria que es una reunión que convoca a los miembros de la comunidad.

“Todo consejo comunitario de desarrollo, una vez conformado, con la transcripción de su acta de constitución, deberá registrarse e inscribirse en el libro respectivo del Registro Civil de la Municipalidad de su jurisdicción, con lo cual obtendrá su personalidad.”<sup>10</sup>

## **1.2 Descripción del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt**

### **1.2.1 Antecedentes**

Al erigirse la Catedral de Guatemala, se dispuso separar la novena parte y media parte de los diezmos, para la fabricación y manutención de un hospital para los eclesiásticos, tratando con esto de favorecer a sacerdotes, diáconos y subdiáconos, pero las rentas de la iglesia eran muy bajas y se decidió transformar esto en limosnas

---

<sup>8</sup> Reglamento, artículo 63. inciso C.

<sup>9</sup> Reglamento, artículo 13.

<sup>10</sup> Acuerdo Gubernativo 229-2003, del 8 de abril del 2003, artículo 15.

mensuales, que se repartían los sábados en la iglesia, esta práctica se realizó hasta 1946 cuando las rentas aumentaron y se ordenó suprimir las limosnas y se mandó comprar la casa o predio para construir el hospital; sin embargo el obispo murió y el tema no fue retomado hasta el 16 de octubre de 1654, cuando el cabildo ordenó la construcción del Hospital, el cual fue trazado el 3 de noviembre siguiente.

El establecimiento fue bendecido por Fray Payo Enríquez de Rivera en noviembre de 1663, cuando comenzaron a llegar enfermos. Fue nombrado primer rector del hospital a Don Antonio Alvarez de la Vega y enfermero ecónomo Don Salvador Nabrija. Con el terremoto de 1773, el hospital sufrió pérdidas en sus edificios y en su iglesia; además de tener que atender, ya no solo a personas del clero, sino a toda la población. Se reconstruyó especialmente la iglesia, la cual fue estrenada el 24 de octubre de 1869 con el nombre de San Juan de Dios ya que quienes atendían el hospital en ese momento eran los religiosos que, en el hospital Real de Santiago, habían perdido su iglesia con ese nombre; pero los religiosos tuvieron que dejar la administración del hospital y los sustituyeron, en 1865, las hermanas capuchinas de la Divina Pastora. En 1869, las hermanas capuchinas dejaron de prestar sus servicios en el hospital y fueron reemplazadas por las hermanas de la caridad de San Vicente de Paúl.

Hoy se conoce al establecimiento como Hospital Nacional Pedro de Bethancourt y es el único en La Antigua Guatemala y se ha sostenido a través de la historia. Se ubica actualmente en la aldea San Felipe de Jesús, a 42 kilómetros de la ciudad de Guatemala, su edificio fue inaugurado en 1991, comenzó a funcionar un año más tarde; construido en un terreno de aproximadamente siete manzanas,

cedido al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por el Muy Noble Ayuntamiento en 1972. Depende de las anteriormente mencionadas dependencias y de la Dirección del Sistema Integral de Atención en Salud y de la Dirección del Área de Salud. Junto al Hospital de Chimaltenango y Escuintla integran la región número V de Salud Pública. Atiende a más de 20 mil habitantes por año, con un promedio de 11,875 pacientes mensuales, prestando servicio las 24 horas los 365 días del año, la mayoría procedentes de municipios aledaños como, Ciudad Vieja, Alotenango, Pastores, Santiago Sacatepéquez, San Pedro Las Huertas, Santa Lucía Milpas Altas, Antonio Aguas Calientes y una minoría de los departamentos de Chimaltenango, Escuintla, Quiché y Retalhuleu.

La organización del área de salud a nivel nacional, está a cargo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. La Dirección del Sistema Integral en Salud distribuye funciones a la Dirección del Área de Salud, que antecede a la Dirección Ejecutiva que trabaja con los comités de apoyo, una Subdirección Ejecutiva y otra Subdirección Administrativo-Financiera. De la Subdirección Ejecutiva dependen todos los Servicios Médicos y Servicios Técnicos de apoyo y del Subdirección Administrativa-Financiera dependen los Departamentos Administrativos y el de Recursos Humanos, teniendo injerencia en los Servicios Técnicos de Apoyo.

Físicamente la estructura del edificio del Hospital está distribuida de la siguiente manera:

Primer Nivel: Emergencia, Consulta Externa, Salud Comunitaria, Medicina Comunitaria, Enfermería, Laboratorio, Trabajo Social, Registros Médicos, Alimentación y Dietas, Área de Cocina, Comedor,

Central de Equipo, Radiología y Rayos X, Farmacia, Patología, Quirófano y Sala de Operaciones, Contabilidad, Bioestadística, Personal, Almacén, Lavandería y Costura, Transporte, Compras y Seguridad, Mantenimiento, Servicios Sanitarios, Área de Esterilización, Bodega de Medicamentos, Sistema de Calderas, Garita, Parqueo y Área Verde.

Segundo Nivel: Áreas de Pediatría y Maternidad con sus respectivas áreas de encamamiento, jefaturas de área, puestos de enfermería, el área de Pediatría incluye el área de Recién Nacidos, dividida en área común e intensivo. Servicios Sanitarios.

Tercer Nivel: Área de Medicina de Mujeres, Medicina de Hombres, Puesto de Enfermería, Sala de Conferencias, Biblioteca, Sala de Estudio, Clínica de Terapia Respiratoria.

Cuarto Nivel: Encamamiento de Cirugía de Hombres y Mujeres, Puesto de Enfermería y Servicios Sanitarios.

Cada Servicio cuenta con quince camas, (excepto el de pediatría, que por demanda en el servicio atiende unas veinte camas promedio).

Objetivos de la institución

- Prevenir enfermedades (Atención Primaria).
- Saneamiento del medio.
- Educación sanitaria.
- Control del Niño Sano.
- Curar Enfermedades (atención Secundaria).

- Atención de pacientes agudamente enfermos con tratamiento medico quirúrgico.
- Atención del ambiente ambulatorio.
- Educación para recuperar la salud.
- Atención a la madre embarazada.
- Rehabilitación (atención terciaria).
- Educación para mantener la salud.
- Integración al hogar.
- Seguimiento en Consulta Externa o en la comunidad.

#### Meta del centro

- Baja Morbi-mortalidad en el área de influencia.

#### Derechos y Obligaciones atribuidos al Paciente del Hospital

##### Derechos:

- Ser tratado con cortesía, respeto y aprecio por su dignidad personal.
- Tener una respuesta pronta y razonable sus preguntas y peticiones.
- Saber quien le esta proporcionando los servicios de ayuda que están a su disposición.
- Acceso parcial a tratamientos médicos o ingresos, condición económica o incapacidad física.
- Recibir información clara de su diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento, beneficios, riesgos y alternativas.
- Expresar una queja o agravio relacionado con la calidad de los servicios, cuidados o cualquier violación de los derechos.

Obligaciones:

- Proporcionar información correcta y completa acerca de sus dolencias físicas actuales, enfermedades pasadas, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos.
- Ser considerado con respecto a los derechos de otros pacientes y el personal del hospital y ayudar a controlar el ruido y el número de visitantes.
- Ser respetuoso de la propiedad de otras personas y del hospital.
- Proteger sus artículos personales.

### **1.2.2 Misión del hospital**

“Somos un Hospital Nacional de la región central, nos dedicamos a atender población de todas las edades y estados socio-económicos, sin distinción de preferencia religiosa, política, de manera laica y gratuita, en prevención, curación, y rehabilitación en salud. La atención a la salud la efectuamos en los servicios de hospital con personal calificado, con mística de servicio en un ambiente ordenado y limpio, con equipamiento básico y tecnología actualizada, así como sistemas de planeación, ejecución, control y mejora continua de los servicios para asegurar la satisfacción plena de los usuarios, contribuyendo con nuestro trabajo al desarrollo y progreso del país.”

### **1.2.3 Servicios**

Medicina de Hombres, Medicina de Mujeres, Cirugía, Cirugía Plástica, Pediatría, Traumatología, Ortopedia, Hematología, Neurología, Consulta Externa en: Dermatología, Ginecología, Nutrición de Niños y

Adultos, Psicología, Estimulación Temprana, Oftalmología, Otorrinolaringología y Odontología. Cirugía Menor, Terapia de Lenguaje, Terapia Ocupacional, Radiología, Ultrasonido, Curaciones Varias, Trabajo Social, Farmacia Interna y Externa, Programa para Diabéticos, Programa para Jubilados (AJUPENSA), Clínica de Planificación Familiar e ITS, VIH, SIDA y Emergencia.

### **1.2.3 Recursos**

El edificio cuenta con cuatro niveles, en los cuales se cubren los servicios anteriormente mencionados. Entre los recursos humanos del hospital se encuentran 571 empleados ubicados en los diferentes renglones de clasificación del personal, que incluye empleados operativos, técnicos, médicos por contrato, y personal presupuestado.

Los servicios de Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Unidad de Cuidados Intermedios, Traumatología, Pediatría, Maternidad, Recién Nacidos y Emergencia; cuentan con dos médicos graduados con especialización, acompañados de estudiantes de quinto y/o sexto año de medicina, dos enfermeras graduadas, cuatro enfermeras auxiliares, además personal de intendencia encargado de la limpieza del área y personal de cocina encargada de distribuir los alimentos de acuerdo a las dietas especiales de los pacientes.

Los departamentos del área administrativa, Psicología, Nutrición, Trabajo Social, Farmacia y Cocina, cuentan con un jefe de departamento, una secretaria (a excepción del Departamento de Psicología) y el equipo de personas necesario según el tipo de labor que desempeñan. También se cuenta con ambulancias y vehículos

para diligencias, pilotos para los mismos y personal encargado de garitas.

### **1.3 Descripción de la población atendida**

La población que se atendió en forma directa durante el Ejercicio Profesional Supervisado de Psicología, fue la población adolescente y adulta que asistió a la Consulta Externa y Emergencia del área de Psicología del Hospital Nacional Hermano Pedro de Bethancourt, conjuntamente con la población atendida en el tercer y cuarto nivel del hospital, que se divide en 7 servicios: Medicina Interna de Hombres, Medicina Interna de Mujeres, Cirugía de Hombres, Cirugía de Mujeres, Traumatología de Hombres, Traumatología de Mujeres y Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios.

Los pacientes que se presentaron a la Consulta Externa –COEX- en su mayoría comprenden entre 18 y 60 años, así también población adolescente entre 14 y 17 años de ambos sexos, algunos provenientes de hogares integrados y en otros casos de hogares desintegrados con problemas de alcoholismo y drogadicción en los padres.

La población adolescente en general se encontraba en la secundaria, excepto por un adolescente de sexo masculino que era analfabeto. En su caso especialmente, podemos mencionar que proviene de una familia numerosa en condiciones de pobreza.

La población adolescente en general, se encontraba estudiando en escuelas o institutos de la región y algunos casos

(aproximadamente un 30%) estudia en instituciones educativas privadas de Santiago y San Lucas Sacatepéquez. En cuanto a las condiciones de vida de esta población podemos aludir que en su mayoría radican en casa propia, y hogares en donde ambos padres trabajan, razón por la que tienen acceso a beneficios de la clase media.

En su generalidad la población adulta asistente a Consulta Externa, es femenina, de entre los 30 y 50 años en su mayoría. Madres de familia, amas de casa. De esta población la mayoría es ladina, que posee escolaridad primaria, aunque es necesario mencionar que un porcentaje bajo fue población analfabeta. También hubo quienes son madres solteras trabajadoras, ya sea en un comercio o en trabajos domésticos en residencias del área. Se pudo observar que las mujeres casadas que asisten, contrajeron matrimonio en edades entre los 16 y 21 años.

La asistencia de población de género masculino es bastante baja en comparación con la de género femenino, debido a que en el hospital únicamente se atiende la clínica psicológica durante las mañanas y entre semana, tiempo que generalmente este género emplea para trabajar y así generar ingresos económicos para la manutención de sus familias. En su mayoría la población masculina desempeña trabajos de carpintería, albañilería, trabajos varios en hoteles del área como camarero o ayudante de cocina.

La población en general proviene de hogares integrados, de familias numerosas, de entre 6 a 12 hermanos; aunque cabe mencionar que también hubo personas que son hijos únicos o

huérfanos institucionalizados, casos que conformaron un porcentaje realmente bajo de población.

En la Consulta Interna comprenden las edades de 13 años en adelante, tanto de raza ladina como Kaqchikel, en su mayoría hablan español. La población atendida en Medicina Interna en su mayoría presenta cuadros de: descompensación por diabetes, hipertensión, úlceras digestivas, gastritis, infecciones pulmonares, quienes permanecen en el hospital un promedio de 5 días en los casos en los que la enfermedad cede según lo esperado; de lo contrario pueden llegar a permanecer internos hasta varios meses.

En el caso de algunos pacientes de sexo masculino, se evidenciaba la preocupación por la subsistencia económica de la familia, ya que con su estancia en el hospital no podían asistir a su trabajo, el cual es remunerado por trato o por día, ya que muchos de ellos realizan tareas múltiples a nivel independiente, es decir sin un contrato de trabajo que garantice sus ingresos en caso de enfermedad.

El los servicios de Cirugía de Hombres y Mujeres se atendió por lo general población entre las edades de 50 y 70 años, en ambos sexos, aunque también se atendió población adulta y adolescente.

De la población adulta mayor que fue atendida en este servicio, se encontraban en condiciones de pobreza, viviendo en cantones o caseríos de aldeas recónditas del área o de otros departamentos (lo que dificultaba que sus familiares fueran a visitarlos frecuentemente) e incluso hubo adultos mayores institucionalizados. De esta población podemos mencionar que la mayoría tuvo la oportunidad de asistir al

primer grado de primaria, pero poseían oficio de agricultor, carpintero o albañil en el caso de los hombres y de oficios domésticos en el caso de las mujeres.

También existen pacientes egresados de cuidados intensivos e intermedios trasladados a estos servicios, para su recuperación; que oscilan entre los 13 y 18 años, en su mayoría de sexo masculino. Esta población generalmente permanece en el área de Cuidados Intensivos e Intermedios, de 15 días hasta un mes o más; en casos de gravedad. En esta área se observó desde adolescentes de 15 y 17 años hasta adultos entre los 40 y 50 años, por diversas causas.

En el caso de los adolescentes fueron internados varios por intento de suicidio por intoxicación, con insecticidas organofosforados o compuestos órgano fosforados anticolinesterasa -COFA-, conocido por su nombre comercial como Tamarón, o mediante la ingesta de productos de limpieza, así como también por accidentes automovilísticos.

En el caso de los adultos generalmente por condiciones delicadas post cirugía o enfermedades varias en etapa terminal. De este grupo se pudo observar que en su mayoría poseían escolaridad primaria y en el caso de los adolescentes aun se encontraban estudiando la secundaria. En cuanto a sus condiciones de vida podemos inferir que pertenecían a la clase media y media baja.

Por lo general la población total que asiste al hospital, en sus distintas áreas proviene de las aldeas de los municipios del departamento de Sacatepéquez, tales como: Alotenango, La Antigua Guatemala, Ciudad Vieja, Jocotenango, Magdalena Milpas Altas,

Pastores, San Antonio Aguas Calientes, San Bartolomé Milpas Altas, San Lucas Sacatepéquez, San Miguel Dueñas, Santa Catarina Barahona, Santa Lucía Milpas Altas, Santa María de Jesús, Santiago Sacatepéquez, Santo Domingo Xenacoj, Sumpango y de otros departamentos del país como: Chimaltenango, Guatemala, Escuintla y Mazatenango, entre otros.

El nivel económico de la población se evidencia como medio-bajo. La mayoría de los ingresos de estas familias proviene de la agricultura o de comercios informales.

Gran porcentaje de la población atendida en Consulta Externa, poseía, a pesar de su nivel socioeconómico bajo, un lugar propio para vivir, generalmente heredada de sus padres; aunque también cabe mencionar que debido a que las familias son extensas las condiciones de vida en un terreno (a pesar de ser propio) no son las mejores; ya que en algunos casos los pacientes expresaron no tener agua potable o luz eléctrica, caminos asfaltados ni acceso inmediato a los servicios básicos de educación y salud.

Las religiones más comunes observadas en la población asistente fueron Católica y Cristiana evangélica, aunque también asistió un porcentaje bajo de población que profesa como Testigo de Jehová.

#### **1.4 Planteamiento del problema y/o Necesidades**

En primera instancia debemos recordar que pertenecemos a la Universidad de San Carlos de Guatemala, que es una casa de estudios con visión esencialmente social, comprometida con su población por lo

que principalmente se tomaron cuenta problemas como suicidios, niños y niñas víctimas de maltrato físico y sexual, cultura de pobreza, vida cotidiana de la población, discriminación étnica, la violencia en niños y jóvenes, hijos desplazados y la necesidad de abordaje de la salud integral, que como mencionara la Licda. Irma de Avilés, de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC, en un análisis de la realidad guatemalteca, también se presentan en nuestra población específica.

Es importante también mencionar la antipatía de la gente a asistir a consulta psicológica, en nuestro país en general y específicamente en a población atendida, se pudo observar como algunos pacientes aun expresan “no estoy loco” justificando así la inasistencia al servicio, así como también hubo quienes sí asisten al servicio pero no quieren ser vistos en el área de espera de Psicología, pensando en el “qué dirán” ya que si bien ellos habrían dado un paso al reconocer que necesitan ayuda psicológica, quienes los observan en la sala de espera no lo han hecho y les juzgarían por ello. Aunque hemos de reconocer que esta situación se da cada vez menos y que la población ha notado la mejoría e insta a sus conocidos a buscar ayuda de este tipo.

Además de los problemas frecuentes que expresan o presentan las personas, también tenemos la escasez de espacio y personal suficiente para que el servicio se preste con eficiencia y eficacia, ya que en la clínica de adultos se encuentran dos profesionales y al momento del EPS dos epesistas, lo cual no es suficiente para atender adecuadamente a los pacientes de Consulta Externa e interna del Hospital ya que además la Consulta Externa se atienden los servicios de Emergencia, Medicina de Hombres y

Mujeres, Cirugía de Hombres y Mujeres, Traumatología de Hombres y Mujeres y Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, Maternidad y Obstetricia; definitivamente dos personas no pueden cubrir 12 servicios (sin tomar en cuenta las áreas de Consulta Externa de Psicología Infantil, Pediatría, Recién Nacidos y Banco de Leche que se encuentran a cargo de una Licda. Profesional y una epesista; en donde claro está, se sufren las mismas carencias de espacio y personal), y aunque a la llegada de las epesistas disminuye la carga laboral, se dificulta el desempeño por la falta de espacio y no es suficiente para dar siempre seguimiento a los pacientes referidos en Consulta Interna.

De modo tal que pacientes que permanecen internos varios días o meses, deberían tener acceso a atención psicológica constante y por cuestiones de tiempo y espacio no puede ser así; lo que vemos como una debilidad del sistema de salud ya que el estado de ánimo juega un papel importante en la recuperación. De tal manera que si los pacientes internos recibieran la atención constante y efectivamente, podrían disminuir los días que permanecen internos, ahorrándole con esto al Hospital y al Estado, gastos en servicios médicos, medicamentos, papelería entre algunas cosas.

Aunado a esto, se da una situación de desigualdad, ya que se observó como el Hospital tiene la necesidad de orientar mejor a su personal, (como es de suponer una persona que trabaja en atención al cliente debe tener el carisma para hacer esto; pero esta no es una característica de todo el personal de atención al paciente); debido a que se observó en algunas ocasiones, cómo parte del personal trata a las personas con desprecio o con poca paciencia, ya que algunas personas que asisten no saben español o lo saben, mas no saben leer

o escribir; o de ser así les cuesta entender, por ejemplo el proceso para sacar carné, de modo que el paciente es atendido bajo la consigna silenciosa de que es un servicio gratuito y entonces debería agradecerse, olvidando que quienes pagan sus salarios, son el mismo pueblo.

En la población atendida en el Hospital Hermano Pedro de Bethancourt, en el área de Consulta Externa se pudo, por medio de la observación y la entrevista, investigar acerca de las necesidades de la población, cabe mencionar que la mayoría tiene dificultades para describir como tales, los síntomas que presentan debido a su bajo nivel académico y sociocultural, los pacientes refieren síntomas psicosomáticos como: dolores de cabeza o cefaleas, agitación, o sensación de los latidos del corazón en la garganta es decir, palpitaciones; transpiración, excesivo cansancio, dificultades para dormir o insomnio, falta de apetito, nerviosismo y desasosiego, disminución en la libido; otros síntomas sociales como: dificultades para establecer y mantener relaciones de amistad y pareja, problemas familiares o de pareja, inestabilidad laboral, problemas económicos, aislamiento, baja autoestima en ambos sexos, decaimiento (por razones médicas como amputaciones de miembros o por diagnósticos como diabetes, VIH, cáncer y otros).

Los síntomas anteriormente mencionados, iban acompañados de situaciones o condiciones especiales como: familias desintegradas (en las que el padre biológico no está presente o falleció y la madre rehace su vida con otra persona, que generalmente hace sentir al niño o adolescente desplazado o en otros casos este es abusado por el padrastro y la madre lo calla por temor).

También son bastantes los casos de familias extendidas en condiciones precarias de vida, que provocan hacinamiento, consintiendo abuso sexual entre hermanos o primos; además de privar al niño o adolescente de un desarrollo integral cubriendo satisfactoriamente sus necesidades básicas de alimentación, vestido, educación, recreación y afecto; por el contrario son niños maltratados y/o trabajadores.

Del mismo modo se observan problemas de infidelidad (más frecuentemente de parte del hombre), raíz frecuente de los problemas de pareja que se atienden en la clínica; aunque también se presentan problemas de pareja que provienen de problemas personales no resueltos de una o ambas partes de la pareja, como traumas sufridos en la infancia o adolescencia que afectan el desarrollo adecuado de su vida adulta, y que se ven reflejados en la crianza de la nueva familia.

Ocurre también maltrato o violencia intrafamiliar, tanto físico como psicológico, generalmente propinado por el padre a la madre e hijos o partiendo del padre a la madre, y como una reacción en cadena es propinado de la madre a los hijos; también está el caso de las madres solteras que se enfrentan a la manutención y crianza de sus hijos solas, además de tener historias de maltrato, por lo que no encuentran otra manera de educar a sus hijos que no sea a través de los golpes y las palabras ofensivas, amenazas y la manipulación. Así mismo ocurren casos en los que los hijos quedan huérfanos de madre y son violentados de distintas formas por parte de tías y tíos o por la madrastra.

Por otro lado nos enfrentamos también a personas que fueron niños de la calle hace unos 20 años, quienes forman una familia, pero

como es de esperarse tienen traumas sin resolver y esto se refleja nuevamente en la crianza de los niños.

El abuso sexual, en algunas ocasiones consumado por desconocidos pero en su mayoría en el seno familiar, ya sea por el padrastro, papá biológico, abuelo, tío, primo o un amigo de la familia; y que como sabemos desencadena serios problemas emocionales y comportamentales, que si no son tratados pueden tener fatales consecuencias como el suicidio o trastornos de personalidad graves.

Otro yugo de la población es el alcoholismo, que provoca o complementa la situación de maltrato, machismo y desvalorización de la mujer y en casos en los que el o la alcohólica no reacciona violentamente, de todos modos altera todo un círculo social en varios aspectos entre los cuales está el económico y el emocional, ya que el o la alcohólica deja de trabajar o usa el dinero que gana trabajando para satisfacer su necesidad de alcohol; sin cubrir ninguna más, por lo que alguien más de la familia debe cubrir sus gastos de renta, alimentación, vestimenta, salud etc. Y esto implica también la preocupación de la familia, por la salud y seguridad del enfermo. Por otro lado también se encuentran familias enteras de padres alcohólicos en las que los niños sobreviven prácticamente solos.

De igual forma, el país en general está constantemente enfrentándose a problemas económicos y la población atendida no es la excepción; de ahí que algunas personas migran al norte del continente en aras de darle una mejor vida a sus hijos, pero lamentablemente en ausencia de los padres, los hijos enfrentan sentimientos de soledad y abandono y presentan serios problemas emocionales.

Por otro lado también se observó aunque en cantidades pequeñas, duelos no resueltos o patológicos (existen casos de duelos patológicos hasta de 15 años después de la pérdida).

Durante el período de realización del proyecto se evidenció un aumento la cantidad de pacientes de Consulta Interna referidos por intentos de suicidio de diferentes formas como: ahorcamiento, lesiones auto-infligidas como cortarse las venas, envenenamiento con diferentes sustancias como insecticidas, pesticidas, sustancias utilizadas para la higiene y fármacos. Así mismo se observó que los pacientes depresivos, con ideación suicida e intentos de suicidio anteriores, asistentes a la Consulta Externa presentaban (en común con los de Consulta Interna) problemas en la infancia que cubren los aspectos necesarios para calificar la situación como Maltrato Infantil; que encierra tanto maltrato físico, como sexual, emocional y negligencia. Tomando en cuenta que esta situación se acentuó en la población que asiste al hospital, se vio la necesidad de trabajar en ello en los tres subprogramas, con el fin de prevenir este tipo de conductas o situaciones en los hogares, erradicarlas si ya se están presentando y proporcionar atención psicológica para afrontar las secuelas emocionales de estas situaciones o condiciones que afectan la salud mental del individuo y su desarrollo integral.

## CAPITULO II

### REFERENTE TEÓRICO METODOLÓGICO

#### 2.1 Abordamiento Teórico Metodológico

Como planeta y como raza humana nos acercamos a una era en la que como seres "civilizados" nos destruimos a nosotros mismos, nuestro planeta actualmente está muriendo a pausas y los intentos de pequeños sectores de la población por preservar el mundo son casi inútiles, además como especie, pareciera que desde que evolucionamos en individuos "pensantes", hemos utilizado ésta inteligencia para destruirnos como humanidad, algo en realidad paradójico, ya que los animales más primitivos extienden el sentido de supervivencia a su propia especie, de manera que cada grupo defiende el bienestar de los suyos; caso contrario la humanidad a lo largo de toda su historia ha evolucionado en un ser egoísta y ambicioso, y estos sentimientos han llevado a las peores guerras, dejando muerte, hambruna, epidemias; y sumado a esto se encuentran las catástrofes naturales en las que la población más afectada en vivienda, educación y salud, pierde lo poco que ha logrado por el mismo egoísmo de la especie humana, al que se hacia referencia.

Entonces, hablar de salud integral es casi una ilusión, ya que los países más desarrollados se enfrentan a estas situaciones pero con armas poderosas como la educación de cada uno de sus habitantes, oportunidades de trabajo y crecimiento, y poder económico. Nuestro país especialmente, parte de los países "tercermundistas", ha atravesado una serie de situaciones difíciles; remontándonos a la época precolombina, podemos apreciar cómo la

civilización Maya y otras que ocuparon Mesoamérica (Aztecas, Toltecas, etc.) vivieron en constantes enfrentamientos.

Las guerras entre los pueblos indígenas además facilitaron el proceso de la conquista española a nuestros territorios; este hecho marcó la historia de nuestro país debido a las adaptaciones de idioma, ideología religiosa y cultural en general, a las que el pueblo indígena tuvo que adaptarse. Luego podríamos exponer la situación de la identidad de los criollos o peninsulares en el tiempo de la colonia, que aunque ante la ley eran considerados españoles, en la práctica no se les consideraba iguales. Desde el inicio de la colonia hubo tensiones entre criollos y peninsulares. Los segundos decían que las condiciones climáticas de América degeneraban el cerebro y mente de los europeos y por eso los criollos no eran tan capaces como ellos. Los criollos, sin embargo, insistían en que eran iguales y tan leales a la Corona como cualquier español. Obviamente, tanto criollos como peninsulares querían el control sobre las poblaciones indígenas y el acceso al poder político.

Así también podemos hacer una remembranza de los gobiernos y situaciones políticas por los que ha pasado el pueblo guatemalteco, en los que ha sido víctima de los peores instintos del ser humano, por ejemplo en las casi cuatro décadas de conflicto armado, en el que se llevaron a cabo masacres que arrasaron pueblos enteros, bajo el mando de quienes aun en estos años ocupan libre e hipócritamente un curul de nuestro honorable Congreso de la República, en aras de la justicia y el desarrollo.

Por otro lado, mundialmente atravesamos por una crisis económica y como ya mencionamos, el que menos tiene más pierde,

de modo que siendo un país subdesarrollado, con índices vergonzosos de desnutrición, pobreza, de analfabetismo y la moneda por los suelos, los hogares se han desintegrado (en una gran parte, padres emigran a otros países en el afán desesperado de lograr una vida mejor para sus familias), las familias han perdido espacios de recreación, las madres salen a trabajar y nuestra niñez se cría sola o bajo el amparo de adultos abrumados por las preocupaciones, que desencadenan una serie de acontecimientos perjudiciales a la salud mental y por lo tanto física, ya que como se pudo observar en la población, es muy frecuente la somatización de molestias y focos emocionales.

Debido a que lo el EPS se basó en tres sub-temas esenciales, y uno de ellos es la alta incidencia de la depresión, se cree conveniente abordar en primer momento este tema, la depresión o trastorno depresivo es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por una tristeza profunda e inmotivada y por la inhibición o disminución de las funciones psíquicas<sup>11</sup>; también definido como: (del latín depressus, que significa "abatido", "derribado") un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

Según el Manual Diagnóstico para Enfermedades Mentales CIE-10 En los episodios depresivos típicos de cada una de las tres formas: leve (F32.0), moderada (F32.1) o grave (F32.2 y F32.3), por lo general, el enfermo que las padece sufre un humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de

---

<sup>11</sup> [www.laicos.org/estrenimientoaux.html](http://www.laicos.org/estrenimientoaux.html)

actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo.

También son manifestaciones de los episodios depresivos las siguientes y pueden ser clasificadas en cuatro dominios psicológicos:

**Síntomas afectivos:** De éstos, el más notable es el estado de ánimo deprimido, además se encuentran síntomas como la tristeza, desaliento, vacuidad, futilidad, y una aflicción excesiva y prolongada, también son comunes los sentimientos de inutilidad y pérdida de alegría de vivir, la pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad; suele ir acompañada de llanto violento o espontáneo como una reacción general ante frustración y cólera.

**Síntomas Cognoscitivos:** Puede considerarse que la depresión se refleja en una tríada cognoscitiva, la cual consiste en opiniones negativas de sí mismo, del mundo exterior y del futuro (Beck, 1974). Por ejemplo: la disminución de la atención y concentración, las ideas de culpa y de ser inútil (incluso en los episodios leves), una perspectiva sombría del futuro, los pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones.

**Síntomas Conductuales:** La apariencia y comportamiento externos de una persona a menudo es una señal reveladora de depresión, la vestimenta de la persona puede ser desaliñada o sucia, el cabello puede estar despeinado y la limpieza personal estar descuidada; podría tener una expresión facial insulsa o vacía, tipo máscara; puede presentarse también como un síntoma la lentitud de los movimientos corporales, el habla reducida y lenta; a este alentamiento en los movimientos corporales, gestos expresivos y respuestas espontáneas

se le llama retardo psicomotor. Aparece también aislamiento social y disminución de la actividad laboral, sin embargo, en contraste con la condición típica de los depresivos, algunos manifiestan un estado agitado y síntomas de intranquilidad, también se manifiesta la pérdida del interés o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras y empeoramiento matutino del humor depresivo.

**Síntomas Fisiológicos:** Las personas deprimidas regularmente presentan síntomas somáticos como la pérdida de apetito y pérdida de peso (del orden del 5% o más del peso corporal en el último mes). A menudo, esta situación se deriva del desinterés de la persona por comer. Otro síntoma es el padecer estreñimiento, no tener movimientos intestinales durante varios días. También suele aparecer el insomnio, que es la dificultad para conciliar el sueño, despertar temprano por la mañana dos o más horas antes de lo habitual o despertar erráticamente durante la noche, o una combinación de las anteriores; aunado a estos aparecen frecuentemente pesadillas, lo que deja al paciente exhausto y cansado durante el día. Sin embargo hay pacientes que refieren hipersomnio o sueño excesivo. En mujeres la depresión puede interrumpir el ciclo menstrual normal, en algunos casos se prolonga el ciclo o se omite uno o varios períodos e incluso la cantidad de flujo menstrual puede disminuir. Por otro lado ambos sexos reportan aversión a la actividad sexual o disminución de la libido, ya que su excitación sexual declina dramáticamente. También se manifiesta pérdida de reactividad emocional a acontecimientos y circunstancias ambientales placenteras, presencia objetiva de inhibición o agitación psicomotrices claras (observadas o referidas por terceras personas).

La depresión del estado de ánimo varía escasamente de un día para otro y no suele responder a cambios ambientales, aunque puede presentar variaciones circadianas características. La presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada individuo. 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 de 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. Para el diagnóstico de episodio depresivo de cualquiera de los tres niveles de gravedad habitualmente se requiere una duración de al menos dos semanas, aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Los trastornos depresivos pueden ocurrir de varias maneras:

F32 Episodios Depresivos

F32.0 Episodio Depresivo Leve

F32.1 Episodio Depresivo Moderado

F32.2 Episodio Depresivo Grave

F33 Trastorno Depresivo Recurrente

F33.0 Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Leve

F33.1 Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Moderado

F33.2 Trastorno Depresivo Recurrente, Episodio Actual Grave

F34 Trastornos Del Humor (Afectivos) Persistentes

F34.0 Ciclotimia

F34.1 Distimia

Los más comúnmente observados durante la ejecución de acciones orientadas al servicio, fueron:

**F32.01 Episodio depresivo leve, sin síntomas somáticos.** El ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, suelen considerarse como los síntomas más típicos de la depresión, y al menos dos de estos tres deben de estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, además de al menos dos del resto de los síntomas enumerados anteriormente (en F32).

Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos unas dos semanas.

Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral y social, aunque es probable que no las deje por completo.

Se diagnosticó en otras ocasiones con la especificación:

**F32.11 con síntomas somáticos.** Ya que se satisfacían las pautas de episodio depresivo leve y cuatro o más de los síntomas somáticos están también presentes, por ejemplo hubo quienes refirieron más comúnmente la pérdida de apetito, trastornos del sueño y disminución de la libido. Un enfermo con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica, por ejemplo durante la experiencia algunos pacientes expresaron aislamiento tanto en el

hogar como laboralmente. Y además se especifica con síntomas somáticos porque satisfacen totalmente las pautas de episodio depresivo moderado y cuatro o más de los síntomas somáticos están también presentes.

**F32.2 Episodio depresivo grave.** Durante un episodio depresivo grave, el enfermo suele presentar una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. Es probable que la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o culpa sean importantes, y el riesgo de suicidio es notable en los casos particularmente graves. Se presupone que los síntomas somáticos están presentes casi siempre durante un episodio depresivo grave. Algunos pacientes asistentes a la Clínica presentaron pautas para el diagnóstico como: síntomas de los episodios leve y moderado en intensidad grave, además de la poca o nula disposición o incapacidad de describir muchos síntomas con detalle. Pudo diagnosticarse así aunque el episodio no haya durado dos semanas siquiera debido a la intensidad y repentino apareamiento de los síntomas. Durante un episodio depresivo grave, según se observó, el enfermo no es capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado. En algunos casos con esta sintomatología se recurrió a diagnosticar trastorno depresivo recurrente (F33), ya que se presentan varios episodios de este tipo. Esto incluye episodios depresivos aislados de depresión agitada, melancolía, depresión vital sin síntoma psicóticos.

**F32.3 Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.** Se trata de un episodio depresivo grave que satisface las pautas establecidas de F32.2, y en el cual están presentes además ideas delirantes, alucinaciones o un estupor depresivo. Las ideas delirantes suelen incluir temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias, o de olores a podrido o carne en descomposición. De estos casos se pudo observar únicamente uno, que poseía en este caso alucinaciones auditivas con voces acusatorias, combinadas con los síntomas depresivos graves hasta renunciar del trabajo, aislarse por días, con dificultad para conciliar el sueño.

El siguiente sub-tema a abordar es el que se refiere a la ideación suicida o intento de suicidio, que se observó tanto en Consulta Externa como en Encamamiento; por lo que interesa abordar el suicidio. Según lo observado podemos definir el suicidio como el acto de vedarse la propia vida que se comete con el afán de escapar de un sufrimiento que se considera insuperable, este puede cometerse de varias formas y puede suceder como un acto impulsivo o como culminación de un plan ideado durante varios días, semanas o meses. Por otra parte tenemos que el suicidio (del latín *sui caedere*, 'matar a uno mismo') es el acto de quitarse la propia vida. Muchas religiones lo consideran un pecado, y en algunas jurisdicciones se considera un delito. Por otra parte, algunas culturas lo ven como una forma honorable de escapar de algunas situaciones humillantes, sin escapatoria o dolorosas en extremo.

Se han formulado muchos elementos que podrían contribuir al acto de cometer una conducta suicida. Freeman y Reinecke (1995)

desde un modelo cognitivo, destacan tres elementos comunes que colocan al sujeto en un mayor riesgo de cometer una conducta suicida:

A) La impulsividad conductual: Tendencia a no anticipar la relación actos-consecuencias.

B) Pobreza en la capacidad de resolución de problemas: El intento de suicidio crónico y repetitivo se relaciona con una baja capacidad para elaborar, evaluar y poner en práctica soluciones alternativas (el uso de alcohol y drogas por ejemplo son intentos inadecuados de afrontamiento de las situaciones de malestar).

C) La existencia de esquemas y significados personales idiosincráticos del paciente sobre sí mismo, el mundo y su futuro personal.

Además la existencia de factores situacionales de tipo socioeconómico, las enfermedades crónicas o dolorosas, las situaciones de soledad, y otros factores, desencadenarían como contexto los tres factores personales antes enunciados.

Asociado a este tema nos vemos en la necesidad de abordar el factor de maltrato infantil, es decir que la población adulta sufrió abuso durante la infancia, ya que se observó que gran cantidad de pacientes que asisten al hospital, experimentaron este flagelo y a partir de ello se desencadenó en sus vidas comportamientos y sentimientos patológicos.

El maltrato infantil se puede describir como cualquier acto por acción u omisión realizado por individuos, por instituciones o por la sociedad que priven a los niños de su libertad o de sus derechos dificultando así su óptimo desarrollo, para apoyar este concepto

recurriremos a citar a los educadores y educadoras participantes en la campaña contra el maltrato infantil en 1999, quienes definieron el maltrato como : “acciones o experiencias recibidas en la niñez y la juventud que dejan huellas o recuerdos no gratos (sentimientos de culpa, rencor, amargura, baja autoestima, resentimiento, rebeldía, agresividad), como resultado del abuso de poder del adulto; que se acepta como algo normal por los patrones culturales y de crianza que se transmiten de generación en generación y que imposibilitan a la niña, el niño y el adolescente ser feliz.”<sup>12</sup>

El maltrato no es exclusivo de algunos grupos, se da en todas las clases sociales. Su presencia y manifestaciones pueden variar en intensidad, frecuencia, forma e impacto sobre el niño. Y para que se presente, tiene mucho que ver el comportamiento de los padres en cuanto a los patrones de crianza, pues su característica más común es la repetición de una generación a otra. Cuando hablamos de maltrato, hacemos referencia a una serie de conductas o respuestas de los padres y madres de familia al corregir a las o los hijos, que pueden ser perjudiciales para ellos o ellas; ya que al golpear o corregir a los o las niñas, con las manos, varas, cinchos y otros objetos, lo cual es un hábito común en la mayoría de la población de padres, confirman que ven a las o los niños como personas inferiores de los adultos.

Asimismo, les transmiten el peligroso mensaje: “el uso de la violencia es aceptable para resolver los conflictos interpersonales”. Además de que el niño no solo no sabe, sino que no puede defenderse ante cualquier tipo de agresión de un adulto, y ello lo sitúa en una

---

<sup>12</sup> -CONACMI- EDUQUEMOS CON TERNURA Ideas para promover el buen trato en la escuela, Campaña contra el maltrato en niñas y niños. De CONACMI Comisión Nacional contra el maltrato Infantil. 2001 Coordinación: Sonia María Estrada. Revisión: Belia Rodas.

posición altamente vulnerable ante un adulto agresivo, abusivo o negligente.

El Instituto Nacional de Estadística de Guatemala registran el año 2007; 21,114 niños y niñas (de los cuales 2,190 son hombres y 18,924 mujeres) menores de 12 años<sup>13</sup> maltratados, sin embargo la población objeto de estudio e intervención en este caso no se refiere únicamente a este rango de edad por lo que aunque no se tienen datos exactos sobre la población menor de edad, se puede conjeturar que la cantidad es alarmante.

Asimismo debemos establecer qué es maltrato, porque por mucho tiempo fue considerado como tal únicamente el maltrato físico; evidencia de esto es que durante la ejecución del subprograma de servicio se pudo observar que aún en una porción considerable de población, ésta sigue siendo la representación social acerca el maltrato; refiriendo que no maltratan a sus hijos por el hecho de que no les agraden físicamente; además de que “pegar” a los niños y niñas resulta ser una práctica socialmente aceptada ya que se tiene la concepción de que sea cual sea el tipo de maltrato que se le de al niño, niña o adolescente esto es permitido, todo esto bajo la consigna de “educar con disciplina”, por eso es tan común, en la práctica, encontrar padres que están convencidos de que para educar bien a sus hijos se necesita el castigo, porque a ellos los educaron así y de otra manera no lograrán formar adultos responsables y eficientes.

Esta concepción se remonta hacia épocas antiguas en las que el pensador griego Aristóteles declaró: "un hijo o un esclavo son propiedad y nada que se hace con la propiedad es injusto", a más de

---

<sup>13</sup> [www.ine.gob.gt/descargas/ViolenciaIntrafamiliar/DATOS PAG WEB INE 2007.htm](http://www.ine.gob.gt/descargas/ViolenciaIntrafamiliar/DATOS_PAG_WEB_INE_2007.htm)

veintitrés siglos de esa desafortunada frase, pareciera que su significación está implantada en nuestras tendencias, ya que la realidad cotidiana evidencia ese aforismo de la ética aristotélica, que apoya o aprueba el maltrato a los niños, niñas y adolescentes como una derecho inherente de los padres.

Existen diferentes clases de maltrato, cada uno de los cuales es distinto al otro, por lo tanto el maltrato lo podemos clasificar de la siguiente forma:

**Maltrato Físico:** acción no accidental, que se produce a través de golpes al niño o niña y adolescente con violencia con la intención de disciplinarlo o educarlo. Algunas investigaciones realizadas han demostrado que este tipo de maltrato se da fundamentalmente en los medio sociales más desfavorecidos, donde la agresión se constituye como la respuesta a las situaciones conflictivas. Es la forma más evidente de maltrato porque se basa en la agresión física, desde nalgadas, utilizando las propias manos, hasta lesiones severas hechas con cualquier objeto que pueden ocasionar heridas y hasta la muerte a la niña, niño o joven.

En casos extremos el agresor puede producir agresiones como: asfixias, puñaladas, quemaduras, hemorragias internas, lesiones internas, externas o ambas.<sup>14</sup>

Para entender más sobre el tema citaremos algunos datos estadísticos sobre el maltrato físico contar niños y niñas:<sup>15</sup> Un 47% de los españoles adultos consultados asegura que pegar es

---

<sup>14</sup> -CONACMI-"GUÍA METODOLÓGICA NO. 1 EL MALTRATO Y ABUSO SEXUAL INFANTIL, definición y clasificación. Guatemala 2002. pág. 12.

<sup>15</sup> Escartín, Maggie. ABUSO SEXUAL EN NIÑOS A LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS. Pregunta y Respuestas. Cuaderno divulgativo No. 38.

imprescindible “algunas veces”. Un 2% de las personas que conviven con sus hijos menores de 18 años, cree que “muchas veces” es imprescindible pegar a un niño una bofetada. Las mujeres muestran una aceptación mayor del castigo físico. Ellas pegan más, pero probablemente porque pasan más tiempo con los hijos. Los jóvenes (18-29 años) rechazan más el castigo físico que los adultos (30-60 años). La clase social no influye en la aceptación de esta práctica. El 27.7% de los padres reconocen haber pegado a sus hijos en el último mes, a una media de tres veces por mes, y el 2.7% reconoce haber propinado golpes fuertes. Cuanto mayor es el grado de autoritarismo de la persona, más justifica las distintas formas de violencia.<sup>16</sup>

A pesar de que las estadísticas anteriores no pertenecen a nuestro ámbito sociocultural se puede inferir que las opiniones de nuestros ciudadanos no difieren mayormente, ya que según experiencia en el Hospital Nacional, se podría decir que el porcentaje que acepta que pega a sus hijos frecuentemente es grande.

Sin embargo, aún careciendo de estadísticas sobre las representaciones sociales acerca del maltrato a niños, basta con observar las estadísticas del hecho consumado en nuestro país, deduciendo que si los padres lo llevan a cabo es porque lo consideran correcto. A continuación algunos datos del Congreso Nacional de la República publicados en la edición del periódico “El Periódico” el 11 junio de 2007.

En el 70 por ciento de los casos de maltrato infantil la principal agresora fue la madre, revelaron las estadísticas del I Congreso Nacional Contra el Maltrato Infantil. El segundo en la lista de

---

<sup>16</sup> EDUCA NO PEGUES. Cuaderno divulgativo no. 41. PRONICE. 2004.

agresores fue el padre, y la casa fue el lugar común en donde ocurrieron la mayoría de las 5 mil 243 agresiones reportadas.

Según los datos de la Red para la Prevención y Atención del Maltrato y Abuso Sexual a Niños, Niñas y Adolescentes, los más pequeños entre cero y tres años engrosaron la lista de casi el 70 por ciento de los casos. Las agresiones verbales fueron el método más común, seguidos por los golpes y las quemaduras. Aunque en menor proporción, las amenazas, cicatrices, fracturas y el amarre fueron usados por los padres para "disciplinar" a los niños.

María Luz Gutiérrez Chavarría, consultora costarricense especialista en derechos humanos de niños y adolescentes, explicó durante su visita a Guatemala, que los padres usan el castigo corporal porque también fueron criados así y no conocen otras formas de corregir, además consideran que es el método más efectivo, oportuno y porque pierden el control. Sin embargo, en los padres produce ansiedad y culpa, hace que la violencia se expanda e impide la comunicación.<sup>17</sup> La sensibilización contra este fenómeno ha hecho que su erradicación sea prioritaria en las políticas sociales de los distintos países. La aceptación social del castigo físico es un hecho. Pegan los hombres, y las mujeres, las personas de distintos medios económicos o sociales. Las autoridades religiosas, políticas y judiciales se han mostrado a favor del castigo físico en distintas ocasiones.

Esta aceptación social se refleja también en el lenguaje. Todos los idiomas tienen palabras como: "zurrar", "spanking" en inglés. Frases como: "Una torta a tiempo" o "un buen azote", lo que en

---

<sup>17</sup>el Periódico. 17 de junio 2007.  
[www.elperiodico.com.gt/es/20070611/actualidad/40553](http://www.elperiodico.com.gt/es/20070611/actualidad/40553)

nuestro país se traduciría a “sonar” “chipotear la cara”, demuestran que se trata de un recurso que se da generalmente por bueno y no solo a nivel popular.

Los argumentos populares van desde considerar que todos lo hemos vivido y no nos ha pasado nada, considerarlo como algo “inherente” a determinadas culturas. Agredir a los adultos se considera un delito, pero hacerlo con niños y niñas se acepta como un derecho de las padres, como una forma de legitimar su autoridad y de encasar y “hacer fuertes” a sus hijos.

**Maltrato emocional:** Es toda acción u omisión de parte de las personas encargadas del cuidado del niño o la niña que daña la autoestima y su desarrollo, incluye insultos constantes, falta de reconocimiento de sus aciertos, hacerles caer en el ridículo o rechazo, manipulación, explotación, comparaciones y creación de expectativas irreales de el o ella. La falta o privación de esta relación afectiva puede causarle profundas alteraciones en su salud mental, emocional o física, produciéndose entonces maltrato emocional.<sup>18</sup> En palabras del John Verastegui<sup>19</sup> en su artículo sobre El maltrato emocional: “Es aquel conjunto de manifestaciones crónicas, persistentes y muy destructivas que amenazan el normal desarrollo psicológico del niño. Estas conductas comprenden insultos, desprecios, rechazos, indiferencia, confinamientos, amenazas, en fin, toda clase de hostilidad verbal hacia el niño. Este tipo de maltrato, ocasiona que en los primeros años del niño, éste no pueda desarrollar adecuadamente el apego, y en los años posteriores se sienta excluido del ambiente familiar y social, afectando su autoestima y sus habilidades sociales”. Podemos

---

<sup>18</sup> -CONACMI- Op. Cit. 17. pág. 26-28.

<sup>19</sup>John Verastegui. INTELIGENCIA EMOCIONAL. REVISTA.

[www.blogseitb.com/inteligenciaemocional/2007/03/12/maltrato-emocional](http://www.blogseitb.com/inteligenciaemocional/2007/03/12/maltrato-emocional)

agregar que personalmente se considera el maltrato emocional como uno de los que puede crear estragos en la vida emocional de las personas.

En las acciones de maltrato emocional podemos encontrar:<sup>20</sup>

### Rechazo

Ocurre cuando se niega a reconocer la presencia o valor de una persona. Esto se logra comunicándole a la persona que el o ella es inferior y devaluando sus pensamientos y sentimientos. Por ejemplo tratando a un hijo/a y/o esposo(a) de manera indiferente que al resto de sus familiares de alguna manera injusta o que denote desagrado por el hijo(a) y/o esposo(a) en cuestión.

### Degradación

Esto ocurre cuando se utiliza un comportamiento ofensivo, como ridiculizar, apodar, imitar e infantilizar a la persona en cuestión. Su propósito es disminuir la dignidad y valor de la persona y afecta su sentido de identidad en una manera desfavorable. Algunos ejemplos son: gritar, usar palabras obscenas, humillar públicamente o etiquetar a la persona como estúpida, imitar alguna discapacidad o tratar a la persona como si fuera menor de lo que es y no dejarlos tomar decisiones normales para alguien de su edad. Ser objeto de uso sexual o rechazar inhumanamente cuando fuese a ocurrir el acto sexual, rechazar a la persona frente a sus familiares, amigos y/o compañeros, utilización del cuerpo y ser obligado a manipular otro cuerpo sexualmente.

### Intimidación y atemorizamiento

---

<sup>20</sup> [www.heptagrama.com/sp/info-vos-abuso-emocional.htm](http://www.heptagrama.com/sp/info-vos-abuso-emocional.htm)

Se evoca un miedo extremo en la persona, por medio de la intimidación. Puede incluir poner o amenazar con poner a la persona en un ambiente peligroso o incómodo. Algunos ejemplos: hacer a un niño ver violencia perpetrada en personas a las que el niño quiere o alguna mascota, amenazar con abandonar o matar a un niño, amenazar con dañar las pertenencias de alguien, perseguir. Tiene importancia desde el punto de vista psicopatológico en lo que se denomina estrés postraumático.

### Reclusión

La reclusión se refiere a limitar la libertad de una persona para desenvolverse en una relación normal con otros. Puede incluir un confinamiento físico.

### Corrupción y explotación

La corrupción se basa en entrenar a una persona para aceptar ideas o un comportamiento que no es legal o que va en contra del contexto cultural. La explotación se basa en usar a una persona para ganar algo. Algunos ejemplos:

- Abuso sexual infantil
- Permitir que un niño vea pornografía
- Permitir que un niño use alcohol o drogas
- Involucrar a una persona en el comercio sexual

### Indiferencia emocional

Esto supone no proveer cuidados de una manera sensible y se manifiesta mostrándose no involucrado e indiferente para con la víctima, interactuando solamente cuando es necesario e ignorando las

necesidades mentales y emocionales de la persona. Algunos ejemplos: Ignorar los intentos de un niño por interactuar, no demostrar cariño hacia un hijo, tratar a alguien como si fuera un objeto o un trabajo por terminar.

### Indicadores de maltrato emocional

El maltrato emocional puede ser difícil de observar cuando se desarrolla en la privacidad de un hogar o en una institución cerrada. Sin embargo, una conciencia y entendimiento del problema es primordial para reconocerlo. La siguiente es una lista de indicadores de maltrato emocional (síntomas presentados por la víctima):

- Depresión
- Aislamiento
- Baja autoestima
- Ansiedad
- Miedo
- Inestabilidad emocional
- Estrés
- Perturbaciones del sueño
- Quejas de dolores físicos sin base médica
- Comportamiento inadecuado para la edad o desarrollo
- Actitud pasiva y sumisa
- Discusión sobre suicidio o intentos de suicidio
- Extrema dependencia
- Inhabilidad para confiar en los demás
- Cometer robos
- Sentimientos de vergüenza o culpa
- Automutilación
- Llanto frecuente

- Autoculpa
- Aversión a recibir terapia
- Incomodidad o nerviosismo frente a situaciones estresantes
- Drogadicción
- Evitar contacto visual
- Algunos otros tipos de maltrato, presentes o sospechados (maltrato físico o abuso sexual)

#### Lista de indicadores para diagnóstico

- La víctima entiende los sentimientos ajenos pero no se intenta entender los propios de ella.
- La víctima espera que se le asignen tareas que encuentra no placenteras o humillantes.
- La víctima realiza cualquier cosa para no ofender o molestar al agresor.
- La víctima siempre pone sus necesidades en último lugar.
- La víctima minimiza sus dificultades o preocupaciones y las considera poco importantes o una reacción exagerada.
- El agresor siempre pone las necesidades de la víctima en último lugar.
- El agresor minimiza las dificultades o preocupaciones de la víctima y las considera poco importantes o una reacción exagerada.
- El agresor ignora la lógica y la razón y presenta una personalidad histriónica.
- El agresor manipula a la víctima para que se sienta culpable por cosas por las que no debería sentir culpa alguna o por eventos que no tienen nada que ver con la situación.

- El agresor intenta destruir cualquier fuente de apoyo externo con el que pueda contar la víctima.
- El agresor nunca asume la responsabilidad de decir cosas hirientes.
- El agresor nunca acepta estar equivocado.
- El agresor culpa a la víctima del maltrato por todos los problemas familiares o institucionales que puedan presentarse.
- El agresor se percibe a sí mismo o presenta la imagen de mártir o víctima y espera un trato preferencial en todo momento.

**Abuso sexual:** es una violación a los derechos humanos que se expresa en cualquier contacto directo o indirecto hacia un niño o niña, o adolescente por parte de un adulto o joven mayor, que puede ocurrir en la familia a manos de un padre/madre, padrastro/madrastra, hermano/hermana, u otra persona que lo cuida, un maestro o un desconocido, esto lo hacen con el objeto de tener una gratificación de contenido sexual, también se puede catalogar como una expresión de violencia que está sustentada en una relación de poder, de origen histórico sociocultural, que busca someter la voluntad del niño, niña y adolescente, por medio del ejercicio del poder físico o emocional que involucra lo psicosocial, afectivo y genital.

Verastegui también ofrece un concepto sobre el abuso sexual, es uno de los tipos de maltrato que implica mayores dificultades a la hora de estudiar. Consiste en aquellas relaciones sexuales, que mantiene un niño o una niña (menor de 18 años) con un adulto o con un niño de más edad, para las que no está preparado evolutivamente y en las cuales se establece una relación de sometimiento, poder y autoridad sobre la víctima.

Existen diferentes manifestaciones de abuso sexual infantil como tocar a un niño en su partes genitales (con o sin ropa), la penetración con un objeto, la penetración ya sea con el dedo o con el pene, el forzar al niño a tener una actividad sexual con un adulto u otro niño, ya sea anal, oral o vaginal, pedirle al niño que se mire, lea o pose para elaborar material pornográfico, realizar el acto sexual sin penetración, el exhibirse desnudo ante un niño, el espiar a un niño desnudo, mostrarle a los niños material pornográfico ya sea escrito, fotográfico o por medio de video, la explotación sexual infantil, incesto, estupro, violación.<sup>21</sup>

En el abuso sexual las víctimas son niños o niñas, desde bebés hasta adolescentes, que proviene de todo los grupos étnicos, de todas las clases sociales de todas las regiones y religiones. La vulnerabilidad aumenta cuando niños o niñas y jóvenes están necesitados de afecto y cariño, sufren presiones de grupo están atravesando por etapas de rebeldía. Si los niños o niñas y jóvenes son discapacitados, tiene mayor posibilidad de ser víctima de abuso sexual.

Mientras que el ofensor está en una posición de autoridad, o goza de la confianza de la víctima, ya que el abuso sexual es una expresión de poder y control. Los que cometen abuso parecen ser normales, son bastante inteligentes, tiene un buen empleo o actividad en la comunidad y no tiene record criminal. Se sabe por estudios que una gran mayoría de los abusadores sexuales han sido víctimas de abuso sexual en su niñez. Estas experiencias tempranas contribuyen al desarrollo de algunos tipos de comportamientos sexuales abusivos, en especial en los casos relacionados con la

---

<sup>21</sup> Dr. AMONGILIA, Ernesto, ABUSO SEXUAL EN LA INFANCIA, Como prevenirlo y superarlo, México D.F. 1999. pág. 15.

atracción sexual hacia los niños o niñas, en ese sentido buscan trabajos o actividades donde puedan estar cerca de los niños o niñas.

Los abusadores pueden clasificarse en:

- Abusadores Regresivos: son hombres casados o tiene algún tipo de relación de pareja adulta, sin embargo, en momentos de extremo estrés no pueden manejar la relación con un adulto se vuelven hacia los niños o niñas en busca de amor incondicional y sexo. Los abusadores son expertos en esconder sus comportamientos desviados a sus propias familias, amigos y colegas, presionan a los niños o niñas para que guarden silencio. De este tipo de abusador cabe mencionar que es el que se logró identificar que es el que prevalece en la población asistente al hospital.
- Pedofílicos

Abusadores sexuales situacionales<sup>22</sup>: este tipo de abusadores se subdivide en los siguientes:

- Tipo Retrógrado
- Tipo normalmente promiscuo o Indiscriminado
- Abusadores de menores preferenciales:
  - ♦ El seductor
  - ♦ El introvertido
  - ♦ El sádico

---

<sup>22</sup> NAVARRO BATRES, Tomás Baudillo. MEDICINA LEGAL TOMO I. Guatemala 2005. Pág. 545.

En el caso de abuso sexual infantil, los fenómenos que se desencadenan en su mayoría tienen que ver con trastornos en el desarrollo psicosexual.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) las consecuencias de la violencia infantil sobre la salud y el desarrollo de los menores maltratados persisten durante la edad adulta y están relacionadas con un amplio abanico de comportamientos de riesgo, como el abuso de drogas y alcohol.

Además indicó que el impacto de dicha violencia durante la infancia provoca posteriormente cerca del seis por ciento de los casos de depresión y de abuso o dependencia de narcóticos.

Asimismo, es el responsable del ocho por ciento de los intentos de suicidio, del 10 por ciento de las crisis de pánico y del 27 por ciento de los desórdenes de estrés postraumático.<sup>23</sup>

Los niños, niñas y adolescentes que hayan sido víctimas de cualquier tipo de maltrato podrán desarrollar consecuencias a corto y largo plazo, teniendo en cuenta el tipo de personalidad, apoyo de la familia y su resiliencia. Algunas de estas consecuencias son:

- Interés poco usual en o evitar todo lo de naturaleza sexual.
- Comportamiento seductor.
- Negarse a ir a la escuela.
- Problemas de conducta.
- Evidencia de abusos o molestias sexuales, en sus dibujos, juegos o fantasías.
- Depresiones severas.

---

<sup>23</sup> Manual de prevención del maltrato infantil. OMS.  
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/index.html>

- Miedo a la oscuridad, a los desconocidos o algún miembro de la familia.
- Pérdida de apetito.
- Enuresis o encopresis, o ambas.
- Impaciencia.
- Irritabilidad creciente.
- Trastornos del sueño y pesadillas.
- Aferramiento a la madre.
- Sentimiento de desamparo.
- Inadaptación para decidir sobre su propio cuerpo, sobre quién toca, cómo o cuándo.<sup>24</sup>

Todas las anteriores demuestran que los niños a pesar de guardar silencio, expresan de varias maneras el abuso, y son los padres lo encargados de conocer a sus hijos y de intervenir con el apoyo de un profesional cuando observan estos síntomas, lo que en muchas ocasiones no se da debido a la ignorancia de los padres en cuanto a los cambio de comportamiento que merecen atención en sus hijos y en otras ocasiones porque son padres negligentes e irresponsables.

Debido a que las personas que vivieron maltrato en la infancia, en su mayoría, no recibió atención en el momento apropiado, desarrolló conductas patológicas, nos vemos en la necesidad de abordar las consecuencias que tiene el maltrato infantil a largo plazo hasta llegar a la edad adulta. Entre los que Maggie Escartín<sup>25</sup> menciona:

---

<sup>24</sup> -CONACMI- Op. Cit. 23.

<sup>25</sup> Escartín, Maggie. ABUSO SEXUAL EN NIÑOS A LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS. Pregunta y Respuestas. Cuaderno divulgativo No. 38.

- Depresión
- Conductas autodestructivas
- Intentos o pensamientos suicidas
- Trastornos en el sueño, pesadillas e Insomnio
- Miedos excesivos, fobias y pánicos
- Desconfianza o extremada confianza en otras personas
- Comportamientos agresivos incontrolables
- Confusión del espacio personal y límites personales
- Aislamiento
- Problemas para relacionarse con otros adultos
- Tendencia a complacer a otros
- Busca la aprobación de otros
- Sentimientos de culpabilidad y vergüenza
- Baja estima personal
- Dificultad para decir no
- Se siente y comporta con víctima
- Auto-devaluación, se ven a sí mismos como sujetos dañados y con poco valor
- Algunos/as sobrevivientes evitan contacto sexual. Sienten miedo a ser tocados/as, ven el sexo como algo malo y sucio, otros/as usan el acto sexual como una forma de mantener u obtener control
- Algunos/as sobrevivientes toman riesgos muchas veces demasiado altos y/o peligrosos y en otras oportunidades presentan dificultad para tomar decisiones
- Temor al abandono
- Dificultad a formar relaciones de pareja y/o problemas maritales
- Problemas relacionados con la sexualidad
- Trastornos e identidad disociada (Personalidad múltiple)

Algunos adultos/as sobrevivientes de incesto y abuso sexual desarrollan trastornos de identidad disociada, personalidad múltiple. Disociación es un trastorno que usualmente se desarrolla en el periodo de la infancia causado por abuso sexual y/o físico de extrema crueldad que se da en forma continuada.

La disociación es un mecanismo psicológico de sobrevivencia que ayuda al niño o niña a distanciarse del dolor que está sufriendo en el momento que está siendo abusado/a. Él/ella "escapa" mentalmente de la vivencia del abuso creando un lugar seguro para sobrevivir el momento. A su vez otra personalidad es creada para asumir el control de la situación. El diagnóstico de este trauma solo se logra establecer muchos años después que la situación de abuso ha pasado, ya que se da en la infancia y se hace evidente en la edad adulta.

Por otro lado la UNICEF en su artículo Explotación, maltrato y violencia expone las últimas estadísticas oficiales de la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre la Venta de Niños, Ofelia Calcetas, quien durante su visita a Guatemala en el año 2000 denunció que en 1996 y 1997 había 2000 niñas, niños y adolescentes que trabajaban en 600 prostíbulos, sólo en la capital. De ellos, 1200 eran salvadoreños, 500 hondureños y 300 guatemaltecos<sup>26</sup>; esto también constituye maltrato tanto de tipo sexual como de tipo negligente.

**Negligencia o abandono:** La negligencia es una falta de responsabilidad parental que ocasiona una omisión ante aquellas necesidades para su supervivencia y que no son satisfechas temporal

---

<sup>26</sup> Explotación, maltrato y violencia. UNICEF Guatemala.  
[www.unicef.org/guatemala/spanish/childhood\\_protection\\_1521.htm](http://www.unicef.org/guatemala/spanish/childhood_protection_1521.htm)

o permanentemente por los padres, cuidadores o tutores. Comprende una vigilancia deficiente, descuido, privación de alimentos, incumplimiento de tratamiento médico, impedimento a la educación, etc. Este tipo de conductas en los padres provienen de generaciones con patrones de crianza negligentes.

Patrón de crianza disfuncional-negligente; son aquellos padres que ni responden a las necesidades ni exigen, en otras palabras no ponen atención, ni ven por el cuidado de sus hijos, ni les ponen reglas.<sup>27</sup>

Además se encuentra el trabajo y la explotación infantil que según la UNICEF en Guatemala, el nuestro es el país centroamericano en el que más niñas, niños y adolescentes trabajan. Las últimas estadísticas revelaron que alrededor de 507.000 niñas y niños guatemaltecos de siete a catorce años trabajan. Si se incluye al trabajo adolescente, que es el que va de los 14 a los 18 años, esta cifra sube a un millón aproximadamente. Un buen porcentaje de estos niños va a la escuela, pero el problema es la permanencia. Muchos abandonan sus estudios y se van a trabajar. En el caso de los adolescentes, la permanencia en la escuela secundaria es de un 3%.

Del grupo de niños de 7 a 14 años, un 12% trabaja y estudia; un 8% sólo trabaja; un 62% estudia y un 18% no realiza ninguna actividad. Estos últimos entran en el grupo de la niñez en riesgo, ya que la mayoría de las veces se desconoce qué están haciendo.<sup>28</sup>

Tratado una vez el maltrato, debemos conocer las funciones del yo, que sirvieron de fundamento para el apartado relacionado con la

---

<sup>27</sup> [www.psicodiagnostico.wordpress.com/ser-padres](http://www.psicodiagnostico.wordpress.com/ser-padres)

<sup>28</sup> Ídem 26.

investigación, que según José Luis González de Rivera<sup>29</sup> son las siguientes:

Contacto con la realidad:

- Capacidad de distinción ente estímulos internos y externos.
- Grado de exactitud en el grado de los acontecimientos.
- Grado de exactitud de los acontecimientos.

Juicio crítico:

- Anticipación de las posibles consecuencias de un hecho.
- Manifestación de esta anticipación en el comportamiento.
- Reacción emocional adecuada a esta anticipación.

Sentido de la realidad del mundo y del sí mismo:

- Grado de realización.
- Grado de personalización.
- Identidad y autoestima.
- Claridad de límites entre el si mismo y el mundo externo.

Regulación y control de pulsiones, afectos e impulsos:

- Grado de expresión directa del impulso.
- Efectividad de los mecanismos de control y demora.

Relaciones objetales e interpersonales:

- Grado y calidad de las relaciones con los demás.
- Primitividad- madurez de las relaciones objetales.

---

<sup>29</sup> García Trujillo M.R., J.L. González de Rivera *Psiquis*, British Center of Autogenic Training 1992.

- Grado en el cual el individuo percibe y responde a los demás como entidades independientes más que como extensiones de sí mismo.
- Grado en el cual el sujeto puede mantener una constancia objetiva.

#### Procesos cognitivos:

- Grado de adaptación en memoria, concentración y atención.
- Capacidad de conceptualización
- Grado en el cual el lenguaje y la comunicación reflejan procesos de pensamiento primarios y secundarios.

#### Regresión adaptativa:

- Grado de relajación de las agudezas perceptiva y conceptual con el aumento correspondiente de la capacidad de darse cuenta de contenidos preconcientes e inconcientes, y grado en el cual estas regresiones desorganizan la adaptación o son incontroladas.
- Grado de uso controlado de los procesos primarios del pensamiento en la inducción de nuevas configuraciones.
- Grado de aumento en el potencial adaptativo como resultado de integraciones creativas producidas, controladas y utilizadas desde el proceso secundario.

#### Mecanismos de defensa:

- Grado en el cual los mecanismos de defensa, defensas del carácter y otros funcionamientos defensivos afectan de

forma maladaptativa a la ideación, conducta y el nivel de adaptativo de otras funciones del YO.

- Grado en el cual las defensas tienen éxito o fracasan.

Filtro de estímulos:

- Dintel, sensibilidad y registro de estímulos internos y externos en las distintas modalidades sensoriales.
- Grado de adaptación, organización e integración de respuestas a los distintos niveles de estimulación sensorial.

Funcionamiento sintético-integrativo:

- Grado de reconciliación o integración de actitudes, valores, afectos, conducta y autorepresentaciones de sí mismo discrepantes o potencialmente contradictorias.
- Grado de reconciliación o integración entre acontecimientos intrapsíquicos y conductuales.

Funcionamiento autónomo:

- Grado de funcionamiento de los mecanismos primarios de autonomía.
- Grado de funcionamiento de los mecanismos secundarios de autonomía.

Competencia y dominio:

- Grado en el cual el sujeto utiliza su capacidad de interacción y su control, dominio activo y causalidad sobre su medio ambiente.

- Sentimiento subjetivo de competencia y control del ambiente.
- Grado de discrepancia entre la competencia real objetiva y la sensación subjetiva de competencia.

## 2.2 Objetivos

### 2.2.1 Objetivo General:

- Potenciar fortalezas en grupos de personas que presentan necesidades emocionales y que asisten al Hospital Nacional Pedro de Bathancourt, para optimizar su salud mental.

### 2.2.2 Objetivos Específicos:

- Contribuir a minimizar el malestar emocional, a nivel individual a los pacientes que asisten a la Consulta Externa según sus necesidades.
- Identificar las fortalezas en los pacientes del área de Medicina Interna, Cirugía, Traumatología y Unidad de Cuidados Intensivos para que puedan enfrentar de mejor manera su condición hospitalaria y personal.
- Fomentar la comunicación y una cultura de salud mental, como medio de solución a problemas en el círculo primario.
- Promover en la población la importancia de asistir a consulta psicológica.
- Instruir a la población que se asiste a la Consulta Externa sobre el maltrato infantil, todas sus formas y las consecuencias emocionales de este en la vida adulta.
- Contribuir a la estabilidad emocional del personal de enfermería y que ésta se vea reflejada en la atención al paciente y el clima organizacional.
- Explorar el rol del maltrato infantil en las personas con afecto deprimido e ideación suicida atendidos en la Clínica

de Consulta Externa del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

### **2.2.3 Metodología de Abordamiento**

La metodología mediante la cual se llevó a cabo el proceso de EPS tiene como característica esencial el carácter ecléctico. Se entiende por ecléctico al que está compuesto de elementos, opiniones, estilos, etc., de carácter diverso, que consta de elementos sacados de diversos sistemas, en este caso nos referimos a que el método es ecléctico para explicar que no responde a una sola línea de trabajo o técnicas de una sola línea de pensamiento. De manera que empleando diferentes tendencias según las necesidades de la población y el propósito de cada eje, se logró un desarrollo integral de las acciones del EPS.

El eje de las acciones orientadas al servicio se enfocó en la atención individual y en la intervención secundaria en salud, es decir la intervención de carácter curativo, lo cual nos lleva nuevamente a una metodología ecléctica ya que se trabajó diferentes técnicas de diversas corrientes psicoterapéuticas, con el fin de satisfacer las necesidades particulares de los pacientes. En este eje se integraron técnicas de diferentes corrientes como la Gestalt, la Logoterapia y la Terapia Racional Emotiva.

La metodología utilizada en el eje de acciones enfocadas en la orientación y la prevención se dividió en dos partes: la realizada con el personal de enfermería y la realizada en le sala de espera de la Consulta Externa.

Las actividades realizadas con el personal de enfermería tuvieron en parte carácter participativo, ya que los participantes fueron agentes activos de la realización de las actividades, más no se puede hablar de un método netamente participativo, pues hubo también actividades que fueron planificadas a criterio únicamente de los jefes de servicio y de la psicóloga epesista.

Así mismo se llevaron a cabo actividades en la sala de espera de Consulta Externa donde se utilizó una metodología distinta, en la cual se destaca la promoción de la asistencia al Departamento de Psicología como parte de la salud integral y también la prevención del maltrato infantil, apoyándonos en el discurso y material impreso con la información necesaria.

En lo que se refiere al eje de acciones orientadas a la producción de nuevos espacios de conocimiento se utilizó un modelo mixto ya que si bien, debido a que los sujetos de investigación son personas, especialmente la psique (alma) de estas, vamos a enfatizar en la subjetividad y esto tiene como objetivo la descripción de las cualidades de un fenómeno, buscando un concepto que pueda abarcar una parte de la realidad, valiéndose principalmente de la observación y la interpretación; sin embargo nos apoyamos también en escalas de medición de Beck lo cual nos sugiere interés en factores cuantitativos.

Previo a la realización de Ejercicio Profesional Supervisado, se llevó a cabo una serie de actividades que permitieron desarrollar el anteproyecto en relación a las necesidades de la población, las cuales serán explicadas en las siguientes fases:

I Fase de Implementación: El curso propedéutico introductorio (que favoreció el esclarecimiento y establecimiento de los parámetros para la realización del EPS). Este consistió en la realización de diferentes reuniones con el grupo general con personas que realizarían el EPS para conocer conceptos metodológicos, teóricos así como la función del epesista, ubicación e información puntual como contactos y servicios brindados en cada centro.

Se realizaron clases magistrales tanto como dinámicas, que propiciaron la interacción y conocimiento entre las personas que conformaron el grupo. Asimismo se contó con la presencia de compañeras que realizaron su Ejercicio Profesional Supervisado en el año 2008, quienes compartieron la experiencia vivida en algunos centros pertenecientes al área.

II Fase Diagnóstica: Se realizó la presentación a la institución por medio de una carta del Departamento de EPS de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC, en una entrevista directa con el jefe del Departamento de Psicología de la Institución.

Se realizó visita de diagnóstico por un tiempo aproximado de un mes, con fines de observación, realización de entrevistas a población en general y profesionales de la institución, autoridades de la aldea San Felipe de Jesús, visita a instituciones públicas y privadas.

En cuanto a las acciones dirigidas a la atención primaria se realizó un diagnóstico de la situación de la población por medio de la observación y la entrevista. Además se realizó actividades de inmersión, es decir, que se tuvo contacto directo con la población en general, profesionales de la institución y autoridades de la aldea. Una

vez identificadas las necesidades por medio de la inmersión y el diagnóstico, se procedió la planificación de las actividades que cubrieron dichas necesidades.

Para la realización de acciones orientadas a la instrucción y prevención fue necesario al igual que en el Servicio, utilizar el diagnóstico, la observación y la inmersión, ya que las charlas a realizar para cubrir este sub-programa se realizaron con la misma población, con el fin de apoyar a los que ya asisten a terapia y de instar a los que lo necesiten, a acudir a la clínica de Consulta Externa.

Para iniciar el proceso de investigación se realizó un diagnóstico que incluyó entrevista, en su mayoría a los Licenciados en Psicología del Departamento, luego se llevó a cabo la identificación del problema por medio de la observación y las entrevistas antes mencionadas, con el fin de determinar las condiciones y el contexto en que se desenvuelven, las situaciones particulares a las que se enfrentan, las percepciones e interpretaciones de los sujetos, relaciones y reacciones que establecen en el proceso.

III Fase de elaboración del proyecto: Con base en el diagnóstico, se llevó a cabo la planificación de actividades que ayudaron a combatir las dificultades detectadas. Este proceso se apoyó en la revisión de informes de procesos de EPS realizados en la institución con anterioridad, así como también en las entrevistas a profesionales y líderes comunitarios.

La realización del anteproyecto incluyó, según lo observado; la determinación de las necesidades o problemas que se presentan en la población; objetivos que respondían en ese momento a dichas

necesidades; estrategias que explicaban el medio por el cual se tenía contemplado cubrir estos objetivos; y un plan de trabajo que determinó la programación operacional del proyecto.

IV Fase de Promoción: Para la realización del EPS se debió informar previamente a la población sobre los servicios que se estarían brindando, para lo que se realizó carteles exponiendo los problemas más comunes que se presentan a la Consulta Externa, invitando a las personas a asistir a psicoterapia.

El jefe del Departamento presentó los servicios de Psicología y los puso a disposición de las jefes de enfermería de los distintos servicios.

Se realizó una presentación de la labor psicológica en la Consulta Interna, promoviendo los servicios psicológicos entre médicos, enfermeras y estudiantes de enfermería, e informando oralmente y por escrito, el número de clínica y número de la línea telefónica de la que se dispuso para el servicio de referencia de pacientes de Consulta Interna.

V Fase de Ejecución: Ya determinadas las fases anteriores y luego de la aprobación del anteproyecto del Ejercicio Profesional Supervisado, se dio inicio a la ejecución del mismo, que a partir de esta fecha tuvo una duración de ocho meses, especificándose en las planificaciones, fechas y actividades; en los que se cumplió con el desarrollo de tres ejes: Docencia, Investigación y Servicio.

En cuanto al eje que contempla acciones orientadas a la docencia, en apoyo al personal de enfermería se impartieron talleres y

conferencias formativas al personal de esta área, ya que fue solicitado por la jefe de este departamento. Estos se impartieron inicialmente dos veces al mes, según conveniencia y disposición de ambos departamentos (Psicología y Enfermería); hasta la aparición de la Influenza A H1N1, que azotó a nuestro país, por lo que fue necesario suspender esta práctica debido a que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tomó como medida de seguridad una serie de disposiciones entre las cuales se incluía la prohibición de reuniones al personal.

A raíz de la alteración del proceso en vista de nuevas necesidades y circunstancias (medidas de seguridad y nuevas necesidades de la población) se planificó la atención directa en el área de espera de Consulta Externa a través de la distribución de material que contiene información sobre Maltrato Infantil, tipos de maltrato y sus consecuencias en la vida adulta.

El objetivo del Sub- programa de investigación es Explorar el rol del maltrato infantil en las personas con afecto deprimido e ideación suicida atendidos en la Clínica de Consulta Externa del Hospital, por lo que una vez identificada la población con las características útiles al tema, se procedió a la aplicación de tests y entrevistas.

VI Fase de Monitoreo: Las actividades fueron monitoreadas constantemente en las reuniones mensuales, realizadas en grupo, así como en supervisiones realizadas esporádica y sorpresivamente al Hospital por parte del Supervisor encargado del Departamento de EPS de la Escuela de Ciencias Psicológicas USAC.

En cuanto a las actividades realizadas con el Departamento de Enfermería, el monitoreo de estas actividades estuvo a cargo del jefe del Departamento de Psicología.

VII Fase de Evaluación: El EPS fue supervisado por el jefe inmediato en el Hospital y el supervisor del área del Depto. de EPS de la Escuela de Ciencias Psicológicas USAC; debiéndose entregar informes mensuales a ambos con los datos de las actividades realizadas y evolución del proyecto, respectivamente. Permanente y constante evaluación del proceso mediante las reuniones mensuales efectuadas en grupo.

El diario de campo e informes mensuales describieron evolución y transformación del proceso planteado inicialmente y los logros y cumplimiento de las metas trazadas, para los tres ejes a ejecutar.

VIII Fase de Sistematización y Registro: Se registró información para utilidad de ambos licenciados encargados del Proceso de EPS; por su parte el Hospital tiene un sistema de registro de pacientes que contiene información personal de cada paciente (número de registro, nombre y apellido, edad, procedencia y diagnóstico), así mismo se maneja un registro interno con la misma información para uso exclusivo de cada profesional, cuya información servía para la realización de un informe mensual rendido ante las autoridades del Hospital así como también, para la complementación de un Diario de Campo que contenía información sobre lo realizado diariamente, la cual integraría los informes mensuales entregados al supervisor del EPS, estos contenían actividades realizadas en cada eje, el número de participantes, los logros obtenidos con dichas actividades, las

dificultades encontradas en el proceso, y las alternativas de solución a las dificultades encontradas.

De modo que el Ejercicio Profesional Supervisado tuvo las bases anteriormente mencionadas y apoyado en ello utilizó los siguientes elementos:

### **Técnicas e Instrumentos:**

**Observación:** La observación es una actividad realizada por un ser humano que asimila el conocimiento de un fenómeno, y según el método científico es el registro y la medida de los hechos observables. Se recurre a la utilización de este instrumento ya que la población será objeto de estudio durante las sesiones de terapia, para obtener resultados que evidencien la realidad que viven los pacientes. Además se utilizó este instrumento en la realización de actividades orientadas a la docencia, jugando un papel de evaluación en pro del mejoramiento de las prácticas.

**Psicoterapia:** Como parte del quehacer y tareas del Departamento se proveyó de Terapia Psicológica a los pacientes según sus necesidades por lo que fue necesaria la transcripción de los testimonios, que representan la extracción de datos válidos y confiables por tratarse de una fuente primaria de información.

**Entrevista:** es una charla, conversación o diálogo cuyo fin es la obtención de información; esta fue de gran utilidad ya que a través de su empleo, se obtuvo información desde la fase de implementación y fue útil hasta el final de la realización de este informe.

Diálogos informales: Es una forma de expresión individual, oral y compartida, que algunas veces implica un proceso lento, que pasa por el silencio y la resistencia de los participantes. A través de los diálogos se desarrolla la identidad de los participantes con el servicio y el problema así como la identidad de todos como grupo. Este proceso es específico de las investigaciones con seres humanos y son condición para la calidad de la información; por lo que fue eminentemente conveniente su utilización en el proceso.

En virtud de que en lo que a la investigación compete se incluyó la ideación suicida y el intento de suicidio, fue necesario incluir entre los instrumentos las Escalas de Depresión e Ideación Suicida de Beck; las cuales consisten en una serie de afirmaciones de las cuales el paciente debe escoger la que más represente su sentir o pensar.

Por otro lado fue necesario también abordar la situación de maltrato; para lo que se aplicó un cuestionario, que es un conjunto sistematizado de preguntas sometido a la consideración de una persona para conocer, a través de las sucesivas respuestas que se den, los datos o circunstancias del asunto a que tales preguntas estén referidas; el utilizado en este caso contenía de 7 preguntas abiertas con el objetivo de proyectar las secuelas del maltrato. Este instrumento posee preguntas directas abiertas sobre el tema y otras en las cuales se debe elegir posibles respuestas con la apertura a agregar las que considere necesarias.

Análisis de la Investigación: El análisis de los resultados fue tabulado, en un primer momento por las características, necesidades y problemáticas existentes expresadas en las entrevistas. Luego por los resultados que arrojó la aplicación del cuestionario los que fueron

reportados a través de un análisis interpretativo de los hallazgos. Cabe destacar la importancia del análisis, ya que este permite desarticular un acontecimiento o situación en sus diferentes componentes, estudiarlos por separado, procurando ubicar su estructura interna, es decir, las características particulares de cada elemento que forma ese todo a estudiar.

Reporte de los resultados: de este modo se da a conocer los hallazgos de la investigación aportando nuevas formas de conocimiento útiles.

Material Impreso: Trifoliales, es una forma de presentación de información comprendida en tres caras posteriores y tres anteriores, estos fueron utilizados en las actividades dirigidas a la formación y prevención, conteniendo información clave sobre la problemática del Maltrato en la Infancia y sus consecuencias en la vida adulta.



## CAPITULO III

### DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

En este capítulo se procede a describir la experiencia derivada de los ocho meses de realización del EPS, que se divide en los tres ejes sobre los que se desarrolló la actividad. Previo a la descripción de la experiencia por ejes, debemos abordar situaciones que son competencia del ejercicio como un todo.

Al iniciar el proceso se llevó a cabo una presentación con el jefe del Departamento de Psicología del Hospital, por medio de la respectiva carta del Departamento de EPS de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la USAC, esta se llevó a cabo gracias a la colaboración de una compañera que inició el proceso un tiempo antes; quien además ofreció un recorrido por las instalaciones del hospital, explicando según su experiencia el funcionamiento del mismo, así como también me introdujo con las personas encargadas de algunos servicios de las que hasta el momento de inicio ella tenía conocimiento.

Posteriormente se realizó la visita diagnóstica, en la que se llevó a cabo observaciones y entrevistas para lograr emprender un proyecto de trabajo basado en las necesidades de la población y la institución, entre las personas que se entrevistó se encuentra el jefe del Departamento de Recursos Humanos, quien amablemente proporcionó información sobre la estructura interna del Hospital; el jefe del Departamento de Psicología, quien contribuyó describiendo diestramente las necesidades así como también lo hizo la psicóloga de planta encargada del área de Psicología Infantil.

La realización del eje comprendido por el servicio se llevó a cabo en la Consulta Externa e Interna y en las ocasiones necesarias en Emergencia y demás Servicios Internos del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt.

Este tipo de atención tuvo una fase fundamental previa de orientación por parte del jefe del Departamento Psicología, en cuanto a las necesidades experimentadas por la población, los tratamientos y los procesos necesarios a realizar antes de llevar a cabo la terapia como tal, como parte de ello proporcionó las fichas clínicas psicológicas así como las hojas de evolución que forman parte del expediente de cada paciente. Cabe mencionar que este es un expediente que se maneja separadamente del expediente general del hospital por considerarse que su contenido debe ser confidencial. Esta actividad de orientación, fue realizada durante la visita diagnóstica realizada por un mes antes de iniciar el proceso.

En vista de la necesidades planteadas por el personal de la institución tanto como las observadas en la población se atendió todo tipo de población adolescente y adulta que asistió a la Consulta Externa y referida de Consulta Interna, esta actividad se llevó a cabo de lunes a jueves de 8 a.m. a 12 p.m. y viernes de 10 a.m. a 12 a.m. (para dar espacio a la realización de actividades enfocadas en la orientación y prevención), dividido en dos partes para atender ambas secciones del servicio cubierto por el personal del hospital.

La Consulta Externa comprende la atención a pacientes que solicitan la atención directa, los pacientes adultos (por lo general padres de los pacientes) y adolescentes, referidos por Psicología infantil y pacientes referidos por otras áreas médicas de Consulta Externa y Emergencia.

Por cuestiones de espacio físico fue necesario compartir la clínica de Consulta Externa con otra compañera epesista, de manera que se organizó el horario a conveniencia de la mejor realización y desempeño de ambas y los respectivos proyectos. Los primeros tres meses se realizó una día cada una en los servicios destinados para cada una, luego en vista de la necesidad de no dejar desatendidas las áreas durante un día, se decidió que a quien le correspondiera determinado día atender Consulta Externa atendería su servicio predeterminado y las referencias de el o los servicios de la otra compañera, y cuando a mi me correspondió atender Consulta Interna, cubrí las áreas predestinadas para el servicio (medicinas, cirugías, traumatología y UCI) y además los servicios predestinados para la compañera (Maternidad, Ginecología y Obstetricia). En el mes de junio se decidió hacer un cambio en la distribución del tiempo de clínica de Consulta Externa, ya que se vio la necesidad (para beneficio del eje de investigación) de que cada quien realizara servicio en las áreas predestinadas en un principio para este eje. Quedando de la siguiente manera:

De 8 a 10 a.m. en CoEx y de 10 a.m. a 12 p.m. en Consulta Interna (medicinas, cirugías, Traumatología y Unidad de Cuidados Intermedios e Intensivos).

Se definió de esta manera debido a que las pxs. de Maternidad regularmente salen antes de las 11:00 a.m. por lo que a la compañera le fue conveniente visitarlas temprano. Y a los pacientes del tercer y cuarto nivel les pasan la visita de 9:00 a.m. en adelante por lo que a las primeras horas de la mañana aun no se tiene referencias de los médicos. Además hubo en el mes anterior casos interesantes a mi tema de investigación, atendidos por la compañera

y del mismo modo casos que le son útiles a ella para su investigación atendidos por mi persona.

Los pacientes asistentes a Consulta Externa presentaron diferentes patologías, en distintos niveles de gravedad, por lo que los pacientes en estados críticos, se citaron dos veces por semana (cabe destacar que estos fueron escasos), otros una vez por semana, y en fases avanzadas del proceso terapéutico se espaciaron a cada quince días; algunos otros pacientes, como padres referidos por Psicología Infantil, cuyos hijos tenían cita mensualmente y otros por razones de trabajo o gran distancia del lugar de procedencia, expresaban la posibilidad de asistir únicamente una vez al mes; por lo que fueron calendarizados según necesidades y posibilidades.

Con respecto a los padres que asisten a terapia, se vio la necesidad que citar a los mismos, no solo el mismo día como se mencionó anteriormente sino también, se procuró contrastar con Psicología Infantil, la hora con el afán de optimizar el tiempo de psicoterapia, ya que algunas madres asisten al hospital solas con sus hijos por lo que de no contrastar la hora, se tendría que atender a la paciente en compañía de su hijo, lo cual no es una condición óptima para la psicoterapia; aunque en algunas ocasiones se hizo de esta manera y alguien más del personal de Psicología cuidaba al niño mientras la madre entraba a psicoterapia, pero no siempre se tuvo disponibilidad de espacio ni tiempo de otro terapeuta.

La distribución de pacientes tuvo lugar en los primeros días del EPS refiriendo a mi persona todo paciente que se acercaba a la Consulta Externa, hasta robustecer la cartera de pacientes, luego de esto los pacientes fueron distribuidos entre las cuatro personas que

laboramos en el Departamento a quien tenía el espacio más próximo o en ocasiones cuando se tenía indicios del motivo de consulta, los pacientes fueron referidos a quien el caso sirviera de campo de investigación, de modo que algunos pacientes de los que se sabía habían sufrido maltrato infantil de cualquier tipo o tenían intentos suicidas me fueron referidos.

Las sesiones psicoterapéuticas idealmente debieron tardar de 45 minutos a una hora máximo, en algunas ocasiones este tiempo estipulado se extendió debido al estado emocional afectado de los pacientes; generalmente esto ocurrió en la primera cita en donde además de establecer el contrato terapéutico se observó en los pacientes catarsis logradas en últimos momentos de la sesión, por lo que fue necesario tomar unos momentos de la siguiente hora para estabilizar al o la paciente.

Al abordar por primera vez a un paciente, se procedió a llenar la ficha clínica, que contiene información general (nombre, sexo, edad, dirección, teléfono, escolaridad, religión, etc.), información de interés institucional (No. de registro, quién refiere al paciente) e información de competencia psicológica (motivo de consulta, breve historia clínica, enfermedades padecidas, tratamientos psicológicos anteriores, sintomatología, etc.). Luego surgía el contrato terapéutico, es decir la explicación de los parámetros que regirían el proceso, estableciendo también las metas o propósitos del mismo. Cabe mencionar que cada caso tuvo un abordamiento distinto, ya que en ocasiones el paciente proyecta una necesidad urgente de tratar (el motivo de consulta) y en otras el paciente no conocía el quehacer psicológico (en la mayoría los casos referidos por somatización o hipocondría), por lo que no se puede afirmar que el proceso de la

primera sesión tuviera siempre el mismo orden de sucesos. Así mismo ocurre que algunos pacientes permiten o se sienten entusiasmados con el hecho de que el terapeuta transcriba el discurso mientras él lo emite, o caso contrario hubo pacientes a los que se les observó incómodos con esta situación, por lo que se decidió transcribir la experiencia después de que el paciente abandonara la clínica.

Posteriormente se procedía a fijar una fecha para la próxima sesión, como se mencionó anteriormente según la disponibilidad y necesidades del paciente (observadas o referidas por él mismo). A continuación con el auxilio del Manual Diagnóstico de las Enfermedades CIE-10-, se intentaba dar un diagnóstico o impresión clínica, esto debido a que al terminar la jornada laboral se debe llenar un registro de los pacientes atendidos en el que se especifica el No. de registro del paciente, su nombre, edad, procedencia, etnia, si es primera consulta o reconsulta y un diagnóstico con código del manual CIE-10; parte en la que se considera prudente aclarar que muchas veces no se tuvo un diagnóstico claro o convincente del paciente por ser las primeras sesiones, ya que hay pacientes cuya problemática es compleja y se necesita de la aplicación de pruebas o bien se adapta más a un diagnóstico psicodinámico que no se encuentra en el Manual, casos en los que se optó por buscar un diagnóstico que se apegara a la sintomatología mientras se lograba un diagnóstico definitivo.

El examen mental y anotaciones sobre lo sucedido en la psicoterapia se anotaron en hojas de evolución; las cuales al final de la jornada, debían ser revisadas por el jefe del Departamento para corroborar la correcta exposición del expediente y en el caso de necesitar algunas correcciones o ampliaciones se completaba con las

sugerencias proporcionadas por él, ó en el caso de ser correctas debían ser firmadas y selladas por su persona.

En cuanto a las corrientes y técnicas utilizadas en la psicoterapia se refiere, sabemos que debido a la subjetividad característica del proceso no podemos establecer una específica, por lo que éste se rigió en base a las características propias de la patología, la personalidad y necesidades del paciente. Siendo las más utilizadas la terapia gestáltica (que incluye en su haber la técnica de la silla vacía y la promoción del "vivir en el aquí y el ahora"), con el objetivo de hacer conscientes los focos traumáticos de la vida de la persona, como la necesidad de cerrar los procesos que no permiten el desarrollo integral y sostenible de la salud mental.

Al practicar estas técnicas gestálticas se logró la catarsis del paciente, es decir la introspección del problema, lo que conlleva llegar a las razones por las que han llegado a sufrir determinada sintomatología o comportarse de cierta manera. Esto se llevó a cabo por medio de una interacción mayéutica. Es decir que por medio de preguntas, en algunos momentos confrontativas (hasta donde se considerara necesario), se fue llevando a la persona a analizar el por qué de ciertas actitudes o reacciones ante las situaciones adversas, logrando con esto que la persona identificara sus debilidades emocionales y a partir de ello fortaleciera estas áreas, los cambios por ejemplo en los casos de depresión se observaron en la presencia de llanto espontáneo al iniciar el proceso, los pacientes referían tener dificultades para conciliar el sueño, disminución en el apetito, sensación de no ser querido, etc. Como síntomas patognomónicos de depresión, los cuales al asistir a varias sesiones fueron desapareciendo, y en consecuencia también se vio el cambio (según

referencia de pacientes y algunos familiares) en sus relaciones sociales ya que algunos pacientes habían tomado actitudes de aislamiento. También se pudo observar que a medida que las personas reforzaban su autoestima, hacían cambios sustanciales en cuanto a relaciones de poder por ejemplo en el trabajo o en pareja o familia en general, ya que tuvieron la valentía de enfrentar a quienes abusaron de ellas y ellos por su pasividad.

También se utilizó la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis, que intenta descubrir las irracionalidades de los pensamientos y así sanar las emociones dolorosas, dramatizadas y exageradas que han sido provocados con esquemas mentales distorsionados. Con esta se logró disminuir los síntomas de ansiedad y depresión relacionados con ideas irracionales o ilógicas, infundadas en su mayoría en el seno familiar, logrando un cambio en la actitud de las personas frente a la vida.

Con la utilización de técnicas de ambas corrientes se logró contribuir a construcción y mantenimiento de la salud mental de la población atendida que como ya es de nuestro conocimiento, no es población de la aldea ni del municipio exclusivamente, ya que asisten personas de la ciudad capital y otros departamentos, que a pesar de que poseen hospitales nacionales, asisten al Hospital Nacional de Antigua, expresando que éste posee popularidad por dar atención inmediata y de buena calidad.

Por otra parte tenemos también la asistencia de algunos adolescentes (tomando en cuenta que la OMS define como adolescente a una persona que tiene entre 15 y 18 años de edad, se atendió también a niños de trece años en adelante) ya que aunque la clínica no brinda atención específica a ellos, no se considera prudente

que asistan ya a la clínica Infantil, de modo que una vez concertada la cita se procedía a una entrevista con los padres (generalmente la madre) para indagar qué sintomatología era evidente en el hogar así como la impresión de los padres, y la observación de la actitud de ellos hacia el o la adolescente y a su problemática, y un panorámica de la dinámica familiar ya que en una opinión personal, a partir de la experiencia los niños y adolescentes solamente son un reflejo de lo que sucede en la familia, por lo que fue necesario conocer si existen problemas de pareja en los padres, relación entre hermanos, responsabilidades que tiene el o la paciente en el hogar, o si los padres tenían conocimiento de alguna situación escolar o ajena al adolescente (tal vez de tipo social en la comunidad o escuela); luego de esta entrevista inicial a los padres se procedía a entrevistar al paciente en cuestión, a solas; aunque los padres, en ocasiones, aún preguntan si deben quedarse en la clínica.

Estando ya en la primera sesión psicoterapéutica se procedía a iniciar un proceso de empatía debido a que los adolescentes suelen ser desconfiados con respecto a la confidencialidad de la conversación, esto incluye relaciones de pareja que sus padres desconocen, dudas o experiencias relacionadas con sexualidad, rechazo e el ámbito escolar, así como problemas familiares que los padres no admiten como alcoholismo y violencia en el hogar. Cabe mencionar que la confidencialidad fue un punto importante de aclarar a los padres tanto como a los adolescentes, ya que en ocasiones los padres pretenden que el psicólogo o psicóloga le ponga "al día" de lo que su hijo hace y piensa porque no existe confianza entre ellos.

Una vez lograda la confianza con el paciente, se procedía a examinar el foco de la situación, así como a identificar pensamientos

o ideas erróneas y sanando emociones dolorosas, como parte de la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis. Con este proceso en cuestión de tres o cuatro sesiones (generalmente) se veía un cambio de actitud y comportamiento, expresado tanto por el paciente como por el padre que le acompañaba, con quien se tenía una entrevista corta cada dos o tres sesiones para evaluar el comportamiento o la evidencia de cambio en el ámbito familiar.

En estos casos la experiencia fue satisfactoria y productiva ya que se observó, que a raíz de los problemas psicológicos que presentaron los adolescentes, se pudo llamar la atención de los padres y al asistir a la psicoterapia fueron estimulados a hacer cambios en los patrones de crianza y por lo tanto también se crea una reacción en cadena, siendo cada uno de los pacientes y padres un potencial ente de cambio tanto en el ámbito personal como en la comunidad y así mismo en la percepción de la Psicología como ciencia como una necesidad.

En lo que a la Psicoterapia con adolescentes como tal se refiere, podemos decir que se tuvo casos de diferentes sintomatologías que incluyen problemas de conducta (como rebeldía, agresividad, uso de alcohol y tabaco, otras drogas, problemas para relacionarse con personas de su edad, etc.), trastornos del sueño, trastornos alimenticios, riesgo suicida (incluyendo tanto ideación como intentos suicidas), aislamiento social, trastornos afectivos (con estados depresivos o fluctuantes), así como alguna vivencia traumática como hechos violentos en contra de otras persona o en contra de su persona, separación física de algún ser querido o lugar, etc.

A raíz de la experiencia con los adolescentes, se vio la necesidad de realizar y reforzar acciones que permitan a los mismos oportunidad de un crecimiento sano y un desarrollo integral, previniendo el consumo y abuso de sustancias, como el tabaco y el alcohol y actitudes como la practica de la abstinencia o el sexo seguro y responsable; a través de explicación de las situaciones anteriormente mencionadas y de sus consecuencias.

En el área de Consulta Interna se ejecutó el servicio en el horario distribuido como se detalló anteriormente en el apartado de Consulta Externa. De modo que se realizaron las visitas de 10:00 a.m. a 12:00. En su mayoría los pacientes atendidos en esta área fueron referidos por médicos o enfermeras del área; las cuales aumentaron a partir del conocimiento de personal epesista en el Departamento ya que cuando no lo hay, los psicólogos de planta no disponen de mucho tiempo para atender la Consulta Interna debido al exceso de pacientes de Consulta Externa.

En algunas ocasiones se tuvo el inconveniente de que las referencias llegaban a la clínica de Psicología Infantil, puesto que era la más inmediata a los estudiantes de medicina y a consecuencia de que los estudiantes internos de medicina son rotados cada tres meses, no conocían a donde llevar las hojas de referencia. Las hojas de referencia o consulta son un formulario llenado por los médicos cuando hay necesidad de un consulta a otros Departamento como en este caso el Departamento de Psicología, en donde se incluyen datos como: nombre del paciente, edad, área, jefe del área (quien firma y sella) y el motivo de la consulta. Derivado de esta situación se realizó carteles que contenían (estos se pegaron a las pared de cada servicio, a la vista del personal) la información de a dónde se podían llevar las

referencias o la extensión telefónica del Departamento para solicitar la atención y se dio una pequeña presentación en cada servicio con el fin de que conocieran a ambas psicólogas encargadas del área (junto a la compañera epesista, con la que en un principio se compartía la Consulta Interna). Con lo anterior se comenzó a recibir mayor cantidad de pacientes referidos de Consulta Interna.

Por recomendación y procedimiento ideal según el jefe del Departamento, las hojas de evolución de los pacientes en Consulta Interna no se manejan igual que las de Consulta Externa, ya que el expediente que se tiene en los demás servicios, está al alcance de cualquier persona que sea parte del personal del hospital, por lo cual no se considera prudente incluir información personal, como los motivos por los cuales el paciente se encuentra en estado depresivo por ejemplo; por lo tanto se incluye esencialmente el examen mental que está compuesto por: actitud, imagen o arreglo personal, estado de la conciencia, orientación en las tres esferas, memoria, juicio, lenguaje contenido de ideas actividad motora y síntomas especiales de depresión.

Únicamente en los casos que se considera podrían convertir en casos legales (con intervención de la PGN), se debe incluir si existe maltrato (en el caso de los niños, en casos de intento de suicidio por ejemplo), ya que estas notas evolutivas de la condición del paciente forman parte del informe legal, que es pedido en la mayoría de los casos por los juzgados de la niñez y la adolescencia.

En cuanto al abordamiento en sí, en la medida de lo posible se sacaba a los pacientes de sus salas, de lo contrario se abordaban directamente frente a sus camas. Con esto se logró que los pacientes

se sintieran más libres de hablar acerca de sus problemas familiares e íntimos. En el caso de los pacientes en salas de aislamiento no era necesario ni permitido sacar al paciente, solo se tomaba las medidas de bio-seguridad para evitar contacto con agentes infecciosos.

Generalmente se brindó Terapia de Apoyo, debido a que los estados depresivos (diagnóstico más frecuente en Consulta Interna) eran formaciones reactivas a la hospitalización o al diagnóstico médico.

Con la terapia de apoyo se logró generar en la mayoría de los casos, un progreso (aunque leve en algunos pacientes) observable en el estado anímico y actitudinal, cognitivo y conductual de los pacientes, ya que por ejemplo algunos no hablaban o no querían ingerir sus alimentos, lo cual no colaboraba con su recuperación, y luego de una o dos visitas se observaba que ingerían gradualmente sus alimentos o colaboraban con el personal médico y de enfermería para sus cuidados higiénicos y curaciones; lo que se consideró suficiente mientras los pacientes eran egresados, en los casos que se creyó que lo ameritaban, se procedió a referirlos para seguir tratamiento a través de la Consulta Externa del Hospital.

La mayoría de los pacientes de área de Cirugía de Hombres y Mujeres, fueron referidos por úlceras por decúbito, lo que se traduce en úlceras que se hacen por permanecer acostados sin movimiento o cambio de posturas, en estos casos la mayoría de pacientes expresaron su deseo de egresar contraindicadamente (egreso contraindicado: egreso que pide el paciente aunque el médico no lo haya ordenado), ya que este tipo de úlceras toman varios días en recuperarse, aún más si éstas se infectan, por lo que el proceso de

recuperación y en consecuencia, la estadía en el hospital, se prolonga en algunos casos hasta mes y medio; en los casos descritos se logró el cambio de actitud hacia la hospitalización y en otro hacia la intervención quirúrgica, logrando con ello una recuperación total por medio de atención integral. A este tipo de pacientes se brindó terapia de apoyo y seguimiento en varias ocasiones ya que se pretendió que el paciente no recayera en la formación reactiva, con lo cual se logró motivar al paciente, ya que en varias ocasiones expusieron sentirse importantes para la institución.

Además, como mencionamos anteriormente, se brindó atención a adolescentes en el área de Consulta Interna, en esta área se presentaron al igual que en los adultos, problemas reactivos a la hospitalización pero así mismo se brindó atención de urgencia a pacientes en su mayoría adolescentes, que ingresaron por intento de suicidio, a los cuales se intentó dar atención inmediata pero en algunos casos no fue posible, porque se encontraban sedados bajo efectos de atropinas por ejemplo, que es un medicamento que, según se observó, es utilizado cuando un paciente se encuentra intoxicado.

La manera más común en la que los adolescentes atentan contra su vida, observada en el hospital, fue la intoxicación con Tamarón, y en su defecto con implementos para la limpieza, de modo que estos salieron de su sedación entre dos y tres días después de su ingreso, por lo que hasta ese momento pudieron ser abordados.

El abordamiento directamente se llevó a cabo visitando a los pacientes en sus habitaciones, las cuales en los primeros días eran habitaciones de aislamiento, lo que fue propicio para el abordaje,

creando el ambiente de confianza y confidencialidad esencial en el abordaje de adolescentes.

Al inicio, igual que en todos los procesos de psicoterapia, se propicia un ambiente de empatía, continuando con actitudes y situaciones clave en estos momentos como: tratarlo con respeto, ya que en estos momentos se encuentran vulnerables a los juicios que se emiten acerca de lo ocurrido; tomarlo en serio, debido a que la mayoría ven el hecho como una manera de llamar la atención de sus padres y si no es suficiente se refuerza la idea de volver a intentarlo; creer lo que nos manifiesta, ya que debemos recordar que en psicoterapia el paciente siempre dice la verdad y en este momento es necesario que el adolescente se sienta acompañado y comprendido; escuchar con genuino interés, para reforzar con ello que lo que expresa es importante, aminorando así la sensación de no ser querido que es común en estos casos y por último pero no menos importante, permitirle expresar sus sentimientos (llanto, ira, disgusto, tristeza profunda, decepción), además de responsabilizar al adolescente con su propia vida, siempre que ello sea posible, siendo directivo, con el suficiente tacto como para no parecerlo así, en aras de una relación empática y de confianza.

Una vez, adoptadas las actitudes anteriores se precedió a averiguar las razones por las cuales decidió cometer el intento de suicidio, si era la primera vez que lo intentaba, desde cuando venía pensando en efectuar el hecho, si hubo algún familiar o persona cercana que haya cometido o intentado cometer suicidio. Luego se procedió a trabajar juntos en encontrar soluciones no suicidas, examinando respuestas o salidas alternativas al problema que ha desencadenado este impulso suicida y demás buscando que el o la

adolescente se comprometiera a no autolesionarse durante la o las crisis.

Al final se buscaba reafirmar el compromiso con la ética profesional y con el paciente de no juzgarlo, y de guardar secreto de todas las confesiones que haga el adolescente; con el fin último de que se le diera seguimiento al caso por medio de Consulta Externa para culminar el proceso psicoterapéutico.

También se vio el caso de un paciente adolescente que atentó contra su vida ahorcándose, en este caso se llevó a cabo el mismo procedimiento descrito anteriormente, pero además en vista de que se logró determinar que tenía experiencias psicóticas, se procedió a complementar la atención con la atención psiquiátrica, a fin de que se le suministraran los medicamentos necesarios y de la misma manera seguimiento a través de Consulta Externa.

Cabe mencionar que la atención a adolescentes en el área de Consulta Interna no se limitó a los pacientes con intento de suicidio, sino también como ya se ha mencionado se orientó al acompañamiento de pacientes internos por diversas situaciones, quienes comúnmente sufren de ansiedad o sintomatología depresiva por su hospitalización, ya que por la edad y por las reglas emitidas por la situación de la gripe AH1N1 , generalmente, no les es permitido que sean visitados con frecuencia no acompañados permanentemente por sus padres o en ocasiones que si le es permitido, los padres no pueden acompañarlos permanentemente por razones de trabajo, de modo que los adolescentes experimentan aburrimiento y desánimo, por lo que se consideró necesario un acompañamiento, en ocasiones cuando la estadía se tornaba larga, se precedió a realizar visitas diarias en la medida de lo posible aunque estas fueran cortas, con el

fin de reforzar en el paciente la idea de que son importantes. En ocasiones se complementó el proceso de terapia de apoyo con biblioterapia, con libros de acuerdo a sus intereses y necesidades.

Como logro inmediato de estas intervenciones en adolescentes se identificó el cambio en el estado de ánimo de los pacientes, progreso en la colaboración con el personal médico y de enfermería en los que a cuidados y a alimentación se refiere.

Además se pudo observar como logro de impacto a nivel familiar, que en la medida en que se observaba mejoría en los pacientes, las madres se mostraban menos preocupadas, y por consiguiente expresaban que la situación en el hogar se tornaba menos tensa, ya que cuando los hijos se encuentran hospitalizados, las madres (más comúnmente) y/o los padres descuidan sus labores.

Con respecto a la situación anterior debemos exponer la problemática para observar el logro; sucede que al descuidar diversos ámbitos como el laboral, a su vez se desencadenan deficiencias económicas y por lo tanto preocupación porque en ocasiones hay que pagar medicamento que no hay en el hospital así como también encefalogramas y otros estudios que, aunque a través de Trabajo Social, suelen resultar más económicos, no son gratuitos totalmente; además se suma la desatención a los demás hijos, que en la mayoría de los casos son varios (entre 3 y 5 hermanos) y son menores, quienes se sienten abandonados por sus padres; de modo que al mejorar el estado de ánimo de los pacientes, mejora el estado de ánimo y la perspectiva de los padres y por lo tanto de toda la familia.

En relación con la orientación y prevención, se tuvo dos objetivos, que cubren necesidades de sectores aislados de la población a atender, ya que una cubre el sector público al cual se debe el Hospital Nacional y el otro cubrió la necesidad de personal de mantener salud mental en el equipo de trabajo especialmente en el de las enfermeras. Por lo anterior se abordará en dos apartados.

Con respecto a las charlas a enfermería, ésta fue una necesidad planteada por las enfermeras profesionales jefes de las distintas áreas, expresada al jefe del Departamento de Psicología y consecuentemente, planteada por él a mi persona.

Entre las necesidades planteadas se encontraba el reforzamiento de la autoestima de las/los enfermeras/os, y que conscientes de que esto constituye un pilar importante en la salud mental, lo solicitaron como parte base del proceso de motivación al personal que forma parte de este equipo. Inicialmente se acompañó a la Licda. encargada de Psicología Infantil, a dar la charla a uno de los equipos (de Consulta Externa), con lo que se tuvo la oportunidad de observar la dinámica del equipo y necesidades que no habían sido planteadas. Seguidamente a esto el "servicio" de charlas al personal de enfermería por parte de Psicología empezó a darse a conocer y las enfermeras jefes de cada equipo solicitaban las actividades como complemento a sus reuniones mensuales llevadas a cabo para reorganización, reporte de actividades y otras tareas más del quehacer del equipo.

De este modo las solicitudes eran hechas por las jefes de los equipo por medio escrito o personalmente, exponiendo fecha y hora,

y en algunos casos temas sugeridos, lo que se trataba de contrastar con la calendarización de los pacientes de Consulta Externa.

En un primer momento se impartió una charla motivacional, haciendo énfasis en el tema de autoestima, con el fin de elevar la autoestima del personal y así contribuir con su salud mental.

Se impartió el tema al personal que conforma el equipo de Medicina de Mujeres, Medicina de Hombres, Cirugía de Mujeres, Cirugía de Hombres, Maternidad, Sala de Operaciones, Consulta Externa, Esterilización de Equipos, todas estas desarrolladas de la siguiente manera:

- Dinámica de presentación, realizada con el fin de conocer a los participantes utilizando diferentes técnicas para este propósito.
- Presentación de conceptos fundamentales, proyectando diapositivas con los contenidos fundamentales del tema, permitiendo las intervenciones de los miembros del equipo para reforzar el tema y conocer la dinámica del grupo, así como también identificar líderes y miembros que afectan el funcionamiento del grupo, (datos útiles para los siguientes temas).
- Dinámica de Distensión, con el propósito de mantener el interés del grupo.
- Continuación de la presentación de los conceptos.
- Retroalimentación con el fin de evaluar la actividad y el cumplimiento de los objetivos.

Con la primera intervención a cada equipo se logró conocer al personal que los conforma, y con ello crear un ambiente y relación de familiaridad al momento de convivir en el hospital; ya que por gajes del quehacer psicológico, en las áreas de encamamiento de los diferentes servicios se tuvo contacto directo con las/los enfermeras/os, quienes frecuentemente proporcionaron información de primera mano sobre el estado anímico de los pacientes.

Además se logró la promoción de la salud mental y la disminución de los tabúes que se tienen sobre la atención psicológica, ya que los participantes denotaron actitud de interés en las actividades grupales de orientación tanto como en la atención psicológica individual; pudiéndose inferir que asimismo transmitirán en sus círculos sociales, una nueva percepción acerca de la atención psicológica, siendo cada miembro del grupo un ente potencial transformador de representaciones sociales erradas acerca de la psicoterapia, transformando el concepto de la misma en algo positivo y necesario para la salud mental.

También surgió la oportunidad de que algunos de los participantes expresaran situaciones y formas de sentir muy personales, provocando en el grupo un ambiente de confianza y empatía. Éste ambiente de confianza y empatía a su vez colaboró con la dinámica del grupo, logrando una mayor comprensión de la personalidad y dificultades de cada miembro, causando un ambiente laboral ameno; demostrado en las expresiones de satisfacción hechas por los participantes y los jefes de cada servicio.

Como logro inmediato, se pudo observar la participación activa de miembros que el jefe del equipo o el grupo mismo describía como

tímidos o pasivos, ya que muchos expresaron sus opiniones o experiencias personales a cerca del tema y en ocasiones posteriores expresaron su agrado y el de los suyos al saber de su participación en estas actividades; contribuyendo también con esto a una nueva percepción del quehacer psicológico en la comunidad.

Agregado a esto, se vio cumplido el objetivo de elevar la autoestima en las personas asistentes, ya que se observó luego de la charla, la convicción de ser importantes para el equipo, para el hospital, la población atendida como también a nivel familiar y social; motivándolos a ser entes innovadores.

Proseguimos con la descripción de la segunda parte de las actividades enfocadas en la orientación y prevención, que se refieren a las ejecutadas en el área de Consulta Externa, realizándose los días viernes entre 8 a.m. y 10 a.m. ya que en ese horario se encuentra llena la sala de espera de la Consulta Externa y es productivo intervenir al paciente en ese momento, pues se encuentran esperando sin más que hacer a que los llamen, por lo que si están preocupados por alguna situación; la intervención resulta en una especie de solución que se presenta a la mano, lo que provoca que al finalizar la exposición y detalle del problema o bien después de haber sido atendidos por el médico; las personas se avoquen a la Clínica de Consulta Externa de Psicología.

En este espacio se llevaron a cabo charlas informativas con el tema: Maltrato Infantil y sus Consecuencias, esta charla se dio en complemento de un tríptico con la información descrita conteniendo información clave como: qué actitudes constituyen maltrato, las consecuencias a corto y a largo plazo. (Ver anexos)

De modo que con el proceso descrito se logró promover la Psicología a nivel general, la Clínica de Psicología del hospital, así como también se contribuye a la salud mental de la población, que asiste al hospital así como a la población cercana a estas personas; ya que esta inducción trabaja como una reacción en cadena, haciendo de cada persona que escucha la charla y recibe el tríptico; un potencial promotor de la salud mental y del servicio que presta el hospital en este aspecto, así como también hace un llamado a la reflexión personal sobre la situación de maltrato y los patrones de crianza utilizados en los hogares guatemaltecos, que como sabemos en su mayoría aún utilizan métodos violentos, tanto físicos como de coacción y manipulación psicológica para corregir y criar a sus hijos.

Ahora procederemos al apartado concerniente al eje de acciones orientadas a la investigación, que como se encuentra en el espacio de objetivos, busca explorar el rol del maltrato infantil en las personas con afecto deprimido e ideación suicida atendidos en la Clínica de Consulta Externa del Hospital, para poder ahondar en esto fueron necesarios varios pasos, que se describen a continuación.

Como primer punto es necesario recalcar que este eje se llevó a cabo en íntima relación con el eje de acciones orientadas al servicio y atención directa, ya que la población que asistía a la Consulta Externa o se encontraba en Consulta Interna, era clasificada (solo para fines de investigación) hasta formar una población de 20 sujetos con características comunes como:

- Presentar signos y síntomas de afecto deprimido
- Haber sufrido maltrato durante la niñez (de cualquier tipo)
- Tener ideación suicida o haber intentado suicidarse

En un principio se había considerado que la población sujeto de estudio sería únicamente la que fuera diagnosticada con Depresión Grave, sin embargo se pudo observar que no solo las personas que presentan depresión en estado grave presentan ideación o intento suicida por lo que se hace énfasis en que las personas presenten signos y/o síntomas de afecto deprimido e ideación suicida o intento de suicidio.

De modo que los pacientes que asistían al Consulta Externa con sintomatología depresiva, eran atendidos normalmente de acuerdo al proceso de atención, con el complemento de que si se detectaban las demás variantes (ideación o intento suicida y maltrato en la infancia), eran informadas de que con su previo consentimiento, serían parte de un proceso investigativo, con el fin de hallar los factores precipitantes involucrados y de este modo poder ayudar a la recuperación tanto del paciente que participa como de los casos futuros que se encuentren en la misma situación.

Una vez hecha la clasificación de los pacientes que serían parte de la investigación, se inició como parte de la terapia la entrevista con la respectiva transcripción de la experiencia; lo que a su vez contribuyó con la motivación del paciente ya que esto según lo expresaron algunos pacientes los hace sentirse importantes.

Además de la entrevista también se aplicaron las escalas de Depresión e Ideación Suicida de Beck, en complemento con un Cuestionario sobre maltrato en la Infancia.

Las escalas fueron aplicadas en los casos de Consulta Externa aproximadamente entre la 3era. Y 4ta. Sesión con el fin de dar tiempo a que el paciente se sintiera en confianza, lo cual dio resultado ya que

en las primeras sesiones fueron ocupadas para conocer la historia del paciente y establecer rapport, y ya dado esto, se precedió a aplicar las escalas y cuestionarios.

El proceso anterior tuvo una muy buena respuesta ya que permitió llevar un proceso integral entre la psicoterapia y el aspecto investigativo, de modo que un área no afectara el desarrollo de la otra.

Se pudo observar que durante la aplicación de las pruebas, el paciente iba sacando sus propias conclusiones, se observaron movimientos de cabeza en señal de sentirse comprendido, refiriendo después que muchas de las cosas que ahí se le preguntaban eran su sentir; como en una especie de insight.

Abordando específicamente la aplicación de la escala de depresión se pudo observar como muchas personas no están necesariamente deprimidas en estado grave, sin embargo en la escala de ideación suicida mostraron en niveles altos su desmotivación por la vida.

Para efectos de presentar los resultados más relevantes para los propósitos de la investigación, se presenta a continuación un resumen de la tabla, la cual se presenta completa en el apartado de anexos.

Tabla Resumen 1  
Escala de Ideación Suicida

Referencia	Ítem	Número de personas	Representación porcentual
Razones para vivir	Iguales razones para vivir que para morir	16	80%
	Más razones para morir que para vivir	4	20%
Duración de los períodos de ideación suicida	Breves períodos pasajeros	7	35%
	Amplios períodos	13	65%
Frecuencia de la ideación	Ocasionalmente	16	80%
	Intermitente	4	20%
Disuasores o frenos	No tienen disuasores	15	75%
	Sus disuasores son sus hijos	5	25%
Razones para el intento	Escapar, resolver problemas	20	100%
Intentos suicidas previos	Ninguno	9	45%
	Uno	8	40%
	Más de uno	3	15%
Del 55% (11 personas) que había intentado suicidarse	Alta intención de volverlo a intentar	3	27%
	Permanecían ambivalentes	8	63%

Otro aspecto valorado fue el nivel de depresión que presenta la población a través de la escala de depresión de Beck, y se presenta a continuación una tabla de resumen con los resultados más relevantes (la tabla completa se presenta en el apartado de anexos).

Tabla resumen 2

Escala de depresión

Referencia	Ítem	Número de personas	Representación porcentual
Pesimismo	Siente desanimado de cara al futuro.	8	40%
	Siente que no hay nada por lo que luchar.	10	50%
	Piensa que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	2	10%
Autodesprecio	Está descontento de sí mismo.	7	35%
	Está a disgusto consigo mismo.	10	50%
	Se detesta.	3	15%
Ideas suicidas	A veces pienso en suicidarse, pero no lo hará.	5	25%
	Desearía poner fin a su vida.	13	65%
	Se suicidaría si tuviese oportunidad.	2	10%
Irritabilidad	No está especialmente irritado.	1	5%
	Se molesta o irrita más fácilmente que antes.	3	15%
	Irritado continuamente	15	75%

	Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.	1	5%
Retirada social	Está menos interesado en los demás que antes.	4	20%
	Ha perdido gran parte del interés por los demás.	5	25%
	Ha perdido todo interés por los demás.	11	55%
Cambios de la imagen corporal	Está preocupado porque parece envejecido y poco atractivo.	2	10%
	Nota cambios constantes en su aspecto físico que le hacen parecer poco atractivo.	9	45%
	Cree que tiene un aspecto horrible.	9	45%
Insomnio	No duerme tan bien como antes.	2	10%
	Se despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puede volver a dormirme.	6	30%
	Se despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.	12	60%
Bajo nivel de energía	La relación sexual le atrae menos que antes.	2	10%
	Está mucho menos interesado por el sexo que antes.	7	35%
	Ha perdido totalmente el interés sexual.	11	55%

A continuación se presentan los datos más relevantes, obtenidos del cuestionario de Maltrato en la infancia (véase el cuestionario completo en el apartado de anexos):

Tabla resumen 3

Maltrato Infantil

Ítem	Resultados
Concepciones sobre maltrato	<p>“es una forma en que tanto el padre o la madre no tratan bien a sus hijos, o que les peguen o los maltraten”</p> <p>“que me griten, que me intenten violar, que me traten menos que a otros, que no me quieran”</p>
Tipos de maltrato conocidos	Físico y Sexual
Tipos de maltrato de los que fueron víctimas	Físico, sexual y emocional
Agresores más comunes	Padres, madres, hermanos y hermanas, madrastras y padrastros.
Sentimientos asociados al maltrato	Tristeza, culpa, miedo, indiferencia, soledad, furia, confusión, responsabilidad de lo sucedido, fealdad, vergüenza, desprotección, inutilidad.
Pensamientos y sentimientos al recordar el suceso	“estoy confundido”, “No se que hacer”, “morir”, “odio a mis padres por lo que lo me hicieron”.
Consecuencias del maltrato	Infelicidad, drogadicción, fracaso.

La tercera técnica utilizada fue el análisis de casos para la cual únicamente se seleccionó 4 personas del grupo general de investigación, a continuación se presentan los datos más relevantes obtenidos de este análisis. La transcripción de los casos utilizados se encuentra en el apartado de anexos.

#### Tabla Resumen 4

#### Análisis de Casos

Ítem	Resultados
Evidencias Afectivas/valorativas	<p>"Estoy triste, me he querido suicidar, no duermo, no como"</p> <p>"Cuando amanece pienso: ¿por qué? ¡Si yo ya no quiero vivir!"</p> <p>"Tengo un gran resentimiento por mis papás y a la vez, me duele"</p> <p>"Yo entiendo que lo haga (maltratarla físicamente) para corregirme, pero yo no le hice nada"</p> <p>"He pensado cortarme las venas, golpearme o tirarme de algún lado"</p> <p>"He estado teniendo sueños, recuerdos del abuso, me siento mal, sucia, como prostituta"</p> <p>"he estado muy triste, solo me mantengo con ganas de llorar, me quiero morir"</p>
Relaciones Significativas de maltrato	padre, madre, hermanos, tíos, abuela, madrastra, cónyuge
Conductas autodestructivas	<p>Relaciones afectivas con parejas violentas</p> <p>Ingestión de sustancias venenosas</p> <p>Cortarse superficialmente inscribiendo insultos para sí misma</p> <p>Golpearse la cabeza contra el piso o la pared</p> <p>Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas</p>

En relación con los resultados presentados anteriormente, se ve la necesidad de integrar la información, con el fin de responder al objetivo de investigación, por lo que se infiere que:

En la población de trabajo las personas que cometieron abuso fueron del núcleo familiar de parentesco consanguíneo o de alianza.

Los tipos de maltrato más conocidos son el maltrato físico y sexual.

La población de trabajo identifica como consecuencias del maltrato la infelicidad y el fracaso en sus vidas, e incluso el uso y abuso de drogas.

Después de cometer intento de suicidio la mayor parte de la población de trabajo se mostró ambivalente ante la posibilidad de volverlo a intentar.

Así mismo la población de trabajo evidenció tener conductas autodestructivas como entablar relaciones afectivas con personas violentas, ingestión de sustancias venenosas, cortarse superficialmente la piel en ciertas áreas del cuerpo, golpearse fuertemente la cabeza contra el suelo y/o la pared; así como también el consumo de drogas de distintos tipos.

La población de trabajo evidenció la fuerte presencia de síntomas y signos depresivos como: el autodesprecio, irritabilidad, retirada social, baja autoestima, pesimismo, insomnio y bajo nivel de energía, así como se puede observar también la relación de ambas escalas, ya que en la escala de depresión un alto porcentaje acepta que desearía

poner fin a su vida y si bien no son una totalidad, el porcentaje sobrante al menos lo piensa; afirmaciones que se evidencian en la escala de ideación suicida.



## CAPITULO IV

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este capítulo se presenta el análisis cualitativo de la experiencia descrita con anterioridad. En el primer apartado se realiza un análisis del Eje de Servicio que se refiere específicamente a la atención directa a pacientes del hospital tanto de Consulta Externa y Emergencia como de pacientes internos en los distintos pisos.

La ejecución de actividades orientadas a la atención secundaria, se llevó a cabo en distintas áreas del hospital, debido a la necesidad imperante observada y expresada por el personal de la institución, ya que no se cuenta con personal suficiente para brindar una atención adecuada en cuanto a tiempo de psicoterapia y abordamiento de los pacientes internos.

Esta situación desencadena un fenómeno de descenso en la población atendida en los meses en los que los epesistas no laboran en el hospital, ya que la Consulta Externa representa una cantidad elevada de pacientes a atender y en ausencia de las epesistas, ésta aumenta proporcionalmente, debido a que consecuentemente, la población que durante los meses de marzo a noviembre fue atendida por las epesistas; debe ser atendida por los dos psicólogos de planta que atienden adultos, tanto en Consulta Externa como en Consulta Interna.

Por lo anterior según refieren los mismos no es suficiente el tiempo para dar visitas de seguimiento a los pacientes internos y se aplaza las reconsultas que normalmente se asignan cada semana, a

15 días o tres semanas según la afluencia; lo que se puede definir como una atención insuficiente a pesar de que los profesionales de planta atienden todos los pacientes que les es posible dentro de su horario establecido, generalmente cuatro pacientes diarios.

Con respecto a la carencia de personal suficiente para cubrir los aspectos antes mencionados, cabe señalar que el área de Consulta Externa se ve saturada y por consiguiente la demanda de atención psicológica es alta, especialmente por las mañanas, ya que como es común en los Hospitales Nacionales de nuestro país, la atención se concentra en la primera mitad del día.

Lo anterior deja como resultado que luego del medio día el área de Consulta Externa esté vacía; hecho lamentable en vista de que, como se menciona en párrafos anteriores, no se cuenta con espacio suficiente para más epesistas y a pesar de que la demanda es alta, tener más estudiantes resultaría, irónicamente, en exceso de personal por no contar con espacio físico para trabajar.

Aparentemente no hay una razón que prohíba que los pacientes sean atendidos en horas de la tarde, sin embargo, según el jefe de del Departamento, la razón de esto es que no hay un psicólogo profesional que oriente y supervise a los epesistas en la jornada vespertina, ya que los contratos y plazas que ocupan los actuales profesionales de planta, cubren únicamente hasta el medio día; dejando sin aprovechar cuatro clínicas, durante al menos tres horas en la tarde; que pudieran estar brindando servicio a la población que excede las posibilidades de atención de la Clínica Psicológica en la mañana, así como también parte de la población que posee el tiempo para asistir únicamente por las tardes, valga el

ejemplo de los niños y adolescentes que no asisten regularmente debido a que estudian en la jornada matutina.

Por otra parte, durante la ejecución de las actividades de atención secundaria, se pudo observar como los pacientes internos en su mayoría presentan, no un trastorno en especial sino únicamente la necesidad de ser escuchados, ya que algunos (según familiares y enfermeras), tienden a "exagerar sus preocupaciones o actitudes frente a las enfermedades" por lo que se hizo necesario practicar la escucha responsable. Debido a que las experiencias son únicas y por lo tanto tienen tinte subjetivo, fue necesario demostrar a los pacientes (mediante la escucha activa), que su problema es tan importante para el terapeuta como lo es para él o ella, resultando en una relación empática, ya que en la medida en que los pacientes se sintieron comprendidos y viceversa (que el terapeuta comprendió la percepción que la persona tiene de su condición y el nivel en que le afecta) se pudo brindar (como objetivo del quehacer psicológico) una atención dirigida al bienestar mental del paciente, cubriendo la necesidad apremiante del mismo.

Luego de la terapia de apoyo, en algunos casos el estado de ánimo fue fluctuante y fue oportuno brindar sesiones de seguimiento durante la estancia en el hospital, lo cual permitió a la terapeuta fortalecer las potencialidades del paciente, con el fin de prepararlo para enfrentar de una mejor manera las situaciones difíciles futuras, así como también los casos en los que se hizo necesario una estadía prolongada (más de un mes) en el hospital y seguimiento a través de Consulta Externa.

Por lo anterior es conveniente exponer por ejemplo, el caso de una mujer indígena, cuyo motivo de hospitalización fue la pérdida del sentido luego de un fuerte dolor de cabeza a consecuencia de una fuerte discusión y un golpe en la cabeza propinado por su pareja, en este caso la paciente presentó notables mecanismos de defensa principalmente de negación, y es aquí donde se hace evidente la necesidad de la preparación, tanto académica como emocional, del terapeuta, ya que en este caso la paciente negaba ser maltratada por su pareja y con temor expresó a la terapeuta que hacía varios meses padecía un constante dolor de cabeza, en este momento los médicos analizaron posibles razones físicas para su dolor de cabeza, ya que la paciente exponía a los médicos que éste apareció desde que se había sacado una muela (discurso falso que también utilizó al primer contacto con la psicoterapeuta), pero los médicos no encontraron factores físicos (ni siquiera el golpe) que determinaran el padecimiento, lo que nos llevó a concluir, luego de unas sesiones, que el dolor era nada más que un síntoma somatizado, como reflejo de una situación familiar, en la que reinaba la desigualdad de género, violencia física tanto como emocional, a la mujer y a los hijos procreados en pareja, esta situación se denomina "El efecto bonsái", que explicamos en apartados posteriores.

El caso descrito y analizado con anterioridad debió tener seguimiento a través de la Consulta Externa de este hospital, pero en la ocasión en la que la paciente pidió la cita, me encontraba atendiendo otro paciente citado, a lo que el jefe del Departamento respondió que él podía hacerlo, la paciente fue atendida por él y nuevamente la paciente presentó el discurso del dolor de muela, lo que además nos deja entrever una preferencia acerca del género de la persona que atiende.

Lo anterior nos revela que las mujeres que han sufrido maltrato, pueden sentirse más cómodas con una terapeuta mujer, ya que en estos casos las mujeres se ven identificadas con las terapeutas mujeres, debido a que sienten miedo (esto como un respuesta natural ante la figura masculina, quien durante años ha deteriorado la imagen y autoestima de la paciente), y vergüenza de reconocer que son mujeres maltratadas, ya que en oposición a denunciar el maltrato, se encuentra la crítica de la que son objeto si se “quejan” de su esposo y además podría estar relacionado con la sensibilidad femenina y un sentido de comprensión mutua o alianza.

Retomando el tema de los casos en Consulta Interna se observó que debido al estado de emergencia y la medida correspondiente al mismo, las visitas de familiares fueron disminuidas y este factor alteró el estado emocional de los pacientes, ya que la mayoría presenta sensación de soledad y esta situación vino a agudizarla, de modo que se hizo necesario no únicamente brindar atención psicológica a los pacientes referidos por médicos y enfermeras, sino mediante la observación determinar, qué pacientes precisaban atención y compañía; y de ese modo brindar atención a la población necesitada.

Entre los diagnósticos más frecuentes en la Consulta Interna se encuentra el de Depresión Reactiva (F33.0 del CIE-10)<sup>30</sup>, ya que presentan síntomas patognomónicos de depresión como una formación reactiva a la hospitalización, noticia de enfermedad crónica como: Cáncer, VIH u otras; acompañado de sentimientos de desesperanza, esto secundado por la falta de respaldo y atención del

---

<sup>30</sup> CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

círculo primario de apoyo; que como ya fue mencionado se agudizó debido a la restricción de visitas.

En los casos en los que la hospitalización se hacía larga se tuvo la oportunidad de entablar relaciones sumamente satisfactorias entre psicoterapeuta y paciente, ya que las sesiones en algunos casos se daban a diario o al menos cada dos días, en los cuales se evidenciaba grandes progresos en el estado de ánimo y la colaboración con el personal médico, esto nos muestra que en ausencia de la familia (por el factor de la restricción de visitas y algunos que no tenían familia), el terapeuta lograba llegar a congeniar a tal punto con el paciente, que esto repercutía en su estado de ánimo, aún en los días que no eran visitados como los del fin de semana, supliendo las necesidades emocionales que corresponden al grupo primario de apoyo.

Por otra parte se pudo observar la falta de sensibilidad en la mayor parte de las personas que integran el equipo médico, ya que en ocasiones las enfermeras mediante el trato cotidiano y observación continua, consideraron necesario referir algunos pacientes a consulta psicológica, mas los médicos encargados no lo consideraron necesario, tal es el caso de una paciente presentando Trastorno disociativo de la motilidad voluntaria y de la sensibilidad (F44.4-F44.7)<sup>31</sup> quien fue referida por una enfermera sin autorización médica; demostrando, una vez más, que aún existe gran escepticismo de parte del gremio de médicos con respecto a la Psicología y los niveles que puede alcanzar la somatización de un foco psicológico.

---

<sup>31</sup> CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Otro de los casos que fundamenta esta afirmación es la intervención inadecuada e inoportuna de un médico en el proceso de información de resultados de una paciente VIH positiva, la cual fue abordada por el personal capacitado para ello (terapeuta y la enfermera graduada encargada de la clínica de VIH-SIDA). En vísperas de la confirmación de los resultados, el médico se tomó la libertad de informárselo, como resultado de la intervención inoportuna del médico, la paciente entró en un estado de ansiedad con síntomas somáticos e ideación suicida, sin antes conocer las alternativas de tratamiento y cuidados necesarios para su condición. En esta ocasión fue necesario intervenir y explicar a la paciente las alternativas de tratamiento con antirretrovirales, y en conjunto con el proceso de acompañamiento del paciente, se logró disminuir en unos días los síntomas somáticos y la ideación suicida.

En cuanto al servicio brindado en la clínica de Consulta Externa es importante destacar que hubo población tanto referida por el personal de atención médica de otras áreas, como referida por la clínica de Consulta Externa de Niños (padres de los niños que recibieron terapia), así como también población que consultó por convicción propia de la necesidad de atención psicológica.

Abordando en primera instancia la experiencia con pacientes referidos por médicos, surgió en algunas ocasiones la referencia de pacientes "no aptos para psicoterapia" refiriéndose con ello a pacientes en Consulta Interna, que fueron referidos encontrándose en condiciones médicas graves, y por lo tanto estaban intubados, en estado obnubilado de la conciencia o atravesando procesos de dolor agudos, en estos casos hubo que esperar a que los pacientes

estuviesen aptos para recibir la atención, es decir, cuando los dolores agudos hubieran cesado o cuando estuvieran en estado alerta de la conciencia.

Por otra parte se tuvo la oportunidad de atender a personas con limitaciones por rezago cultural, se pudo encontrar que aunque las personas probablemente no comprenden el proceso psicoterapéutico, el mismo da resultados si se sabe guiar o adaptar adecuadamente, evidencia de esto es la atención brindada a un varón de etnia indígena de 50 años de edad; quien llegó a la clínica acompañando a su esposa (quien era paciente del jefe del departamento), de modo que fue atendido siendo su motivo de consulta "desgano frecuente y estado de ánimo decaído"; al inicio del proceso el paciente pareció no comprender exactamente el proceso, sin embargo con el pasar de las citas, se evidenció una excelente relación de confianza entre el paciente y la terapeuta, siendo la consigna de ésta que "podemos hablar de lo que usted quiera, con confianza y sin pena" a lo que el paciente respondió exponiendo sus más íntimas necesidades, en algunas ocasiones de tipo familiar, emocional y en otras hasta de tipo sexual, situación que se consideró como un gran logro ya que (perteneciendo a la cultura indígena y además tomando en cuenta su edad), según experiencia con otros pacientes del hospital, es difícil para un varón que no comprende el proceso; llegar ,en las primeras sesiones, a exponer este tipo de problemáticas.

En el párrafo anterior se hace referencia a la dificultad que presenta un varón para exponer sus problemáticas relacionadas con el ámbito sexual, debido a la experiencia vivida en la clínica, ya que en ocasiones se tuvo la oportunidad de atender a pacientes varones que

al momento de preguntar sobre la vida sexual (como parte de la información requerida en la ficha clínica), reflejaban vergüenza o sorpresa al ver que éste tema es de competencia psicológica, además de que esto implica un reto para el típico macho, ya que su rol de género está en gran parte basada en la vida sexual, esta situación fue aceptada por ejemplo por un paciente de 31 años de sexo masculino quien tras tres citas psicoterapéuticas en evaluación del proceso aceptó haber sentido vergüenza de abordar ese tema con una mujer joven como lo es la epesista, sin embargo se observó que esta es una etapa limitante transitoria, que depende de las habilidades del terapeuta para inspirar la confianza necesaria para abordar este y otros temas considerados tabúes.

En cuanto a las personas referidas por médicos de Consulta Externa, también se dio el caso de quienes al verse referidos a la clínica se sintieron desconcertados, demostrándolo en frases como "yo no se por qué me mandaron aquí, si yo no estoy loca" debido a que aún se tiene una idea errónea de lo que es la psicoterapia, dándole un tinte psiquiátrico; sin embargo al explicar cómo se lleva a cabo la terapia psicológica y luego de botar algunos mecanismos de defensa, se pudo observar como quienes nunca pensaron en asistir a psicoterapia reflexionaron acerca de la importancia que tiene cuidar de la salud mental, y la relevancia que ésta tiene en los procesos de salud física; tanto para enfrentar los que realmente son físicos, como los que son sintomáticos de un conflicto psicológico. Esto además repercute en la vida familiar y cotidiana de la población en general, ya que con el pasar de los meses se descubrió que no hay mejor propaganda para la psicoterapia, que la experiencia vivida, ya que hubo personas que referían estar recomendadas por sus amistades o familiares, expresando "yo pensé que esto no funcionaba y me

sorprendió el cambio que he visto en (tal persona) desde que viene acá, ahora me doy cuenta que no solo los locos vienen acá seño”.<sup>32</sup>

En cuanto a los pacientes referidos por Consulta Externa de Psicología Infantil, son los padres o encargados de los niños atendidos en esta área, el objetivo de esto es concientizar a los padres de que los niños son el reflejo de lo que ven en casa, excepto en algunos casos en los que los niños presentan problemas relacionados con terceras personas, ya sea en la escuela o en otros espacios sociales; en los que también es necesario que los padres comprendan que sus hijos necesitan sentir apoyo y afecto de su parte.

Este tipo de intervenciones logró además la concientización de los padres acerca de la necesidad urgente de erradicar o en su defecto minimizar los patrones de crianza inadecuados como los que incluyen violencia física, emocional, sexual y negligencia, en vista de que muchos casos graves de depresión encontrados en la clínica tenían en común alguna forma de maltrato en la infancia, (tema que se abordará más adelante en el análisis de los ejes de docencia e investigación) se vio la necesidad de orientar hacia la prevención de estas formas de crianza, tanto como de conocer más acerca de los precipitantes de dicha condición respectivamente.

Por otra parte se tiene a la población que asiste por convicción propia a la consulta psicológica, en los que se pudo observar en su mayoría problemas relacionados con el soporte inadecuado del círculo primario de apoyo.

---

<sup>32</sup> Expresiones parafraseadas de pacientes asistentes a la Consulta Externa.

Son frecuentes los problemas de pareja por diversas razones: como la infidelidad (más frecuente por parte del varón), que cabe mencionar que es un hecho común y percibido por la mayoría como algo normal y aceptable, que aunque les lastima, es inherente a su condición de mujeres, esto se evidenció en frases como: "usted sabe cómo son los hombre seño, lo que se les atraviesa agarran", "yo mientras no me de cuenta, no le digo nada"; en estos casos se hace evidente que el machismo que viven las comunidades no provienen únicamente de las actitudes de los hombres, sino también de las mujeres que los rodean, ya que consienten y aceptan este tipo de humillaciones y actos en contra de su dignidad de ser humano, con el fin de cubrir una apariencia de hogar estable y respetable, como un patrón de hogares integrados a base de machismo y desigualdad de género, que son comunes y bien vistos.

Otra razón de los problemas de pareja fue la falta de comunicación, como agravante de los problemas económicos; se identificó una dinámica especial en la que intervenía el machismo, ya que los varones no permitían a su pareja trabajar fuera del hogar, de modo que el varón tiene que trabajar más tiempo para poder cubrir las necesidades básicas del hogar, lo que provocó cansancio excesivo debido al aumento de horas en la jornada de trabajo, dando como resultado falta de comunicación y alejamiento de la pareja en el aspecto sexual, lo que automáticamente repercutía en el estado de ánimo de la esposa y a su vez de los hijos; simultáneamente el dinero, a pesar de los esfuerzos del esposo, se hace insuficiente y entonces tenemos una familia completa emocionalmente patológica ya que, la mujer se encuentra oprimida por el sistema de poder en casa y el esposo aunque viendo cumplida su voluntad, es un hombre

frustrado, cansado y agobiado por la situación económica; dando como resultado en los hijos, una futura generación de niños convertidos en hombres machistas y niñas convertidas al igual, en mujeres machistas que se encargarán de repetir el ciclo.

Además se observó también casos de Violencia Intrafamiliar, en los que comúnmente el varón del hogar violenta a su pareja e hijos, física y emocionalmente; y sexualmente (en el caso de la pareja), luego de ingerir alcohol, ya que el alcoholismo es una enfermedad frecuente entre la población masculina del lugar.

En esta situación se hace referencia nuevamente al machismo, pues el maltrato emocional a la mujer incluye el uso de términos peyorativos en contra de la misma y reclamos relacionados con celos sin fundamento y aprensión como síntomas de Celotipia, manifestándose en prohibiciones de salir solas a la calle y relacionarse con amistades y familiares, lo que se conoce como El efecto bonsái (Según una idea original del psiquiatra forense profesor Lorente Acosta) "un bonsái no es un árbol que no crezca, es un árbol al que se le impide crecer, al que se le van podando ramas, cortando raíces, manipulando su crecimiento natural, a capricho absoluto de su cultivador. Pero al mismo tiempo, se va regando y cuidando con esmero para mantenerlo, porque el verdadero placer es que crezca bajo el control de sus manos y de su imaginación. Y así obtiene "su obra". Es decir, la misma persona que va "destrozando" la planta es la misma persona que le permite que siga viva"; de manera que el agresor hace dependiente de él a su pareja a pesar de darle

maltrato<sup>33</sup>; por lo tanto, la mujer se encuentra en una situación de ambivalencia que le impide afrontar el problema y tomar decisiones válidas para salir de ese ambiente.

El abuso emocional suele seguir un patrón de estrategia que ataca tres aspectos básicos de la mujer. En primer lugar se produce un ataque social, tratando de romper con la familia, amistades, trabajo; en segundo lugar, el ataque se lleva contra las conexiones de identidad del pasado, cortando con todo lo que la une a sus recuerdos y con el tiempo anterior a la relación, que es donde ella se olvida de su capacidad y finalmente se produce un tercer ataque hacia la identidad actual, criticando y recriminando, tanto en público como en privado, su conducta, aficiones, defectos, iniciativas, modos de hacer las cosas, formas de pensar. Del modo anterior consigue anularla por completo, conduciendo a la definición "mujer bonsái", ya que la mujer queda empedregada, al ser sus iniciativas taladas por la persona de la que depende, como el bonsái que es podado por quien lo abona y riega.<sup>34</sup>

Como tratamiento para las problemáticas descritas anteriormente se utilizó un conjunto de técnicas de diferentes corrientes psicoterapéuticas como: la Gestalt, Logoterapia y Terapia centrada en el cliente, combinándose según las necesidades y personalidad de los pacientes. Cabe mencionar que en algunos casos se combinó el tratamiento psicológico con el tratamiento psiquiátrico,

---

<sup>33</sup> - "AGRESIÓN A LA MUJER". M. Lorente Acosta, J.A. Lorente Acosta, Ed. Comares, Granada, 1998.

<sup>34</sup> AGRESIÓN A LA MUJER, MALTRATO, VIOLACIÓN Y ACOSO. ENTRE LA REALIDAD SOCIAL Y EL MITO CULTURAL. ESCUNI 2000.

ya que se consideró necesario en vista de la presencia de síntomas psicóticos como alucinaciones de todo tipo, aunque escasos, se presentaron casos con estas necesidades como el que fuera objeto de discusión en una de las reuniones del Departamento de Psicología, diagnosticado como Trastorno Esquizo-Afectivo de tipo Depresivo (F 25.1 CIE-10).<sup>35</sup> En los casos como este en los que se necesitó de la atención de un psiquiatra, se logró que una vez medicados y resueltas las necesidades psiquiátricas, se pudiera sanar lo que nos incumbe como sanadores del alma.

En contraparte, tenemos a los pacientes que sin confiar en el tratamiento psicológico pedían ser medicados, a los cuales se les explicaba que por ejemplo, los estados de ansiedad o depresión, se presentan a consecuencia de problemas emocionales, a focos no resueltos y que los casos en los que se consideró pertinente fueron referidos a psiquiatría pero el malestar debe ser combatido de manera integral. En este aspecto encontramos, aproximadamente a mediados del año 2009, la dificultad de que la psiquiatra del Hospital Nacional de Chimaltenango (que es encargada de cubrir el área) fue suspendida por enfermedad y a partir de esa fecha en adelante se hizo imposible conseguir una cita con cualquier otro psiquiatra en el área pública, lo cual hizo desesperar a algunos pacientes ya que siendo referidos no fueron atendidos, y esto agravaba la situación debido a que el paciente al momento de ser referido, daba por sentado que necesitaba la atención psiquiátrica y el no ser atendido creaba frustración y ansiedad reforzando ideas de desconfianza en el proceso psicoterapéutico.

---

<sup>35</sup> CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Se pudo constatar mediante discurso de pacientes que el servicio de psiquiatría prestado en el Hospital de Chimaltenango, únicamente tomaba en cuenta datos esenciales para la prescripción médica y la referencia del psicólogo pero no tomaba en cuenta aspectos relacionados con el origen de la patología y además las reconsultas eran cada mes y únicamente evaluaba el efecto del medicamento, es decir si el paciente estaba (como el caso mencionado en párrafos anteriores) padeciendo de alucinaciones, únicamente se evaluaba si estas habían desaparecido, pero no el origen de éstas que realmente eran la ansiedad provocada por focos desarrollados en la infancia; por lo que era necesario especificar al paciente que la Psicología es una ciencia social ya que se basa en la relación de procesos psicológicos desde la observación del comportamiento humano y en cambio la Psiquiatría es una ciencia natural, ya que a pesar de que incorpora teorías psicológicas, como ciencia aplicada se fundamenta eminentemente en los aspectos físicos del comportamiento (como las respuestas fisiológicas, metabólica, etc.), de manera que debe atenderse ambos aspectos.

Las actividades realizadas destinadas a orientar y prevenir se ejecutaron con el fin de darle seguimiento a las actividades de promoción de salud mental realizadas por epevistas anteriores, en este caso se debe tomar en cuenta que a pesar de que las actividades ya se han realizado antes, la población no es estática, por lo cual las personas que quizá recibieron la atención en momentos anteriores, no es la misma que la recibió en este año.

Con la ejecución de las actividades mencionadas se pudo observar cómo se lograron cambios trascendentales, como el aumento en la población que consulta a la Clínica de Psicología y la

disminución de los tabúes que se tienen sobre la atención Psicológica, situación que se manifestó a través de expresiones como: "se que es importante que aprendamos sobre esto, porque a veces uno no le pone atención a estas cosas y si afectan", haciendo referencia a las preocupaciones y otros malestares emocionales a los que expresaron generalmente no se les da importancia y aunado a esto la "vergüenza" de asistir a la atención Psicológica.

Este proceso de cambios en la percepción del Departamento de Psicología y de la ciencia misma, (como se menciona en el apartado que se refiere al servicio) se lleva a cabo por medio de la experiencia funcional y agradable que ha vivido la persona, de modo que quien haya asistido a psicoterapia y haya experimentado que esto funciona y que es algo ameno, transmitirá esto a quienes le rodean; lo cual se considera una situación que refuerza la promoción de la salud mental ya que se reconoce como una debilidad institucional el hecho de que las actividades de promoción de los servicios del Departamento de Psicología se realizan únicamente por parte de los epesistas, ya que en caso contrario, cuando los epesistas de un ciclo finalizan sus labores y los nuevos aún no las inician, estas actividades no se realizan.

Además es importante destacar que al finalizar el ejercicio se pudo constatar que en años anteriores los epesistas se han enfocado en una sola área dejando espacios sin atender; en caso contrario, este eje estuvo enfocado en el área de Consulta Externa y Enfermería, demostrando de esta manera que el estudiante epesista puede dar mucho más de lo que se espera, lo que además, consideramos, deja abiertas las puertas a nuevos epesistas, ya que con una práctica competente y productiva durante los ocho meses del

EPS, se satisface a la autoridad del departamento y demuestra la calidad académica y profesional de estudiantes que egresan de la Universidad de San Carlos.

En el caso del Departamento de Enfermería, el jefe de departamento planteaba que en años anteriores ha sido atendido exclusivamente por un epesista por lo que la necesidad estaba clara desde el inicio, sin embargo como mencionaba anteriormente, también era necesario atender las necesidades de orientación de la población que acude al servicio, por lo tanto fue necesario replantear la atención a este departamento ya que en años anteriores se llevó a cabo un EPS cuyo eje de investigación estaba basado en este departamento y el servicio era especial para el mismo, por lo que fue necesario especificar que si las enfermeras y enfermeros necesitaran asistir al servicio psicológico individual, deberían ingresar a la programación común de citas de Consulta Externa; de esta manera fueron escasos los casos que sí acudieron al departamento por atención psicológica individual. Esto nos arroja otro elemento importante: la costumbre, que es el uso implantado en una comunidad (en este caso el Departamento de Enfermería) y considerado por ella como obligatoria, lo que nos lleva a pensar que las enfermeras están acostumbradas a tener atención psicológica y que entonces cuando llega un epesista al área de Psicología éste deberá proponer actividades para el Departamento de Enfermería.

Por lo anterior las personas que asistieron a los talleres se encontraban (quizá por la falta de atención individual) aun más a la expectativa y con gran disposición de participación y además dio la oportunidad de que expresaran sus sentimientos frente a sus compañeros y compañeras, lo que consecuentemente nos lleva a

crear un ambiente de confianza y de conocimiento mutuo, ya que generalmente en los equipos de trabajo se forman pequeños grupos de amistad y confianza y esto cierra las posibilidades de conocerse con otros que no pertenecen al subgrupo, de igual manera existen personas tímidas e introvertidas quienes rara vez dejan escuchar su voz dentro del grupo o están tan aislados que no conocen la verdadera personalidad de quienes les rodean; de modo que tener necesidad de compartir experiencias personales y no tener atención individual resultó beneficioso para las actividades grupales dejando motivación personal y autoestima, y además se obtuvo una relación más cercana entre compañeros. Lo anterior se logró a pesar de no disponer de tiempo suficiente para asistir a terapias individuales como se describe en el párrafo precedente, de tal cuenta que los espacios para compartir en grupo eran reducidos, ya que luego de las labores en el hospital cada quien tenía diferentes ocupaciones, en su mayoría familiares, además de que los turnos alternan noches en vela en la institución; resultando difícil la comunicación fuera del aspecto laboral.

Entrando de lleno en lo realizado en el Departamento de Enfermería, se observó el progreso en el desempeño de labores por ejemplo en los equipos de enfermería que atienden en los pisos de Medicina Interna, donde por medio del diálogo informal (que es de vital importancia por representar una fuente primaria de información sin vicios provocados comúnmente por la formalidad de los procesos), donde las jefes de departamento expresaron la funcionalidad de el abordaje psicológico en los grupos de trabajo, dándose la relación de esta manera: si un trabajador tiene problemas intrapersonales, muchas veces estos son inevitablemente llevados al espacio laboral, debido a que la preocupación es tan fuerte o está afectando la

emocionalidad de la persona a tal grado que irrumpe con sus labores, ya que como sabemos los problemas emocionales disminuyen notablemente la productividad, de modo que el o la enfermera llega abrumado por sus problemas intrapersonales o familiares y al participar en las charlas de temas psicológicos como autoestima y motivación, consecuentemente comenzará a abrir sus sentidos a otro tipo de pensamiento, a ideas positivas y si bien no encuentre la salida a su problema al menos habrá abierto su mente a posibles soluciones o un cambio de actitud, y como consecuencia su desempeño laboral habrá mejorado evidentemente.

Además tenemos los casos en los que los conflictos son de tipo interpersonal (esto también a consecuencia de conflictos intrapersonales sin resolver), habiendo en los equipos de trabajo mucha competencia y desacuerdos en los métodos de trabajo de cada persona, y ahí por ejemplo fueron de gran utilidad los talleres sobre la importancia del trabajo en equipo, ya que si bien las personas que realmente están involucradas en problemas de este tipo no hacen referencia de la problemática directamente, sí lo hacen quienes están desde afuera (irónicamente) siendo parte del mismo problema, ya que como sabemos los problemas en un equipo, aun cuando no tengan relación directa con una persona, afectan su desempeño a nivel grupal, y tomando en cuenta las observaciones hubo quienes se sintieron identificados con lo expuesto en cuanto a trabajo en equipo, pero afortunadamente (según observaciones de personas pertenecientes a los distintos equipos); el proceso no solo comprendió la identificación de los involucrados sino también les hizo reconocer la necesidad de un cambio de actitud, la resolución de las problemáticas interpersonales ya que en las charlas por ejemplo de "Trabajo en Equipo" se recalca mucho la importancia de el trabajo en medios

hospitalarios, enfatizando que nos debemos al mejoramiento de una vida, lo que significa una gran responsabilidad como entes colaboradores de la salud, de modo tal que si nuestro trabajo no es impecable integralmente hablando (es decir que contempla tanto la capacidad técnica como actitudinal de brindar una atención de calidad) esto se verá reflejado en la recuperación del paciente, que vale la pena mencionar, viene a nosotros con la esperanza de tener alivio de su dolor corporal y la mayoría de veces emocional, como para tener que encontrarse con falta de colaboración entre compañeros y actitudes inadecuadas de chismes y malentendidos expuestos frente a ellos.

En un inicio estas actividades fueron planificadas para un momento calendarizado por las enfermeras exclusivamente para ello, pero a consecuencia de la escasez de tiempo, éstas se llevaron a cabo en reuniones planificadas para reorganización del equipo, por lo que se considera que el beneficio también fue para los y las jefes de cada equipo; ya que generalmente las charlas eran llevadas a cabo previo a la reunión de equipo; y en derivación de ello al terminar la charla e iniciar la reunión con la jefe, las personas de cada equipo se encontraban ya motivadas y con una actitud colaboradora.

En cuanto a la metodología de las charlas, descrita en el capítulo anterior, debemos recalcar que la dinámica de presentación juega un papel importante en el desarrollo de cualquier actividad, ya que como la palabra lo describe esto nos "presenta" ante el grupo y de ahí dependía ganarse la simpatía del equipo y la colaboración en el desarrollo de los talleres.

Las dinámicas fueron variadas ya que los integrantes de cada equipo de trabajo se conocen hace bastante tiempo (haciendo la salvedad de que se “conocen” de nombre, esto no significa que se conocieran íntimamente), por lo que fue de vital importancia desarrollar diferentes dinámicas de presentación, debido a que éstas ayudan a crear un ambiente divertido que hace que las personas quieran asistir a las actividades, por tratarse de un espacio de recreación y aprendizaje a la vez.

Además, como se hace alusión en el párrafo anterior, el personal participante se conocía en el uso de la palabra conocer como “haber sido presentado” sin embargo, muchos de ellos no saben más allá del nombre de sus compañeros, ya que comúnmente todos saben algo de la vida de los más extrovertidos pero nadie sabe nada de la vida, los gustos y las preocupaciones de quienes no hablan mucho; y es ahí donde encontramos otra de las ventajas de las dinámicas de presentación, que es la de ayudar a conocerse y romper las barreras interpersonales.

Luego de las dinámicas de presentación, encontramos otro factor importante que es la exposición del tema mediante la proyección de diapositivas, permitiendo la intervención de los participantes, que fue un actividad enriquecedora ya que nos permitió no solo conocer el tema como estaba planteado para su exposición, sino que además nos permitió escuchar los puntos de vista de cada participante (que es un elemento para la construcción de conocimiento, ya que la subjetividad se manifiesta en el discurso de la persona) y esto contribuyó a enriquecer el contenido de la presentación para los futuros talleres y a la vez nos daba detalles sobre la dinámica del grupo, en donde generalmente existe gente muy colaboradora así

como también personas con el patrón característico de realizar el menor esfuerzo; lo que provoca inconformidad en el equipo, debido al esfuerzo extra que hacen algunos ante la falta de responsabilidad de los otros.

Pasando a las dinámicas de distensión también debemos recalcar su importancia debido a que la exposición y discusión puede tornarse aburrida si no se hacen las pausas correspondientes, de modo que esto dio lugar a la convivencia genuina del equipo y también en interrelación con la facilitadora.

En otros casos las dinámicas llamadas de distensión también tenían relación con el tema y esto nos ayuda a reforzar la lección, debido a que es más fácil aprender por experiencia que por memorización. De modo que al involucrar el tema en la dinámica y experimentar es más fácil comprender y por lo tanto más fácil aplicar lo aprendido; este es el caso de las dinámicas de Trabajo en Equipo que refuerzan la necesidad de trabajar en conjunto, recordando que cada parte es esencial y que si cada quien realiza su labor adecuadamente y con disponibilidad e iniciativa de colaborar, el trabajo en equipo será más sencillo.

Para finalizar las charlas tuvimos la retroalimentación; es decir un proceso de compartir observaciones, preocupaciones y sugerencias, con la intención de recabar información, la cual será de utilidad para varios fines: evaluación, tanto de la actividad en cuanto a su desarrollo, como de lo expuesto para comprobar que se haya aprendido; así como también fortifica y enriquece la relación entre el equipo y la facilitadora. De esta manera cerramos una actividad satisfactoria, haciéndose esto evidente en que en algunos casos los pacientes de Consulta Externa llegaban a pedir directamente cita con

mi persona por recomendación de algún compañero de enfermería que refería una experiencia gratificante en las charlas.

Las charlas tuvieron además el fruto de darse a conocer a tal punto en el equipo de enfermería que, como fue descrito en apartados referentes a la Consulta Interna, eran las y los enfermeros quienes proporcionaban información bastante útil para la atención a los pacientes; ya que el personal médico no es tan colaborador como el personal de enfermería y además son ellos quienes mantienen en observación constante a los pacientes. Lo cual se considera un punto importante debido a que si el terapeuta no mantiene una buena relación con las enfermeras y enfermeros perderá mucho en relación con colaboración, referencias e información en general.

Así mismo se considera al Departamento de Enfermería un ente generador de cambio ya que por el número que tienen y la actitud que demostraron en el desarrollo de las actividades, se puede predecir la difusión de la información en niveles esperanzadores de un cambio lento pero perdurable, que con el tiempo, muestre desarrollo en la población atendida a consecuencia de las acciones realizadas en pequeños grupos; haciendo con esto competencia a los problemas en su mismo patrón de evolución (un trauma experimentado es heredado a las siguientes generaciones y afecta al círculo cercano a la persona), reacción en cadena, de manera que si se generó un cambio de actitud o de pensamiento en cada enfermera o enfermero, ésta y éste transmitirán a su círculo el cambio de pensamiento y actitud.

En cuanto a la segunda parte de las actividades enfocadas a la orientación y prevención, (que son las realizadas en Consulta Externa) podemos aseverar que la sala de espera de este servicio es un "foco

de malestares psicológicos” ya que la salud mental es determinante en la salud física y viceversa, de modo que la salud física también puede deteriorar significativamente la salud mental, como ocurre en los casos donde las personas reciben un diagnóstico terminal.

Pese a que en el inicio no se contempló dejar explícitos elementos teóricos del modelo psicodinámico, en el ejercicio clínico, este modelo fue útil para comprender y valorar ciertas situaciones, de modo que, se harán presentes elementos de este modelo a lo largo del análisis de los resultados del proceso.

Como mencionamos en párrafos anteriores los síntomas psíquicos si no son tratados a tiempo no tardan en manifestarse por medio de la somatización, es decir que, si en nuestra mente hay algún problema o situación sin resolver (y como es de esperarse la mente tratará de protegerse, de retardar el doloroso proceso de enfrentar el problema) y debido a los mecanismos de defensa, no lo resolvemos; la mente tomará cartas en el asunto y se valdrá de el cuerpo para que necesitemos atender el problema.

Consecuentemente en la Consulta Externa encontramos casos de ambas posibilidades pero que en la mayoría permanecen inconcientes, de modo que entre los logros que tuvo la realización de las charlas en Consulta Externa está el haber hecho contacto con las personas, ya que a pesar de que en ellas se hablaba del maltrato infantil y sus consecuencias, este tema nos permitió llamar la atención de las personas ya que en cuanto se trata de niños y su salud (así sea por aparentar sensibilidad), las personas se muestran interesadas y ese interés nos hizo acercarnos a las personas, y al tener su atención se procedía a informar los servicios del Departamento de Psicología,

exponiéndoles que el servicio estaba al final del pasillo y que lo único por hacer era pasar a pedir un cita, de modo que ya no era válida ninguna excusa, pues muchas personas no asisten a los servicios de Consulta Externa debido a que como es común en los servicios de Salud Pública de nuestro país, los pacientes deben llegar desde tempranas horas de la mañana a hacer fila para ingresar y tomar número y luego esperar a que le llamen para ser atendido por el médico.

En cuanto a las actividades desarrolladas en el área de Consulta Externa, pudimos observar cómo se sorprendió a las personas con el tema, pues es común que se piense que el maltrato solo se da cuando ocurre en su modalidad física, y se pudo observar gestos de reflexión y sorpresa al escuchar de los demás tipos de maltrato que existen. Hubo gran cantidad de personas que pidieron más de un trifoliar expresando que era para alguien más (una hermana, vecina, amiga, etc.), lo que nos lleva a inferir que cumplió su objetivo de informar y educar a la población asistente y además hizo de cada persona asistente un potencial ente de cambio, no solo en su propio hogar sino también en la comunidad en general.

Estas actividades además pudieron dar a la clínica de Psicología un nuevo matiz, ya que después de la charla respectiva al tema se agregaba una pequeña descripción de lo que se trata en psicoterapia, tratando de aminorar los tabúes con que se ve a la atención psicológica, como evidencia de esto hubo quienes se avocaron a la clínica después de la charla y durante la primera psicoterapia, admitieron que antes de escuchar la charla creyeron que la clínica psicológica era "solo para locos", refiriéndose así a personas con trastornos mentales graves.

En relación a los procedimientos investigativos, dado que el proceso tiene un carácter ecléctico, se utilizaron técnicas variadas con el fin de valorar diferentes aspectos.

La primera Técnica es la Escala de Ideación Suicida de Beck, que nos muestra, como uno de los resultados relevantes, la ambivalencia de la población de trabajo ante la posibilidad de vivir o morir, ya que si bien la población no se puede definir como deprimida por ello, sí es inquietante que no se encuentre especialmente motivada hacia la vida.

El dato que expresa que una mayoría afirmó tener amplios nos permite distinguir que si los períodos han sido extensos no han sido lo suficientemente agudos como para cometer el suicidio o al menos más de un intento, como también lo revelara el ítem de la misma tabla que se refiere a los intentos previos; ya que una mayoría no lo había intentado nunca y una minoría muy marcada lo había intentado más de una vez. Con respecto a las veces que se había cometido intento de suicidio, se pudo notar que una minoría lo ha intentado varias veces, mientras que el siguiente porcentaje lo ocupan quienes no lo habían intentado y un número mayor no lo había intentado nunca, esto nos lleva a examinar que quienes lo habían intentado recientemente (en su mayoría fueron atendidos en por esa razón , es decir que es población atendida dentro del hospital, ingresada por intento de suicidio), permanecían, en su mayoría, ambivalentes; pero aquí es conveniente preguntarnos si esto continuaría así, ya que teniendo en cuenta que los primeros a quienes se hace referencia en este párrafo (quienes habían intentado suicidarse varias veces) en un momento reciente luego de intentarlo estuvieron en el mismo plano

que los que ahora lo intentaron, y a pesar de eso volvieron a intentarlo; lo cual podría significar que el momento actual de ambivalencia, en el que se encuentran quienes recientemente lo intentaron, podría ser transitorio.

De quienes no han cometido nunca intento de suicidio la mayoría son pacientes regulares de Consulta Externa que presentaron una fuerte intención de hacerlo, que en su mayoría mantienen un afecto deprimido en nivel grave y expresan fuertes deseos de morir, se encuentran tan desesperanzados sobre la vida y sin fuerzas, que irónicamente no tiene fuerzas para acabar con su propia vida aunque esto signifique acabar con el sufrimiento.

Los datos que se recabaron acerca de los posibles disuasores que menciona la escala, se puede inferir que la mayoría no mencionó disuasores y que los que si lo hicieron referían a sus hijos, esto posiblemente porque en su mayoría la población investigada eran jóvenes sin hijos, de ello se puede inferir que en los adultos jóvenes con hijos aun existe un sentido de amor y responsabilidad por ellos, ya que esto fue el único disuasor.

Por otra parte, podríamos identificar que la cantidad que reporta breves períodos pasajeros de ideación suicida encaja con la minoría que indicó tener disuasores; de modo tal que las personas que tienen un disuasor podrían ser las mismas que tienen periodos pasajeros, por la misma presencia de los disuasores en sus vidas (en este caso identificando como disuasores a los hijos) deduciendo que los hijos son en estos casos distractores de la ideación.

Al mismo tiempo, llama fuertemente la atención que toda la población afirmó como las razones para cometer el suicidio la

necesidad de resolver problemas y el deseo de escapar, de distintas situaciones y para sustentar el tema de investigación se pudo observar que la población de trabajo expresó atravesar por esta situación debido (según su discurso), ya sea directa o indirectamente, al abuso al que fueron sometidos en la infancia, de modo que si bien los recuerdos sobre lo vivido (violaciones, maltrato físico, abandono y negligencia, maltrato emocional) no les atormentan directamente en sueños o ideas recurrentes, sí lo hacen los efectos de esas experiencias, es decir que el maltrato, como se puede observar en el Referente Teórico Metodológico de este informe, tiene consecuencias como la falta de seguridad en si mismo, baja autoestima, síntomas neuróticos o psicóticos, por lo que las personas se puede ver involucradas por ejemplo en matrimonios disfuncionales donde reciben el mismo maltrato al que fueron sometidos y de igual manera por ejemplo en el caso de quienes a consecuencia del maltrato poseen un trastorno psicótico, es decir cuando la mente se escinde buscando un salida, otra realidad, de modo que al momento de llevar a cabo el intento de suicidio no se está pensando directamente en lo que sucedió sino esto se da a raíz de las consecuencias de estas experiencias negativas.

Habiendo tomado en cuenta los puntos anteriores, es necesario referirnos a la otra característica evaluada en la población de trabajo, que se observó en la Escala de Depresión que proporcionó una estimación de pesimismo, autodesprecio, irritabilidad, retirada social, bajo nivel de energía entre otros; que nos refieren a una población con características especiales de afecto deprimido en lo cual interfieren más factores que los que provoca el maltrato infantil y que no necesariamente deben estar ligados a ideación suicida, (a pesar de que también este aspecto está presente en la Escala de

Depresión y concuerda con los resultados arrojados por la Escala de Ideación Suicida), por ejemplo la situación económica que fue descrita en capítulos anteriores, la dinámica familiar, así como también los focos sin resolver.

En cuanto a los datos revelados por el cuestionario sobre Maltrato Infantil se puede observar que sobre el conocimiento del problema la mayoría admitió que fue víctima de maltrato infantil, mientras que el resto aunque lo negaron en el cuestionario, durante la entrevista dejó saber que si lo fue, pudiendo esto significar que el maltrato emocional no es visto como parte del maltrato sino que la población aún percibe como maltrato únicamente al que se propina de manera física, por lo que podemos constatar nuevamente que las acciones orientadas a la información y educación de la población son de vital importancia ya que permiten conocer que el maltrato sucede de diferentes maneras y de ello se desencadena un cambio significativo en la vida de las personas debido a que mientras el problema sea visto como algo normal no se ve la necesidad de el cambio, mientras que a medida que se aceptó que eso es un problema o abuso, aparece la necesidad de atención psicológica y con ello la conciencia de un cambio en los patrones de crianza con las futuras generaciones.

Los tipos de maltrato más comunes fueron los de tipo físico, sexual y emocional aunque éste último no sea comúnmente reconocido como tal por parte de una gran porción de la población.

Los agresores más comunes son personas que conviven con la víctima en su núcleo familiar primario y quizás sea esa, una de las razones por las que según se observó, el impacto que tiene le

maltrato infantil en la vida es alto (aunque no determinante), pues son comunes los sentimientos de desamparo y desvalidez ya que expresaron sentirse "traicionada/os", en vista de que la familia representa el primer contacto social y por lo tanto es el primer punto de apoyo, las y los pacientes esperan recibir de los que conforman la misma actitudes de amor, enseñanza y oportunidades; por lo que al ser lastimadas de cualquier forma por alguno de los miembros de la familia sienten que si lo hacen las personas que deberían amarlos y protegerlos entonces no tiene armas para enfrentar las adversidades de la vida.

Por otro lado tenemos los pensamientos que despierta este tipo de abusos la pregunta o ítem refiere: "al recordarlo siento deseos de:" ya que quienes lo habían intentado recientemente respondieron: "estoy confundido" volviendo nuevamente a concluir que se encuentra en un estado, posiblemente transitorio, en el cual hay sentimientos encontrados con respecto al acto cometido, ya que en el caso de quienes estaban internados en el hospital, en su mayoría recibieron muestras de cariño y de ser importantes, lo que posiblemente haya provocado arrepentimiento del hecho y en el caso de quienes no lo han intentado prevalece la idea imperecedera pero sin el coraje de ejecutarlo.

En cuanto al ítem que aborda los sentimientos más frecuentemente asociados con el maltrato infantil el cuestionario arrojó que la tristeza, culpa, miedo, indiferencia, soledad, furia, confusión, responsabilidad de los sucedido, fealdad, vergüenza, desprotección, inutilidad, están presentes en la mayoría de la población, respuesta que también se evidenció en los casos

estudiados y que de igual forma concuerda con las características relevantes encontradas en la Escala de Depresión.

Por último, pero no menos importante, se encuentran las consecuencias que la persona afectada atribuye al maltrato; las respuestas incluyen desde el uso y abuso de sustancias, la infelicidad, hasta el fracaso; lo cual si bien representa el sufrimiento que algunas personas experimentan por diversas razones no podemos decir que el maltrato del que fueron víctimas sea la única ni la principal razón por la que las personas han tomado una serie de decisiones "equivocadas" que les han llevado a una vida emocional y socialmente frustrada, en cambio es posible que resulte más cómodo y fácil imputar al maltrato las situaciones expresadas con anterioridad, porque de ese modo se expía la culpa y se niega la responsabilidad que cada uno tiene sobre su vida.

Con el estudio de casos se pudo deducir que las personas pueden resultar marcadas con sentimientos de rencor y resentimiento en contra de quienes les maltrataron, pero en algunos casos al no poder expresarse en contra de los agresores estos sentimientos se vuelcan en contra de sí mismos, como es el caso de quienes presentan conductas autodestructivas entre las cuales se encuentran tanto las que se refieren a aspectos de autopercepción como los que implican acciones en contra de la vida. De modo que el maltrato durante la infancia puede llegar a ser significativo en la vida adulta, ya que puede marcar de manera específica la estructura yóica, es decir alterar una o varias partes que la forman, que son el yo, el ello y el súper ello.

Tomando en cuenta lo anterior, se observaron características recurrentes en cuanto al funcionamiento yóico; como las que se presentan a continuación que evidencian un yo disfuncional:

La pasividad y dependencia no reconocida y actuada, evidenciada por ejemplo en las personas cuyas parejas también las maltratan, humillan y celan (como se observa en algunos los casos estudiados), donde claramente se ve afectada la función yóica de las relaciones interpersonales y la que se refiere al sentido de la realidad del mundo y de sí mismos, ya que evidencian dependencia y baja autoestima.

Entre las conductas autodestructivas se ha incluido el relacionarse afectivamente con parejas violentas o sea involucrarse siempre con los hombres "equivocados", y no porque se hayan encontrado inoportunamente con hombres "malos" (en el caso de las pacientes femeninas), sino que esa es la imagen de "hombre" (macho) que poseen en el hogar, por lo tanto, de manera inconsciente; se ve sentimentalmente involucrada con hombres que reproducen la imagen masculina interiorizada en la infancia.

Por lo tanto nos enfrentamos a un estado arcaico del yo, que resulta de un estancamiento del crecimiento ligado a la no-satisfacción de necesidades vitales de contacto. En los casos de maltrato infantil, especialmente, se observa cómo las defensas del niño contra el malestar provocado por esta situación, han sido fijadas e incorporadas al yo, y esta experiencia no podrá ser plenamente integrada al estado del yo Adulto hasta que estos mecanismos de defensa sean disueltos; sin embargo encontrándose en continuidad del patrón de violencia eso no será posible y por el contrario podría

llevar a cabo la ideación suicida que le perturba en momentos de crisis.

En los casos de abuso sexual, a consecuencia de que las relaciones incestuosas son manipuladoras, abusivas y altamente traumatizantes, la persona objeto de abuso, está en riesgo de perder seguridad en sí misma, ya que el abuso sexual en sí, es un crimen con consecuencias intrapsíquicas, y añadiéndole a esto el hecho de que ha sido el padre quien lo comete (lo que nos trae nuevamente a las relaciones significativas de abuso más comunes), el niño o niña es sometida a una relación de poder, que en la mujer adulta se traduce en dependencia y vulnerabilidad; lo que en algunos casos, se muestra en la búsqueda de una pareja que además de ser varios años mayor, complementariamente ejerce poder imponiendo su voluntad, eliminando así toda posibilidad de superación del trauma y sus consecuencias.

Además podemos recordar, como se hablaba en apartados anteriores, se da lugar a la reacción en cadena que provoca en algunos casos el maltrato infantil, pues a consecuencia del maltrato recibido, y en evidencia de un Yo niño predominante, se ve potencialmente convertido el personaje parental, en una parte de sí mismo, de su yo. Usando el mecanismo de la "introyección", como una defensa inconsciente, hecha por identificación e interiorización; de manera que ahora el agredido puede ser quien violenta a sus hijos y estos indiscutiblemente formarán parte de la cadena y probablemente repetirán este patrón con sus hijos.

Además de los datos obtenidos de la investigación, respondiendo al objetivo de la misma, se suma lo aprendido como parte de la experiencia personal que el EPS supone para el investigador, de lo

que podemos exponer que, se aprendió que es importante mantener los límites de la investigación en función del tiempo de realización del EPS, ya que no se puede pretender extender los resultados de la investigación (en este caso, la realizada en el Hospital de La Antigua) a otras poblaciones con diferentes características (como por ejemplo la población guatemalteca en general); ya que si bien es cierto que se pueden hacer especulaciones, no se puede hablar con certeza, de un hecho que se da en una población diciendo que será de la misma manera en otras, si no se han tomado en cuenta esas poblaciones, atreverse a hacerlo dejaría vacíos en el proceso.

De igual forma se aprendió que, aunque la problemática se presente de cierta manera en la población con la que se trabaja; no se puede hacer de ello una generalidad, tal es el caso de la exploración del fenómeno de maltrato; cuyos resultados en la población de trabajo, nos muestra la intención de suicidio como una de las consecuencias de ello; sin embargo existe población que ha sufrido maltrato en la infancia y que a pesar de inevitablemente tener consecuencias a partir de esto, no necesariamente presentan afecto deprimido ni ideación suicida.

Es conveniente también mencionar una reflexión que se hizo en una de las reuniones con el grupo de compañeras epeistas y el supervisor de área encargado donde se expuso que es necesario al menos haber experimentado como seres humanos, dolor, frustración, decepción, desesperación y otras emociones para poder comprender y establecer una verdadera relación empática con el paciente, aunque estas emociones no se hayan experimentado en niveles extremos o se hayan superado, la experiencia que tengamos como seres humanos

antes que como profesionales puede influir de manera imperativa en el éxito de la relación terapéutica.

Haciendo referencia a lo anterior cabe mencionar que antes de ser profesionales somos personas, con las condiciones inherentes a cualquier ser humano, por lo que inevitablemente la realización de EPS no deja únicamente satisfacciones profesionales sino que en cambio deja crecimiento, madurez y enriquecimiento personal.

Dado lo anterior y tomando en cuenta que se empieza la experiencia profesional, con el compromiso para con la institución y la población, se tuvo la oportunidad de aprender la importancia de mantener relaciones cordiales con cada miembro del equipo y con los demás equipos y departamentos, para que esto se vea reflejado en la calidad de atención al público.

Así mismo se tuvo la oportunidad de compartir gratas horas con quienes al inicio del EPS eran personas extrañas, y quienes resultaron ser de gran apoyo para conseguir el éxito profesional tanto como personal.

Aunado a esta experiencia personal debemos agregar que la formación académica y la práctica, de la que hemos sido parte en años anteriores como parte del pensum, es esencial para la ejecución exitosa del Ejercicio Profesional Supervisado, sin embargo la experiencia obtenida durante los ocho meses de ejecución es indescriptible ya que en él se obtiene experiencia invaluable en el quehacer clínico; por otro lado se puede observar cómo los “vacíos” de conocimiento teórico pueden ser superados si se conserva una actitud humilde ante la oportunidad de tener retos en el ámbito profesional, que es sin duda una actitud producto de la práctica del

tercer año, en donde inevitablemente el estudiante sancarlista, se encuentra solo dentro de una clínica con su primer paciente, situación que se observa como una ventaja en comparación con otras casa de estudios superiores.

A consecuencia de la falta de conocimientos práctico de otras casas de estudios, como se menciona con anterioridad, el epesista de la Universidad de San Carlos resulta oportunamente (en algunas ocasiones) un guía, debido a la experiencia en el aspecto práctico del área clínica, claro está, si en años anteriores del desarrollo del pensum se ha ejercido en algún centro de atención clínica como hospitales, centros de salud, etc.

Es conveniente también reconocer el apoyo brindado por el jefe del Departamento de Psicología, ya que indudablemente sobrepasó las expectativas que llevaba como estudiante mostrándose siempre abierto a transmitirnos sus conocimientos, denotando una gran experiencia en el ámbito profesional.

Debido a que el compromiso del investigador es contribuir a la producción de las teorías que expliquen la realidad social, participando en la investigación de la realidad social de los grupos y comunidades para contribuir a la interpretación objetiva de la misma y así formular acciones para transformarla, en el capítulo V se exponen las conclusiones de lo experimentado con el fin de que en base a ellas se pueda favorecer y encaminar a las personas hacia un cambio sostenible en sus vidas, y de ese modo romper cadenas de dolor y sufrimiento experimentadas por generaciones; además dirigiéndonos a profesionales que continúan el proceso en la institución como una base para la continuidad del desarrollo deseado para la comunidad.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

##### 5.1.1 Generales

Por medio de la realización del EPS se llegó a conocer la magnitud del fenómeno de maltrato en la infancia y sus consecuencias, en la población de trabajo, concluyendo que debido a la falta de información y formación en salud mental nuestros niños, niñas y adolescentes aún son vulnerables a esta situación y por lo tanto lo son de este modo los adultos de mañana.

El trabajo realizado en el Hospital Nacional de La Antigua, aporta importantes contribuciones al restablecimiento y mantenimiento de la salud mental de las personas atendidas en el hospital, a quienes se dirigió y orientó el EPS con el fin de contribuir al desarrollo integral, por ejemplo una mejor comprensión y actitud frente a la hospitalización, el mejoramiento del clima organizacional en el Departamento de Enfermería y el progreso en el estado emocional de quienes asistieron a un proceso psicoterapéutico.

Debido a que el maltrato infantil es un fenómeno universal y multicausal, se considera necesario y urgente investigar y divulgar sus consecuencias para la prevención del mismo (mediante la orientación de la población) y así minimizar tan terrible flagelo de la sociedad; ya que se considera que con ello podremos guiar a nuestra

humanidad a una vida basada en la salud mental y por la tanto la disminución de trastornos psicológicos y psiquiátricos que afectan el desarrollo psicosocial adecuado.

Disponer del apoyo de padres y madres, y ciudadanos en general es el mejor de los medios de que se dispone para minimizar el castigo físico, abuso sexual y maltrato en general contra los niños y niñas, ya que cada persona e institución, consciente de las consecuencias de estos y que sienta el deber social de apoyar la causa, funcionará como un ente procurador de cambio.

## **5.2 Específicas**

El personal de enfermería constituye una parte importante para la ejecución del EPS en diversos aspectos, dentro de los que se puede mencionar: fuente primaria de información, colaboración en cuanto a la atención en Consulta Interna, referencia de pacientes a Consulta Externa y colaboración con el eje de investigación.

La falta de conocimiento de otros profesionales acerca del quehacer psicológico, refuerza la incredulidad en los casos de somatización y contribuye a la falta de comprensión acerca de la producción de pacientes atendidos.

Brindar una atención que demuestre el compromiso con la población es una de las mejores formas de promocionar la psicoterapia y la psicología.

Gran parte de los problemas emocionales que se observaron y trataron provienen o se agravan debido al soporte inadecuado del círculo primario de apoyo.

En cuanto al manual de Diagnóstico utilizado en el Servicio de Consulta Externa del Departamento de Psicología, existen espacios vacíos para la adecuada clasificación de los problemas o molestias emocionales que presenta la población atendida.

El sexo del terapeuta puede ser determinante en casos en los que el o la paciente fue o está siendo víctima de violencia intrafamiliar.

El maltrato experimentado durante la infancia ha hecho que la persona siga experimentando situaciones negativas debido a los pocos recursos psicológicos y sociales que posee.

El maltrato lamentablemente es una cadena sin final; a no ser que se reciba ayuda psicoterapéutica adecuada con la que se reeduce a la persona o encuentre relaciones mediadoras en función de un cambio que beneficie su salud mental.

El apoyo del Departamento de Trabajo Social es determinante para llevar a cabo un tratamiento integral, en vista de que son quienes ayudan a contactar a las autoridades para que los niños sean rescatados de los lugares donde son maltratados.

Es importante contar con el apoyo de un médico psiquiatra al que se le puedan referir los casos que se considere necesario.

La experiencia que brinda la realización del EPS favorece el crecimiento tanto profesional, como personal, de los estudiantes epesistas.

Las prácticas realizadas en años anteriores a la realización del EPS, son una meritoria plataforma de preparación para la experiencia que supone el EPS.

## **5.2 Recomendaciones**

### **5.2.1 Generales**

Gestionar con las autoridades de la Institución más espacio físico para la cobertura de toda la población.

Gestionar con las autoridades del Hospital el traslado de un profesional al horario vespertino, ya que con esto se alcanzaría a cubrir las necesidades tanto de la población como de los estudiantes.

Establecer desde la presentación del proyecto que éste abarca tres ejes y que el horario pactado debe incluir tiempo para cubrir los tres ejes de modo que el tiempo no sea absorbido únicamente por la demanda del servicio.

Continuar la promoción del Departamento de Psicología, explicando las problemáticas que ahí se tratan.

### **5.2.2 Específicas**

Organizar de manera conveniente el espacio y el horario de atención de manera que no se desperdicie tiempo en la clínica, cuando pudiera utilizarse para actividades de otros ejes.

Enviar únicamente el número de epesistas que permita el espacio físico.

Darle continuidad a las actividades llevadas a cabo en la sala de espera de Consulta Externa como un plan de progreso a largo plazo en la población.

Prestar especial atención a al Departamento de Enfermería, en cuanto a la continuidad de los programas para dicho Departamento.

## BIBLIOGRAFÍA

- Carlos Castilla del Pino, UN ESTUDIO SOBRE LA DEPRESIÓN Edición de Bolsillo, Editorial Península 1974.
- CIE-10. CIE-10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO
- EDUCA NO PEGUES. Cuaderno divulgativo no. 41. PRONICE. 2004.
- Escartín, Maggie. ABUSO SEXUAL EN NIÑOS A LAS NIÑAS Y LOS NIÑOS. Pregunta y Respuestas. Cuaderno divulgativo No. 38. Guatemala PRONICE. 2003.
- Folleto EDUQUEMOS CON TERNURA Ideas para promover el buen trato en la escuela, Campaña contra el maltrato en niñas y niños. De CONACMI Comisión Nacional contra el maltrato Infantil Coordinación: Sonia María Estrada. Revisión: Belia Rodas. Guatemala 2001.
- Gall, Francis. Diccionario Geográfico Guatemala. Tomo III. Compilación Crítica. Guatemala C.A. 1987.
- García Trujillo M.R., J.L. González de Rivera *Psiquis*, British Center of Autogenic Training 1992.
- González Rey, F LA COMUNICACIÓN Y EL DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD. Colegio de Ciencias y Humanidades. Sur. UNAM, México. 1994.
- Instituto Nacional de Estadística –INE- Censo Poblacional. Guatemala 2002.
- M. Lorente Acosta, J.A. Lorente Acosta, Ed. Comares, "AGRESIÓN A LA MUJER, Maltrato, Violación Y Acoso". Granada, 1998.

- Manterola MA. La prevención del Maltrato a menores en México. En El Maltrato a los niños y sus repercusiones educativas. Memorias del segundo simposio Interdisciplinario e Internacional México D.F. Federación Iberoamericana contra el Maltrato Infantil. México 1992.
- Manual de prevención del maltrato infantil. OMS. [www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/index.html](http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr57/es/index.html)
- Reglamento de COCODE´S anexo en el Manual: LOS CONSEJOS COMUNITARIOS DE DESARROLLO. Instituto Guatemalteco de Educación Radiofónica -IGER- Edición 2006, 148 pp.
- Roberto Hernández Sampieri; Carlos Fernández Collado, Pilar Baptista Lucio. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. Tercera Edición. 2003.
- Villacorta, J Antonio. Libro Viejo de la Fundación de Guatemala.

### **Páginas de Internet**

- [www.elperiodico.com.gt/es/20070611/actualidad/40553](http://www.elperiodico.com.gt/es/20070611/actualidad/40553)
- [www.psicologia-online.com/colaboradores/paola/violencia/index2](http://www.psicologia-online.com/colaboradores/paola/violencia/index2)
- [www.ine.gob.gt/descargas/ViolenciaIntrafamiliar/DATOS/PAG/WEB/INE/2007.htm](http://www.ine.gob.gt/descargas/ViolenciaIntrafamiliar/DATOS/PAG/WEB/INE/2007.htm)
- [www.psicodiagnóstico.wordpress.com/ser-padres](http://www.psicodiagnóstico.wordpress.com/ser-padres)
- [www.laicos.org/estrenimientoaux.html](http://www.laicos.org/estrenimientoaux.html)
- [www.blogseitb.com/inteligenciaemocional/2007/03/12/maltrato-emocional](http://www.blogseitb.com/inteligenciaemocional/2007/03/12/maltrato-emocional)
- [www.heptagrama.com/sp/info-vos-abuso-emocional.htm](http://www.heptagrama.com/sp/info-vos-abuso-emocional.htm)

- [www.ine.gob.gt/index.php/demografiaypoblacion/42demografiaypoblacion/75-censo2002](http://www.ine.gob.gt/index.php/demografiaypoblacion/42demografiaypoblacion/75-censo2002)
- [www.commonhope.org/aboutus/faq\\_spanish.htm](http://www.commonhope.org/aboutus/faq_spanish.htm)



## GLOSARIO

1. Abuso infantil: Maltrato a niños que incluye el daño físico y psicológico.
2. Abusador sexual: Adulto que utiliza su fuerza o poder para tener un contacto sexual con un niño.
3. Ansiedad: Sentimiento caracterizado por una sensación de desesperación y desasosiego, acompañada de síntomas fisiológicos como palpitaciones y sudoración.
4. Autoestima: Amor por sí mismo. Es la parte práctica y emocional que está íntimamente ligada a cuanto nos queremos, nos respetamos y creemos en nosotros mismos.
5. Depresión: Trastorno caracterizado por una sensación de desaliento, abatimiento, melancolía y tristeza profunda.
6. Familia: Unidad básica de la sociedad, conjunto de personas unidas por una relación de parentesco consanguíneo, en la mayoría de los casos es un grupo primario que cumple las funciones básicas dentro de una sociedad, transmite al niño normas y cultura de generación en generación.
7. Futilidad: De poca importancia.
8. Insulsa: Falto de viveza, gracia o interés.
9. Libido: Según Freud, libido es la energía de las pulsiones sexuales, el afecto que se encuentra ligado a determinada pulsión.
10. Maltrato infantil: Son todas aquellas lesiones físicas o psicológicas no accidentales, ocasionadas por los responsables del desarrollo del niño.
11. Patrones de crianza: Son las prácticas cotidianas en la socialización de padres e hijos dentro del grupo de convivencia.

12. Psicología: Estudio o tratado del psiquismo, sus funciones y expresiones; se interesa en como las personas, piensan, sienten y se comportan, esto como expresión de la mente.
13. Px.: abreviatura de paciente.
14. Salud mental: Estado de ajuste favorable, que presume características mentales personales particularmente deseables, considerando también el estado de salud física de la persona.
15. Terapia Gestalt: Proceso de experimentación ideográfica, dirigido al proceso continuo de la toma de conciencia. Darse cuenta.
16. Vacuidad: Falta de contenido o profundidad.
17. Violación sexual: Penetración genital, anal u oral con el pene o cualquier objeto.
18. Violencia Intrafamiliar: Es aquella violencia que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual. 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. Ocurre cuando alguno de los miembros de la familia abusando de su fuerza o autoridad violenta la tranquilidad de uno o varios de los miembros de la familia.
19. Violencia: Según la OMS, es el uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o afectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga posibilidades de causar lesiones, muerte, daños, psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

# ANEXOS



# Anexo

# 1

# Escala de Ideación Suicida



## ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA (A. Beck)

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba entro del paréntesis el número de la respuesta que más se ajusta a su manera de pensar o sentir.

### I. Características de la actitud ante la vida o la muerte

#### 1. Deseo de vivir ( )

0. Moderado a fuerte

1. Débil

2. Ninguno

#### 2. Deseo de morir ( )

0. Ninguno

1. Débil

2. Moderado a fuerte

#### 3. Razones para vivir/morir ( )

0. Más razones para vivir que para morir

1. Igual unas que otras

2. Más razones para morir que para vivir

#### 4. Deseo de intentar activamente el suicidio ( )

0. Ninguno

1. Débil

2. Moderado a fuerte

#### 5. Intento de suicidio de forma pasiva ( )

0. Tomaría precauciones para salvar la vida

1. Dejaría al azar el vivir/morir (p.e. cruzar sin cuidado una calle muy transitada)

2. Evitaría los medios necesarios para salvar o conservar la vida (p.e. un diabético que deja de ponerse la insulina)

## II. Características de la Ideación/Deseo suicida

### 6. Duración de la ideación/deseo suicida ( )

- 0. Breve, períodos pasajeros
- 1. Amplios períodos
- 2. Continuo (crónico), casi continuo

### 7. Frecuencia de la ideación/deseo suicida ( )

- 0. Raro, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

### 8. Actitud hacia la ideación/deseo suicida ( )

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalente, indiferente
- 2. Aceptación

### 9. Control sobre el acto suicida: acting-out/deseo ( )

- 0. Tiene sentido del control
- 1. Control incierto
- 2. No tiene sensación de control

### 10. Disuasores ("frenos") para hacer un intento activo (p.e.: familia, religión, graves secuelas si no se consume) ( )

- 0. No quería el suicidio por el "freno" que tiene
  - 1. Alguna preocupación por los "frenos"
  - 2. Mínima o ninguna preocupación sobre los "frenos"
- (Indicar "frenos" si procede) \_\_\_\_\_
- 

### 11. Razones para el Intento planeado ( )

- 0. Manipular el ambiente, atraer la atención, venganza
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, resolver problemas

### III. Características del Intento de suicidio planeado

#### 12. Método: especificidad/planificación ( )

- 0. No considerado
- 1. Considerado pero sin resolver los detalles
- 2. Detalles resueltos, bien formulados

#### 13. Método: disponibilidad/oportunidad ( )

- 0. Método no disponible, no oportuno
- 1. Método que requeriría tiempo, esfuerzo/no oportuno
- 2a. Método y oportunidad disponibles
- 2b. Oportunidad futura o disponibilidad del método anticipada

#### 14. Sensación de "capacidad para realizar el Intento" ( )

- 0. No coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- 1. Inseguro de tener coraje, competencia
- 2. Seguro de su competencia, coraje

### IV. Realización del intento de suicidio

#### 18. Preparación real ( )

- 0. Ninguna
- 1. Parcial (p.e.: empezar a recoger comprimidos)
- 2. Completa (p.e.: tener comprimidos, navaja de afeitar, arma cargada)

#### 19. Nota suicida ( )

- 0. Ninguna
- 1. Iniciada pero no terminada, solo ideas sobre ella
- 2. Completada, depositada

#### 20. "Últimos arreglos" para preparar la muerte (seguros, testamento, donaciones, etc.) ( )

- 0. Ninguno
- 1. Ideas sobre o hacer algunos arreglos
- 2. Ha realizado o completado los arreglos

**21. Engaño/Ocultación de la tentativa planeada ( )**

- 0. Revela las ideas abiertamente
- 1. Contiene su revelación (reticente)
- 2. Intenta ocultar, engañar, mentir

**V. Antecedentes**

**22. Intentos de suicidio previos ( )**

- 1. Ninguno
- 2. Uno
- 3. Más de uno

**23. Intención de morir relacionada con el último intento ( )**

- 0. Baja
- 1. Moderada, ambivalente, insegura
- 2. Alta

# Anexo

## 2

### Tabla de resultados de la Escala de Ideación Suicida



Tabla 1

Escala de Ideación Suicida

Referencia	Ítem	Número de personas	Representación porcentual
Deseos de morir	Leve	15	75%
	fuerte a moderado	5	25%
Razones para vivir	Iguals razones para vivir que para morir	16	80%
	Más razones para morir que para vivir	4	20%
Intenciones de cometer suicidio	Débiles	7	35%
	Moderadas a fuertes	7	35%
	Ninguna	6	30%
Intento de forma pasiva	Dejaría al azar vivir o morir	7	35%
	Tomaría precauciones para salvar su vida	6	30%
	Evitaría los medios necesarios para salvar y conservar su vida	7	35%
Duración de los períodos de ideación suicida	Breves períodos pasajeros	7	35%
	Amplios períodos	13	65%
Frecuencia de la ideación	Ocasionalmente	16	80%
	Intermitente	4	20%
Actitud frente al suicidio	Total aceptación	15%	75%
	Ambivalencia	5%	25%
Control sobre el acto suicida	Tiene sentido de control	16	80%
	Control incierto	4	20%
Disuasores o frenos	No tienen disuasores	15	75%
	Sus disuasores son sus hijos	5	25%
Razones para el intento	Escapar, resolver problemas	20	100%
Especificidad y	No considerado	12	60%

planificación del método	Detalles resueltos, bien formulados	8	40%
Disponibilidad del método	Método oportuno	8	40%
	Método no oportuno o no disponible	12	60%
Sensación de "capacidad para realizar el Intento"	No coraje, demasiado débil	16	80%
	Seguro de su competencia, coraje	4	20%
Preparación real	Ninguna	16	80%
	Completa	4	20%
Nota suicida	Ninguna	18	90%
	Iniciada o ideas preparadas	2	10%
"Últimos arreglos" para preparar la muerte (seguros, testamento, donaciones, etc.)	Ningún arreglo	20	100%
Ocultación de la tentativa planeada	Mantiene su revelación (reticente)	16	80%
	Intenta ocultar o mentir acerca de ello	4	20%
Intentos suicidas previos	Ninguno	9	45%
	Uno	8	40%
	Más de uno	3	15%
Del 55% (11 personas) que había intentado suicidarse	Alta intención de volverlo a intentar	3	27%
	Permanecían ambivalentes	8	63%

# Anexo

## 3

### Escala de Depresión



## Escala de Depresión

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Escriba entro del paréntesis el número de la respuesta que más se ajusta a su manera de pensar o sentir.

### 1. Tristeza ( )

- 0. No me siento triste.
- 1. Me siento triste.
- 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.

### 2. Pesimismo ( )

- 0. No me siento especialmente desanimado de cara al futuro.
- 1. Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2. siento que no hay nada por lo que luchar.
- 3. El futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

### 3. Sensación de fracaso ( )

- 0. No me siento fracasado.
- 1. he fracasado más que la mayoría de las personas.
- 2. Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro.
- 3. Soy un fracaso total como persona.

### 4. Insatisfacción ( )

- 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- 1. No disfruto de las cosas tanto como antes.
- 2. Ya no obtengo ninguna satisfacción de las cosas.
- 3. Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo.

### 5. Culpa ( )

- 0. No me siento especialmente culpable.
- 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- 3. Me siento culpable constantemente.

## **6. Expectativas de castigo ( )**

- 0. No creo que esté siendo castigado.
- 1. siento que quizás esté siendo castigado.
- 2. Espero ser castigado.
- 3. Siento que estoy siendo castigado.

## **7. Autodesprecio ( )**

- 0. No estoy descontento de mí mismo.
- 1. Estoy descontento de mí mismo.
- 2. Estoy a disgusto conmigo mismo.
- 3. Me detesto.

## **8. Autoacusación ( )**

- 0. No me considero peor que cualquier otro.
- 1. me autocritico por mi debilidad o por mis errores.
- 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
- 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

## **9. Idea suicidas ( )**

- 0. no tengo ningún pensamiento de suicidio.
- 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haré.
- 2. Desearía poner fin a mi vida.
- 3. me suicidaría si tuviese oportunidad.

## **10. Episodios de llanto ( )**

- 0. No lloro más de lo normal.
- 1. ahora lloro más que antes.
- 2. Lloro continuamente.
- 3. No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga.

## **11. Irritabilidad ( )**

- 0. No estoy especialmente irritado.
- 1. me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- 2. me siento irritado continuamente.
- 3. Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.

## **12. Retirada social ( )**

- 0. No he perdido el interés por los demás.
- 1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
- 2. He perdido gran parte del interés por los demás.
- 3. he perdido todo interés por los demás.

## **13. Indecisión ( )**

- 0. tomo mis propias decisiones igual que antes.
- 1. Evito tomar decisiones más que antes.
- 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- 3. Me es imposible tomar decisiones.

## **14. Cambios en la imagen corporal ( )**

- 0. No creo tener peor aspecto que antes
- 1. Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.
- 2. Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo.
- 3. Creo que tengo un aspecto horrible.

## **15. Enlentecimiento ( )**

- 0. Trabajo igual que antes.
- 1. Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme a mí mismo para hacer algo.
- 3. Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.

## **16. Insomnio ( )**

- 0. Duermo tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como antes.
- 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.

## **17. Fatigabilidad ( )**

- 0. No me siento más cansado de lo normal.
- 1. Me canso más que antes.
- 2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- 3. Estoy demasiado cansado para hacer nada.

**18. Pérdida de apetito ( )**

- 0. Mi apetito no ha disminuido.
- 1. No tengo tan buen apetito como antes.
- 2. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 3. he perdido completamente el apetito.

**19. Pérdida de peso ( )**

- 0. No he perdido peso últimamente.
- 1. He perdido más de 2 kilos.
- 2. He perdido más de 4 kilos.
- 3. He perdido más de 7 kilos.

**20. Preocupaciones somáticas ( )**

- 0. No estoy preocupado por mi salud
- 1. Me preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarrros, etc.
- 2. Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 3. Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas.

**21. Bajo nivel de energía ( )**

- 0. No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1. La relación sexual me atrae menos que antes.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo que antes.
- 3. He perdido totalmente el interés sexual.

# Anexo

## 4

### Tabla de resultados de la Escala de Depresión



Tabla 2

Escala de depresión

Referencia	Ítem	Número de personas	Representación porcentual
Tristeza	Se siento triste	1	5%
	Se siente triste continuamente y no puedo dejar de estarlo	7	35%
	Se siente tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo	12	60%
Pesimismo	Siente desanimado de cara al futuro.	8	40%
	Siente que no hay nada por lo que luchar.	10	50%
	Piensa que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.	2	10%
Sensación de fracaso	Piensa que ha fracasado más que la mayoría de las personas.	2	10%
	Cuando mira hacia atrás lo único que ve es un fracaso tras otro.	13	65%
	Piensa que es un fracaso total como persona.	5	25%
Insatisfacción	No disfruta de las cosas tanto como antes.	2	10%%
	2. Ya no obtiene ninguna satisfacción de las cosas.	6	30%
	3. Está insatisfecho o aburrido con respecto a todo.	12	60%
Culpa	Se siente culpable en bastantes ocasiones.	6	30%
	Se siente culpable en la mayoría de las ocasiones.	5	25%
	Se siente culpable constantemente.		45%

Expectativas de castigo	Siente que quizás esté siendo castigado.	12	60%
	Espera ser castigado.		15%
	Siente que estoy siendo castigado.	5	25%
Autodesprecio	Está descontento de sí mismo.	7	35%
	Está a disgusto consigo mismo.	10	50%
	Se detesta.	3	15%
Autoacusación	Se autocritica por su debilidad o por sus errores.	4	20%
	Continuamente se culpa por sus faltas.		55%
	Se culpa por todo lo malo que sucede.	5	25%
Ideas suicidas	A veces pienso en suicidarse, pero no lo haré.	5	25%
	Desearía poner fin a su vida.	13	65%
	Se suicidaría si tuviese oportunidad.	2	10%
Episodios de llanto	Ahora llora más que antes.	5	25%
	Llora continuamente.	6	30%
	No puede dejar de llorar aunque se lo proponga.	9	45%
Irritabilidad	No está especialmente irritado.	1	5%
	Se molesta o irrita más fácilmente que antes.	3	15%
	Se siente irritado continuamente.	15	75%
	Ahora no me irritan en absoluto cosas que antes me molestaban.	1	5%
Retirada social	Está menos interesado en los demás que antes.	4	20%
	Ha perdido gran parte del interés por los demás.	5	25%
	Ha perdido todo interés por los demás.	11	55%
Indecisión	Evita tomar decisiones más que antes.	7	35%

	Tomar decisiones le resulta mucho más difícil que antes.	6	30%
	Le es imposible tomar decisiones.	7	35%
Cambios de la imagen corporal	Está preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo.	2	10%
	Nota cambios constantes en su aspecto físico que le hacen parecer poco atractivo.	9	45%
	Cree que tiene un aspecto horrible.	9	45%
Enlentecimiento	Le cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo.	4	20%
	Tiene que obligarme a sí mismo para hacer algo.	12	60%
	Es incapaz de llevar a cabo ninguna tarea.	4	20%
Insomnio	No duerme tan bien como antes.	2	10%
	Se despierto una o dos horas antes de lo habitual y ya no puede volver a dormirme.	6	30%
	Se despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volver a dormirme.	12	60%
Fatigabilidad	Se cansa más que antes.	3	15%
	Se cansa en cuanto hago cualquier cosa.	9	45%
	Está demasiado cansado para hacer nada.	8	40%
Pérdida de apetito	No tiene tan buen apetito como antes.	3	15%
	Ahora tiene mucho menos apetito.	4	20%
	Ha perdido completamente el apetito	13	65%
Pérdida de peso	He perdido más de 2 kilos.	7	35%

	2. He perdido más de 4 kilos.	8	40%
	3. He perdido más de 7 kilos.	5	25%
Preocupaciones somáticas	No está preocupado por su salud	2	10%
	Le preocupan los problemas físicos como dolores, malestar de estómago, catarros, etc.	4	20%
	Le preocupan las enfermedades y le resulta difícil pensar en otras cosas.	6	30%
	Está tan preocupado por las enfermedades que es incapaz de pensar en otras cosas.	8	40%
Bajo nivel de energía	La relación sexual le atrae menos que antes.	2	10%
	Está mucho menos interesado por el sexo que antes.	7	35%
	Ha perdido totalmente el interés sexual.	11	55%

# Anexo

# 5

Cuestionario  
sobre Maltrato  
Infantil



## Cuestionario de Maltrato Infantil

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Qué es para mi maltrato infantil?

---

---

---

2. Qué tipos de maltrato conozco?

---

---

3. Fui víctima de maltrato en mi infancia? \_\_\_\_\_

4. De qué tipo de maltrato fui víctima? \_\_\_\_\_

---

---

5. Quién me maltrató?

6. Y eso me hace sentir:

(Marque con una X las respuestas que se adecuen a la forma en la que se siente a partir del maltrato sufrido, si la respuesta no se encuentra entre las siguientes agregue las que desee).

Triste	responsable de lo	feo
culpable	sucedido	malo
asustado (a)	confundido	sucio
herido	atrapado	avergonzado (a)
indiferente	deprimido	traicionado (a)
furioso	despreciable	desprotegido (a)
solo	inadecuado	inútil
	inseguro	



# Anexo

## 6

### Tabla de resultados de Cuestionario Sobre Maltrato Infantil



Tabla 3

Maltrato Infantil

Ítem	Resultados
Concepciones sobre maltrato	<p>“es una forma en que tanto el padre o la madre no tratan bien a sus hijos, o que les peguen o los maltraten”</p> <p>“que me griten, que me intenten violar, que me traten menos que a otros, que no me quieran”</p>
Tipos de maltrato conocidos	Físico y Sexual
Tipos de maltrato de los que fueron víctimas	Físico, sexual y emocional
Agresores más comunes	Padres, madres, hermanos y hermanas, madrastras y padrastros.
Sentimientos asociados al maltrato	Tristeza, culpa, miedo, indiferencia, soledad, furia, confusión, responsabilidad de lo sucedido, fealdad, vergüenza, desprotección, inutilidad.
Pensamientos y sentimientos al recordar el suceso	Confusión, ideas suicidas, sufrimiento, abandono, odio, tristeza, soledad.
Consecuencias del maltrato	Infelicidad, drogadicción, fracaso.



# Anexo

## 7

### Transcripción de casos



## Caso 1

Motivo de consulta: "Estoy triste, me he querido suicidar, no duermo, no como". La px... de sexo femenino de 23 años de edad, se presenta a la clínica evidentemente decaída, en estado obnubilado de la conciencia, refiere haber sido abusada sexualmente por su padre de los 11 a los 14 años de edad aproximadamente, ha intentado suicidarse en tres ocasiones tomando veneno para ratas. Al momento de iniciar el proceso terapéutico tenía dos semanas de separada de su esposo, el cual para el momento actual ya pidió el divorcio. Ha tenido desde los 17 años tres parejas, de las cuales, dos la han violentado física, sexual y emocionalmente. Al abordar el abuso de su padre, Refiere: "No entiendo como mi papá pudo hacerme tanto daño, además cuando le dije a mi mamá lo que mi papá me estaba haciendo no hizo nada y me dijo que yo era quien lo había provocado, después de eso mi papá dejó de hacerlo y me pidió perdón pero eso no es suficiente" "cuando amanece pienso: por qué amaneció? si yo ya no quiero vivir" "desearía haber nacido hombre, porque mi cuerpo me ha traído muchos problemas, pienso que los hombres solo quieren eso". La px.. fue referida para consulta psiquiátrica ya que se considera en Episodio Depresivo Grave (F.32, CIE-10), con riesgo latente de suicidio.

## Caso 2

Motivo de Consulta: "tengo un gran resentimiento por mis papás y a la vez me duele" Px.. de sexo femenino de 17 años, casada al momento de la primera consulta hacía dos meses, llegó a Medicina Interna por Colon Irritable Psicógeno (F 45.32 Disfunción Vegetativa Somatomorfa del Tracto Intestinal, CIE-10)<sup>36</sup> , de ahí se le dio seguimiento en

---

<sup>36</sup> CIE-10 Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO, Pág. 209.

Consulta Externa del hospital, la px.. refiere que ha recibido maltrato físico y emocional por parte de sus padres y una hermana; por esa razón se casó ya que la mamá la echó de la casa. Al inicio del proceso la px.. asistió a terapia psicológica por la situación de maltrato en la infancia y adolescencia que vivía en su familia nuclear, se observa presencia de ideación suicida y conductas auto agresivas (golpearse la cabeza y "rayarse los brazos" con objetos punzo cortantes), un mes más tarde comenzó a quejarse de constantes problemas de pareja, hasta que su esposo empezó a maltratarla, física y emocionalmente, refiere: "yo entiendo que lo haga si yo le hice algo, para corregirme, pero yo no le hice nada" (refiriéndose al maltrato físico de su pareja). Presenta ideación suicida en su discurso, debido a sensación de desesperanza y desamparo, refiriendo que no puede volver a su casa porque se burlarían de ella, "he pensado cortarme las venas, golpearme o tirarme de algún lado".

### **Caso 3**

Motivo de consulta: "he estado teniendo sueños, recuerdos del abuso, me siento mal, sucia, como prostituta". Px.. femenino de 17 años de edad, se presenta quejándose de sueños recurrentes, ya que recientemente recordó que fue abusada sexualmente por su padre cuando tenía aproximadamente 8 años de edad, refiere que hubo penetración y que ya de más grande "solo me acariciaba, porque yo ya me daba cuenta", luego el padre se fue a EEUU, la px.. había reprimido los recuerdos del abuso, hasta que un día la madre contó una historia similar sucedida a un primo de la px.., aproximadamente un mes antes de la primera consulta, la px.. se auto-agredió escribiéndose con una cuchilla la palabra "prostituta" en el brazo. La px.. se describe a sí misma como: insegura, desvalorizada, sucia.

## Caso 4

Motivo de consulta: "he estado muy triste, solo me mantengo con ganas de llorar, me quiero morir". Px.. femenino de 27 años de edad, se presenta quejándose de estado de ánimo decaído, desesperanza e ideación suicida permanente. Relata que en su infancia "sufrió muchas cosas". Refiere: "desde chiquita mi vida ha sido difícil, mi mamá era alcohólica, todos en mi casa tomaban, mi papá se fue y mi mamá se fue también a la calle, ella era alcohólica y se quedaba en las banquetas, después supe que se murió, mientras tanto me quedé en la casa con mi abuela y mis tíos, ahí todo mundo tomaba, llegaba gente borracha a cada rato y vi como mi tía mató a una hija de ella (mi prima) por querer matarme a mi; llegó un día a pegarme pero en su borrachera y la oscuridad a la que le pegó duro fue a mi prima, yo estaba chiquita (4 años) pero bien me acuerdo que al día siguiente mi prima amaneció muerta y mi tía me dijo que a mi era a quien quería matar y me sacaron a la calle y ahí me estuve sentada hasta que alguien me recogió, una señora buena gente, ella me trataba bien y me daba de comer pero un día mi papá regresó y me fue a traer, me llevó a mi y a mi hermana a vivir con la mujer que tenía, mi papá me quería mucho, era cariñoso conmigo y se preocupaba por mi, pero a ella no le gustaba eso (haciendo referencia a la conviviente de su padre), y decía que mi hermana y yo nos le sometíamos y por eso nos metía chichicaste (hoja que provoca irritación en la piel) en el calzón, yo lloraba mucho por eso y mi papá se preocupaba por mi y me preguntaba que qué tenía, pero yo no le podía decir porque mi madrastra me tenía amenazada, entonces mi hermana me dijo que huyéramos de ahí y yo no quería dejar a mi papá; pero ya no aguantaba todo lo que ella me hacía (refiriéndose a su madrastra) y me fui con mi hermana a una casa bien lejos que tenía un montón de milpa, ahí la señora me dio comida y me

trataba bien y ahí estuvimos como dos semanas. Después ella nos dijo que nos iban a llevar a juico porque mi papá nos estaba reclamando y yo me quería ir con mi papá, el lloraba para que no nos llevaran pero mi hermana me dijo que dijera que él nos trataba mal para que nos dejaran con la señora donde estábamos, al final eso dije y le dieron nuestra custodia a la señora, pero cuando llegamos de regreso a la casa, la señora me pegó por haber estado llorando por mi papá en el juzgado y me desvistió, me quitó los zapatos y me puso un vestido amarillo, que lo bien que me acuerdo porque pasé años usándolo (-llora-) era lo único que tenía de ropa ella me quitó todo, desde ese día me pegaba, me insultaba y a las cinco de la mañana me mandaba descalza y solo con el vestido ese, a acarrear agua con un frío! Y ahí empezó mi calvario seño, mi hermana no aguantó y un día se huyó de ahí, luego un día el hijo de la señora se enfermó y ella me dijo que me tenía que quedar a dormir con él porque lo tenía que cuidar y ese día (-llora-) el abusó de mi... yo tenía como 8 años y después al viejo con el que ella vivía, yo tenía hambre y le pedía comida y el me decía que si quería un pedazo de pan tieso que me acostara con él y que me lo daba, y me recuerdo seño... (-llora-) que yo lo quería agarrar y jugaba como que me lo daba y no me lo daba.. ahí habían otras niñas también y a todas nos trataban mal, llegaban hombres a tocarnos y abusar de nosotras y cuando no hacíamos lo que querían los hombres ó los mordíamos, nos amarraban con las pernas abiertas; a veces nos decía (haciendo referencia a la mujer con la que vivían) que si nos queríamos ir que ella nos iba a dejar ir, que saliéramos por la ventana en la noche corriendo para la milpa y en la noche cuando queríamos escaparnos como ella nos había dicho, en la milpa estaban los hombres esperando para agarrarnos, nos obligaban a hacerles un montón de cosas y así nos tenía engañadas, después un día me mandó a trabajar a una casa donde su hija trabajaba (ahí ya tenía 12 años) pero como ella se quebró el brazo me mandó a mi, yo en

esa casa fui feliz porque estaba como en una casa abandonada así solita yo, en la mañana hacía el oficio y en la tarde me iba jugar en el campo y estaba tranquila, no me pagaban porque el dinero que yo me ganaba se lo daban a la señora, pero me daban mi comida y nadie me molestaba, hasta que un día la hija de la señora donde ahora trabajaba cumplió quince años y le compraron un anillo de oro y la niña lo perdió, pero la mamá le dijo a la señora (quien la explotaba) que yo me lo había robado y la otra señora (me encerró en un cuarto y me pegó durante horas, yo me recuerdo que me amarró y me empezó a pegar con varas en la tarde y cuando me dejó de pegar ya era noche, me sacó sangre de la cara, de las piernas, de todos lados.. después seguí trabajando ahí pero un día me mandaron al mercado y ahí me encontré a mi papá, viera yo como lloraba... entonces planeamos que para que no se dieran cuenta mejor yo regresaba del mercado como siempre y el me llegaba a traer en la noche y así lo hicimos, me escapé, para entonces mi papá ya vivía solo (ya tenía 15 años), pero el había cambiado mucho, ahora tomaba un montón y tenía varias mujeres, no vivían ahí solo llegaban; pero un día yo le conté a una de ellas que mi papá tenía otras y cuando el se enteró me pegó y me echó de la casa, me fui para Guatemala ahí empecé a andar en la calle y andaba entre la basura comía de la basura y empecé a drogarme a consumir alcohol, thiner, cigarro, mariguana, cocaína.. de todo probé seño porque esa vida es horrible, lo único es que ahí por lo menos uno se siente como entre familia porque a todos nos habían pasado cosas (refiriéndose a el grupo de indigentes con quienes convivía en la calle), ahí todos nos apoyamos... después nos recogieron de una casa de rehabilitación y pues ahí nos daban donde dormir, comida y nos hablaban de Dios pero no es lo que uno necesita seño entonces cuando cumplí 18 y salí volvimos a la calle, otra vez a la vida de las drogas, pero un día yo ya no quise eso para mí y empecé a trabajar, conocí a mi esposo y el era muy bueno conmigo, nos pusimos

a vivir juntos pero después el cambió porque cuando el me tocaba yo como que me volvía loca, le pegaba, porque me daba miedo, no me gustaba que me tocara entonces él me empezó a pegar y de ahí nació el nene y después la nena y el se fue y nos dejó; después me enteré por sus hermanas que se había ido a los Estado Unidos, yo puse una tiendita pero un día se me entraron los ladrones se llevaron todo y yo no tenía para darles de comer a mis hijos, no me alcanzaba y me echaron de donde vivía entonces me comuniqué con mi papá y decidí venirme para acá (refiriéndose a Sacatepéquez) aquí mi papá me dio un mi pedazo (de tierra) y ahí estoy viviendo, trabajo en el mercado, hago y vendo comida... ahora mi papá ya cambió, va a la iglesia. Pero viera seño que por eso me mantengo tan triste, tengo un arma desde que se me entraron los ladrones y estoy va de contemplarla, solo me encierro en mi cuarto a llorar, porque antes yo cómo le pegaba a mi hijo (que tiene 6 años) porque me daba cólera verlo, y me daban unas ganas de pegarle como si él tuviera la culpa de todo lo que yo siento, pero un día le pegué tan duro que lo tuve que traer al hospital, porque el la mano se le empezó a poner morada y el doctor me dijo que le iban a tener que cortar la mano a mi bebé (que entonces tendría aproximadamente 4 años) entonces yo le supliqué al doctor que hiciera lo posible por salvarle la mano a mi bebé y le compré todas las medicinas que el doctor me pidió y aquí me le salvaron la mano a mi hijo (refiriéndose al hospital de La Antigua), y desde entonces yo le pedí perdón a mi hijo y ya no le pego, cuando están molestando mejor me encierro en mi cuarto..."

# Anexo

## 8

### Trifoliar sobre Maltrato Infantil



**Consecuencias Psicológicas del Maltrato en la infancia**

En la niñez: Pueden surgir varios cambios en la conducta.

- Enuresis (se orina, puede ser durante el día, la noche o ambas).
- Encopresis (se defeca).
- Retraimiento
- Agresividad
- Bajo Rendimiento Escolar
- Problemas de Comportamiento.
- Miedo excesivo o aislamiento de algunas personas o en otros casos acercamiento excesivo.

En la vida adulta:

- Tendencia a la auto-agresión.
- Episodios depresivos.
- Perturbaciones en el sueño.
- Inestabilidad emocional.
- Extrema dependencia.
- Comportamientos agresivos incontrolables.
- Sentimientos de culpabilidad y vergüenza.
- Dificultad para decir no.
- Problemas relacionados con la sexualidad.
- Riesgo de suicidio.
- Trastornos de identidad disociada.

HOSPITAL NACIONAL  
PEDRO DE  
SERRAVALLO  
DEPARTAMENTO DE  
PSICOLOGIA

**MALTRATO INFANTIL**

*PrevenGamps.*



HOSPITAL NACIONAL  
PEDRO DE SERRAVALLO  
DEPARTAMENTO DE  
PSICOLOGIA

Amélica Guebara,  
2009

## Prevenimos el Maltrato Infantil

### ¿Qué es el Maltrato Infantil?

Son acciones o experiencias recibidas en la niñez y la juventud, que dejan huellas o recuerdos negativos (sentimientos de culpa, rencor, amargura, baja autoestima, resentimiento, rebeldía, agresividad), como resultado del abuso de poder del adulto que se acepta como algo normal por los patrones culturales y de crianza que se transmiten de generación en generación y que imposibilitan al niño, niña y adolescente ser feliz.



### Tipos de Maltrato

**Maltrato Físico:** acción no accidental, que se produce a través de golpes con violencia para disciplinarlo, puede ser desde nalgadas, usando las manos hasta cualquier golpe con otro objeto (cortadas, quemadas, moretes, hemorragias internas).



**Maltrato Emocional:** Acción u omisión de las personas encargadas

del niño (a), estas pueden ser: rechazo, insultos, indiferencia, amenazas, manipulación, hacerlo quedar en ridículo, falta de afecto, etc. **Abuso sexual:** toda acción de índole sexual, con o sin el consentimiento del niño(a), esto incluye tocamientos, exposición a pornografía, obligación a tocar, practicar sexo oral, o penetración, tanto de una adulto hacia un niño como entre niños para satisfacción de un adulto.

**Negligencia:** es toda acción u omisión que afecte el desarrollo integral del niño, esto incluye abandono, no proveerle alimentación, cuidados personales o higiénicos, educación y seguridad.