

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



“EL ESTRÉS LABORAL Y SUS REPERCUSIONES EN EL USUARIO  
DE LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS  
DEL HOSPITAL ROOSEVELT”

JOSÉ DONATO BOLAÑOS GORDILLO

GUATEMALA, MAYO DEL 2012



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“EL ESTRÉS LABORAL Y SUS REPERCUSIONES EN EL USUARIO  
DE LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS  
DEL HOSPITAL ROOSEVELT”

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

POR

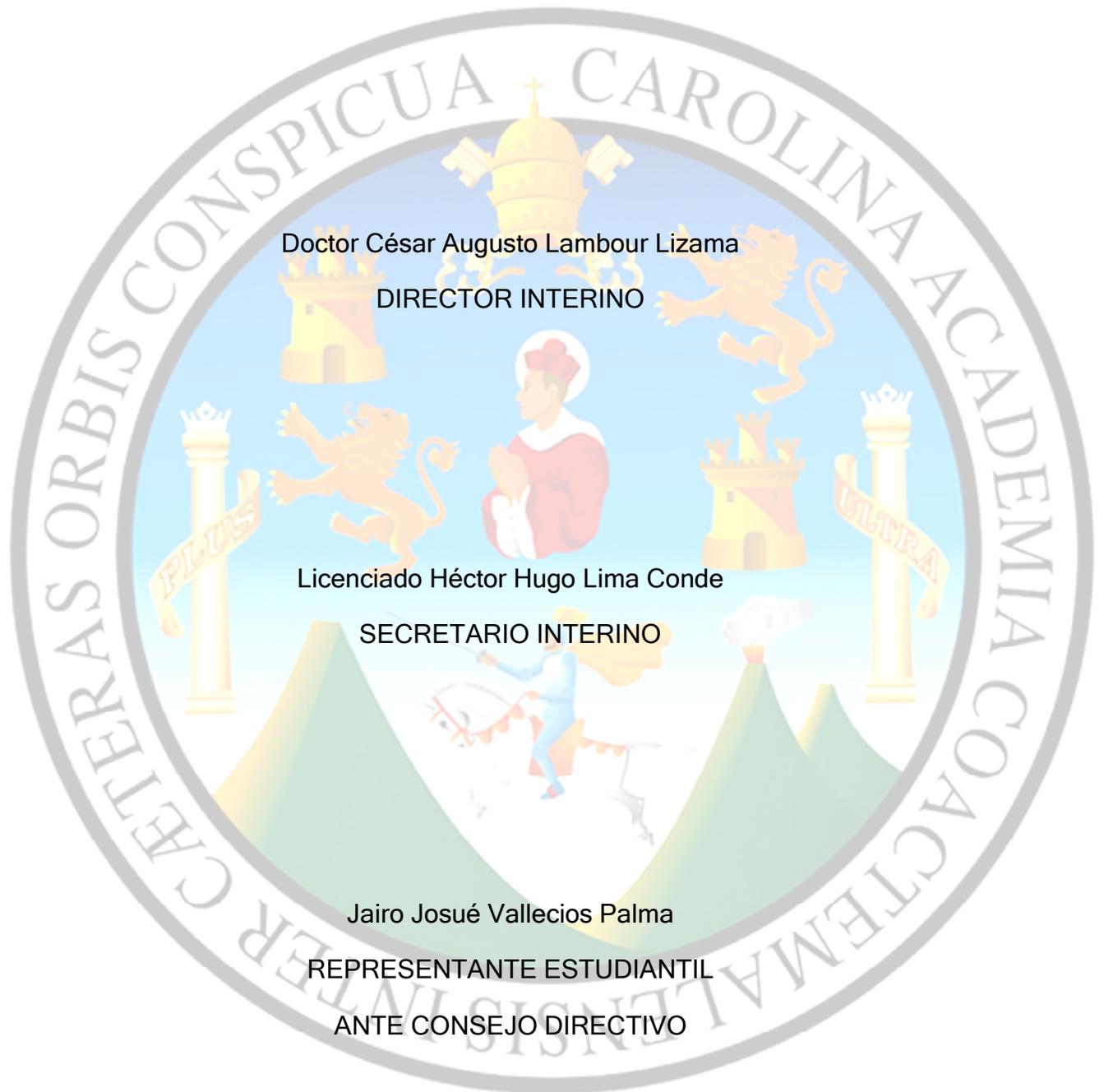
JOSÉ DONATO BOLAÑOS GORDILLO

PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE  
PSICÓLOGO

EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
LICENCIADO

GUATEMALA, MAYO DEL 2012

MIEMBROS DEL CONSEJO DIRECTIVO



Doctor César Augusto Lambour Lizama  
DIRECTOR INTERINO

Licenciado Héctor Hugo Lima Conde  
SECRETARIO INTERINO

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. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

CC. Control Académico

CIEPs

Reg. 153-2009

DIR. 1,167-2012

De orden de Impresión Final de Investigación

14 de mayo de 2012

Estudiante

**José Donato Bolaños Gordillo**  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Transcribo a ustedes el ACUERDO DE DIRECCIÓN UN MIL CIENTO CINCUENTA Y NUEVE GUIÓN DOS MIL DOCE ( 1,159-2012), que literalmente dice:

**"UN MIL CIENTO CINCUENTA Y NUEVE:** Se conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación, titulado: **"EL ESTRÉS LABORAL Y SUS REPERCUSIONES EN EL USUARIO DE LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL ROOSELVET,"** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

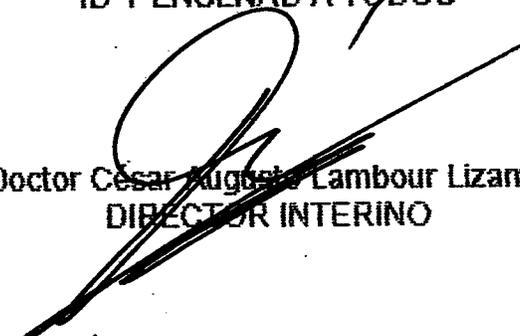
**José Donato Bolaños Gordillo**

**CARNÉ No. 200316956**

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por Licenciado Emerson Amilcar Paredes Ortiz y revisado por Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado. Con base en lo anterior, se **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 de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Doctor César Augusto Lambour Lizama  
DIRECTOR INTERINO





**ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**  
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 MAY 2012  
FIRMA: *[Signature]* HORA: 14:00 Registro: 153-09

Reg. 153-2009  
EPS. 32-2009

08 de mayo del 2012

**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 **José Donato Bolaños Gordillo**, carné No. 200316956, titulado:

**"EL ESTRÉS LABORAL Y SUS REPERCUSIONES EN EL USUARIO DE LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL ROOSEVELT".**

De la carrera de: Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo de la Licenciada Claudia Rossana Rivera Maldonado, en tal sentido se solicita continuar con el trámite correspondiente.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

*[Signature]*  
Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera  
COORDINADOR DE EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Recepción e Información  
CUM/USAC  
COORDINACION

JDg.  
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. 153-2009  
EPS. 32-2009

02 de mayo del 2012

Licenciado  
Oscar Josué Samayoa Herrera  
Coordinador de EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado, -EPS- de **José Donato Bolaños Gordillo, carné No. 200316956, titulado:**

**"EL ESTRÉS LABORAL Y SUS REPERCUSIONES EN EL USUARIO DE LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL ROOSEVELT".**

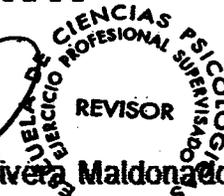
De la carrera de Licenciatura en Psicología

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"

Licenciada *Claudia Rossana Rivera Maldonado*  
Revisora  
USAC



JDg.  
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: usacpsic@usac.edu.gt

Reg. 153-2009

EPS. 32-2009

03 de abril del 2012

Licenciado

Oscar Josué Samayoa Herrera  
Coordinador de EPS  
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Informo a usted que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de José Donato Bofaños Gordillo, carné No. 200316956, titulado:

**"EL ESTRÉS LABORAL Y SUS REPERCUSIONES EN EL USUARIO DE LA CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL HOSPITAL ROOSEVELT"**

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 Emerson Amilcar Paredes Ortiz  
Asesor-Supervisor

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO  
ASESOR SUPERVISOR  
USAC

JLg.

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.153-2009

CODIPs.219-2009

De Aprobación de Proyecto EPS

16 de marzo de 2009

Estudiante

José Donato Bolaños Gordillo  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto CUADRAGÉSIMO NOVENO (49º) del Acta SIETE GUIÓN DOS MIL NUEVE (07-2009) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 12 de marzo de 2009, que literalmente dice:

**"CUADRAGÉSIMO NOVENO:** El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **EL ESTRES LABORAL Y SUS REPERCUSIONES EN LA CLÍNICA DE INFECCIOSAS DEL HOSPITAL ROOSEVELT.**", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

**JOSÉ DONATO BOLAÑOS GORDILLO**

**CARNÉ No. 200316956**

Dicho proyecto se realizará en la ciudad capital, zona 11, asignándose a la Licenciada Flor de María Díaz, quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y al Licenciado Emerson Amílcar Paredes Ortiz, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve APROBAR SU REALIZACIÓN."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Lidia Peralta Yanes  
SECRETARIA



Aelveth S.



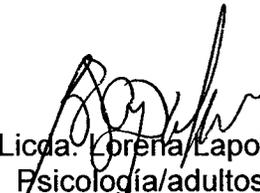
**CLÍNICA DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS  
HOSPITAL ROOSEVELT**

**A QUIEN CORRESPONDA**

Por este medio se hace constar que el estudiante **JOSE DONATO BOLAÑOS GORDILLO**, carnet estudiantil No. 200316956, extendido por la Universidad de San Carlos de Guatemala, ha realizado el ejercicio profesional supervisado de la carrera de psicología durante los meses de marzo a noviembre del año en curso, en horario de 8:00 a 16:00 horas, de lunes a viernes.

Durante este tiempo, el EPS Bolaños, demostró interés, responsabilidad, empatía, concluyendo su ejercicio de manera satisfactoria para la institución, por lo que se extiende la presente a solicitud del interesado a los treinta días del mes de noviembre del año dos mil nueve.

Atentamente,



Licda. Lorena Lapola  
Psicología/adultos

Clínica de Enfermedades Infecciosas  
Hospital Roosevelt

**PSICOLOGIA  
CLINICA INFECCIOSAS - ADULTOS  
HOSPITAL ROOSEVELT**

Cc/file

*Brenda Lorena Lapola Asencio*  
LICDA. EN PSICOLOGIA  
COL. No. 10811

Trabajamos por tu salud, no es el fin de una vida... es un nuevo inicio.

---

**Interior Hospital Roosevelt                      Calzada Roosevelt, zona 11**  
**Telefax 2471-4728, 2471-0341, 245-4304, 2475-1138**

## ACTO QUE DEDICO

A mi familia: para ellos es esta meta alcanzada.

## AGRADECIMIENTOS

A mis padres y hermanos: por su amor, ejemplo y apoyo incondicional.

A mis amigos: por su cariño y experiencias compartidas.

A la ALAT: por los conocimientos brindados.

## ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I ANTECEDENTES.....¡ERROR! MARCADOR NO DEFINIDO.

CAPÍTULO II MARCO METODOLÓGICO .....23

CAPÍTULO III ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....94

CONCLUSIONES ..... 143

RECOMENDACIONES ..... 145

ANEXOS ..... 146

BIBLIOGRAFÍA..... 148

## INTRODUCCIÓN

La Universidad de San Carlos de Guatemala a través del Ejercicio Profesional Supervisado incorporó a especialistas en la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, esta institución tiene como modalidad de trabajo la multidisciplinaria, por lo tanto se abrió la posibilidad que los estudiantes pudiesen trabajar en el área de psicología para tratar los diversos problemas psicosociales que se presentan en los pacientes que son atendidos en dicho lugar.

El caso que se investiga y analiza en este documento es el que se da en el ambiente hospitalario, más específicamente dentro de la Clínica de Enfermedades Infecciosas del Hospital Roosevelt, ubicado en la Ciudad de Guatemala. La investigación y el trabajo se desarrolló en un contexto en el que se puede destacar la actitud (*no ok*) del Estado Guatemalteco, al ser considerado este la raíz que genera o contempla las condiciones laborales y de vida que por un lado facilitan el estrés laboral y por otro promueve la condición de vulnerabilidad en cierta población.

Además bajo anteriores investigaciones se ha reconocido (Díaz, 2008) que la mayoría de los trabajadores de la Clínica de Enfermedades Infecciosas reportan sentirse estresados, entonces en relación a lo que describe Feudenberger y estas otras consideraciones como el contexto nacional, es de esperarse que los trabajadores actúen en muchas ocasiones de una forma distinta a la "*normal*" o a la "*adecuada*" en el momento en que realizan la labor sobre el paciente.

Los miembros de la clínica como se citó anteriormente, la mayoría se podría decir que sufre de estrés laboral, este estado de alguna forma tuvo que haberse generado por distintos procesos cuya complejidad es tan grande que para cada paciente existe una historia distinta y para cada trabajador también, pero se reconoce que ambos son parte del mismo sistema que puede ser analizado y estudiado para explicar y generar ciertas generalizaciones sobre el tema.

## RESUMEN

Bajo los tres ejes: Investigación, Docencia y Servicio, se pretendió intervenir sobre el problema del estrés laboral y su repercusión en el servicio que recibe el paciente que vive con VIH y que recibe atención en la Clínica de Enfermedades Infecciosas, problema que se considera tiene un mismo trasfondo a nivel macrosocial que se expresa de forma indirecta en los niveles inferiores, hasta el individual.

En el eje de investigación, la intención fue explicar cómo el estrés laboral que sufre el trabajador, afecta directamente al paciente, quien en su vulnerabilidad es más susceptible de sentirse “mal” al entrar en contacto con alguien quien se encuentra estresado al momento de atenderlo. En tal sentido, se encontró que la sobrecarga de pacientes conlleva a una relación en donde a más pacientes, menor calidad de servicio a los últimos en ser atendidos.

En el eje docencia, se buscó a través de la educación al paciente, actuar directamente sobre el problema de la “falta de datos”, que la mayoría, aparentemente, tiene por vivir en estado de vulnerabilidad, (callejización, preferencia sexual, etnia, género, poca o nula oportunidad de educación elemental) no tuvo mayor oportunidad de obtener. A través de una educación enfocada en las necesidades del paciente y no en las de La clínica, se logró transmitir los datos de una forma en que el aprendizaje fue adaptado a la vida cotidiana del paciente.

El eje de servicio consistió en la intervención psicológica sobre el paciente de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, el objetivo en pocas palabras, fue impartir la psicoterapia al usuario de la clínica, la cual se brindó en el espacio de Consulta Externa y de Pisos Hospitalarios. En Consulta Externa se atendieron todo tipo de casos a excepción de los casos de violencia sexual, de la misma manera fue en el área de pisos hospitalarios, en donde se puede agregar la atención a familiares de pacientes fallecidos o en condición grave.

# CAPITULO I

## ANTECEDENTES

### Descripción de la Institución

En mayo de 1989 se dio la aparición en el Hospital Roosevelt del segundo centro de atención médica a personas que viven con el virus del VIH en Guatemala, el primero fue en el Hospital Nacional San Juan de Dios. Con esto se inicia el trabajo de analizar muestras para detectar, no sólo el VIH, sino también distintas enfermedades oportunistas que son comunes en los casos en donde se presenta un sistema inmune comprometido, tales como tuberculosis o varias ITS. En esa época era dificultoso el análisis de muestras y el resultado se tomaba 5 a 7 días lo que hoy se reduce a menos de un día, y los pronósticos de las personas infectadas eran malos, la mortalidad rondaba por el 75% de los pacientes y el tiempo de vida promedio después de dado el dx de SIDA era 4.2 a 5.4 meses.

Muchos cambios han surgido desde la creación de la clínica, hoy en Guatemala es la principal clínica que atiende estos casos, con múltiples servicios para las personas que viven con VIH y oportunidades a nivel centroamericano para las personas que se especializan en alguna disciplina de las ciencias de la salud.

La clínica de Enfermedades Infecciosas es la unidad de seguimiento del área de enfermedades infecciosas del departamento de Medicina del Hospital Roosevelt, se inició con ayuda del Patronato de Asistencia Social para funcionar de manera independiente y en un espacio físico en la Consulta Externa II, esto hoy en día es donde está ubicada la clínica número 8, que actualmente funciona para toma de muestras.

En el año 2000 fue cuando se trasladó a la, antes llamada, “Clínica 17” en donde estuvo hasta el 2007, en ese mismo periodo se iniciaron conversaciones con

Médicos sin Fronteras Suiza para iniciar el tratamiento antiretroviral, como parte del contexto de ayuda integral.

Actualmente la Clínica de Enfermedades Infecciosas cuenta con los siguientes servicios:

**Consejería y tamizaje voluntario para VIH:**

Estos servicios constan de una preconsejería, toma de muestra y postconsejería, en donde en la primera fase se brinda información generalizada sobre el VIH, el procedimiento de la prueba y los posibles escenarios tras recibir el resultado; en la segunda fase, después de la toma de muestra, en la postconsejería se da el resultado y se explica detalladamente lo que esto implica para la salud y la vida de quien obtuvo diagnóstico positivo para VIH o alguna otra enfermedad identificada.

**Diagnóstico de la infección VIH:**

A través de pruebas rápidas (determine) o de necesitarse medios directos (carga viral, etc.) La Clínica tiene la capacidad para determinar por medio de su personal la validez del diagnóstico por VIH.

**Seguimiento de la infección VIH de manera ambulatoria:**

Este tipo de atención consiste en citas programadas a los pacientes según las necesidades en salud, sociales y organizacionales propias de la clínica, es decir, regularmente hay un tiempo ya establecido (3 meses paciente regular, 1 semana paciente nuevo, mas citas extraordinarias), pero al analizar la situación individual de ciertos pacientes, se hace necesario programar la cita según lo más apropiado para la persona y la clínica, como por ejemplo pueden surgir problemas de transporte, decaimiento físico e inhabilidad para viajar, en esos casos se evalúa y generalmente se visita al paciente en su domicilio, cuando es posible, cabe mencionar que algunos pacientes presentan datos falsos sobre el lugar de su domicilio.

### **Diagnóstico y tratamiento de enfermedades oportunistas de forma ambulatoria y hospitalaria:**

Normalmente cuando se hace la prueba de VIH, con la misma muestra se hace también la prueba para detectar Hepatitis B (anti HB) y Sífilis (VDRL). También la Clínica de Enfermedades Infecciosas tiene la capacidad por medio de los médicos, auxiliados por otras pruebas de laboratorio, determinar que infecciones oportunistas están presentes, y así dar un diagnóstico y tratamiento oportuno. Éstas se dan en el área hospitalaria cuando se considera necesaria la atención oportuna de forma intensa y constante, es decir, se determina la hospitalización de acuerdo a ciertos parámetros médicos, pero de forma mas sencilla podemos decir que cuando se hace demasiado riesgoso para la salud, la vida del paciente seguir el tratamiento a través de visitas sin cuidado continuo de los médicos. Incluso un criterio “psicológico” para brindar el servicio con el consentimiento del paciente en el hospital, podría ser que se considera o se tiene la sospecha que la persona no es capaz o no será capaz de auto administrarse el medicamento, por: retraso mental, demencia senil, estado de callejización, incluso depresión etc, en el hospital tienen la oportunidad de recibir el medicamento de forma programada por personas profesionales en el área, (enfermeras).

### **Servicio de atención psicológica pediátrica y de adultos.**

El departamento de psicología está dividido en atención a niños y adultos. A los niños se les atiende en el área de pediatría dentro del Hospital Roosevelt en un espacio fuera de la clínica de infecciosas, en donde se atiende a niños infectados con el virus y a sus padres. En el área de adultos, se atienden desde jóvenes mayores de 12 años hasta personas de edad avanzada, en problemas psicológicos y apoyo emocional a pacientes y familiares. Esta atención se da por parte de las Profesionales en Psicología titulares y los estudiantes de EPS. El apoyo de estos estudiantes inició en el año 2008 cuando se presentó la primera participación de estudiantes de psicología dentro de la clínica, en este año 2009 se han implementado nuevos mecanismos de acción, entre los que están: atención a los pacientes del área hospitalaria, es decir, los no ambulatorios.

**Visitas domiciliarias:**

Miembros del departamento de Trabajo Social visita algunas de las residencias de los pacientes que no han asistido a sus citas programadas de forma prolongada o repetitiva, también lo hacen cuando un paciente solicita la intervención de una profesional en Trabajo Social. Como se mencionó anteriormente, al hacer las visitas se ha logrado corroborar que muchas personas dan direcciones de domicilio falsas, en las viviendas en las que efectivamente se ha encontrado al paciente, éste ha sido apoyado por las estudiantes de EPS de Trabajo Social y por las Profesionales en el área, para esclarecer la situación del paciente y así ayudarlo de la mejor forma posible.

**Apoyo a proyectos de otras instituciones:**

Existe aporte de material y de profesionales facilitadores de información, que están dispuestos a dar sus conocimientos a otras personas para así multiplicar la información, además desde el año 2008 por parte de la clínica, se imparte el *“Diplomado de Atención integral de VIH SIDA”* en el que se da la oportunidad de estudiar áreas distintas a las que cada profesional o participante pertenecen, algunas de estas áreas son: trabajo social, medicina, farmacia, psicología, laboratorio, enfermería y otros elementos que conforman la atención integral al paciente.

### **Descripción de la población**

La población que se atendió en el proyecto de EPS es la misma gente que es incluida dentro del programa de la clínica de Enfermedades Infecciosas. Los casos que no se atendieron son: riesgo no laboral (generalmente abuso sexual o deshonesto a mujeres) y en casos de diagnóstico VIH negativo en donde el paciente tiene la opción de acceder al servicio de psicología, pero eso nunca sucedió en el tiempo de la participación del sustentante.

La distribución de la población atendida se agrupa según la relación que tengan con alguno de los ejes de intervención, que son: eje de investigación de docencia y de servicio.

En el eje investigación: fueron elegidas personas que recibieron atención en el eje de servicio, en el espacio de la psicoterapia se llegó a determinar los pacientes aptos según los objetivos de investigación, en el caso del tema de estrés laboral, los pacientes elegidos fueron los que en su historia personal y en su experiencia en la clínica, fueron afectados por el estrés del trabajador y en la vida cotidiana, y que son generalmente rechazados por la mayoría de las personas, en otras palabras, viven en situación de vulnerabilidad.

Los pacientes atendidos en el eje de servicio: se comprenden de personas que asisten a la clínica que viven con VIH y que aceptaron recibir el tratamiento para la infección.

Bajo el eje docencia: se atendió a la misma población anteriormente citada, y que tuvieran capacidad para aprender o comprender la transferencia de datos, obviamente se exceptúan los casos en donde el paciente se encuentra en estado mental de inconciencia, en ese caso la atención es hacia la familia, si es que se presentan.

### Características esenciales de la Población:

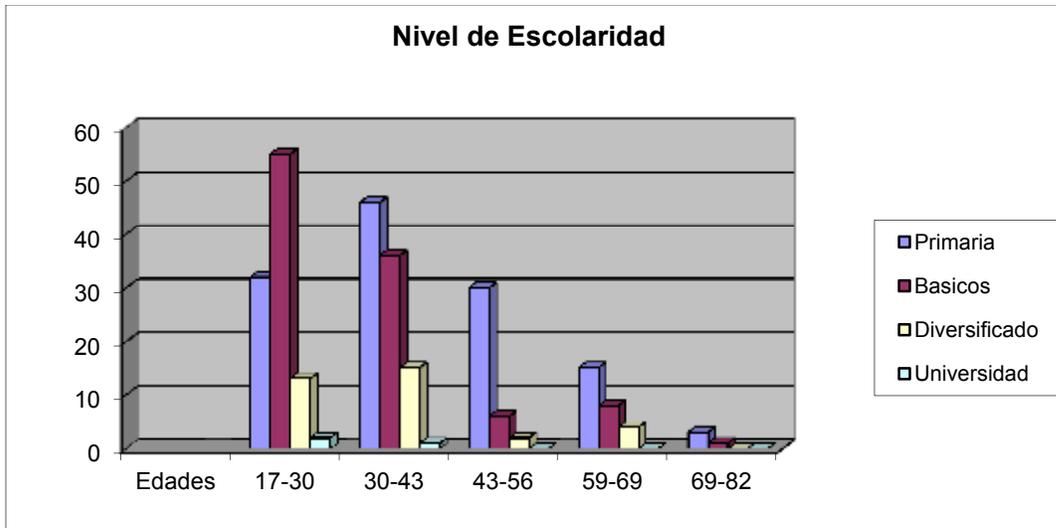
La población atendida dentro del espacio de la Clínica de Enfermedades Infecciosas en el eje de Servicio, fue un total de 269 personas, entre las cuales predominó con un 69% la asistencia del género masculino. En estos datos se han excluido a las personas atendidas “fuera del espacio y el horario de trabajo” de las cuales no se tomó registro cuantificable, por ejemplo: atención en pasillos del hospital en varias ocasiones a familiares de paciente que ha fallecido, o a personas en área de pisos, que no eran de la clínica de Infecciosas, pero que estuvieron ubicados cerca de los si pertenecientes, ellos fueron abordados al considerar o determinar que podrían mostrar actitudes negativas que repercutirían de mala manera en el bienestar del paciente registrado en la clínica.

A continuación se presentan datos estadísticos sobre elementos que caracterizan a la población, como por ejemplo: nivel de escolaridad, ocupación, edad y género.

Tabla sobre nivel de escolaridad.

Nivel	Primaria	Básicos	Diversificado	Universidad	Total
Edades					
17-30	32	55	13	2	102
30-43	46	36	15	1	98
43-56	30	6	2	0	38
59-69	15	8	4	0	27
69-82	3	1	0	0	4
Total	126	106	34	3	269

Fuente: estadísticas de cuaderno de campo periodo 2009

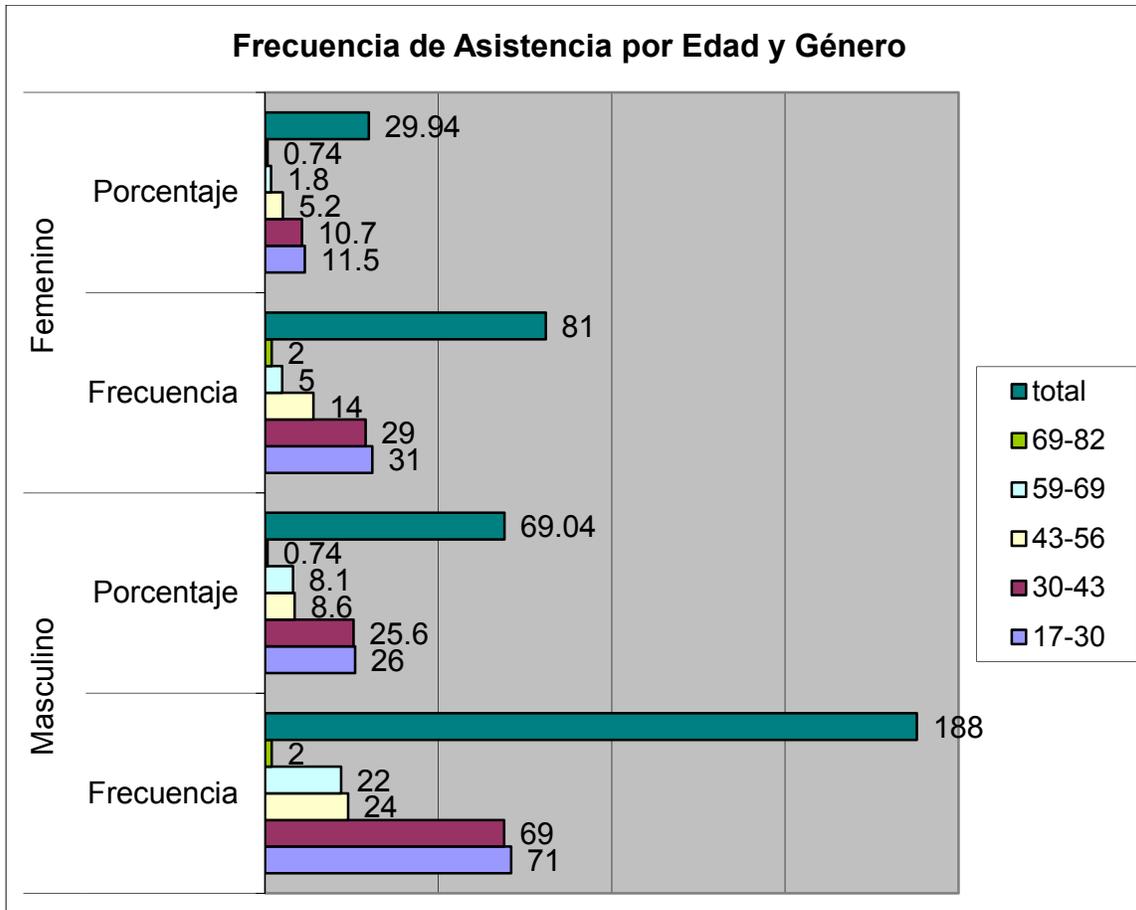


Fuente: estadísticas de cuaderno de campo periodo 2009

Tabla sobre frecuencia de personas atendidas.

Género	Masculino		Femenino	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Edades				
17-30	71	26	31	11.5
30-43	69	25.6	29	10.7
43-56	24	8.6	14	5.2
59-69	22	8.1	5	1.8
69-82	2	0.74	2	0.74
total	188	69.04	81	29.94

fuentes: estadísticas de cuaderno de campo, período 2009



Fuente: estadísticas de cuaderno de campo periodo 2009

La mayoría de personas asistida por la Clínica de Enfermedades Infecciosas son provenientes del interior de la república, el grupo mayoritario es originario específicamente de: Retalhuleu, Izabal y Escuintla.

Dentro de la población atendida se pudo identificar que la mayoría es parte de la fuerza laboral del país, como puede verse en la tabla mayoría están comprendidos en edades entre 17-30 años lo que sugiere que la mayoría de personas son jóvenes en edad de reproductiva y productiva, es decir, la mayoría de estas personas en otro caso estarían en el “pináculo” de su vida, pero por el contrario, son jóvenes que tienen que lidiar con una enfermedad crónica. Además se atendieron exactamente a tres menores de edad y a varias personas de longevidad avanzada, entre los 70-80 años.

Las ocupaciones de la población con quienes se trabajó son muy diversas, en su mayoría los hombres trabajan en oficios como: tapicería, instalación de sistemas eléctricos, pilotaje de camioneta o camión, comerciantes, herreros, etc., además de un gran número que trabaja en economía informal, generalmente son los que venden artículos variados de bajo precio en las calles. Entre las mujeres la gran mayoría son amas de casa quienes fueron contagiadas por sus cónyuges.

También fueron atendidas en menor número de frecuencia a trabajadoras comerciales del sexo y personas privadas de libertad, tanto en Consulta Externa como en el área de pisos u Hospitalización, de las distintas salas en donde son ubicados los pacientes según haya sido la enfermedad oportunista que los obligo a internarse al hospital o por alguna otra precariedad no relacionada con el VIH.

Otro grupo sería el integrado por personas “sin ocupación”, de los cuales algunos ya estaban sin empleo o sin medios para conseguirlo desde antes de haber sido notificados de su dx positivo para VIH, otros en cambio, se detectó que perdieron el empleo o dejaron de trabajar en un espacio de tiempo posterior a la notificación del dx.

## Análisis de Contexto

El análisis se hizo con base a la filosofía y a la visión que concibe a la realidad como un todo, y al momento de hacer la separación de los sujetos de estudio fue pensado en formar un marco general sobre la situación particular de los integrantes del grupo establecido.

### Organización y situación del sistema de salud de Guatemala

Se podría caracterizar que actualmente el sector salud es de naturaleza mixta, y está conformado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el Sector Privado, la Sanidad Militar y un significativo sector de medicina “popular” o “maya”.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene el mandato de ser “*La rectoría del Sector Salud, entendida como la conducción, regulación, vigilancia, coordinación y evaluación de las acciones e instituciones de salud a nivel nacional*” (MSPAS, Código de salud Decreto 90-97, Artículo 9º), este opera por medio de sus dependencias públicas: hospitales, centros de salud y puestos de salud. El IGSS que es una entidad descentralizada del Estado, su fin primordial es la seguridad social de país, como parte de sus funciones desarrolla un componente principal de atención médica destinado a los trabajadores asalariados afiliados y sus dependientes con dos programas que son el de Invalidez, Vejez y Sobrevivencia (IVS) y el de Accidentes, Enfermedad Común y Maternidad (AEM). El primero está constituido por los Hospitales, Sanatorios y Clínicas privadas cuyo fin principal es el de adquirir beneficio económico con la prestación de servicios de recuperación y rehabilitación de la salud y se encuentran además las empresas de Seguros Médicos Privados.

El Segundo está compuesto principalmente por el sector llamado de ONGs de las cuales la mayoría se encuentran en el área rural del país y se caracterizan por dar respuestas a problemas inmediatos y de largo plazo, bajo una óptica de

participación comunitaria como la mejor respuesta a la problemática de salud, de acuerdo a la siguiente lógica:

1. Preventivo Educativa
2. Curativa
3. Coordinación

Además en este sector se encuentra el Sector-Religioso en la misma línea de trabajo de las ONG's, están dando respuesta inmediata a los problemas de salud a través de Educación y Prevención, Clínicas, Dispensarios y Hospitales.

En el informe de la ONU de los años 2010 a la proyección del 2014 habla sobre los avances en salud y sobre el VIH menciona que *“Aunque ha aumentado la transmisión de la epidemia de VIH/SIDA, ésta todavía se considera baja en Guatemala, y se mantiene un sistema de vigilancia epidemiológica constante”* (Marco de asistencia para las naciones unidas 2010-2014, p12)

### **Trabajo de las ONG en conjunto con el Ministerio de Salud.**

La impunidad y la carencia de acceso a la justicia, así como las cuestiones de racismo y otras formas de discriminación, incluyendo la inequidad de género, son cuestiones importantes que llevan años en el debate político. Sin embargo, los esfuerzos en su reducción aún tienen que ser dirigidos de una manera programada y coherente. El asesinato sistemático y la represión de los líderes que hubo en el pasado, acoplado con un marco frágil institucional del Estado, han dejado una especie de brecha que todavía es evidente en el alto grado de impunidad y el bajo nivel de participación ciudadana en la vida social y política del país.

Dentro de este marco, la discriminación persistente en varias formas y por varios motivos (étnico, cultural, de género, político, etc.) refuerza un clima de desconfianza y frustración hacia un Estado que todavía carece de la capacidad para garantizar los derechos fundamentales.

En 1996 se dieron los acuerdos de paz en donde se buscó remover las causas principales que propiciaron el conflicto armado, las cuales esencialmente consistían en mejorar los Derechos Humanos, es decir, evitar la discriminación de cualquier tipo, así como con la exclusión social. Se trató de promover la reconciliación y fortalecer el poder civil además de perfeccionar el sistema democrático.

Es evidente que el cumplimiento de estos acuerdos es lento, parcial e insuficiente, ya que como observamos en los últimos años, se presentó el mismo patrón de exclusión social, que existía antes de haberse logrado dichos acuerdos de paz. Lo que siguió igual fue el trato hacia el área del occidente, que es principalmente de población "indígena". Esto queda reflejado en el informe de la Unesco en donde dice: *"En el territorio nacional cohabitan cuatro grandes pueblos Maya, Xínca, Garífuna y Ladino. El tratamiento de la diversidad cultural de Guatemala ha estado caracterizado por una fuerte dominación y opresión contra los pueblos indígenas y contra las mujeres dando lugar al racismo, diversas formas de violencia contra las mujeres y a la discriminación estructural, legal, institucional y cotidiana"* (Marco de asistencia para las naciones unidas 2010-2014, p12)

Este es un problema gigantesco y simplemente carece de lógica cuando el país se ha comprometido en teoría a lograr la *"Meta de Acceso Universal"* propuesta por la ONU, que consiste en que toda la población tenga acceso a la prevención, atención, tratamiento y apoyo en todos los aspectos de salud relacionados con VIH, algo que no se cumple, porque mucho de esto depende de la capacidad

económica o de movilización del usuario, porque si no tiene la capacidad de moverse, el servicio es muy difícil que llegue hacia el centro.

## **Trabajo de las ONG en conjunto con el Programa Nacional de VIH, Sida**

### ONUSIDA

Es un proyecto que forma parte de las sub-organizaciones que tienen como base, a la Organización de las Naciones Unidas. Como la organización central no es sólo para el tema del VIH, su actuar y sus mecanismos son de amplio rango, por lo tanto estas suborganizaciones interactúan bajo una misma lógica. De esta manera lo expresan en su portal de internet en donde explican que: *“El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) es una experiencia conjunta e innovadora de la familia de las Naciones Unidas. ONUSIDA reúne los esfuerzos y recursos de 10 organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas para apoyar la prevención de nuevas infecciones por VIH, brindar atención a los infectados y mitigar el impacto de la epidemia en el mundo”* (Portal Sida, <http://www.portalsida.org/media.aspx#stats>)

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) aúna los esfuerzos y recursos de diez organizaciones del sistema de las Naciones Unidas. Las diez organizaciones copatrocinadoras de ONUSIDA son las siguientes:

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Programa Mundial de Alimentos (PMA)

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD)

Organización Internacional del Trabajo (OIT)

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

Banco Mundial

Cada uno trabaja en su propia rama y se reúnen cada año para evitar duplicar esfuerzos.

Una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, adoptada el 23 de diciembre de 2005, solicitó el apoyo a ONUSIDA y sus copatrocinadores para facilitar: *“Procesos liderados por los países, que incorporen a todos los sectores, incluyendo consultas con todos los donantes, organizaciones no gubernamentales, sociedad civil y el sector privado; en el marco de las estrategias de sida ya existentes, para incrementar a nivel nacional los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo con el propósito de llegar lo más cerca posible a la meta de acceso universal para el 2010 para todas las personas que lo requieran” (ONU, contenido y publicaciones)*

Es decir que se hizo un acuerdo, que no se ha cumplido del todo, esto es en relación al compromiso de cada país a hacer cambios en distintos ámbitos de su estructura para facilitar el cumplimiento de los objetivos trazados en el convenio. Al ser ONUSIDA un ente que promueve la facilitación al acceso de los servicios de salud relacionados al VIH / Sida, propone para lograr una respuesta más eficaz y coordinada en el país, una estrategia fundamental, que es promover los principios de los “Tres Unos”:

*“Un marco acordado de acción sobre el sida que proporcione la base para coordinar el trabajo de todos los actores involucrados en Guatemala  
Una autoridad nacional de coordinación del sida, con un mandato multisectorial amplio y un sistema de vigilancia y evaluación establecido a nivel de país” (ONU, contenido y publicaciones)*

Actualmente se trabaja un proyecto, esto en el mismo nivel y conjuntamente con otras organizaciones internacionales como la OMS y UNICEF, al mismo tiempo que funciona en otro nivel como facilitador de recursos materiales, humanos, y académicos para las instituciones estatales y organizaciones no gubernamentales, como lo hacen con el Programa Nacional de ITS VIH / Sida y OASIS respectivamente.

Como se menciona anteriormente la organización estatal encargada de la situación VIH / Sida en Guatemala, es el “Programa Nacional de ITS y VIH / Sida” o “PNS”.

El Programa Nacional de ITS y VIH / Sida trabaja en la gestión, normalización, investigación, capacitación y planificación sobre la estrategia a seguir en relación a la epidemia.

Al ejecutar sus propias actividades de campaña, investigación y capacitación, trabaja conjuntamente con otras organizaciones, como “Fundación Marco Antonio” y “OASIS” (Organización de Apoyo a una Sexualidad Integral Frente al Sida).

Lo que quieren lograr estas organizaciones son alternativas de acción, en donde se busca participación de grupos civiles, comunitarios e instituciones no gubernamentales, todos utilizan el aprendizaje de cada en un intercambio de información en donde todos tienen el objetivo base de combatir el VIH Sida y dar asistencia a las personas que viven con el virus.

## CAPITULO II

### MARCO CONCEPTUAL, REFERENCIAL Y METODOLÓGICO

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante la visita a la Clínica de Enfermedades Infecciosas se lograron captar ciertos elementos que llamaron la atención y que fueron considerados como parte de la problemática existente dentro de la institución. En primera instancia, se detectó una sobrepoblación de las personas que están inscritas para ser atendidas, es decir, el número de usuarios parece ser muy elevado para el número de trabajadores, en un aproximado hay más de 1,000 usuarios por 50 trabajadores. Lo importante de esta observación que describe condiciones laborales desfavorables, es que nos lleva a que muy posiblemente existe entre los trabajadores de esta institución, conductas, pensamientos, decaimiento físico y actitudes relacionadas con el estrés laboral.

Gil-Monte y Peiró (1997): explica que se ha constatado que el síndrome de quemarse en el trabajo queda establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta se da, frecuentemente, en las organizaciones de servicios, aunque no está restringida a ellas. Y esto es lo que precisamente se logró captar mediante la participación activa y la convivencia con los trabajadores. Algunos de ellos comunicaron ideas como: *“mirá cómo esta con el grupo de hoy y mañana toca uno más grande, pero menos difícil.”* (Informe clave, marzo 2009) O *“¡ay! ya me toca otra vez con este señor que no entiende mucho que digamos”* (informante clave marzo 2009), en este espacio se logra apreciar que posiblemente el deseo de trabajo y la disponibilidad están presentes en el trabajador, pero también puede percibir sentimientos de desgano hacia el trabajo, y manifestaciones de cansancio.

El alto número de pacientes, puede generar que se opte por lo práctico, ante la meta de atender a todos en un tiempo. Como por ejemplo: *“entendió lo que le dije, y la paciente responde asintiendo con la cabeza” (cuaderno de campo marzo, 2009).*

En relación a la idea propuesta por Gil-Monte y Peyró (1997), también se pudo observar de forma directa, que evidentemente no todos los trabajadores tienen actitudes de compañerismo hacia los demás del grupo, es decir, existen problemas de comunicación entre varios elementos del personal, esto se considera una desventaja porque ésta se desarrolla dentro de un grupo multidisciplinario, en donde por lógica, debe existir muy buena comunicación entre sus miembros para que éste funcione. Este problema podría generar que la atención al paciente se convierta de una comunicación de par a par, a un espacio en donde existe el desahogo por parte del trabajador de la clínica, y esto seguramente generará un mal servicio y posiblemente malestar en el paciente. Se observó que la poca comunicación entre elementos de trabajo promueve la suplantación de labores, por ejemplo: un elemento de trabajo social ve la necesidad de un paciente en recibir tratamiento psicológico, y como no ve cerca a nadie de psicología, este da consejos y charla con el paciente, creyendo que le está dando psicoterapia, o el elemento de psicología explicando medicamentos cuando sería más prudente que esto lo haga el trabajador de farmacia.

En la participación como miembro del Departamento de Psicología se dialogó con varios usuarios y con base a lo que mencionan sobre el servicio de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, se podría decir que para la mayoría es muy bueno, en comparación con otras instituciones en donde dicen, se les ha tratado mal, como lo mencionó un paciente *“no me quiero enfermar porque si no me toca irme otra vez a ese lugar horrible” informante clave (junio 2009),* ante esto, fue considerado que había posibilidad de que por los “estándares de calidad bajos” a los que han sido expuestos muchos de los usuarios por la mala situación de Guatemala en el tema de salud pública, refleja la sorpresa del

usuario. En lo macrosocial se observa que la clínica, por ser parte del sistema nacional de salud, comparte como muchas otras instituciones del Gobierno de Guatemala, problemas económicos que impiden o limitan lo que podrían generar bajo mejores condiciones. En conclusión, se considera que esta problemática de falta de recursos, más las antes citadas, relacionadas con el sobre esfuerzo del trabajador, se interrelacionan y repercuten en el momento en que el paciente entra en contacto con el trabajador de la clínica, el cual es el momento de mayor importancia en el proceso del servicio que se le da al paciente, y que genera el problema más grande de todos, un servicio inadecuado al usuario, porque la condición de enfermedad crónica es una situación de vida o muerte.

En el área de pisos, el trabajador es quien tiene que movilizarse hasta donde está el paciente, esto da lugar a, de alguna forma, “seleccionar” a quien se va atender y a quién no. En ocasiones se observó que por ejemplo: a los pacientes “privados de libertad” o “psiquiátricos” se les atendió menos, de vez en cuando o de manera fugaz, por prejuicios, temor, asco o por considerarlos de mayor esfuerzo al tener que, además de ellos, trabajar con 20 personas más en un espacio de tiempo reducido, además de la movilización a pie a través del hospital.

Estos problemas que podrían decirse que son de esperarse dentro del contexto nacional, no dejan de ser una injusticia, lo cual es uno de los más grandes obstáculos que generan en gran parte la problemática existente. En resumen y en palabras sencillas, que la Clínica de Enfermedades Infecciosas tenga que cargar con un número de pacientes que rebasa su capacidad, y por parte de los trabajadores que se les exija tanto, y a los pacientes que en ciertas ocasiones se le dé un servicio subóptimo o un mal trato, es lo que se identificó como el posible problema que genera todas las condiciones y circunstancias desfavorables que repercuten en el paciente de la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivos iniciales del proyecto**

#### **Objetivo General**

Identificar las repercusiones del estrés laboral en el sistema multidisciplinario sobre el servicio al usuario de la Clínica de Enfermedades Infecciosas y proponer una alternativa.

#### **Objetivos específicos**

##### **De investigación**

- Indagar los factores producidos por el estrés laboral en el personal, que afecta en su desempeño hacia el usuario de la Clínica de Enfermedades Infecciosas dentro de un marco multidisciplinario.

##### **De docencia**

- Impartir talleres y orientar al personal y pacientes de la Clínica de Enfermedades Infecciosas en el marco del sistema multidisciplinario.

##### **De servicio**

- Acompañar en las visitas a camas al equipo multidisciplinario en las distintas salas del hospital y brindar psicoterapia en el área mencionada.
- Dar psicoterapia de apoyo a los pacientes que ingresen a la sala de emergencias por casos de violencia sexual.

- Realizar atención psicológica a los pacientes de la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

### **Objetivos de ejecución**

#### **De investigación**

- Indagar los factores estresantes que afectan al usuario de la Clínica de Enfermedades Infecciosas dentro del marco del sistema multidisciplinario.

#### **De docencia**

- Elaborar una guía de medicamentos del usuario de la Clínica de Enfermedades Infecciosas.
- Apoyar al Departamento de Educación, en transmisión de datos a los pacientes referidos.

#### **De servicio**

- Participar activamente en las visitas a las distintas áreas del hospital con el equipo multidisciplinario, a fin de luego brindar atención psicológica a los pacientes de La Clínica, que allí estén recluidos.
- Brindar atención psicológica a los pacientes de la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

### **Aclaración sobre cambio de objetivos:**

Durante el proceso del EPS existió la modificación o eliminación de los objetivos iniciales que se propusieron luego de las primeras visitas a la institución. Estos estaban enfocados a las necesidades que en primera instancia parecían ser más importantes para trabajar dentro de este espacio.

En el transcurso del EPS y de la participación activa dentro de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, se llegó a la determinación de cambiar ciertos elementos dentro de los objetivos, por encontrar en el proceso situaciones no factibles con lo sugerido, es que, con la finalidad de adaptar los mecanismos de acción a las normas internas del Hospital Roosevelt y a la disponibilidad del personal de la Clínica de Enfermedades Infecciosas se enfocó la recuperación de información en los pacientes.

El objetivo de investigación no fue cambiado, se modificó el objetivo de docencia y se agregó uno a este eje, también se eliminó un objetivo de servicio.

La modificación al objetivo único del eje docencia se hizo al no encontrar disponibilidad de tiempo para que los elementos de la clínica asistieran a talleres y pláticas dentro del horario de trabajo. Ante esta situación se hizo un cambio de enfoque, en donde el trabajo se efectuó directamente con el paciente y no con el trabajador, de este mismo modo se manejaron los demás ejes.

Más específicamente lo que se hizo fue, cambiar los talleres al personal, por la elaboración de un horario de medicamentos diseñado para los pacientes, además del apoyo hacia el departamento de docencia, en situaciones en donde se considera que el paciente necesita la captación de información además del acompañamiento o apoyo psicológico, por ejemplo, a un paciente que recientemente se le comunicó, su condición de etapa Sida, es evidente que se necesita el reconozca ciertos elementos teóricos de las distintas disciplinas que

conforman el Sistema Multidisciplinario, ya que es una situación de vida o muerte, al mismo tiempo que es necesario valorar la intervención psicológica debido a que la organización mental del paciente puede estar aparentemente desorganizada y posiblemente asediada por emociones fuertes de tristeza, miedo, alegría, etc.

En el eje de servicio, se había contemplado atender los casos de emergencia de violencia sexual, esto fue eliminado debido a discriminación de género, es decir la mayoría de los agresores son de género masculino, así que se considera que el terapeuta o consejero no puede ser del mismo sexo, situación que no ha sido comprobada bajo ninguna investigación, pero al contar con la mayoría de personal femenino esto no significa un obstáculo en el desempeño sobre este tipo de atención, además que la clínica cuenta con profesionales féminas competentes para estos casos, por lo tanto no se considera un problema.

## Marco Metodológico

### Metodología de abordamiento del eje investigación

#### Descripción del proceso de investigación

En lo que podríamos llamar *fase de diagnóstico*, la actividad consistió en el ejercicio de observación directa hacia los usuarios de la clínica y fue completada sin ningún contratiempo. Otra tarea consistió en recuperar la información escrita perteneciente a la institución, la misma está relacionada con el funciograma y el flujograma de la clínica.

En un periodo de *negociación* se habló con los distintos elementos del personal sobre cómo se llevaría a cabo la ejecución de los momentos de extracción de información.

En la fase de planeación, se procedió a seleccionar a los elementos que conformaron los sujetos de estudio. Estos fueron usuarios atendidos también dentro del eje servicio que luego fueron seleccionados.

Como el objetivo se centra en la relación entre el trabajador estresado y el paciente vulnerable dentro del círculo del estrés laboral, para elegir a los casos se tomó en cuenta los siguientes elementos: el motivo de consulta, el motivo de referencia, pertenencia a grupo vulnerable, estado de salud y otras características que indicaran estrés por parte del trabajador y situaciones psicosociales desfavorables en el paciente.

En el inicio de la fase de ejecución, al usuario se le atendió como a cualquier otro, con la diferencia que al final de su primera consulta, se le preguntó si quería ser parte de la investigación.

En un momento posterior a la consulta se hizo la recuperación de información contenida en el expediente del paciente, que proporcionó en las otras áreas de trabajo, por ejemplo: historial sobre datos sociales, recuperados de los reportes del Departamento de Trabajo Social, o el historial de desempeño en relación a los medicamentos, por parte del Departamento de Farmacia, etc.

En la segunda consulta, se le atendió psicológicamente y al final se procedió a aplicar el instrumento de *“Complementación de Frases”*.

En la fase de interpretación de resultados, se reunieron los datos del instrumento de *“Complementación de Frases”* con la información recuperada de los documentos históricos y con lo que salió a luz, también podemos llamarla, información directa que se obtuvo en la psicoterapia individual.

### **Descripción del Eje Docencia**

El eje docencia, como los demás ejes, tiene la característica de interrelacionarse con los otros por ser el único momento de intervención, el espacio de psicoterapia, con base a esta condición se dividió en dos tipos de intervención: la elaboración del horario de medicamentos y la participación activa en la educación del paciente.

Como fase inicial se hicieron observaciones sobre el funcionamiento de la Clínica de Enfermedades Infecciosas y de los pacientes que asisten a consulta. Bajo estas experiencias y la participación dentro del equipo multidisciplinario se trabajó en varias ocasiones conjuntamente con el Departamento de Educación, en la transmisión de conocimientos a los pacientes.

La forma en cómo se efectuaron estas intervenciones en la fase de ejecución entre las áreas de Psicología y Educación fue por medio de consultas de un departamento hacia el otro y viceversa.

En las intervenciones de apoyo al Departamento de Educación se buscó la facilitación de la información al paciente, al ser Guatemala un país plurilingüe y pluricultural, se adaptó y personalizó el material didáctico, en lo posible, según las necesidades de cada persona, proporcionado con ello mayor autonomía al paciente.

Para la ejecución de la docencia se utilizaron:

- Trifoliales o Panfletos: sobre “adherencia”, condición VIH - Sida, salud reproductiva, etc.
- Disfraces: cabeza de oso, títeres, juguetes.
- Videos: proyectados en una laptop o en las presentaciones.

Al usuario se le atendió como a cualquier otro, y si era prudente o totalmente necesario se buscó que esté lo comprendiera y que aceptara la transmisión de datos. El reporte de resultados fue hecho de forma verbal hacia quien hizo la referencia.

### **Horario de Medicamentos**

En el que se indica de forma gráfica, el horario diurno y nocturno de los medicamentos recetados. En el mes de mayo, en la fase de planificación, la actividad consistió principalmente en formular ideas junto con los del Departamento de Farmacia, la guía de “*antirretrovirales*”, este documento está enfocado a los pacientes, con dificultades de lectura y principalmente se compone de dibujos reconocibles, tales como símbolos y colores, sol y luna. Se llegó a la conclusión de suprimir las fotos de los medicamento, esto se decidió de esta manera porque cuando la Clínica de Enfermedades Infecciosas se desabastece, el reabastecimiento es posiblemente con medicamentos de diferente marca que los anteriores y entonces también cambian de forma y apariencia.

Ante esta situación se ideó una tarjeta que contuviera espacio suficiente para que el farmaceuta tenga la capacidad para dibujar la forma de la pastilla en casos de dificultad de comprensión del tratamiento o cuando se necesite.

### **Descripción del proceso del Eje Servicio**

Ante las observaciones en la visita institucional y la participación con el equipo multidisciplinario de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, se inició el programa de atención individual para usuarios de la Clínica de Enfermedades Infecciosas. Para la realización de este eje se contemplaron varios mecanismos de acción, en donde se utilizó la terapia basada en el Análisis Transaccional.

Este eje está compuesto por la atención individual o grupal que se le dio al usuario de la clínica y en la participación activa dentro del grupo multidisciplinario de la misma.

La atención individual se dio en el espacio de "*Consulta Externa*" y principalmente en "*Pisos Hospitalarios*".

En la "*Consulta Externa*" se atendió por medio de la terapia individual propuesta por el Análisis Transaccional y bajo los procesos propios de la Institución.

En La Clínica, existe una clasificación de los pacientes, la cual se puede reconocer por el color del fólder o expediente del usuario, es la siguiente:

Fólder Rojo: víctimas o sobrevivientes de violencia sexual, denominado por La Clínica como "*paciente de riesgo no laboral*". (Ningún paciente atendido)

Fólder Púrpura: paciente que se encuentra en "*Estado de mala adherencia*", generalmente también presentan "*fallo virológico*".

Fólder Verde: usuario de “*grupos*”, compuesto por personas que son “*buenos adherentes*” y que generalmente no presentan mayor problema físico, por lo tanto en su mayoría sólo llegan a chequeo médico y a recibir sus medicamentos.

Fólder Manila o Simple: Paciente nuevo, de diagnóstico reciente o simplemente recién inscrito y diagnosticado tiempo atrás en alguna otra institución.

### Proceso de Atención

La actividad se inicia cuando la recepcionista entrega el expediente del usuario, que llegar a la estación de Psicología luego de haber cursado por algunas otras áreas, como: farmacia, trabajo social, toma de muestra. Al recibir el expediente, luego de su análisis se procedió a llamar al paciente para iniciar el trabajo. Si no hubiera quedado claro algo del expediente, se procedió a visitar al elemento del equipo multidisciplinario para preguntarle personalmente sobre la duda presentada, y luego se dio inicio la terapia con el usuario.

El paciente que se presenta en Psicología, generalmente llegó referido, no por su propio deseo. Lo inicial fue establecer “*Rapport*”, es decir, hacerlo sentir al usuario cómodo y sin presiones externas, para lograr obtener su confianza. Esto se hizo a base de plática coloquial, tratando de hablar sobre algo que se pudiera manejar sin presiones, como el fútbol, mecánica, tecnología, etc. Luego se trató de encontrar el “*motivo de consulta*”, preguntándole, cuál hubiera sido si fuera por cuenta propia que estuviera visitando al psicólogo.

El siguiente paso fue determinar el diagnóstico en términos del Análisis Transaccional, para luego trabajar con el paciente bajo estos términos psicoterapéuticos, ya descritos en la fundamentación teórica de este proyecto. Cabe mencionar que éste es un proceso en donde existe un diálogo abierto, aunque se reconoce como una terapia directiva, todo dentro de un marco de respeto mutuo.

Si el paciente por el ambiente propio de la psicoterapia que permite surgir una mayor confianza, en ocasiones este hablo sobre sus necesidades que no había revelado anteriormente, ya sea por miedo, sentimiento de inadecuación, etc.

Entonces se procedió a referirlo al área en que mejor le podrían ayudar según su nueva necesidad revelada, por ejemplo: el paciente tiene unas *“ronchas”* que no le dijo nada al médico porque le dio vergüenza, entonces se le refiere de nuevo con el médico para que lo atienda en esa situación.

Al final de todo el proceso se procedió a escribir en el fólder, el informe psicológico sobre la consulta del paciente. Este fólder está compuesto por notas de los distintos miembros del sistema multidisciplinario.

En ocasiones, se contó con la presencia de una de las Psicólogas titulares de La Clínica, o con el supervisor del EPS, en labor de Supervisión y apoyo.

La actividad en pisos llevo el siguiente camino:

Visita con el equipo multidisciplinario: consistió en acompañar al médico de la Clínica a visitar los pacientes que estaban en encamamiento del hospital. Durante las visitas se dieron sugerencias, aclaraciones y recomendaciones a los demás elementos de otras áreas con relación al paciente, además que esta modalidad de visita ayudo mucho a detectar pacientes que no se sabía, de parte de la Clínica, que estaban en el hospital.

Atención psicológica individual a pacientes de encamamiento:

Luego de haber terminado la “ronda” se procedió a platicar con los demás elementos del equipo para armar un plan y así de mejor manera colaborar con los compañeros de otras áreas en su labor; de igual forma, ellos al sustentante o al miembro del departamento de psicología. Que consistió en avisar a los demás elementos la localización de un nuevo paciente en el Hospital.

Se atendió psicológicamente al paciente con la lógica del Análisis Transaccional, “normalmente” y por motivos de sobrepoblación, ya que el sustentante estuvo en

desventaja con los pacientes en una relación de 20-1 en la mayoría de ocasiones, se les dio atención de 30 a 40 minutos máximo, siempre con las medidas de confidencialidad necesarias.

Otra actividad en pisos fue la atención a los parientes de los pacientes, en ocasiones el paciente fallece y los parientes lloran en los pasillos, o tratan de ingresar sin mascarilla en áreas restringidas, entonces hubo que hacerlos “entrar en conocimiento del riesgo latente” en algunas ocasiones en donde fue necesario para preservar su propia salud y la de su allegado o familiar.

# MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

## **Análisis Transaccional**

### **Introducción**

Desde su origen, el A.T. siempre ha conllevado una cierta confusión paradigmática. Por un lado, está claro que la relación ambivalente que Berne mantuvo con el psicoanálisis ha alimentado tales dudas; por otro lado, el A.T. se ha visto emparentado a lo largo de su historia con diferentes aproximaciones teóricas como la humanista, la sistémica, la constructivista o incluso la conductista.

Reflexionar sobre las bases epistemológicas y teóricas del A.T. constituye una tarea imprescindible para aquellos que utilizan este método de trabajo y en este caso en particular, para quienes pretenden tener un mejor entendimiento sobre lo descrito en partes posteriores de este informe, principalmente en el análisis de resultados, ya que permite asentar con más exactitud las diferencias entre las diversas prácticas profesionales de otros enfoques, por ejemplo: cognitivo, conductual, racional emotivo, neurolingüístico, etc.

A continuación se expondrán las bases epistemológicas, la filosofía, la estructura, los principios y postulados del Análisis Transaccional, con base principalmente en los documentos escritos por Eric Berne (1963), creador del A.T. y por lo propuesto por Roberto Kertez (1996).

### **Historia del Análisis Transaccional**

Sobre los inicios y la historia de cómo se formó la primera asociación de Análisis Transaccional se tienen los siguientes registros.

Eric Berne, el iniciador de la teoría y técnica del A.T. nació en el barrio judío de Montreal en 1910. Estudió medicina y cirugía en la Universidad de McGill (Montreal), posteriormente se trasladó a EE.UU. incorporándose como psiquiatra residente en la Universidad de Yale.

En 1941 empieza su formación psicoanalítica en el Instituto Psicoanalítico de Nueva York, haciendo su análisis con Paul Federn; durante la Segunda Guerra Mundial se integró en el cuerpo médico de la armada de USA, y en esa época inicia su reflexión crítica sobre la psiquiatría y el psicoanálisis. Empieza a organizar grupos terapéuticos durante 1945-46 e inicia su análisis didáctico con Erikson.

Según Cuadra en su publicación sobre el Análisis Transaccional en el 2000: Tras la publicación de las investigaciones de Penfield (1951), referidas anteriormente, Berne concreta las investigaciones sobre la comunicación interpersonal mediante el concepto de A.T. y las presenta en el Congreso de Psicoterapia de Grupo al año siguiente. Constituyó desde el principio un grupo de estudio para intercambiar experiencias y reflexiones sobre el tema. Los años posteriores hasta su muerte (1970) fueron productivos en el desarrollo de su modelo: concibió la teoría de los juegos psicológicos, como patrón repetitivo de conducta, publicando con posterioridad Juegos en que participamos (1964); presentó los principios de A.T. en el Congreso anual de la A.P.A.; creó la Asociación Internacional de A.T. junto con sus colegas de los seminarios, y como resultado de sus estudios sobre la trayectoria vital de las personas formula la "teoría del guión de la vida". Finalmente Berne terminó los libros Hacer el amor (1970) y ¿Qué dice usted después de decir hola? (1973).

En este estrato en donde se describe a grandes rasgos la historia de cómo se inició la Teoría del A.T. y la Asociación Internacional de Análisis Transaccional, sin embargo, podemos ver desde este punto inicial, la influencia de la Neurofisiología, además podemos agregar, mediante esta otra referencia, que se

tomó al Psicoanálisis como una inspiración inicial, citando a Cuadra quien menciona en su publicación del 2000 “Berne estuvo durante quince años ocupándose del psicoanálisis ortodoxo” (Cuadra, 2000, p.4).

Se puede apreciar en algunas ocasiones como este trasfondo histórico, “el haber sido psicoanalista” influye en algunas de sus ideas, como lo es la importancia que dan ambas teorías a los primeros años de vida, además de la convergencia de lo que se conoce dentro de la epistemología cualitativa como la formación de la configuración afectiva de González Rey (2006) y como Maiso (1999) también lo indica: “Pero las pulsiones sexuales se remontan muy atrás en nuestra infancia. Tienen una historia que va puntuando el desarrollo de nuestro cuerpo infantil. Su evolución comienza desde el nacimiento y culmina en los tres y cinco años de edad con la aparición del complejo de Edipo”. (1999, p.73)

Acá se señala la importancia de la vida psíquica del niño en su desarrollo sexual, que acontece en los primeros años de vida, en cuanto al A.T. Berne (1973) simplificó el proceso de la programación de las conductas de los estados del Yo con la siguiente fórmula:

“Lo que estuvo fuera, está dentro y vuelve a estar fuera”. (Berne 1951 citado en Kertez, 1996, p.64)

A lo que se refiere es que las transacciones de parientes y allegados proporcionan un aprendizaje de conductas, las cuales son reforzadas continuamente, llegándose a formar un “programa” o pasos sucesivos de conductas, registradas en los distintos estados del Yo.

En otras palabras “lo que estuvo fuera” son los elementos del ambiente y de la sociedad, luego estos elementos que fueron aceptados por el sujeto o el niño como propios, vuelven a estar fuera, mediante sus acciones relacionadas o en base a los elementos antes incorporados de la sociedad y el ambiente, lo que no

es muy distinto a lo que dice Gonzáles Rey (2006) sobre el grupo primario y la formación el proceso de configuración afectiva, en este proceso se le da mucha importancia a las emociones y como dice en sus propias palabras Gonzáles Rey (2006): “las emociones representan estados de activación psíquica y fisiológica resultantes de complejos registros del organismo ante lo social, lo psíquico y lo fisiológico. Las emociones son verdaderas unidades que expresan la ecología compleja en la que se desarrolla el sujeto y responden a todos los espacios constituyentes de esa ecología”. (p.52).

Como se ve claramente habla de grabaciones hechas en el pasado, que son muy complejas, y que tienen mucho que ver con las relaciones sociales, una similar importancia se le da en el psicoanálisis a la primera relación objetal la cual es el pecho materno, o en el Análisis Transaccional, en la formación de los estados del Yo a partir del contacto social.

Como se indicó anteriormente el Análisis Transaccional cuenta en sus inicios con un trasfondo neurofisiológico, además de estas bases también dispone de una filosofía propia, influenciada por otras corrientes de pensamiento, que serán descritas a continuación luego de describir las bases neurofisiológicas en que se basa esta teoría y como vemos puede auxiliar a otras más.

### **Base Neurofisiológica del A.T.**

Eric Berne se basó en las investigaciones Wilder y Penfield, (1951) quien realizó experimentos con electrodos en áreas de la corteza cerebral, que lo llevaron a descubrir la manera cómo el cerebro registra acontecimientos pasados y los sentimientos asociados a estos acontecimientos: el electrodo evocaba solamente un recuerdo concreto, y no una combinación o generalización. Los eventos pasados quedan registrados con detalle junto con los sentimientos asociados a ellos. Al recordar estos elementos en el presente se convierten en nuevas vivencias que no pueden ser borradas, sólo con alteraciones químicas o intervenciones quirúrgicas. (Berne 1973, p3.)

De acuerdo a estos experimentos y descubrimientos sobre el funcionamiento del cerebro sugieren que se pudo comprobar el pensamiento expuesto anteriormente, Berne (1973) dijo: “lo que estuvo afuera, está adentro y vuelve a estar afuera”, recordando esta idea, con este descubrimiento queda comprobada la parte en donde se señala “vuelve a estar fuera”, si este descubrimiento hecho por Penfield (1951) no hubiera ocurrido, el “volver a estar fuera” no sería posible, porque el sentimiento tanto como la grabación estarían borrados, y la conducta expresada en el presente, no tendría relación con lo sucedido en el pasado, por lo tanto tampoco tendría fundamento u objeto estudiar el proceso de desarrollo del niño.

“De las investigaciones de Penfield (1951), algunas de las conclusiones fundamentales para entender el A.T. que se pueden deducir son:

- Cada experiencia de nuestra vida queda registrada en el cerebro, que funciona como un magnetófono de alta fidelidad. Estimulando el lugar apropiado vuelve a revivirse la experiencia, apareciendo conjuntamente, y en la misma secuencia temporal, recuerdo y sentimiento;
- La memoria (imágenes y emociones) tiene un enraizamiento biológico.
- Se da la posibilidad de coexistencia simultánea, en la experiencia propia, de sentimientos presentes y pasados”

(Penfield 1951, citado en Revista de Análisis Transaccional y Psicología Humanista, 2000, p. 4)

Como podemos apreciar estas bases neurológicas son muy importantes en el desarrollo de la teoría, que junto con ideas provenientes del Existencialismo, Humanismo y la Fenomenología forman una teoría, que sin estos elementos filosóficos podría interpretarse como una teoría mecánica, por ejemplo:

Hall y Linzey (1984) comentan sobre la teoría del reforzamiento operante y la personalidad propuesta por Skinner (1938)

“la conducta se puede analizar con más exactitud si se considera el modo en cómo se relaciona ésta con acontecimientos anteriores no hay necesidad de hablar sobre mecanismo que operan en el interior del organismo” (p.4)

De acuerdo a lo anterior para Skinner son también muy importantes los primeros años de vida, difiere del AT y de la Epistemología Cualitativa en que se considera cómo único objeto de estudio útil, la forma en cómo ingresaron los datos en el sujeto y cómo son manifestados en el futuro, sin dar espacio a los procesos internos. Estos procesos internos, como por ejemplo del que se ha estado hablando, el proceso de configuración afectiva, se sugiere no son posibles en la mente animal, es por ello que podríamos decir que sobre esta teoría del Reforzamiento Operante no existe una filosofía que indique la existencia de elementos como la voluntad humana, la opción al cambio, es decir, es un enfoque determinista, lo que constituye una gran diferencia a lo que es el Análisis Transaccional, como veremos en el siguiente apartado sobre sus bases epistemológicas y filosóficas.

### **Bases Epistemológicas del A.T.**

En el primer documento que escribió Berne (1961) “Análisis Transaccional en Psicoterapia” se constata el reiterado uso del término “*fenomenología*” en todas sus formas, insertándolo plenamente en el núcleo teórico de la obra: “Se demostrará que Padre, Adulto y Niño no son conceptos, como Superego, Ego e Id, o los términos empleados por Jung, sino realidades fenomenológicas” (p. 24).

Entre lo que consideraría lo central en la obra de Berne por tratarse de la primera vez que menciona a los estados del Yo, cuyo elemento teórico es a partir de esto de gran importancia, Berne habla sobre los elementos esenciales de la estructura mental de cada sujeto, el propone la existencia del Yo Padre, Adulto y

Niño y lo compara con las instancias psicoanalíticas, Superego, Ego e Id, así mismo declara abiertamente que son elementos fenomenológicos, no conceptos.

Podemos analizar también que según la cita anterior la conciencia basada en los tres elementos de la estructura mental: Padre, Adulto, Niño, adquiere de esta forma la condición de un sujeto “observador” del mundo, a quien los objetos percibidos se le presentan como “fenómenos”, por el mismo hecho de ser observados desde determinadas perspectivas.

Estas estructuras de la conciencia, como ya se dijo anteriormente serian, los estados del Yo: Padre, Adulto y Niño.

Por otro lado, Berne (1966) en “Juegos en que participamos” hace mención, por primera vez, de su conocimiento de la Filosofía Existencialista, de forma muy breve refiriéndose directamente a uno de los máximos representantes de este pensamiento:

“La necesidad de programación expresa el ansia de evitar el aburrimiento. Kierkegaard 10 ha señalado los peligros que resultan de la falta de programación del tiempo. Si persiste algún tiempo, el aburrimiento se vuelve sinónimo de inanición emocional y puede tener las mismas consecuencias (p. 7)”.

En el segundo documento que escribió Berne (1966), “Juegos en que participamos” el autor hace uso de los términos “temporalidad” y “existencialismo” en todas sus formas, pero siempre de modo que ambos conceptos queden relacionados, expresando, así, la interdependencia que el autor descubrió entre el tiempo y la existencia:

“El eterno problema del ser humano es el de programar su tiempo. En este sentido existencial, la función de la vida social es la de prestar ayuda mutua para este proyecto” (p. 18).

Claramente podemos ver el desarrollo de esta idea en los instrumentos de “Estructuración del tiempo”, “Argumento de vida” y “Posición existencial” simplemente con el título de cada uno de estos instrumentos nos da la idea de temporalidad y existencia, estos instrumentos fueron desarrollados mediante el trabajo profesional por Roberto Kertez y presentados en “Análisis Transaccional Integrado” (1997)

Sin embargo, es en el tercer libro que Berne cuando escribió “Introducción al Tratamiento de Grupos” (1966) donde el término “existencialismo” y todas sus formas aparecen más veces y con mayor importancia.

“En cuanto se refiere a la existencia real en el mundo, el análisis transaccional comparte con el análisis existencial una elevada estima y un intenso interés por las cualidades personales de sinceridad, integridad, autonomía y autenticidad, lo mismo que por sus manifestaciones sociales más conmovedoras en el encuentro y la intimidad” (p. 323).

Por otra parte, estas estructuras (estados del Yo) son, en realidad, los modos posibles con los que el ser humano se refiere al mundo o reacciona frente al mismo. Ciertamente, los humanos tenemos la posibilidad de variar nuestras maneras de reaccionar ante los acontecimientos del mundo. De aquí el punto de vista optimista de la psicología del AT y su confianza en la posibilidad del cambio de guión de vida y de su posición existencial ante la vida.

Junto con los descubrimientos de Penfield (1951) sobre la grabación de imágenes en el cerebro y su reproducción en el tiempo presente los conceptos existencialistas antes citados, la base en que se constituyó la estructura de la teoría del Análisis Transaccional, todos los principios y postulados están contruidos con base a estas ideas y descubrimientos que serán descritos, en sus 10 instrumentos, como fueron formulados por Kertez (1996).

## **Instrumentos del Análisis Transaccional**

Al ir evolucionando la teoría del A.T. y al ver la necesidad de ordenar los conocimientos producidos por Eric Berne y los propios, Roberto Kertez en 1997, aporta una forma de estructurar las ideas de Eric Berne, en una serie de 10 instrumentos, de los cuales cada uno posee sus propias técnicas y aplicaciones.

“Un instrumento consiste en un concepto básico o una serie de conceptos interrelacionados con técnicas específicas de aplicación” (Kertez, 1997, p. 118)

Y es que esta estructuración le da al Análisis Transaccional una cualidad de integración, al presentarnos un marco referencial amplio y lógico, y además se facilita la integración de otros métodos que la potencian, de este modo se enriquece el quehacer del psicólogo que al tener una educación previa puede utilizar este método con enfoque multifocal, mas no ecléctico. Utiliza técnicas psicoterapéuticas para poder intervenir en los procesos del ser humano, ya comprendidos previamente desde un modelo diagnóstico, el del A.T. y no es simplemente la utilización de técnicas psicológicas de distintos enfoques sin definir objetivos.

Como punto de partida para la exposición de los instrumentos tenemos los aportes del Dr. Rolando Paredes (1997), ex director de la Asociación Latinoamericana de A.T. y principal dirigente de la Asociación Guatemalteca de Análisis Transaccional.

Paredes (2005) tomo los 10 instrumentos propuestos por Kertez (1997) y los organizo en tres grupos:

Intrapsíquicos	De Relación	Conducta
Análisis Estructural y Funcional	Trasacciones	Miniargumento
Posición Existencial	Juegos	Estructuración del Tiempo
Emociones y Rebusques	Caricias	
Argumento	Dinámica de Grupos	

Los instrumentos intrapsíquicos se refiere a aquellos que se caracterizan por estar relacionados con la actividad mental que ocurre básicamente dentro de nuestra mente y que no pueden ser reconocidos a simple vista por ser conceptos, los instrumentos de relación son los que componen el entendimiento del A.T. principalmente sobre la interacción de los sujetos, el tercer apartado los instrumentos en el área de conducta, tienen la característica de estudiar lo que puede ser considerado, la manifestación de los instrumentos contenidos en los apartados anteriores.

Para exponer estos instrumentos de forma didáctica, se presentaran en el orden en que se utiliza en los módulos de formación inicial de la Asociación Latinoamericana de Análisis Transaccional.

### **Análisis Estructural y Funcional**

Está situado entre los instrumentos intrapsíquicos, y propone la existencia de tres estados del Yo que son:

“Estado PADRE, estado ADULTO y estado NIÑO. Son realidades fenomenológicas, muestran estados mentales con patrones coherentes de pensamientos y conductas” (Kertez, 1996, p. 25)

Al mencionar realidades fenomenológicas da la idea de que son distintas formas de percibir la realidad, por cada uno de los diferentes estados del Yo, los cuales tienen una razón y una lógica de existir, y es que cuando las personas interactúan lo hacen desde uno de tres diferentes estados del yo. Podríamos definir a un estado del Yo, al ser cada uno una realidad fenomenológica, también es una forma específica de pensar, sentir y actuar. Las personas pueden actuar desde su estado del yo Padre o desde su estado del yo Niño o estado del yo Adulto. Y en toda ocasión nuestras acciones provienen de uno de estos tres estados del yo, que serán descritos a continuación.

### **Estado Yo Padre**

El estado Padre es llamado de esta manera por las características que lo componen y que se relacionan con la paternidad, como lo explica Frappant en una conferencia en el 2008, se refiere al Yo Padre de la siguiente forma:

“Este funciona a un nivel social: los valores, los principios”

Todos hemos tenido padres o hemos sido criados por personas que hicieron para nosotros de padres y que han tenido para nosotros, en la infancia, adolescencia y algunas veces más tarde, una gran influencia. En la actualidad, algunas veces nos percibimos a nosotros mismos pensando, sintiendo, hablando o comportándonos como alguna de esas figuras parentales cuando estamos solos, pero sobre todo en nuestras relaciones con algunas otras personas.

Berne (1961) definió el estado del yo Padre como

"una serie de sentimientos, actitudes y pautas de conducta que se asemejan a los de una figura parental" (p.31)

El Padre es, en nuestra memoria, nuestro banco de datos interiorizado, nuestra certeza sobre lo que se debe hacer en la vida.

Funciona como un magnetoscopio o magnetófono donde grabamos, tenemos disponibles y en determinados momentos reproducimos interna y externamente un repertorio de "grabaciones" con los tratos recibidos de nuestro entorno, en especial en nuestra infancia; con lo que se debe hacer, y lo que es válido hacer en cada situación. "Puede funcionar como una influencia interna dirigente (Padre Influyente) o exhibirse directamente como conducta paterna (Padre Activo)". (Berne 1961. p.32).

### **Estado Adulto**

Berne(1961) definió el estado del yo Adulto como:

"caracterizado por una serie autónoma de sentimientos, actitudes y pautas de conducta adaptadas a la realidad actual". (p.31).

Es la parte de nosotros que nos sirve para "fotografiar" u objetivar la realidad de las cosas, de las personas y de los acontecimientos: los hechos, las cifras, los datos objetivos. Con capacidad de escucha, de auto-escucha y de interrogación.

En él radica la aptitud para recoger todas las informaciones necesarias para la decisión, sin ideas preconcebidas ni ilusorias. También la capacidad de estrategia y de negociación para actuar con competencia y eficacia.

En el tratamiento de la información, desde el Adulto, funcionamos como un sistema lógico y racional, como un ordenador inteligente: Procesamos la información que recogemos del exterior, por medio de los sentidos corporales, y del interior, es decir del cuerpo y de los otros estados del yo. Recogida la información la clasificamos, analizamos, organizamos, sacamos deducciones lógicas, evaluamos las opciones, estimamos las probabilidades de éxito de cada una de ellas, tomamos decisiones razonables y convenientes en la situación presente, ponemos en práctica las decisiones, las revisamos y ajustamos si es

preciso. Se experimenta como la voz de la razón aquí y ahora. Está orientado a cuidar con objetividad y de manera actualizada a la persona teniendo en cuenta las circunstancias de la situación, las necesidades y sentires propios y ajenos y la ética propia.

## **Estado Yo Niño**

Todos hemos sido niños y en la actualidad algunas veces sentimos, pensamos, hablamos o actuamos como cuando éramos niños, tanto a solas como en nuestras relaciones con los otros.

Berne (1961) definió el estado del Yo Niño como:

"Una serie de sentimientos, actitudes y pautas de conducta que son reliquias de la propia infancia del individuo". (p32).

Nuestro Niño representa una forma de pensar, sentir y comportarnos en la que la experiencia es subjetiva (por contraposición a la posibilidad de "objetivar" la experiencia desde el Adulto como veremos después), predomina la afectividad, las emociones, la expresividad y la intuición.

Cuando utilizamos todos estos recursos para hacer frente a las situaciones, decimos que utilizamos nuestro Niño. Podríamos decir que cada uno llevamos dentro un niño o una niña. El niño o la niña que fuimos. Berne decía que:

"El Niño es un estado del yo que es una reliquia arcaica de un periodo temprano significativo de la vida. El Niño adaptado está influido por los parámetros parentales. El Niño expresivo es más autónomo." (Berne, 1973, citado en Kertez 1996, p 74)

Todos los niños son diferentes, el Niño de cada uno es diferente. Este Estado del Yo Niño es diferente en cada época de uno mismo y también tiene pautas comunes durante mucho tiempo o incluso toda la vida.

La manifestación del Niño en una situación dada puede tener resultados o consecuencias saludables y efectivas o no, según los casos. El desarrollo positivo de nuestro Niño es una gran fuente de energía psíquica. Nuestro Niño está en nosotros, no para hacerlo callar siempre y para reprimirlo, sino para cuidarlo.

Nuestro Niño es la parte de nuestra personalidad que nos aporta, si lo tratamos adecuadamente, la espontaneidad, la creatividad, el entusiasmo, la habilidad, el afecto natural, la vivacidad, de cuando éramos niños. También puede ser una manifestación de nuestra personalidad atemorizada, vergonzosa, malhumorada, exigente, desconsiderada, e incluso cruel, como lo éramos de niños a veces. Es la parte más genuina de nosotros mismos y permanece en nosotros desde el nacimiento hasta la muerte; la parte a partir de la cual se ha de desarrollar nuestra personalidad adulta autónoma.

Es mejor aceptarlo y ver la forma de cuidarlo bien para que crezca, que tratarlo con dureza y con desconsideración creyendo que así desaparecerá.

Sólo disfrutamos de la vida si nuestro Niño está implicado y disfruta, y sólo disfruta si está bien atendido.

### **Análisis de las transacciones**

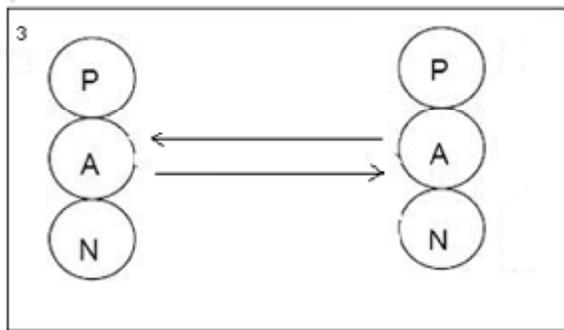
El Análisis Estructural y Funcional es una psicología individual, mientras que el Análisis de las Transacciones es una psicología social. Esto significa en otras palabras que el primer instrumento estudia lo que el sujeto piensa y siente, y este segundo instrumento es el análisis de transacciones que nos presenta lo que la persona hace y dice. Más adelante se presentaran los diagramas que darán otra forma de formar un significado sobre lo siguiente.

“Las transacciones son intercambios de estímulos y respuestas entre estados del Yo específicos de diferentes personas” (Harris Thomas, 1973, p. 73)<sup>1</sup>

Se dice que son Trans-acciones porque existe una acción (estímulo) y una reacción (respuestas). Si no hay respuesta, no hay transacción, aunque también el no responder es una de las numerosas opciones ante un estímulo dado, pues es imposible no comunicarse. Una transacción debe ser una respuesta observable o gravable: verbal, gestual, escrita, etc. Estas son diagramables y analizables.

### Diagrama de Primer Orden

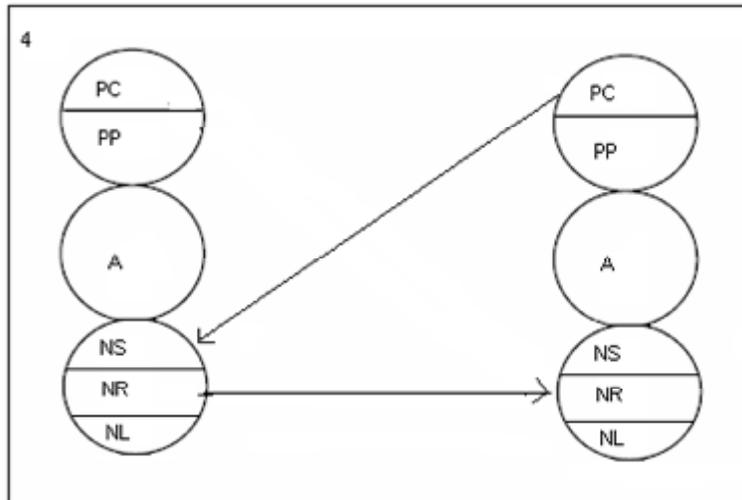
Es un diagrama sencillo en donde se puede exponer de forma elemental el intercambio de comunicación que puede existir.



Berne en 1961 lo expresa como se representa gráficamente en el cuadro 3 en donde podemos apreciar la comunicación del A de un emisor con el A del receptor, al ser una comunicación entre Adulto a Adulto, esto sugiere que el sentido de la transacción se basa en dar y recibir información, la cual es una característica propia del estado Adulto.

### Diagrama funcional

Estos son utilizados para dar información más específica del A.T., éste contiene al: PP- padre protector, PC- padre crítico, A- adulto, NS- niño sumiso, NR- niño rebelde y NL- niño libre.



En el cuadro 4, se nos presenta el diagrama que representa la comunicación entre los estados del Yo de dos sujetos. En esta ocasión la transacción del sujeto representado por el dibujo a la izquierda del cuadro, va desde su NR hacia el NR del segundo sujeto representado por el dibujo de la derecha, y luego este último responde con su PC hacia el NS del primer participante.

La importancia de este esquema es que especifica de donde proviene la transacción y hacia dónde se dirige, esto da un panorama muy claro de la situación, siempre y cuando tomemos en cuenta los elementos que componen a cada una de estas divisiones entre los estados del Yo, como ya fueron explicadas anteriormente. En un caso hipotético, trabajador y jefe:

En el dibujo 4, podemos apreciar, que si la transacción se originó desde el NR del trabajador esto indica que el mensaje en sí fue hecho, con acuerdo a lo planteado acerca del NR, con cierto nivel de agresividad y con el objeto de imponer un límite o exigir algún derecho, el mensaje pudo haber sido: llegar con ropa “veraniega” al trabajo, en donde existe un código de vestimenta que inhibe el uso de este tipo de prenda. Esta conducta puede ser considerada un reto al NR del jefe, quien tiene la responsabilidad de mantener este código, así que esta persona responde desde su PC para “someter” la actitud de “*usar ropa veraniega en el trabajo*”, dirigiendo su transacción hacia el NS del trabajador.

Como se puede apreciar en el diagrama de segundo orden, pueden existir múltiples combinaciones entre sus elementos, para ello fue necesario hacer una clasificación de estas transacciones, las cuales son presentadas a continuación.

### **Clasificación de las Transacciones**

Para clasificar las transacciones se utilizan los criterios por número de estados del Yo de los participantes, por el origen de las respuestas, y por el número de mensajes emitidos simultáneamente. Estas clasificaciones tienen a su vez subdivisiones que son:

Por el número de Estados del Yo de los participantes:

- a. Simples: interviene un sólo estado del Yo por participante.
- b. Complejas: interviene más de un estado del Yo por participante

Por el origen de las Respuestas:

- a. Complementarias (paralelas)
- b. Cruzadas.

Por el número de mensajes emitidos simultáneamente:

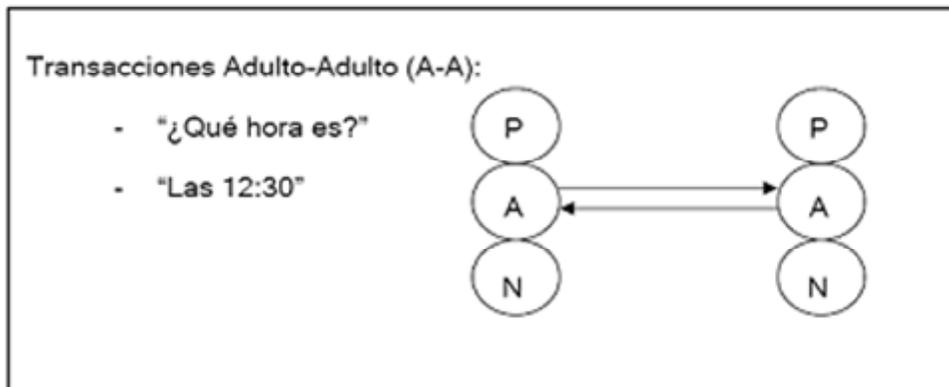
- a. No ulteriores: un solo mensaje por vez.
- b. Ulteriores: más de un mensaje simultáneo (dos, algunas veces, etc.) (Berne 1961, p.93)

### **Transacciones complementarias**

Se debe tomar en cuenta, la primera regla de la comunicación que formula Berne (1961) que dice:

“Si las transacciones son complementarias, la comunicación continúa indefinidamente, hasta cumplir su objetivo sea este positivo o negativo”. (Citado en Harry Thomas 1973 p. 78)

En estas la respuesta vuelve del estado del yo que recibió el estímulo al estado del yo que la emitió. Por ejemplo si alguien (A) pregunta desde su adulto ¿Cuándo es la fecha límite de inscripción? Y otra persona (B) desde su adulto responde: es este viernes entrante.



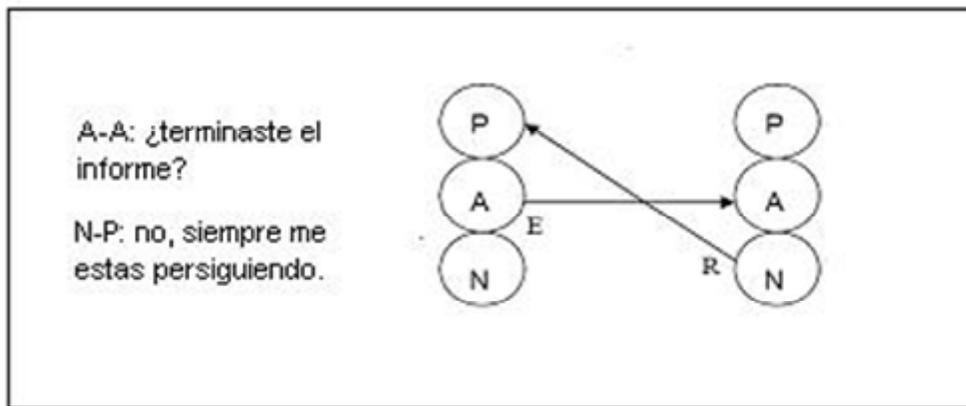
En este otro ejemplo, observamos una vez más, la utilización de un sólo estado del yo, en donde, como dice la primera regla de Berne (1973), la conversación podría seguir, no hay motivo para que se interrumpa, lo que puede ser difícil, mediante la transacción cruzada.

### Transacciones cruzadas

La segunda regla de la Comunicación de Berne (1961) formula que:

“En las transacciones cruzadas, la comunicación se interrumpe” (Citado en, Harry Thomas 1973, p87)

Es cuando la respuesta no vuelve al estado del yo que la emitió, sino que la respuesta va dirigida desde otro estado del yo, o la respuesta regresa al emisor pero desde otro estado del yo, o regresa al emisor pero dirigido a otro estado del yo del emisor.



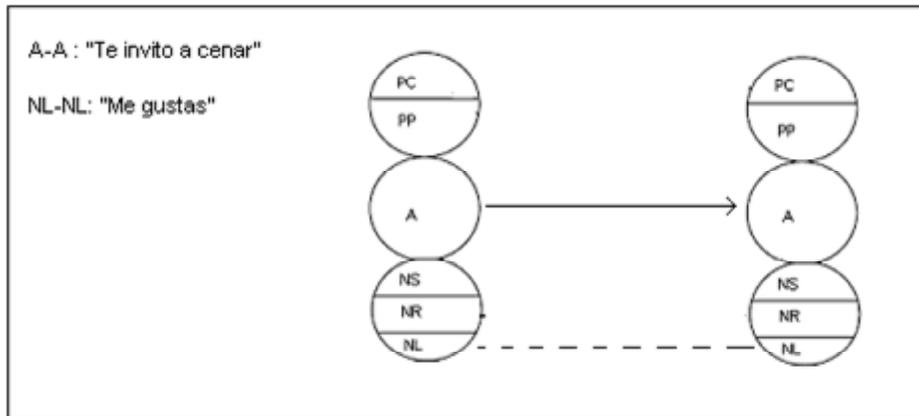
En este caso, el emisor pide información desde su Adulto, hacia el Adulto del receptor. El receptor al percibir el mensaje no como una petición de información sino como un regaño, responde hacia el Padre del emisor, el cual no inicio la transacción.

### Transacciones ulteriores

Berne (1951) formuló la tercera regla de la comunicación, que dice:

“En las transacciones ulteriores, lo que determina el resultado final es la parte oculta, inconsciente” (Citado en, Harry Thomas, 1973 p. 87)

Se caracterizan por tener “sentido doble”, en donde se emite un mensaje, pero en el mismo mensaje hay implícito de forma sutil otro mensaje, el cual es el que se originó primero. En esta transacción se activa más de un estado del yo. Por ejemplo: el sarcasmo, el cortejo, la publicidad.



En el cuadro anterior se expone la tercera regla de Berne (1953) en donde el mensaje ulterior, que va de NL a NL es el que en realidad da el sentido a la transacción, ya que desde el estado Adulto hacia el Adulto, se emite el mensaje, que es “simplemente” una notificación, pero la intención “oculta”, puede ser recibida por el segundo sujeto, ya que él o ella, también poseen un NL. Otro ejemplo es el vendedor que dice desde su Adulto: *“claro, este producto es muy caro para usted”*, cuando en realidad el mensaje ulterior, que va de Niño a Niño, es un desafío o un reto al comprador, es decir, el mensaje principal es *“a que no compras el producto”*. En conclusión se podría decir que en el caso de las transacciones ulteriores, el estímulo social distrae al Adulto, mientras el psicológico es captado por el Padre o el Niño.

### Instrumento Caricias

Por definición en el lenguaje del A.T. caricia significa:

“Estímulos sociales de un ser a otro que reconoce la existencia de este” (Muriel, 1976, p.41)

Se le da mucha importancia a la cantidad y la calidad de estímulos de existencia que se reciben de parte de otro ser vivo por las implicaciones en la formación de la personalidad que estas conllevan, parecido a lo que expone González Rey (2006) con su concepto de afectividad.

Muriel en (1976) llegó a la conclusión de que existen ciertas condiciones de vida que debe de afrontar cada ser humano en su hogar, las clasifico en: vive incondicional, vive condicional, no vivas incondicional.

En el “*vive incondicional*”, el individuo se desarrolla en un ambiente en donde tiene “permiso” de ser como es, dándole su lugar en la familia, es decir se le quiere por el hecho de existir.

En él “*vive condicional*”, el individuo debe de encajar entre limitaciones y privaciones, formula adaptaciones prematuras, por ser decididas tempranamente. Es decir se le valora, hasta que, mientras que, complete las exigencias.

El “*no vivas incondicional*”, existe cuando el individuo se desarrolla en condiciones en donde casi siempre, inconscientemente, se desea la muerte o la inexistencia del individuo. Esto puede ocurrir por abandono o rechazo por parte de los padres, separación de pareja con la madre desplazando su odio hacia el hijo, padres que sufren de psicosis, agresión brutal.

Con base a lo anterior podemos inferir que las caricias tienen gran relación con la formación del autoconcepto, por estar presente esta situación desde el comienzo de la vida, y por deberse de una formación psicosocial, al deberse en gran parte a patrones de crianza inadecuados, bajos recursos económicos que acentúan el desbalance emocional en los padres, etc.

Por otra parte como lo menciona Steiner (2008): “Las caricias son la base de la motivación del ser humano” (Conferencia contra la violencia de género, Barcelona agosto 2008)

Es decir, no especifica si las caricias son buenas o malas, estas igualmente serán la motivación de vivir, en cambio ¿qué sucedería si no se recibe ninguna

caricia?, entonces se estaría negando la existencia del ser, como se expone a continuación con la descalificación.

### **Descalificación**

Cuando la comunicación contiene alguna descalificación, se ignora a una persona, parcial o totalmente, con el motivo de restar valor a la parte del sujeto que nos desagrade o que no encaja en nuestro marco de referencia.

Kertez (1996) describe a la descalificación en varios niveles

Nivel 1 - negar un estímulo totalmente, la existencia de un problema, o la solución de un problema.

Nivel 2 - negar su importancia

Nivel 3 - Negar su posibilidad de solución.

Nivel 4 - Negar la capacidad propia o ajena para responder.

Cuando un ser humano emite un estímulo transaccional que denota alguna necesidad (alimentos, caricias, información, etc.) y no se le responde o la respuesta ignora totalmente su estímulo, la descalificación se da en el nivel 1, el mensaje es “No vivas” o “No existas”. Se debe esto a que el ser humano es un ser social y su existencia tiene sentido en la interacción con sus semejantes. Cuando la descalificación se da en los niveles 2, 3 y 4, su impacto es menos grave, pero siempre perturba el bienestar. En estos niveles suele ser difícil diferenciar la de las caricias negativas.

El instrumento de caricias es un enfoque que nos permite identificar el tipo de estímulos que se reciben y se dan por parte de los sujetos, se toma en cuenta que cualquier tipo de comunicación, es decir, no sólo verbal, es significativa, el reconocimiento de un ser hacia otro puede hacerse con gestos, como socialmente se conoce un apretón de manos.

En cambio, la descalificación completa de un ser, el recibir menos caricias o de mala calidad, lógicamente puede influir de gran manera en que el actuar y pensar sea distinto al que recibe estímulos todo el tiempo, y de forma positiva, esto forma un autoconcepto en el ser humano, que lo sitúa en una posición, en relación con el ambiente y con las demás personas, sobre esta posición que se formula el ser humano ante el mundo es que se desarrolla el cuarto instrumento, el de las "posiciones existenciales".

### Posiciones Existenciales

En el proceso de desarrollar una identidad las personas muy temprano en la vida definen cual es el significado o existencia de la vida para sí mismos.

Algunas personas deciden que están OK y que van a tener una buena vida; pero muchos otros deciden que están no-OK y que van a fracasar de alguna forma. Esta expectativa basada en una decisión de cómo la vida será es su posición existencial. De acuerdo al siguiente esquema:

BIEN	MAL
OK	NO OK
+	-

(Harris, Thomas ,1973, p. 54)

Las personas pueden sentirse OK o No-OK acerca de sí mismos y de los demás, por lo que hay cuatro posiciones existenciales principales:

"Yo estoy OK, Tu estas OK", "yo estoy OK y tu estas No-OK", "yo estoy No-OK, tu estas OK" y finalmente, "yo estoy No-OK y tu estas No-OK."

Se propone también el siguiente esquema

Sobrevalorización	-	+	Sobrevalorización
Realista	+	+	Realista
Desvalorización	-	-	Desvalorización

La utilidad de este esquema es que expone las diferentes combinaciones que pueden existir entre la percepción de si mismo y de los demás en la mente del ser humano. Se proponen *“cinco posibles posiciones existenciales”* (Kertez, 1996, p174) las cuales son: la posición realista, la desvalorizada, la paranoide, la nihilista, y la maniaca.

### **Posición realista**

Como podemos ver en el cuadro anterior en la posición realista podemos encontrar elementos positivos y negativos, por parte de la misma persona y de los demás. Se considera que es una posición realista porque incluye, elementos de la realidad tanto positiva como negativa, propia y de los demás. Es decir, yo soy bien y mal, tu eres bien y mal. (+/-), (+,-).

### **Posición desvalorizada**

Esta posición es caracterizada por considerar la parte propia como inadecuada y a los demás como la correcta, es decir: yo estoy mal y tú estás bien, (-), (+). Si imaginamos una flecha que va desde la zona de desvalorización hacia sobrevalorización el esquema gráfico cobra sentido.

En este caso también se puede decir que se descalifica al propio ser. Esta forma de situar la existencia puede acabar en inutilidad, si se ha sido expuesto a la sobreprotección, esto sucede cuando los progenitores desvalorizan la propia capacidad del sujeto, o en la forma de agresividad, cuando se ha perseguido al sujeto y este solamente se ha podido defender por medio de la agresión, en todo caso existe una descalificación.

Un caso similar de descalificación es el de la posición paranoide, en donde esto ocurre de forma invertida.

### **Posición Paranoide**

Yo estoy bien, tu estas mal, es la frase y (+), (-) la formula. En esta posición se desvaloriza o descalifica al exterior, se da una sobrevalorización hacia uno mismo. Se evoca la palabra paranoide de acuerdo a la definición que le da el DSM-VI TR , que lo define como “Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos”, así que vemos como la palabra paranoide caracteriza bien esta posición. Por ejemplo un dialogo paranoico podría ser el siguiente: *“No saben lo que hacen, yo si, están equivocados, solo yo tengo la respuesta”*. Es característico también de las personas que creen tener siempre la razón, es decir no posee autocrítica. Es generado principalmente por ambigüedad en la crianza o desacuerdos en los progenitores, y por maltrato, como una forma de reacción.

### **Posición Maniaca**

En el esquema gráfico se puede apreciar cuando ambos lados implicados están siendo situados en la zona de sobrevalorización, es decir, yo estoy bien, tu estas bien, de forma exagerada o (+), (+).

En este caso no se toman en cuenta los elementos negativos propios y ajenos, así que se da la idea de un pensamiento que cree que nada malo sucederá. Por

ejemplo: manejar demasiado rápido confiando en una supuesta grandiosa habilidad de manejo y en que nadie más ni nada se interpondrá en el camino, porque yo estoy bien y todo lo demás, también.

Esta posición se caracteriza por desvalorizar o descalificar los posibles problemas o factores negativos de la vida, o de la realidad, totalmente lo opuesto a la posición nihilista que veremos a continuación.

### **Posición Nihilista**

En la posición nihilista, se le da una connotación negativa a cada elemento que rodea al sujeto, se desconoce la parte positiva de cada cosa y se descalifica al propio ser y a los demás, lógicamente entonces, a nada se le puede dar sentido, al no tener valor. Se le puede llamar también: yo estoy mal, tu estas mal.

Esta posición ocuparía la zona nihilista en el esquema gráfico, notándose la desesperanza impresa en cada transacción. Por ejemplo: pensamiento suicida desde el Niño Sumiso

NS- ya nada puede hacerse, nada ni nadie puede salvarme.

### **Emociones y rebusques**

Emoción se define como el "estado de ánimo producido por impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traducen en gestos, actitudes u otras formas de expresión". Es algo íntimamente ligado a la persona. Nadie puede desligarse de sus emociones.

Por ello reconocerlas y expresarlas adecuadamente contribuye al equilibrio y armonía personal. Uno de los geniales aportes de Berne (1963) fue separar las emociones en dos categorías:

\* Emociones auténticas (propias del Niño Natural)

\* Emociones sustitutivas (del Niño Adaptado NO OK)

Las primeras son innatas en la persona mientras que las segundas son adquiridas.

Esta diferenciación emocional está muy vinculada con los marcos de referencia y creencias familiares y culturales. Pensemos, por ejemplo, en la gran diferencia en relación a la intensidad y duración de la expresión emocional que puede existir entre la cultura japonesa y la latina.

Del mismo modo entre unas familias y otras, etc. Pero además de variar en intensidad y duración, Berne (1963) observó que la educación modifica las emociones también cualitativamente: cuando una emoción es inaceptada, prohibida o ignorada en un marco familiar está es sustituida por otra que si es aceptada o al menos reconocida.

Las emociones sustitutas son:

Miedo: Falsa alegría.

Alegría: Falso miedo, falsa tristeza, culpa, ansiedad.

Rabia: Falsa alegría, ansiedad, falsa tristeza, culpa.

Afecto: Falsa rabia, celos.

(Kertez, 1996, p.132)

A esta nueva emoción surgida como consecuencia de la no aceptación de la auténtica o natural es a la que llamamos emoción sustitutiva o "rebusque" y que se define como *"emoción sustitutiva, inadecuada, fomentada por los padres o sustitutos de la infancia, que reemplaza a la emoción auténtica, ignorada o prohibida por estos"*. (Kertez, 1996, p.132)

Por ejemplo: en algunas familias es extraño y difícil ver muestras de afecto entre los que la componen, generalmente si alguien de esta familia al entrar en

contacto con miembros de otros grupos sociales, recibe afecto de alguno de ellos, este es rechazado o interpretado con cierta desconfianza, y la forma de dar afecto, por consiguiente también será de forma sustitutiva. Otro ejemplo es cuando se logra algo y en vez de mostrar gestos de alegría aparece llanto. (Recordemos que los estímulos también son caricias, y que estos estímulos están influenciados por las emociones, ante esto se ha creado la siguiente relación de referencia, entre las posiciones existenciales y las emociones.

Los rebusques pueden expresarse según la Posición Existencial:

Yo estoy bien, tú estas bien, (maniaco): Falsa alegría, falso afecto.

Yo estoy bien, tú estás mal: Falsa rabia, resentimiento, celos, rivalidad, sadismo, triunfo maligno.

Yo estoy mal, tú estas bien: Falsa alegría, falso afecto, falso miedo, ansiedad, falsa tristeza, culpa, inadecuación, confusión, vergüenza.

Yo estoy mal, tú estas mal: Desesperación, melancolía, envidia.

Finalmente para descubrir o identificar si la emoción es auténtica o rebusque se puede hacer el estudio sobre, si la emoción que se está experimentando invita a otros a sentirla, si así es, lo más probable es que sea auténtica, de lo contrario podría ser un rebusque. Otra forma de detectarlo es midiendo su intensidad, el lugar en donde ocurre, si es adecuada según la situación, y por último también se puede hacer una retrospectiva para analizar si esa emoción era aceptada o rechazada en la infancia.

### **Juegos Psicológicos**

El juego psicológico, ha sido estudiado ampliamente por Eric Berne (1966), uno de sus primeros libros fue "Games people play", en donde describe lo que veremos a continuación: la base del postulado, juegos psicológicos, el cual lo compone un esquema, un diagrama y una explicación de cada juego identificado, más de 30 aparecen en la publicación antes citada, en esta ocasión se expondrá el mecanismo por el cual se establecen y cómo funcionan.

Se le define al juego psicológico como:

“Un juego es una serie de transacciones ulteriores, complementarias, que progresan hacia un resultado previsto y bien definido. Descriptivamente, es un conjunto de transacciones recurrentes, frecuentemente prolijas, superficialmente plausibles, con una motivación oculta; o en lenguaje familiar, una serie de jugadas con una trampa o truco”. (Berne, 1966, p. 20)

El juego psicológico es un grupo de mensajes “ocultos” en donde el estado del Yo que evoca la transacción oculta recibe una respuesta del receptor desde el mismo estado del Yo que la originó, es decir si se originó el mensaje oculto desde el Niño, la respuesta también viene del Niño. Son recurrentes ya que el “círculo” del juego generalmente se mantiene, por ejemplo: el juego del alcohólico, quien luego de ocasionar situaciones difíciles para él y sus allegados promete no hacer lo mismo, pero recurre, y sus allegados, parecerían saber que esto será así, pero de igual manera mantienen ellos también el juego.

#### **Características del Juego:**

Berne (1966), propone los criterios para detectar el juego psicológico, este análisis se resume en que: Debe haber transacciones complementarias socialmente aceptables. El propósito final es el beneficio o resultado bien definido al final del juego. Provocan invalidez psicológica. Se aprenden en la infancia o en la adolescencia y se repiten en etapas posteriores. Todas las personas entran en juegos psicológicos y puede desarrollarse entre dos o más personas. Funcionan en dos niveles: social y psicológico, el social es el código de lenguaje y es aceptado por la sociedad, el psicológico es el mensaje oculto e intuible por el receptor, generalmente no aceptado socialmente. Reemplaza las relaciones humanas directas espontáneas y honestas. El juego comienza con una descalificación. Son deshonestos, conflictivos, repetitivos y dramáticos.

Con esta información podemos afirmar que el motivo de iniciar tal juego es una ganancia individual, en donde por consiguiente se descalifica al otro, es decir

una posición existencial (OK), (NO OK), y por su carácter malicioso puede ser también considerado el inicio de un juego, como una invitación a estar mal. Vemos que así mismo, la utilización exagerada de juegos psicológicos sugiere una existencia no auténtica, ya que cada juego psicológico contiene una descalificación, y de esta manera, se sitúa la existencia, hablando del cuadro de posiciones existenciales, en una zona distinta a la realista, en la paranoide.

Por ejemplo:

Vilma, de siete años, sintió dolor de estómago a la hora de comer y pidió que lo excusaran por esa razón. Sus padres sugirieron que se acostara un rato. Su hermano menor, Oscar, de tres años, dijo entonces, "yo también tengo dolor de estómago", evidentemente, buscando la misma consideración. El padre lo miró un momento y contestó, "Tú no quieres jugar ese juego, ¿verdad?". Lo que hizo que Oscar soltara la risa y dijera, "¡No!". Si los padres hubieran sido caprichosos en cuestiones alimenticias o del funcionamiento intestinal, Oscar hubiera sido también enviado a la cama por sus alarmados padres. Si los padres hubieran repetido esta representación varias veces, podría anticiparse que este juego hubiera pasado a formar parte del carácter de Oscar, como sucede con frecuencia cuando cooperan los padres. Cada vez que se sintiera celoso de un privilegio concedido a un competidor, alegraría enfermedad para conseguir privilegios para sí. La transacción ulterior consistiría entonces en: (Nivel Social) *"No me siento bien"* + (Nivel psicológico) *"Debes concederme un privilegio también"*. Oscar, sin embargo, se salvó de semejante carrera hipocondríaca. Tal vez terminará con un destino peor. La cuestión es que un juego "in statu nas cendi" quedó roto ahí mismo con la pregunta del padre y la franqueza del niño al reconocer que estaba iniciando un juego. (Berne, 1966, p. 25)

Una idea que se presenta es la forma de cómo romper el juego, cuando el papá del niño mayor no "flaqueo" ante el estímulo o transacción con mensaje oculto, que mandó su hijo, la transacción no fue respondida hacia el estado del Yo que originó la transacción del hijo, este mensaje oculto provenía posiblemente del

Niño del hijo y fue apuntado hacia el Padre del papá para pedir su parte, pero fue respondido por el Adulto del papá, hacia su propio Adulto, el cual pudo responder de forma autentica.

Podemos también ver la forma en como Berne plantea el curso del juego, a través de la “fórmula de Berne”:

**Cebo + flaqueza-----respuesta-----cambio-----beneficio final**

El cebo es la primera transacción que contiene una promesa oculta, ya que al mismo tiempo que se da el mensaje “social”, el “psicológico” también indica una invitación. Para que el “cebo” sea útil, se necesita que se una a alguna flaqueza en los estados del Yo del receptor, esto es de esta manera ya que de otra forma el juego sería cortado de raíz, como en el ejemplo. La respuesta, proviene del receptor, esta es dada en base a su propia necesidad, esto nos indica que los implicados en un juego, ambos participan. El cambio se da cuando los estados del Yo de ambos participantes llegan a cambiar cuando el juego psicológico ya no necesita el mensaje oculto. El beneficio final se describe como la ganancia o los rebusques de emoción, para cada uno, se menciona que es rebusque, porque se considera al juego psicológico como una serie de transacciones no fijadas en la realidad.

Como se explicaba con anterioridad, el uso prolongado de juegos psicológicos en las relaciones humanas es obviamente negativo. Además de este tipo de sistema de relación, existen otros, que el Análisis Transaccional ha sistematizado con relación a la temporalidad en que aparecen, el siguiente instrumento “Estructuración del Tiempo”, se describirá la forma en cómo se utiliza el tiempo vital, con relación a las caricias que se reciben y se dan.

## **Estructuración del Tiempo**

Si dos o más personas están juntas en una habitación tienen seis clases de conducta social entre las que pueden elegir. En un extremo está el aislamiento en el que las personas no se comunican entre sí; esto puede ocurrir en la calle, en el autobús, en familia,... cada individuo permanece sumido en sus pensamientos. Después están los rituales, que son intercambios más o menos estructurados de caricias, de poca intensidad, que transmiten poca información y que tienen una forma y duración previsible y estipulada, de una u otra manera, por la tradición y la costumbre social. A continuación está la forma más común que es la actividad o trabajo, donde el intercambio de relación es más intenso pero viene dado por el material con que se está trabajando.

Las transacciones son típicamente Adulto-Adulto y están orientadas hacia el objetivo de la actividad. Después vienen los pasatiempos en los que la relación no es tan superficial como en los rituales pero todavía tienen algo de repetición y formalismo, sin embargo, la implicación personal es muy superior ya que partiendo de ellos las personas llegan a conocerse y poder pasar a los juegos psicológicos o a la intimidad que son las otras dos formas restantes.

En todo momento estamos involucrados en una de estas seis formas. Vamos ahora a verlas con detenimiento. El orden seguido está en relación al compromiso emocional creciente que suponen.

Erick Berne (1974) expone la forma en cómo se estructura el tiempo, la idea contiene una clasificación de seis estados, estos se componen de: aislamiento, rituales, actividad, pasatiempos, juegos psicológicos e intimidad.

### **Aislamiento**

En el aislamiento no hay contacto social, no hay transacciones. Se puede estar envuelto en los propios diálogos internos, estudiando, oyendo música, meditando, planificando una actividad futura o pensando en otra cosa mientras le

hablan a uno. El aislamiento puede producirse cuando la persona está sola, pero también en una reunión o en medio de una multitud, siempre que desaparezcan las transacciones y caricias. La persona que está físicamente presente pero psicológicamente ausente está en aislamiento.

Cuando es prolongado puede haber autocaricias internas que suplen en parte, temporalmente, la carencia del reconocimiento social o caricias más gratas.

Cuando una persona se aísla psicológicamente con frecuencia, se vuelve hacia un mundo fantástico que puede conducirla hacia trastornos de mayor o menor gravedad. Además, es evidente que tal aislamiento estará producido por razones profundas que tendrá que analizar, comprender y superar.

## **Rituales**

En los rituales su raíz está en pautas culturales transmitidas de generación en generación, por ejemplo en nuestro medio, es normal, dar un apretón de manos, para saludar, en otras culturas, está acostumbrado dar un beso en la mejilla.

Pueden ser tan simples como un intercambio de saludos o tan complejos como una larga ceremonia religiosa.

Los rituales suavizan el intercambio social, proporcionan a personas desconocidas una forma de acercarse. Además proveen caricias estereotipadas cuando se usan (el no usarlos puede producir caricias estereotipadas pero negativas).

El ritual de saludo más breve puede ser un "buenas" que en la medida que se le vaya agregando un "parece que va a llover" o "que tal está hoy tu mujer" se va iniciando un grado más cercano de relación, dando pie a las siguientes modalidades de estructuración del tiempo.

## **Actividad**

Cuando el objetivo es hacer algo, estando abocados a cualquier tipo de tarea, estamos en actividad. Trabajar, pintar, coleccionar sellos, jugar al tenis, bailar, construir un barco, afeitarse, conducir, jugar a las cartas,... son ejemplos de actividades.

Las actividades proveen caricias sustanciales, en su mayoría condicionales, vinculadas con la tarea en curso, positivas por los logros, negativas por los errores. Durante las horas de trabajo se pueden presentar oportunidades para todas las formas de estructuración del tiempo.

La importancia de las caricias que se reciben mediante la actividad la podemos calibrar al ver el drama que supone para muchas personas su jubilación. Otro ejemplo son los desajustes que sufren algunas amas de casa cuando sus hijos abandonan el hogar paterno, cesando entonces las actividades de protección y cuidados.

Ahora bien, estar en el trabajo no siempre es estar en actividad. La actividad supone una serie de transacciones en las que el Adulto se ha marcado un objetivo, con la aplicación de unos medios previstos y pensados, desarrollando unos procedimientos, utilizando un método de evaluación para comprobar los resultados y según ellos pudiendo introducir modificaciones.

## **Pasatiempos**

Son series de transacciones complementarias superficiales entre dos o más personas alrededor de un tema o centro de interés común inocuo o intrascendente. Su objetivo básico es, como su propio nombre indica, pasar el tiempo de una forma más o menos placentera, manteniendo un contacto social sin complicaciones.

Mediante los pasatiempos se intercambia información sobre nuestras actitudes, historia personal, ideas políticas, creencias, pasiones,... Esto nos permite estudiar a nuestro interlocutor y decidir si nos conviene o no para otros contactos tal vez más profundos.

También son proveedores de caricias con mayor valor de reconocimiento que las de los rituales, ya que el compromiso personal es mayor al girar sobre opiniones y manejar experiencias aunque sean someras y superficiales.

Hay pasatiempos propios según la edad, el sexo, el "status" social, la profesión, etc,... Berne (1974), con su habitual sentido del humor, les puso nombre a pasatiempos habituales:

"Cesta de la compra"

Son los comentarios típicos sobre la carestía de la vida. Típico de amas de casa.

"El gobierno"

Valoraciones, generalmente negativas de la gestión pública, los problemas que no se resuelven, etc.

"¿No es terrible?"

Quejarse de algo: de lo mal que conducen los camioneros, de los hijos, de las suegras, de los profesores, de los maridos, de los alumnos,...

"Automóvil club"

Generalmente de hombres. Sobre las prestaciones, marca velocidad, consumo, belleza, averías, etc. de los automóviles.

"Top model"

Generalmente señoras a la última en modas, diseños, cremas, peluquerías, precios.

"Chismorreo"

Comentarios más o menos injuriosos sobre ausentes.

Y muchos otros. Es típico que en las reuniones sociales las mujeres se agrupen por un lado y los hombres por otro y cada grupo se dedique a sus pasatiempos específicos y preferidos. Además no suele estar bien visto que se mezclen: un hombre en "Top model" será tachado de afeminado y una mujer en "deportes" otro tanto. Tampoco está bien visto cambiar el tono del pasatiempo. Si el grupo está en "¿No son terribles los hijos?" no quedará bien si una llega contando maravillas de los suyos, quedará como un poco aguafiestas.

Es importante no confundir estos pasatiempos con los juegos típicos de salón (cartas, dominó, bingo) o deportes que son actividades por cuanto se está haciendo algo. Si una vez terminados se hacen comentarios sobre ellos, eso sí es un pasatiempo.

### **Juegos Psicológicos**

Son "una serie de transacciones ulteriores que progresan hacia un resultado previsible" (Berne, 1966, p 20). Ver apartado correspondiente, encontrado en el Instrumento "Juegos psicológicos".

### **Intimidad**

La intimidad implica intercambios de caricias, compartir pensamientos, experiencias profundas y emociones en una relación honesta en la que cada uno confía en el otro. Es, por tanto, la relación más gratificante, pero, a la vez, la que más riesgo conlleva. La intimidad está libre de juegos y explotación y tiene lugar

en esos raros momentos de contacto humano que despiertan sentimientos de ternura, empatía y cariño.

Provee una importante cantidad y calidad de caricias incondicionales positivas. No hay motivaciones ocultas ni nadie pretende sacar ningún provecho del otro. Hay espontaneidad y franqueza, manteniendo la propia autonomía. No hay que evitar preguntas porque se responde libre y abiertamente a los estímulos que llegan, sin temor a ser juzgado, criticado o rechazado.

No siempre es agradable esta experiencia. Dar un pésame por el fallecimiento de un familiar, visitar a algún accidentado, proteger a alguien asustado, son experiencias tristes y dolorosas pero siempre auténticas y conmovedoras.

Ahora bien, siendo que la mayoría de los momentos de intimidad son placenteros ¿por qué es tan temida? Hay un refrán que dice "gato escaldado del agua huye", esto sucede con la intimidad:

- Si se buscó de pequeño y se sufrieron rechazos o burlas. O se alternó afecto y agresiones.
- Si no se observó en los padres siendo sustituida por agresión hostilidad y frialdad.
- Si se nos enseñó a desconfiar. O a aprovecharnos de la gente para obtener beneficios.

La intimidad intensa, activa mecanismos emotivos y neurofisiológicos muy profundos. Aumenta la autoestima, la capacidad de volver a dar y recibir afecto, el deseo de vivir, el interés por valores superiores a los materiales.

### **Ejemplo:**

Veamos con un ejemplo las seis formas de estructurar nuestro tiempo. En un partido de fútbol:

- Los que observan el partido... están en aislamiento

- Los que se quejan del árbitro... en pasatiempos
- Los jugadores al saludar en el estadio... en rituales
- Los jugadores al empezar a jugar... en actividad
- Uno que se equivoca repetidamente... en juegos psicológicos
- El abrazo jubiloso por ganar el partido es... intimidad

Sobre la estructuración del tiempo se describe la existencia del ser humano desde un punto de vista “conductual”, ya que se clasifica cada estado de tiempo, en relación a cuantas caricias se dan, cómo se dan, es decir, tiene mas influencia lo que se dice, y lo que se hace. Ante esto a continuación se presenta el instrumento del Argumento de Vida, el cual forma parte de los instrumentos intrapsíquicos, que como sabemos, se relacionan con lo que pensamos y sentimos.

### **Argumento de Vida**

El argumento puede ser definido “popularmente” como un respaldo, para justificar un pensamiento o una acción que se cree razonable. En este caso es un argumento que justifica la vida o la existencia del individuo, en leguaje A.T se define como:

“Es un plan de vida longitudinal, concebido en la infancia, formado por introyectos (mandatos) y decisiones, tomando como base las influencias parentales, que luego es olvidado o reprimido”. (Berne, 1963, p.40)

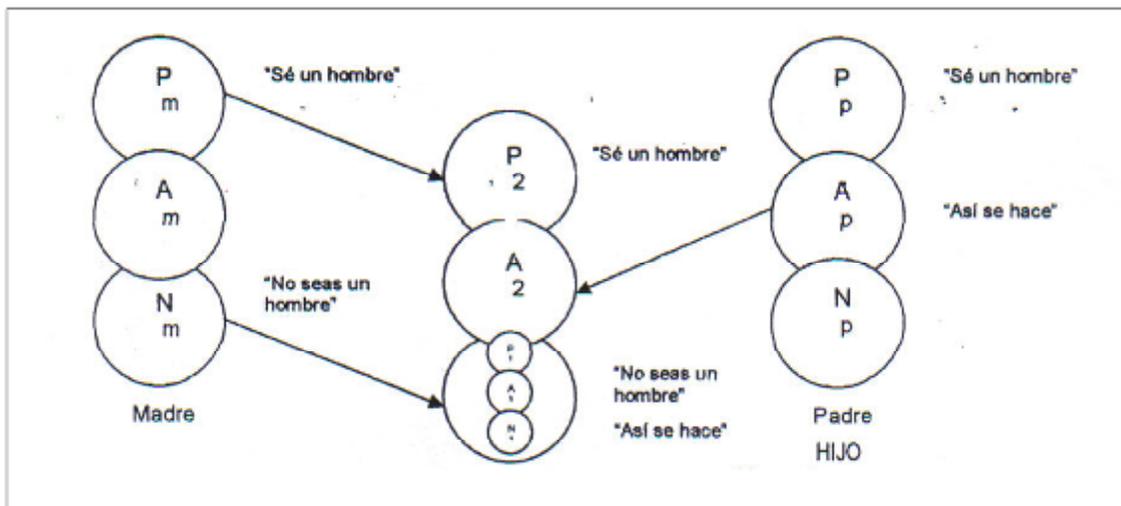
Podríamos considerar al argumento de vida como una especie de programación, al ver que este “argumento” fue formado con base a las experiencias vividas en la infancia, cuando no se posee la capacidad mental suficiente para formar un juicio razonable, o de Adulto, acerca de lo que ocurre en su entorno.

Los analistas transaccionales creen que la mayoría de las personas están básicamente “bien” u “Ok” y se encuentran en dificultades solamente porque sus

padres (u otras personas mayores o de influencia) los han expuesto a mandatos poderosos y atribuciones con efectos dañinos de largo alcance.

Las personas, en su vida temprana llegan a la conclusión de que su vida se va a desenvolver de una manera predecible; corta, larga, saludable, insana, feliz, infeliz, deprimida, enojada, exitosa, fracasada, activa o pasiva. Cuando la conclusión es que la vida será mala o en su propio detrimento esto es visto como un argumento de vida.

La matriz del argumento es un diagrama usado para clarificar los argumentos de las personas. En ellas podemos ver a dos figuras parentales y su hijo, al poder diagramar los mensajes transaccionales, los mandatos y atribuciones que ocasionaron que la joven persona abandonara su posición de bienestar original y la remplazara con una posición nociva para sí mismo.



En la matriz de Steiner (1971), se nos muestra gráficamente de que estados del Yo provienen las transacciones de parte de los progenitores y en que estados del Yo del hijo, son recibidas. En este espacio se expone como se forman los tres estados del Yo, y a través de estos esquemas, es también posible entender que argumento de vida, posiblemente se está asumiendo.

Y es que aunque la actividad, al ser una intervención psicoterapéutica es lógico que se tenga la dirección del proceso, lo que se considera de mayor validez es el camino que trazan los elementos de la subjetividad de los participantes, quienes son los que van dando los datos más significativos y con esto forman las “zonas de sentido” descritas por Gonzales Rey (2006), que son propuestas como una serie de elementos de la subjetividad que van formando cúmulos o núcleos de significado, a partir del reconocimiento y análisis de estos núcleos de significados y a través de la utilización del Análisis Transaccional como herramienta de diagnóstico, es en donde se le da al investigador lo necesario para trazar un marco conceptual de la situación, más abierto, que explique de forma lógica, coherente la situación de los pacientes de la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

### **Instrumento de Complementación de Frases**

En esta fase, y ante como ya se ha mencionado se utilizó el instrumento de “complementación de frases”. Esta material fue de utilidad al momento de recuperación de información, conforme lo que comenta Gonzáles Rey (2006) sobre la utilización de instrumentos, se puede dar y se dio caso en que la persona (sujeto de estudio) con que se está trabajando la investigación, a pesar de haber abierto un espacio de diálogo muestra una aparente actitud de desinterés, pero igual, no se puede desechar o separar del grupo de investigación a un elemento que no haya activamente expresado elementos significativos, para poder recuperar a estos elementos dentro de la investigación, se puede utilizar esta estrategia, que al ser escrita, se pueden eliminar ciertas circunstancias dentro de este espacio que pueden ser o que son, incómodas para el paciente, además que los reactivos de la complementación de frases se hicieron de carácter general, así que le da la oportunidad al paciente de expresarse libremente.

Este instrumento se compone de una serie de reactivos, 10 en este caso, en donde se le dan al participante y este deberá llenarlos. Esta estrategia se aplicó

con el fin de relacionar y obtener más información acerca de datos ya obtenidos en las intervenciones de diálogo.

A continuación se presenta la serie de reactivos.

1. *la mejor época...*
2. *el día de hoy...*
3. *en la clínica...*
4. *la familia...*
5. *el trabajo...*
6. *la vida...*
7. *en el futuro...*
8. *mis medicinas...*
9. *el amor...*
10. *en la calle...*

El momento seleccionado para la aplicación del instrumento en relación a los principios metodológicos antes mencionados, fue con previa autorización por parte del paciente, quien en todo momento estuvo de acuerdo a que se le hicieran preguntas fuera de lo que engloba el tratamiento psicoterapéutico, cabe mencionar que todos los ejes convergen en un mismo momento, el de la psicoterapia.

Siguiendo esta misma lógica, hay que señalar que el análisis hecho sobre las respuestas en la complementación de frases están enfocados no en lo explícito del mensaje, sino en la producción de significado subjetivo que se da ante la estimulación de las frases a completar. Esto además es analizado también a través del Análisis Transaccional, el cual bajo la misma lógica, no busca estudiar las respuestas solo enfocándose en el contenido explícito, si lo analiza, pero no le da una importancia prevalente, como Berne (1963) lo menciona: “el diagnóstico

de los estados del ego es una materia de agudeza de observación más sensibilidad intuitiva”, es decir, es un análisis en donde el intelecto del investigador no es sustituido por la instrumentalización.

### **Análisis Transaccional**

El Análisis Transaccional es una teoría de la personalidad consistente y sistemática así mismo trata la dinámica social y es fácilmente entendida y adaptada a incluso pacientes psiquiátricos. Las terapias convencionales, tales como el Psicoanálisis, la terapia cognitiva y la terapia centrada en el cliente, no fueron contempladas ya que tienen varios problemas prácticos y teóricos. Por ejemplo podríamos considerar que existen dos tipos de terapia convencional, las que se basan en la sugestión con elementos paternas, y las que utilizan un acercamiento racional. Las que utilizan la sugestión, como el psicoanálisis, fallan principalmente en que el tiempo de terapia es muy prolongado además que se centran demasiado en los elementos arcaicos y fantasiosos de los pacientes de los cuales se puede perder el control fácilmente y así tener resultados muy inesperados. Con la aproximación racional se toma también mucho tiempo y se da la situación de que no sólo el paciente sufre sino también la familia, por ejemplo si el paciente tiene hijos, estos lo necesitan de afecto y protección, y no se puede esperar por años a que esto suceda, lo mismo podría pasar con los medicamentos, es decir en una situación crítica, no se puede esperar tanto para que el paciente logre hacer cambios por sí mismo sobre su existencia.

Para efectuar el diagnóstico y el entendimiento a través de esta herramienta se siguieron los mecanismos, descritos por Erich Berne (1963) como básicos para el conocimiento del sujeto participante. Este mecanismo se compone, esencialmente del Análisis Estructural, Análisis Transaccional, y Análisis de Juegos.

## **El Procedimiento**

Una de las técnicas a utilizar para la obtención y análisis de datos, es el estudio de casos, se describe a continuación el proceso que es compartido con el eje de servicio y docencia, al desarrollarse todos en el mismo momento, el cual sustenta sus bases en el espacio de la psicoterapia, acá se utilizó como herramienta el Análisis Transaccional. De este modo se presenta a continuación las bases del procedimiento Transaccionalista, basado en lo expuesto por Berne (1961) en *“Transaccional Análisis in Psychoterapy”*

## **Análisis Estructural**

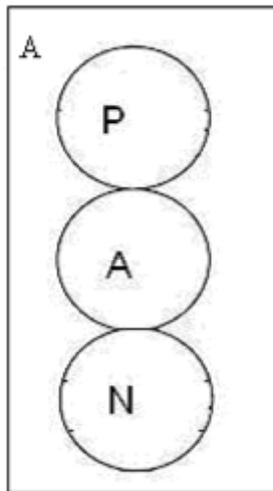
En este primer paso, el Análisis Estructural, se hace un esquema sobre los Estados del Yo del paciente, es decir, se identifican los elementos que aparecen en la cotidianeidad del ser humano que son relacionados con la paternidad, la lógica con el razonamiento y las emociones, se considera que, cada persona tiene su forma de reír, llorar, percibir el entorno, dar protección, etc. Estos elementos que exteriorice el paciente son los que se estudian, bajo sus propios términos y no bajo la aparente rigidez de la separación de los tres estados.

Berne (1961) afirma que la única forma práctica de aprender a captar estos elementos para el estudiante es la observación: al observar a padres actuando en su total capacidad de padres, a adultos actuando en su capacidad de “procesador de datos” y responsables ciudadanos, y a los niños, siendo niños en el pecho, en la cuna, en la guardería, estos son los elementos cotidianos que en este caso el investigador va ir identificando en los sujetos de estudio y estructurando para conformar el esquema de los tres estados del Yo. Es necesario mencionar que este paso es una actividad que no termina con la primera impresión de la persona, sino que está presente en todo momento del proceso.

Berne (1961) describe 4 vías por las cuales se puede estructurar de una mejor manera los elementos a estudiar, estas son a través de un: diagnóstico

conductual, que consiste en captar los gestos, las voces, el vocabulario, etc. El diagnóstico social comprende en determinar si estos gestos y voces son aptos para suscitar una respuesta emocional o empática en otra persona, es decir, si alguien está llorando y este llanto denota intuitivamente tristeza en la mayoría de quien lo perciba sin saber qué es lo que le sucede a la persona, a diferencia de un llanto que no “despierta” mayor nivel de empatía en quien lo percibe. Lo histórico, en el sentido de la presentación de recuerdos evocados, por ejemplo: se le puede preguntar al paciente cómo eran sus padres, qué decían, qué hacían, etc. y lo fenomenológico, que comprende, la presentación de lo que siente la persona en ese momento.

Como es intuitivamente lógico, existe un esquema estructural por cada individuo y con el fin de analizar la interacción de este con su medio y con otros sujetos, es necesario el 2do paso, que consiste en el análisis transaccional, o de las transacciones, que se dan entre 2 o más sujetos.



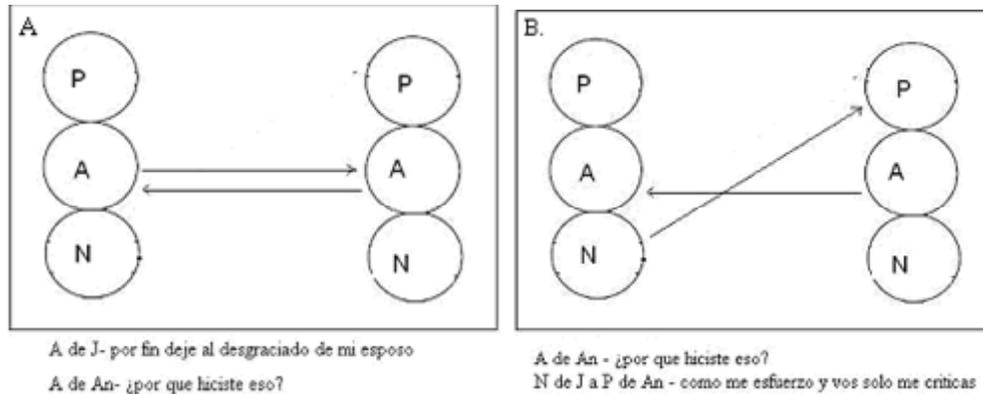
### **Análisis Transaccional (como paso)**

Primero es el análisis de simples transacciones, luego sobre series de transacciones estereotipadas y por último se hace el análisis de largas y complejas operaciones, que a menudo contienen a varias personas y que usualmente están basadas en elaboradas fantasías.

Berne (1961) se refiere a transacciones simples, a circuitos de conducta, y a juegos psicológicos, en el primer caso, bajo el contexto de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, se refiere al análisis de transacciones como: la forma de saludar la persona al llegar, es decir, determinar desde que estado del Yo envía sus mensajes, y en donde recibe los que el investigador o demás personas emiten. Por ejemplo: *“no sé si mi familia va a poder entrar”* (px abril 2009) en este caso, la persona se encontraba ingresado en una sala del Hospital y como ejemplo, ese mensaje que dio, es una transacción, que al analizarla en su forma explícita, nos dice que no tiene información sobre el ingreso de su familia al Hospital, pero bajo otro plano, y al observar sus gestos y el tono de su voz, se analiza que también hay otro mensaje “encubierto”, con contenido emotivo, por ejemplo: mensaje del Adulto informando falta de información y mensaje del Niño, evocando tristeza, o preocupación.

En este espacio se pueden diagramar de distintas formas las transacciones dirigidas desde los distintos estados del Yo, como se puede apreciar en la figura A. en donde pueden existir diversas combinaciones entre los estados del yo y las transacciones. Básicamente lo que se analiza es desde donde se origina la transacción, hacia donde se dirige, y la forma equivalente de cómo responde transaccionalmente la otra persona. Por ejemplo: los pacientes Rosita, Ana, Julieta e Iris están en la sala de espera de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, Rosita y Ana son las pacientes más “antiguas” y las que saben más, Julieta e Iris llevan unos meses como usuarias de la Clínica de Enfermedades Infecciosas. Julieta les anuncia que por fin la dejó a ese marido desagradecido, Ana le pregunta, *¿Y por qué lo hiciste?*, Julieta replica llorando *“yo me esfuerzo tanto y vos sólo me críticas”*. Lo que ha sucedido acá está diagramado en el cuadro A. y B. En el cuadro A. puede verse como Julieta dio un mensaje desde su estado Yo Adulto, que es el que usualmente muestra al grupo y luego Ana respondió con un genuino gesto de interés, por lo cual se piensa que la transacción fue de Adulto y se complementó con el Adulto de la otra persona, pero luego la transacción siguió en otra vía, se utilizó otro mensaje

de Niño hacia Padre. En este caso en el primer plano se pudo haber visto una conversación que se da entre dos personas adultas, luego el nuevo estímulo transaccional de Anna fue tomado por Julieta, como un papá o padre criticando a un niño.



Así que a lo representado en el cuadro A. le llamaremos, transacción complementaria tipo 1 y al cuadro B. transacción cruzada tipo 1.

El error de captación del estado de Yo de Anna por parte de Julieta, y el haber cambiado el suyo para responder, dio como resultado una transacción cruzada lo cual rompió la comunicación y ahora tomara otro rumbo.

### Análisis de Juegos

Berne (1966), propone los criterios para detectar el juego psicológico, este análisis se resume en qué: debe haber transacciones complementarias socialmente aceptables. El propósito final es el beneficio o resultado bien definido al final del juego. Provocan invalidez psicológica. Se aprenden en la infancia o en la adolescencia y se repiten en etapas posteriores. Todas las personas entran en juegos psicológicos y puede desarrollarse entre dos o más personas. Funcionan en dos niveles: social y psicológico, el social es el código de lenguaje y es aceptado por la sociedad, el psicológico es el mensaje oculto e intuible por el receptor, generalmente no aceptado socialmente. Reemplaza las

relaciones humanas directas espontáneas y honestas. El juego comienza con una descalificación. Son deshonestos, conflictivos, repetitivos y dramáticos.

Con esta información podemos afirmar que el motivo de iniciar tal juego es una ganancia individual, en donde por consiguiente se descalifica al otro, es decir una posición existencial (OK), (NO OK), y por su carácter malicioso puede ser también considerado el inicio de un juego, como una invitación a estar mal. Vemos que así mismo, la utilización exagerada de juegos psicológicos sugiere una existencia no auténtica, ya que cada juego psicológico contiene una descalificación, y de esta manera, se sitúa la existencia, hablando del cuadro de posiciones existenciales, en una zona distinta a la realista, en la paranoide.

### **Investigación Cualitativa**

El término “cualitativo” que va dentro del nombre “Investigación Cualitativa” puede ser entendido como la característica índice, o como lo fundamental del tipo de investigación implementado, vemos que el termino cualitativo pasa a ser algo más importante que una simple característica, nos indica que, como menciona González Rey (2006): apreciándolo el termino de forma coherente se ve tras él una raíz epistemológica distinta al positivismo, esta raíz epistemológica se basa en la subjetividad.

González Rey (2000, 2006) propone la categoría de sentido subjetivo: que representa, a diferencia de la categoría de sentido, una unidad simbólico-emocional que se organiza en la experiencia social de la persona, en la cual la emergencia de una emoción estimula una expresión simbólica y viceversa, en un proceso en que se definen complejas configuraciones subjetivas sobre lo vivido, que representan verdaderas producciones subjetivas, en las cuales la experiencia vivida es inseparable de la configuración subjetiva de quien las vive.

Los sentidos subjetivos no son exclusivos de las experiencias individuales, sino que caracterizan las relaciones diferenciadas que ocurren en los diferentes espacios de vida social del sujeto.

Viendo esto nos damos cuenta que entonces la metodología para crear este conocimiento es distinta a la positivista, esta metodología al no basarse en instrumentos de medición sino en la participación activa del investigador con el sujeto de estudio, lo que se crea es una fuente de construcción de conocimiento, en contraposición a la creación de datos y respuestas a preguntas cerradas.

Como expone González Rey (2000) en el uso de los instrumentos, al no existir sistemas de preguntas cerradas estructuradas en la metodología entonces se rescata; lo que es la espontaneidad de la expresión del sujeto de estudio ante la situación no estructurada que el investigador le proponga, en un instrumento de medición, la persona participante no puede plasmar sus sentimientos ni su espontaneidad, sino simplemente una respuesta a una pregunta.

El investigador de igual forma está implicado en la producción de conocimientos como lo plantea González Rey (2000):

“Pienso que ese proceso implica al investigador de forma simultánea al curso de los acontecimientos investigados, en los que participa a través de sus ideas y de diversos caminos, incluso en función de su preferencia y estilo personal” (Investigación Cualitativa en Psicología p.45)

De ahí que la subjetividad objetiva sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. Porque es una reflexión lo que hace el investigador en torno a lo que ha observado y analizado tomando en cuenta todos esos factores que conforman la realidad del sujeto.

Lo que se busca y lo objetivo es el nexo entre personalidad, ambiente e historia que se atribuye a la conducta. La investigación cualitativa puede ser vista como

el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta esto significa que, la investigación cualitativa es interpretativa, de allí viene el punto clave de la crisis de legitimación en donde por la naturaleza del método cualitativo se tenía la inquietud de que si el conocimiento construido era válido, por ser estructurado dentro de la mente del investigador entonces en el estudio el investigador es responsable en la producción del sentido González Rey (2000).

Hay una gran importancia en la comunicación social, ya que en este tipo de investigación se destaca el rol del discurso en la construcción de la realidad social.

El punto clave de la metodología es que busca el conocimiento común de los “comunicadores” invocados por el discurso que yo hago, el modo en que las personas llegan a entender las cosas de la misma forma y en los mismos términos que los otros, es conocimiento compartido, y el contexto, es un conjunto o de discursos comunes. Aquí vemos otra vez la importancia de la comunicación este está implícita en las entrevistas realizadas en la investigación etnográfica.

Con los datos que se sustentan en observación en terreno, lectura profunda de bibliografías al tema, ensayos, bitácoras y todo aquello que nos permita acercarnos a su realidad se generan las ideas que forman una parte importante como fuente de producción de conocimiento, por ejemplo lo que se hablaba sobre Freud y las ideas que fue construyendo en el camino, a través de las experiencias de sus pacientes, entonces tenemos a la práctica terapéutica como fuente de conocimientos formado a través de la comunicación con el paciente.

Entre los procesos que se suscitan en el proceso está, la lógica configuracional, González Rey (2006) p84, es definida por los elementos de relación entre el investigador y el problema de estudio, esta lógica configuracional define los

procesos intelectuales que sirven para el desarrollo del conocimiento sobre la subjetividad.

En la toma de muestras vemos que va desde la psicoterapia individual al estudio de campo, en la psicoterapia individual ocurre que en la mayoría de casos los datos proveídos al terapeuta, las expresiones y todo lo que conforma al sujeto son captados por el terapeuta pero luego estos datos tan complejos son reducidos para que quepan dentro de esquemas previamente establecidos que podrían o no tener relación significativa con la realidad del sujeto. Según Gonzáles Rey (2000) p106-109 la generalización en la investigación cualitativa tiene la característica de ser un proceso constructivo que descriptivo, siempre todo va ligado al proceso intelectual del investigador. Lo que se busca es darle sentido a esos aspectos estudiados en los sujetos de estudio, es dinámico y es un proceso y ya dándole sentido a estos aspectos nos brindan mejores panoramas de aspectos ocultos dentro del objeto de estudio.

El número de la muestra que utilizaremos tiene que ser en torno a lo que nosotros pensamos será importante para la investigación y no por el número de sujetos que existan, a este tipo de muestra basada en la naturaleza del problema se le llama muestra prepositiva, porque es el investigador el que la propone y no un estudio poblacional. Para ello es importante que al grupo de personas que se eligieron no se les vea como un conjunto de individuos sino como un todo, para lograrlo el trabajo se hace de forma interactiva, como en la discusión de temas. Algo que nos quedó del auge del positivismo son las diferenciaciones entre las supuestas áreas de la psicología, social, clínica, educativa, industrial, etc.

Estas han permanecido sin relación entre sí, estáticas cuando la subjetividad está formada por todas estas esferas y otras más, Gonzáles Rey propone la interdisciplina que es la unión de todas estas áreas mencionadas y es que solo así podemos llegar a conocer la realidad completa y con sentido, si se llegaran a juntar todas estas disciplinas, en realidad si sería un momento nuevo y fructífero para la psicología.

## Investigación Cualitativa

El término “cualitativo” que va dentro del nombre “Investigación Cualitativa” puede ser entendido como la característica índice, o como lo fundamental del tipo de investigación implementado, vemos que el término cualitativo pasa a ser algo más importante que una simple característica, como menciona González Rey (2006): apreciándolo el término de forma coherente se ve tras él una raíz epistemológica distinta al positivismo, esta raíz epistemológica se basa en la subjetividad.

González Rey (2000, 2006) propone la categoría de sentido subjetivo: que representa, a diferencia de la categoría de sentido, una unidad simbólico-emocional que se organiza en la experiencia social de la persona, en la cual la emergencia de una emoción estimula una expresión simbólica y viceversa, en un proceso en que se definen complejas configuraciones subjetivas sobre lo vivido, que representan verdaderas producciones subjetivas, en las cuales la experiencia vivida es inseparable de la configuración subjetiva de quien las vive.

Los sentidos subjetivos no son exclusivos de las experiencias individuales, sino que caracterizan las relaciones diferenciadas que ocurren en los diferentes espacios de vida social del sujeto.

Viendo esto nos damos cuenta que entonces la metodología para crear este conocimiento es distinta a la positivista, esta metodología al no basarse en instrumentos de medición sino en la participación activa del investigador con el sujeto de estudio, lo que se crea es una fuente de construcción de conocimiento, en contraposición a la creación de datos y respuestas a preguntas cerradas.

Como expone González Rey (2000) en el uso de los instrumentos, al no existir sistemas de preguntas cerradas estructuradas en la metodología entonces se rescata; lo que es la espontaneidad de la expresión del sujeto de estudio ante la situación no estructurada que el investigador le proponga, en un instrumento de medición, la persona participante no puede plasmar sus sentimientos ni su espontaneidad, sino simplemente una respuesta a una pregunta.

El investigador de igual forma está implicado en la producción de conocimientos como lo plantea González Rey (2000):

“Pienso que ese proceso implica al investigador de forma simultánea al curso de los acontecimientos investigados, en los que participa a través de sus ideas y de diversos caminos, incluso en función de su preferencia y estilo personal”

De ahí que la subjetividad objetiva sea una pieza clave de la investigación cualitativa y punto de partida para captar reflexivamente los significados sociales. Porque es una reflexión lo que hace el investigador en torno a lo que ha observado y analizado tomando en cuenta todos esos factores que conforman la realidad del sujeto.

Lo que se busca y lo objetivo es el nexo entre personalidad, ambiente e historia que se atribuye a la conducta. La investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta esto significa que, la investigación cualitativa es interpretativa, de allí viene el punto clave de la crisis de legitimación en donde por la naturaleza del método cualitativo se tenía la inquietud de que si el conocimiento construido era válido, por ser estructurado dentro de la mente del investigador entonces en el estudio el investigador es responsable en la producción del sentido González Rey (2000).

Hay una gran importancia en la comunicación social, ya que en este tipo de investigación se destaca el rol del discurso en la construcción de la realidad social. El punto clave de la metodología es que busca el conocimiento común de los “comunicadores” invocados por el discurso que yo hago, el modo en que las personas llegan a entender las cosas de la misma forma y en los mismos términos que los otros, es conocimiento compartido, y el contexto, es un conjunto de discursos comunes. Aquí vemos otra vez la importancia de la comunicación está implícita en las entrevistas realizadas en la investigación etnográfica.

Con los datos que se sustentan en observación en terreno, lectura profunda de bibliografías al tema, ensayos, bitácoras y todo aquello que nos permita

acercarnos a su realidad se generan las ideas que forman una parte importante como fuente de producción de conocimiento, por ejemplo lo que se hablaba sobre Freud y las ideas que fue construyendo en el camino, a través de las experiencias de sus pacientes, entonces tenemos a la práctica terapéutica como fuente de conocimientos formado a través de la comunicación con el paciente.

Entre los procesos que se suscitan en el proceso está, la lógica configuracional, González Rey (2006), es definida por los elementos de relación entre el investigador y el problema de estudio, esta lógica configuracional define los procesos intelectuales que sirven para el desarrollo del conocimiento sobre la subjetividad.

En la toma de muestras vemos que va desde la psicoterapia individual al estudio de campo, en la psicoterapia individual ocurre que en la mayoría de casos los datos proveídos al terapeuta, las expresiones y todo lo que conforma al sujeto son captados por el terapeuta pero luego estos datos tan complejos son reducidos para que quepan dentro de esquemas previamente establecidos que podrían o no tener relación significativa con la realidad del sujeto. Según González Rey (2000) p106-109). La generalización en la investigación cualitativa tiene la característica de ser un proceso constructivo no descriptivo, siempre todo va ligado al proceso intelectual del investigador. Lo que se busca es darle sentido a esos aspectos estudiados en los sujetos de estudio, es dinámico y es un proceso, que dándole sentido a estos aspectos, nos brindan mejores panoramas de aspectos ocultos dentro del objeto de estudio.

El número de la muestra que utilizaremos tiene que ser en torno a lo que nosotros pensamos será importante para la investigación y no por el número de sujetos que existan, a este tipo de muestra basada en la naturaleza del problema se le llama muestra pre positiva, porque es el investigador el que la propone y no un estudio poblacional. Para ello es importante que al grupo de personas que se eligieron no se les vea como un conjunto de individuos sino como un todo, para lograrlo el trabajo se hace de forma interactiva, como en la discusión de temas. Algo que nos quedó del auge del positivismo son las diferenciaciones entre las supuestas áreas de la psicología, social, clínica, educativa, industrial, etc.

Estas han permanecido sin relación entre sí, estáticas cuando la subjetividad está formada por todas estas esferas y otras más, González Rey propone la interdisciplina que es la unión de todas estas áreas mencionadas y es que sólo así podemos llegar a conocer la realidad completa y con sentido, si se llegaran a juntar todas estas disciplinas, en realidad si sería un momento nuevo y fructífero para la psicología.

### **Estrés Laboral**

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre “burnout”, parece se puede decir que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona, la organización y en el caso de la atención en salud, puede afectar también al paciente.

Como lo expresa a continuación este “burnout” es “respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de Despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo) y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado” (Muñoz, Introducción año)

Gil-Monte y Peiró (1997) han afirmado que el síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas, clínica y psicosocial. La perspectiva clínica asume el burnout como un estado (concepción estática) al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, y la psicosocial, lo define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral.

Desde una perspectiva clínica, Freudenberger (1974), empleó por vez primera el término burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por

personal sanitario como resultado de las condiciones de trabajo. Según este autor, es típico de las profesiones de servicios de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de trabajar intensamente, sin tomar en consideración las propias necesidades. Este enfoque defiende que burnout aparece más frecuentemente, en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados, una respuesta del profesional asistencial al realizar un sobreesfuerzo.

En esta misma línea, Fischer (1983) consideró el burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la autoestima de los sujetos. Aronson (1988), lo conceptualizaba como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima. Iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con el ambiente resulta severamente disminuida y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas.

Esta imagen del profesional como héroe trágico, víctima de su propio celo e idealismo, que paga un elevado precio por su alto rendimiento, fue la primera aproximación a este fenómeno, así que no se ajusta propiamente al modelo psicosocial el cual se pretende utilizar. Pocas investigaciones en este campo y bajo este enfoque se han hecho, entre ellas está la realizada por Maslach (1986), quien concluye en que el síndrome de desgaste es como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes. Los estudios de Maslach (1986) defiende

que el burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios), como es el caso de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, y añaden tres dimensiones características. La primera es el “Agotamiento Emocional”, que se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder más de sí mismo a los demás, lo cual como se mencionó en el análisis del problema, simplemente por ser “demasiados” los pacientes, esta condición es propicia para que el “Agotamiento Emocional” se haga presente.

Las “Despersonalizaciones” son la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el mismo. El profesional trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para aludir a los usuarios y tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral. Junto a estas dos dimensiones aparece una tercera, consistente en un sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal y que surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo. Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas y horizontes en el trabajo, y una insatisfacción generalizada. Como consecuencia: la impuntualidad, la abundancia de interrupciones, la evitación del trabajo, el

absentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral.

Al tratarse de un trabajo que implica un contacto con personas que viven con una enfermedad crónica, sucede que elementos como la muerte, puede suscitar en el trabajador sentimientos de tristeza que en la lógica del AT, son emociones o sentimientos rebuscados. En esta investigación sobre médicos que tratan con personas con enfermedades graves o crónicas menciona que: “El sufrimiento o estrés interpersonal del profesional se origina por la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, por la reactivación de sus conflictos propios y la frustración de sus perspectivas diagnósticos terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo” (Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada del síndrome del burnout p. 94)

Parece que todo apunta a que el solo hecho de trabajar en ambientes hospitalarios, es suficiente para generar un estrés que a la mayoría de las personas entrevistadas en investigaciones como la anteriormente citada y la que viene a continuación, les afecta de tal modo que producen el síndrome del “Burnout”, esta afirmación se hace porque los resultados de la investigación de Francisco Ramos (1997) fue hecha en Madrid, en donde presumiblemente no hay falta de medicamento ni condiciones “técnicas” dificultosas, a diferencia de la información proveída por investigaciones en América Latina, lo cual se puede ver reflejado en el caso de Guatemala, en donde hacen falta recursos. Ramos menciona que el estrés extremo o burnout en el contexto hospitalario es una “sobrecarga emocional cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, que después de meses o años de dedicación terminaban quemándose” (Ramos, 1997. p. 45)

El problema del estrés laboral en La Clínica de Enfermedades Infecciosas debe tratarse como un problema psicosocial porque se debe a un desbalance entre demandas y recursos. Esto es visto en otros lugares, como se había dicho

anteriormente en América Latina, en este caso Guatemala, se tiene como una característica añadida, la falta de recursos como factor estresante.

En 1997, Damián Goldvarg introduce en América Latina y especialmente en Argentina el término Burnout, con profesionales de la salud, médicos, psicólogos, trabajadores sociales, kinesiólogos, odontólogos y bioquímicas que atienden pacientes con VIH/SIDA. Los resultados mostraron que el nivel más alto lo experimentaban los médicos, seguidamente los psicólogos y el resto estaban en un nivel entre medio y bajo. Estos resultados estaban vinculados con la angustia frente a la muerte de la población atendida, la falta de medicamentos y recursos, la ausencia de grupos de apoyo para los profesionales, la dificultad de compartir con otros colegas por el nivel de competencia y como consecuencia, el aislamiento en el trabajo. (Caballero, Martín p.313-317, 1996)

## **VIH / Sida**

### **Introducción**

La Clínica de Enfermedades Infecciosas trabaja esencialmente con personas que viven con VIH, esta enfermedad afecta en todas las esferas de la vida del usuario, es decir: su parte emocional, cotidianeidad, entre otras, así como también el aparato biológico. En este espacio se ilustra, elementos esenciales que componen el conocimiento oportuno que se necesitó para sustentar el informe y la ejecución del proyecto.

### **Eventos por la Infección**

En el inicio de la infección el huésped generalmente no sufre de síntomas o signos, lo cual hace difícil su detección, una situación que puede generar incredulidad en los resultados de la prueba.

Como lo indica Mellors (1995): “Durante la infección aguda por HIV-1, el virus se replica extensamente en ausencia de una respuesta inmune de adaptación detectable y alcanza valores superiores a 100 millones de copias de RNA de HIV-1 /ml. Se piensa que durante este ciclo inicial de replicación viral es cuando tienen lugar procesos patogénicos importantes. Estos procesos incluyen el establecimiento del virus en una serie de reservorios tisulares y la destrucción de linfocitos CD4+ específicos para HIV-1. Los valores tan altos de la viremia por HIV-1 por lo general son de duración corta, lo que indica que el huésped es capaz de generar una respuesta inmune que controla la replicación viral”. (p.33).

En este bloque se describe la parte siguiente a lo que se conoce como “periodo de latencia”, que aparece en el inicio de la infección, cuando la respuesta inmune del organismo aún no se hace detectable.

Cuando el sistema produce una reacción inmune, que logra controlar de cierta manera de forma temporal. Cabe mencionar que en la experiencia del sustentante se encontraron diversos casos en que se produjo confusión. Es decir, como el curso de la enfermedad no es igual en todas las personas, existen algunos que pasan 10 años sin presentar síntomas de oportunistas, entonces cuando comienzan a presentar decaimiento físico, lo atribuyen a diferentes situaciones que no se relacionan con lo anteriormente citado, es como una repetición del evento que vivió hace 10 años cuando lo diagnosticaron y que generalmente aparecen estados de negación o confusión.

### Signos y Síntomas

Estos están relacionados más con las “enfermedades oportunistas”, estas afecciones son las que aparecen luego que el virus haya eliminado gran parte de células CD4 luego de la etapa de latencia.

Carr (2001) indica que al final del período de latencia, pueden aparecer diversos síntomas o enfermedades que no cumplen con la definición de SIDA. Estos

incluyen leves signos inmunológicos, dermatológicos hematológicos y neurológicos, para ver cuáles son las enfermedades oportunistas que definen SIDA.

Es necesario nombrar algunas de las enfermedades oportunistas que se presentaron en la experiencia del sustentante, a continuación una breve descripción de la mayoría de estas, para mayor información, avocarse a los textos que conforman la bibliografía del tema.

#### Neumonía por Pneumocystis

Hidalgo (2003) mencionó que es raro que un paciente necesite ventilación repentinamente, después de semanas de terapia con antibióticos (ni los antibióticos de amplio espectro ayudan), prescritos por el personal primario de servicios de salud. Un paciente con una disnea por esfuerzo significativa, o incluso con disnea en reposo, debe remitirse a un hospital inmediatamente.

Es muy frecuente, y la gran parte de los pacientes que fueron atendidos por el sustentante, estaban afectados, o protegidos de los que presentaban esta enfermedad o infección. En el siguiente párrafo se cita que esta enfermedad causaba la muerte de la mayoría de la gente, en realidad y en la experiencia del sustentante, cabe aclarar que no se podría decir esto, en tiempo pasado, (causaba la muerte) en el contexto nacional.

“La PCP aún es una de las “oportunistas” más frecuentes. Esta neumonía intersticial, que causaba la muerte de la mayoría de los pacientes en los primeros años de la epidemia por HIV, es producida por neumocistos.”

Se menciona esta situación, porque muchos de los pacientes presentaron esta afección, y es importante para el entendimiento del informe, contextualizar los conocimientos producidos en otras latitudes.

## Adherencia

Se puede entender como adherencia al apego que tiene el paciente con el régimen indicado por parte del médico sobre cierto medicamento, el cual no incluye únicamente el horario y la ingesta de la medicina, sino también, otras recomendaciones.

Muchos estudios como el de Lerner en 1998: trata sobre adherencia, dan una luz para formar un término más adecuado que incluye tanto a la parte del paciente como a la del terapeuta, médico, o un equipo multidisciplinario, citándolo textualmente dice: “A mediados de los 90 se adoptó un término nuevo, más correcto políticamente, la adherencia. Este término describe el trabajo conjunto del médico y del paciente para lograr un concepto aceptable del tratamiento para ambos, y enfatiza correctamente que no sólo el paciente podría ser responsable del fracaso del tratamiento” (Lerner 1998, p. 186)

El tratamiento para la infección por VIH, requiere de un compromiso, casi total del paciente, en el caso de la clínica; este se basa en elementos o recomendaciones que aportan cada disciplina. Por ejemplo: el médico le dice al paciente varias recomendaciones para su salud, la nutricionista le indica como alimentarse y que no ingerir, el psicólogo lo ayuda a afrontar los elementos psicosociales a los que se enfrenta y así con los demás departamentos, cada uno tiene algo que decirle al paciente. Este elemento es muy importante ya que como lo indica Turner en el 2002: “La adherencia es el talón de Aquiles de la terapia antirretroviral. La no adherencia es el principal factor, o acaso el más importante, en el fracaso al tratamiento” (Turner 2002, p.185).

Se puede asegurar que lo complicado de este tema es que esto no sólo implica el conocimiento del tratamiento y su administración, también incluye cambios en los estilos de vida que faciliten el mismo, como lo es: una alimentación adecuada, evitar el consumo de drogas y alcohol, usar protección en las relaciones sexuales para evitar la re-infección, todos estos aspectos no son fáciles de modificar en la vida de una persona que lleva años haciéndolo, o bien

si su entorno no se lo permite, como lo es el caso de las personas que viven en el interior del país, por mucho que deseen presentarse a su consulta si no poseen los medios para lograrlo, priorizan sus necesidades y posponen sus consultas, no con la intención de abandonar el tratamiento, sino como forma de subsistir económicamente.

### Efectos Adversos

Como se expuso anteriormente, la ingesta del medicamento es una situación de, todo o nada, es decir, que por más sana y honrosa que se quiera llevar la vida luego de haber sido detectado con la infección por VIH, al final si no se ingieren los medicamentos ocurrirá un fallo terapéutico, por lo tanto, ingerir el medicamento parece ser lo más lógico, pero en realidad no es algo tan sencillo, citando a Monteforte (2000): “Los pacientes que se encuentran bajo tratamiento con HAART por lo general padecen los efectos adversos secundarios consecuentes. Esto ha traído como consecuencia que el balance entre los beneficios de una supresión viral duradera y las toxicidades asociadas a los fármacos, sea difícil. Alrededor del 25% de los pacientes suspenden el tratamiento durante el primer año debido a los efectos adversos “(p. 189).

Como lo describió, el medicamento produce daños colaterales a la salud y podemos aducir que también a la calidad de vida del usuario, que se une a las otras complicaciones o cambios antes citados, como: la restricción al alcohol.

Existen muchos efectos adversos, pero los que a opinión y experiencia directa del sustentante parecen más dramáticos para la vida del paciente están: Síndrome de lipodistrofia, Efecto al SNC y Polineuropatía Periférica.

### Síndrome de Lipodistrofia

Este efecto adverso se hace un problema grande, porque está relacionado con la apariencia del sujeto. Este síndrome se caracteriza por la reorganización de la

grasa en el cuerpo del sujeto, por lo tanto le da una apariencia “extraña” y al parecer, poco estética.

Carr en 1998 acuñó el término de la siguiente manera: “El término síndrome de lipodistrofia, asociado al HIV, fue introducido para describir una condición médica compleja que incluía una redistribución de grasa aparente y complicaciones metabólicas observadas en pacientes con HIV bajo terapia con inhibidores de proteasa” (p.311).

#### Afección al Sistema Nervioso Central

Este es efecto adverso muy dramático, en el sentido en que la muchas personas al ingerirlo llegan a experimentar cambios de conducta, en general tiene que ver con agresividad, irritabilidad, desconfianza, lo cual seguramente es un obstáculo para la buena adherencia del paciente y para su vida cotidiana, por ejemplo si tiene hijos: podría disminuir la paciencia o aumentar la agresividad hacia sus hijos y las demás personas.

Citando a Lochet 2003: “Alrededor del 40% de los pacientes que toman efavirenz pueden tener efectos adversos a nivel del sistema nervioso central (SNC), tales como mareo, insomnio, pesadillas, fluctuaciones en el estado de ánimo, depresión, despersonalización, alucinaciones, confusión e ideación suicida” (Lochet 2003, p.292).

A cualquiera podría parecerle molesto, el tener que lidiar con estas afecciones todos los días, en la experiencia del sustentante se logró identificar que la mayoría de las personas que son afectadas, desconocen que su irritabilidad está relacionada al medicamento, o de otra forma, relaciona cualquier elemento negativo con la medicina. Esto ocurrió más con pacientes que consumen “efavirenz”, fueron tantos que de haberse hecho un recuento hasta se podría considerar convertir “efectos del efavirenz” en un espacio dentro de la estadística de casos, porque la cifra sería significativa, más que otros motivos de consulta si

incluidos, como: “poca colaboración del paciente”, o “llanto”. En otras palabras, este es el medicamento que más quejas produce, muy probablemente por las implicaciones psicosociales, (pleito, no entendimiento) que pueda generar la irritabilidad y la intolerancia, producida en el paciente y proyectada hacia sus círculos sociales.

### **Interconexión de los temas tratados**

El motivo del anterior sustento teórico radica en que por ser el espacio dado por la Clínica de Enfermedades Infecciosas en el departamento de psicología, y es un centro de atención a personas que viven con VIH, el centro tiene características mas que todo como de un lugar en donde aplicar la “psicología clínica” para ello el sustentante decidió utilizar el Análisis Transaccional como herramienta en ese rubro y la filosofía “subjetivista” de Gonzáles Rey, como medio para investigar y explicar. El A.T. a pesar de ser una teoría que contempla el concepto de “normalidad” y “anormalidad” en los procesos mentales, se puede utilizar muy bien y no es una contraportada del pensamiento de Gonzáles Rey sino más bien un enfoque Integrador en donde cualquier pensamiento que pueda ayudar tiene cabida. Es así como la explicación final está hecha con términos del Análisis Transaccional y bajo la filosofía del subjetivismo, lo cual como se verá no la hace carecer de sentido o consistencia.

## CAPITULO III

### ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En este espacio es donde se expondrá el análisis de los distintos ejes de intervención, siendo estos el eje de Investigación, el de Docencia y el de Servicio. El eje de Investigación se hizo con base a la lógica investigativa propuesta por Gonzáles Rey (2006) la cual se basa en la subjetividad del sujeto de investigación a diferencia de una lógica “descriptiva” que toma como base la relación de una serie de respuestas a reactivos con una idea o hipótesis propuesta inicialmente por el sustentante. El eje de Servicio está ligado al Análisis Transaccional en la utilización de este como mecanismo para la atención psicológica y el eje de Docencia fue hecho a través de la experiencia vivida con la participación y sugerencias de los elementos del área de farmacia y de trabajo social del equipo multidisciplinario de la Clínica de Enfermedades Infecciosas que se resume a la elaboración de una guía de medicamentos.

#### **Eje Investigación:**

Durante el proceso del EPS, se identificó como elemento clave la “adherencia” del paciente al medicamento antirretroviral, para que un antirretroviral tenga un efecto óptimo en el cuerpo del paciente, se necesita un nivel alto de adherencia. Para lograr esto por parte del paciente, es muy posible que deba renunciar a elementos de su cotidianeidad, por ejemplo: las bebidas alcohólicas se prohíben, en ese caso un paciente con problemas de alcoholismo está en un gran problema si no deja de beber. Se logró reconocer que la condición social, como un elemento clave, que está relacionado en este caso con la discriminación, que es al parecer la base para crear condiciones que ubican en desventaja a la persona afectada en relación a la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Al tratar de adaptar al paciente al mundo de la Clínica de Enfermedades Infecciosas es cuando se torna difícil para este sujeto seguir con lo que no le

hace sentido, bajo este resultado, vemos que es mejor adaptar la clínica al paciente, de otra forma ocurre lo que se identificó como una de las zonas de sentido, la discriminación como un filtro, que conlleva inherentemente una exclusión, además de la condición social, y el proceso de Configuración Afectiva.

A continuación se presentan los casos de 5 participantes, que forman parte del gran conglomerado de pacientes, y que fueron seleccionados, de acuerdo a lo que se iba presentando en el proceso de investigación. El grupo es caracterizado por el factor de estado de vulnerabilidad, este dato sugiere que su configuración afectiva fue formada en base a la exclusión y discriminación proyectada hacia ello por parte de la sociedad en general, el estado guatemalteco y el grupo de apoyo primario al que pertenece.

## Exposición de Casos

### CASO VC 001

Edad: 25 años

género: femenino

Religión: cristiana

Etnia: Quiché Origen: Quiché

Idioma: Quiché, español

Motivo de referencia: *“Ella creo que no entiende y como que no le importa nada, tal vez usted le explica mejor”*

Hora de primera consulta: 13:04

Cursó todas las estaciones: si

Opinión del servicio: *“Esta bien”*

Actitud: evasiva, sumisa, rebelde

Conducta: No contacto visual, voz suave, ansiosa

El cuadro de información de la paciente nos indica que el contacto inicial entre usuaria y trabajador ocurrió a las 13:04, lo que toma importancia por ser a las

14:00 horas que se cierra el servicio matutino. Este dato traslada la idea de que esta paciente era de las últimas en ser atendidas, probablemente haya sido porque fue también, una de las últimas en llegar, esto se deduce porque el orden de atención en La Clínica es por números de turnos que se dan al llegar.

Ante esta situación podríamos pensar que por ser la última paciente y ya estar cercana la hora de salida y almuerzo, el esfuerzo implicado en el servicio que se prestó a esta persona no es de la misma calidad que el dado horas atrás a otros sujetos. Lo que se quiere ilustrar es la siguiente situación:

Desde el nivel en donde operan los trabajadores de la clínica con los pacientes, que al igual que ellos son ciudadanos del mismo Estado ocurre que:

Llega la paciente de un lugar distante, Quiche, para lograr llegar a la Ciudad de Guatemala debe tomar, primero un bus desde su aldea hasta la cabecera municipal de Quiche, y luego otra camioneta hacia Guatemala. Si la primera camioneta que sale de su aldea llega a Quiche a las 5:00 a.m., esta persona estará llegando a Guatemala de 8:30 a 9:00 a.m., los números se comienzan a dar desde las 7:00 a.m. lo cual le ubica en una clara desventaja sobre las personas que llegan o tienen posibilidad de asistir más temprano.

Sobre esta información, lo significativo es que, sólo pudo ser obtenida, al momento de la intervención psicológica, lo cual por su característica de diálogo abierto y en ocasiones “interrogativa” es que la persona habló sobre su problema, no porque lo haya expuesto por cuenta propia, es decir, a pesar de que la paciente entiende que su problema es “real”, no lo exterioriza, más bien afronta la situación, siendo sumisa a las circunstancias.

En la transacción cruzada la característica más significativa es que este tipo de transacción tiende a cortar la comunicación. En este caso aunque el trabajador inicia con una transacción de (Adulto) a (Adulto), el mensaje fue percibido por el

(Niño) de la paciente, y por lo tanto su respuesta no fue complementaria al estímulo. Al quedar la comunicación estancada, fue referida a psicología.

Vemos como las condiciones sociales en el contexto de Guatemala, ayudan a que lo que ya se estableció en la configuración afectiva de esta persona, sea afirmado y reforzado con cada situación cotidiana de su vida actual, nos referimos a elementos tangibles como, dificultad de transporte, bajo recurso económico, enfermedades crónicas, que se traducen a elementos subjetivos, como la discriminación, la exclusión y los sentimientos y pensamientos que la persona genera a partir de estos elementos.

En el discurso de la paciente se dieron a conocer muchos datos sobre humillaciones, malos tratos, descalificación del ser, elementos propicios para formar una opinión negativa sobre el mundo y sobre sí mismo.

*“Mi padrastro era bien bolo a mí y a mis hermanas nos pegaba fuerte” (Px abril 2009)*

Ahora tomando como punto de análisis la historia de la paciente vemos como la persona manifestó esto y muchas situaciones claramente desfavorables para la formación de la autoestima e identidad propia, a partir de esto, se puede sufrir de una sobreadaptación al ambiente y luego de alguna forma caer en el conformismo, lo que muy posiblemente ocurre en esta persona.

El argumento “Es un plan de vida longitudinal, concebido en la infancia, formado por introyectos (mandatos) y decisiones, tomando como base las influencias parentales, que luego es olvidado o reprimido” (Berne, 1966 p74)

Este proceso ocasiona que en la mente de la persona se considere que el valor personal o autoestima está sujeto a la condicionalidad, por lo tanto el Yo (Niño) incapaz de analizar esta situación se adapta a estas condiciones. Pero en este caso y en muchos otros en donde existe el maltrato brutal, o la descalificación

reiterada, se dan mandatos tipo, no vivas, no pienses, no seas tu mismo, lo que da como resultado una vida basada no en nuestros deseos o potencial, sino en la adaptación, a la idea de minusvalía, y de que nada puede cambiar. Esto es explicado por el A.T. como una posición (-,-) yo estoy mal, tu estas mal, así que bajo esta postura “nihilista” no hay forma de que la situación mejore cuando las posibles respuestas no pueden ser proveídas por la persona misma ni por la sociedad.

Entonces si la paciente está bajo este estado (no ok) el trabajador de la Clínica de Infecciosas es la persona o el ente que debe de actuar para no engancharse a este estado negativo y actuar de la mejor manera para que todo este “bagaje” personal no sea un impedimento para cualquier procedimiento hacia la paciente.

Los factores estresantes implicados principalmente en este caso fue el cansancio físico y mental, la distribución del personal y de los pacientes, lo cual genero la referencia antes citada que activa el Padre (no ok) en el trabajador y descalifica de alguna forma la actitud y el intelecto de la paciente. Al entrevistarla la persona además de efectivamente presentar cierta indiferencia también mostró conocimientos sobre lo que supuestamente no había entendido, así que se considera que el estrés en el trabajador actuó como detonante para que su Padre (no ok), calificara a esta persona de posiblemente ignorante e indeseable, cuando la paciente en sí había captado todos los datos provenientes del trabajador, es decir, su Adulto está bien en lo que concierne a captación de datos, pero en la actitud general siempre a través del filtro de su Niño (no ok) el cual contamina al (Adulto) y entonces la síntesis y análisis de los datos contaminados por los elementos negativos de los tres estados del yo:

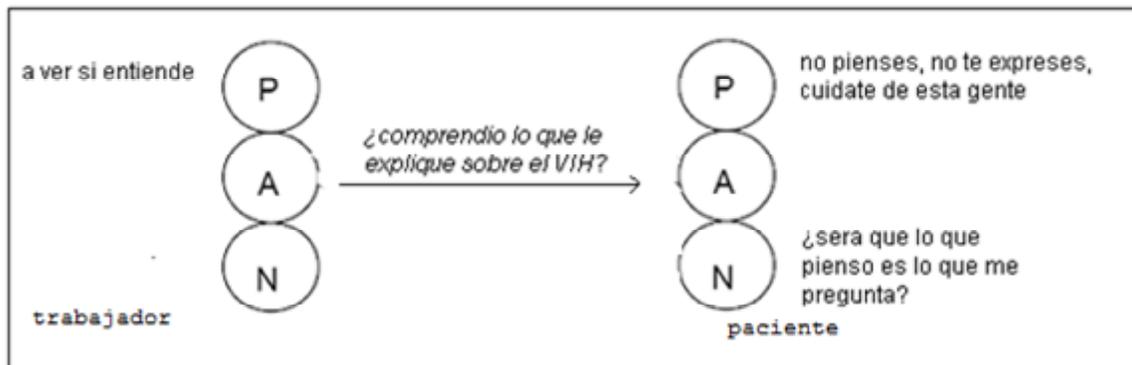
Paciente

Padre - autodescalifiándose: su propio Padre le dice a su Niño, “no sirves”, “no vales”, además del Padre del trabajador que le transmite una transacción similar, no tan fuerte pero que desencadena estos elementos internos.

Adulto- está contaminado por el (Niño): La persona manifiesta conductas de riesgo, relacionada a actividades del (Niño) como: relaciones sexuales sin protección profiláctica. El conocimiento del riesgo es un dato guardado en el (Adulto), pero ante la contaminación de la emoción el análisis y síntesis de datos es afectado.

Niño - adoptando una postura sumisa o rebelde ante el tratamiento o ante los trabajadores: la paciente responde con sumisión ante casi cualquier estímulo, para terminar lo antes posible con el proceso aunque eso a largo plazo, no le favorezca.

En el siguiente diagrama vemos la representación gráfica del análisis de las transacciones entre el trabajador de la Clínica de Enfermedades Infecciosas y la paciente quien al no dar ninguna respuesta a los estímulos que proyectaba la trabajadora fue referida por “falta de conocimientos, posible dificultad para aprender y apatía”



En los lados exteriores se indica el pensamiento interior o el programador de las conductas que se llevaran a continuación. Acá podemos ver como el sujeto A. ejecuta la transacción de (Adulto) a (Adulto), en donde simplemente se transmitió y se pidió información, la paciente por su lado tiene su propia forma de estructurar su mente, en donde se descalifica a si misma y a los demás,

quitándole valor a lo que le acaban de transmitir y a la posible respuesta que pueda dar, respondió únicamente con ademanes y posturas corporales como “encogerse en hombros”, cuando existen otras formas de comunicación, la más adecuada y acorde a la situación y edad cronológica de la paciente sería la forma verbal.

Con este tipo de respuestas que no utilizan un código verbal no dirigido al (Adulto) de la trabajadora, es más difícil interpretar la respuesta de la paciente, y bajo los factores físicos y emocionales, como cansancio e irritabilidad respectivamente, influye en que se formen interpretaciones sobre la transacción de la paciente, basadas en los elementos negativos de los demás estados del yo, (Padre) y (Niño), el (Padre) (no ok) en forma de crítica descalificadora o protección inutilizadora.

En el siguiente espacio se presenta las respuestas que dio la paciente al instrumento de complementación de frases, como puede notarse muchas de los “reactivos” están relacionados con situaciones “existenciales” esto se dio al observar que la mayoría de pacientes piensan mucho mas en la seguridad de la muerte que en lo que puedan vivir, como son los elementos del trabajo el ocio las relaciones y otras mas propias de su situación como el medicamento.

1. **la mejor época...** *Cuando trabajaba en el mercado, ahora vendo cositas de vez en cuando.*
2. **el día de hoy...** *Sobre hoy pienso que, no sé, está mal, me voy a tomar las pastillas como me dijeron.*
3. **en la Clínica...** *Son amables, el doctor es como muy serio, todo estaría mucho mejor si no tuviera que venir de tan lejos, y el regreso es más difícil.*
4. **la familia...** *mi familia no sabe de esto*
5. **El trabajo...** *es necesario, sino ¿con que comemos?*
6. **la vida...** *es un regalo de Dios, es de Dios mi Señor.*
7. **en el futuro...** *no me importa... no pienso mucho en ello.*
8. **mis medicinas...** *me dan “vasca”, sí que me las voy a tomar.*

9. *el amor... es lindo*

10. *en la calle... vendo los lapiceros*

Como indicadores se proponen: la condición socioeconómica, la poca disponibilidad de energía en el (Niño) y el Apoyo Primario o familia.

Presenta incapacidad para abstraer, reflexionar o hacer “insight”, esto se muestra las respuestas al reactivo 2 y 7.

La condición socioeconómica es precaria para la mayoría de la población rural en el contexto de Guatemala, en este caso juega un papel importante cuando la persona lo menciona en tres frases, 1, 5 y 10.

Como se puede ver en estas frases, hay una incapacidad de la persona en el momento de la aplicación de pensar o reflexionar sobre sí misma o sobre el futuro, y aunque varios de los inductores no se relacionan al trabajo este elemento apareció en varias ocasiones, lo que nos puede decir que su incapacidad para reflexionar o abstraer, se ve afectada por una necesidad primaria de sobrevivir, ante una situación económica precaria, y con el apoyo de la información en el espacio de psicoterapia, como lo menciona la paciente en su discurso, vivió una serie de descalificaciones a su ser durante sus primeras etapas de vida, lo cual posiblemente ha afectado su emocionalidad, lo que provoca la poca creatividad y espontaneidad en el (Niño) además de la sumisión, manifestada en este caso en forma de vergüenza.

En conclusión se obtuvieron como resultado de la investigación los siguientes datos: El agotamiento físico, que se puede deber a: alto número y organización de los pacientes, que fluctúa como lo describe una trabajadora del lugar: *“a veces son muchos pero pasan rápido, a veces son pocos pero por su condición de desapego, se toma más tiempo y es más difícil con ellos”* (informante clave junio 2009). En este caso se describe que es ya casi la hora de salida, se sitúa

al trabajador en un momento en que ya falta poco para terminar su jornada, cuando le aparece un caso, *“desafiante”* y no tiene la suficiente paciencia o la energía para procesar lo que la otra persona le trasmite.

Estos factores estresantes en el trabajador a nivel Clínica de Enfermedades Infecciosas se pudieron influir en que el Estado Yo Niño se vea afectado, y luego fuera utilizado un Adulto contaminado, como afrontamiento.

Por ejemplo optar por el practicismo en la atención al paciente, se considera una actitud propia del Adulto, en este caso (no ok), porque que hace lo que mejor le conviene a sí, sin violar las leyes, es decir no es que a la paciente se le haya tratado mal o humillado, pero el factor estresante en el trabajador produce que no se le trate al usuario como a uno que le tocó ser atendido mucho más temprano cuando la trabajadora estaba probablemente descansada o al menos todavía no había sucumbido a las condiciones laborales.

Factores estresantes del paciente en la clínica.

Se apreció un Niño afectado por preocupación relacionada con *“Horario de camionetas”* y su dificultad para poder ir a la clínica y regresar a su hogar. Al haber llegado *“tarde”* le toco un número alto, por lo tanto paso varias horas esperando, ante esto presenta *“aburrimiento”*.

Estos factores influyeron en la forma en cómo la trabajadora abordó el caso, porque la paciente estaba interesada más en poder regresar a tiempo a su casa que en entender los conocimientos que le transmitía el trabajador, y el salubrista quería irse rápido sin faltar a su deber, lo cual pudo haberle parecido frustrante la comunicación con la paciente, cómo ya fue descrito en los cuadros de dialogo.

En la práctica psicológica se pudo resolver la ansiedad y el tema del desinterés, al establecer *“Rapport”* con la paciente. Con la inclusión de distintos elementos

del sistema Multidisciplinario que podían ayudar según su rama y tarea, (trabajo social y farmacia), fueron resueltos de cierta forma los problemas técnicos de transporte para la paciente y su falta de comprensión sobre temas del medicamento.

A continuación se presentará un caso cuya característica principal es que el paciente *“Héctor”*, vivió con el VIH durante más de 10 años de forma asintomática y sin pérdida estrepitosa de CD4, hasta el momento de la intervención, que fue cuando se le propuso a *“Héctor”* participar de la investigación. Uno de los puntos importantes sobre la condición de este paciente es que muy posiblemente él pueda representar un sentido muy distinto sobre el VIH que el que encontraríamos en alguien que tiene el medicamento y las enfermedades oportunistas muy presentes en su cotidianidad.

## **CASO VC 002**

Edad: 32 años género: masculino

Religión: no tiene, la familia es católica

Etnia: ladino

Origen: Rio Hondo Zacapa

Idioma: Español

Motivo de referencia: *“no sé si me está mintiendo, su historia no concuerda con nuestros registros, está en peligro su salud por estar en fallo virológico”*

Hora de primera consulta: 14:00

Curso todas las estaciones: si

Opinión del servicio: *“Me tratan mejor en otros lados”*

Actitud: manipuladora

Conducta: Presenta verborrea, ansiedad, pensamiento disperso, inversión de tema de conversación.

Héctor según lo expuesto en el análisis de contexto, es parte de la población que se considera vulnerable, él dice tener un conflicto con su familia, relacionado con

su orientación o preferencia sexual, en un escenario en donde está separado de ellos y según refiere, no les ha comunicado su diagnóstico de VIH positivo.

Actualmente vive una situación que califica como difícil, por el súbito decaimiento físico, que no había experimentado nunca, pero que si ha visto en compañeros que han vivido con VIH.

Héctor comentaba sobre cómo él por tener ya mucho tiempo en el ambiente sabía el “script” de los integrantes de la Clínica de Enfermedades Infecciosas.

*“yo ya me sé toda la cosa, yo debería de dar las pláticas” (px julio 2009)*

En este caso posiblemente la forma en cómo puede repercutir el estrés laboral sobre este paciente es por la demandante atención que busca en este momento difícil que está viviendo. Héctor ha vivido más de 10 años con VIH pero hasta ahora debe enfrentar la decadencia física que esto conlleva como enfermedad crónica además de la ingestión de medicamentos.

Lo interesante es que acude todos los días a la clínica, aun cuando dice no confiar en nadie, no hay forma de saber exactamente que motiva esta actitud, lo que podemos decir sobre esto es que Héctor como cualquier persona, en edad adulta, ha vivido lo suficiente como para que podamos reconocer que tiene el suficiente cuidado personal como para que hasta este momento, siga vivo, es decir que sabe cuidarse a sí mismo, aun cuando los elementos que formaron su estado Padre, fueron tomados de situaciones y vivencias (no ok).

En este caso Héctor posee un amplio conocimiento sobre la educación básica relacionada con VIH, el curso de la enfermedad, y la decadencia física a la cual podría afectarle en el futuro, principalmente tras 9 años de permanecer asintomático, desde que le fue diagnosticado la infección por virus del VIH, ha observado y asistido a compañeros que han sido afectados también por el VIH y

que en el curso de la enfermedad fue más acelerado el deterioro físico, por varios factores diversos, (alimentación, curso normal de la enfermedad, mala adherencia al medicamento, no utilización de medicamento, etc.)

Ante esto se puede afirmar que Héctor posee una cantidad de datos suficientes para analizar, hacer síntesis de ellos y comprender su situación física mejor que la mayoría de pacientes, y esto es de alguna forma, una ventaja sobre las demás personas, entonces en este caso esto podría estar relacionado al problema entre la interacción de la clínica con el paciente.

Sustentado en las respuestas que dio acerca de cómo se sentía en relación a la Clínica de Enfermedades Infecciosas, podemos apreciar que lo que para Héctor significa una realidad, su opinión y su conducta basada en que ésta puede ser catalogada como una descalificación, porque en realidad sí lo es y lo que genera esta actitud de desvalorización, puede herir la susceptibilidad del trabajador y más posiblemente si está estresado.

Hipotéticamente el trabajador quien por sus propias características afectivas su susceptibilidad puede ser estimulada más fácilmente en medio de un ambiente propicio, este ambiente es el medio estresante, que como vemos en este caso y en los demás, no deja de ser un catalizador importante de los elementos (no ok) contenidos en la personalidad del trabajador quien al hacer contacto con otro sistema, el del paciente, podría quedar enganchado o iniciar el mismo el sistema (no ok) y así enganchar al paciente, particularmente el caso de Héctor es un sistema (no ok) que utiliza principalmente al Padre y al Niño, de la siguiente manera:

Paciente

Padre - descalifica o resta valor a la Clínica de Enfermedades Infecciosas y a sus procedimientos.

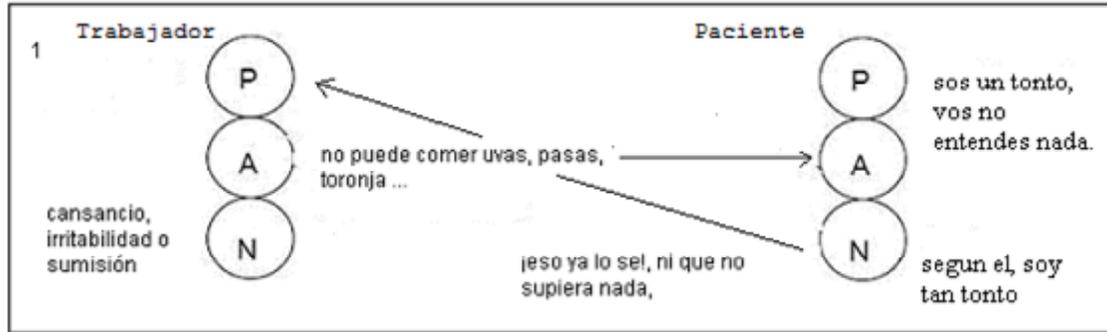
Adulto - posee gran cantidad de datos teóricos y empíricos acerca de VIH, curso de la enfermedad, organizaciones para personas que viven con VIH.

Niño - pone un límite a las supuestas transgresiones a su “inteligencia”, “conocimientos” y cuando percibe las transacciones como un Padre criticándolo, independientemente de que estado del Yo provengan.

Bajo este sistema es muy difícil que se tome un compromiso con la clínica, porque se está desvalorizando y al final de cada consulta, el paciente no se retira satisfecho. El actuar de forma “retadora” en dado caso quien lo atendió, afecto su desempeño en relación a la actitud del paciente, al activar también su sistema (no ok).

Estos elementos (ok) y (no ok) provienen de lo experimentado y de lo aprendido a través de la vida, y de la interacción social, principalmente. Héctor narro diversas historias de su vida en que es rechazado y descalificado por su familia, es decir el grupo primario, esto es parecido a la historia de la paciente VC001 y vemos que ambos comparten características como: ser parte de hogares desintegrados con exposición a la descalificación, por un lado VC001 vivió dentro de un hogar desintegrado por las condiciones precarias de vida, en cambio VC002 vivo en una ambiente en donde no se pudo desarrollar libremente su identidad sexual.

La forma en cómo su organización mental a partir de lo antes mencionado se expresa en el área de la clínica, es de la siguiente manera.



En este diagrama vemos el mensaje inicial en donde el trabajador de la clínica con su Adulto da información al Adulto del paciente, Héctor al estar influenciado principalmente por elementos negativos del Padre y del Niño respondió desde su Niño (no ok), influenciado por su Padre (no ok) y dio como resultado, una transacción de parte de él que es una crítica basada en la creencia de que se le está tratando posiblemente de “tonto” o de “ignorante” lo cual no da lugar a que se siga la conversación de la misma forma como se propuso, dar y recibir información, en su lugar esta cambia de sistema (ok) a (no ok), por ejemplo: hipotéticamente si las transacciones hubieran seguido un curso (ok) el paciente respondería desde su Adulto, “eso ya lo sé, ¿me puede explicar otra cosa?”

En otro espacio de expresión para el paciente, como lo es el instrumento de complementación de frases, se le dio la serie de reactivos en los cuales parte de lo anteriormente dicho acerca de la reactividad y la posición desafiante ante la clínica se ve reflejado en algunas respuestas, a continuación.

1. *la mejor época... cuando era joven y trabajaba con mi hermano*
2. *el día de hoy... es un día más de vida*
3. *en la clínica... creen que lo saben todo pero yo sémas que muchos acá*
4. *la familia... es mejor no contarles, ya no los veo*
5. *el trabajo... se me hace fácil, yo trabajo de lo que sea, fui agente*
6. *la vida... es lo que más aprecio*
7. *en el futuro... ojala no me enferme mucho, ya he visto como se ponen*
8. *mis medicinas... hasta ahora me van a dar, ojala me hagan bien*
9. *el amor... es muy importante en la vida*
10. *en la calle... es donde me infecte*

En el instrumento y en su discurso de vida, Héctor refleja la carencia de apoyo por parte del grupo primario, en primera instancia debido a su preferencia u orientación sexual. En el momento en que Héctor expuso abiertamente su preferencia sexual, por parte de la familia comenzó a existir una razón para “dejar de quererlo”, lo que supone también el tipo de relación que tenía con ellos, una relación de vida condicional, esto significa que Héctor piensa que el no vale simplemente por existir, sino por ser lo que se espera que haga, es decir, que vale hasta que, o mientras que. Por lo tanto se considera que la mayoría de “caricias” que recibió por parte de su familia, fueron “condicionales”.

Como lo describe James Muriel en 1977 en su libro “nacidos para triunfar” las caricias son: *“estímulos sociales dirigidos de un ser vivo a otro, que reconocen la existencia de éste” (p. 77)*

Vemos como el individuo que posiblemente debió encajar dentro de limitaciones afectivas, requiriendo adaptaciones prematuras y rígidas. Y es esta adaptación la cual se aprendió en la infancia la que se exterioriza en edad adulta, en donde fue considerado, basado en el análisis de sus transacciones, que esta forma de pensar esta ya “desactualizada” y aunque de esa forma tuvo que responder cuando era niño o adolescente, porque de hecho las transacciones eran (no ok),

pero ahora la tendencia no es la misma, aunque la mayoría de las situaciones son percibidas, como si fueran casi todas descalificadoras, como sucedió en tiempos pasados.

En conclusión, Héctor demanda atención por parte del personal, el cual al estar estresado, es más difícil que puedan responder a estas demandas, que si bien son válidas, también podemos decir, que son en su mayoría, transacciones (no ok) que se complementan con las del personal.

Factores estresantes del Trabajador de la clínica.

Sentimiento de Impotencia ante el rechazo del paciente a cualquier intento de ayuda o asistencia lo que produce acomodamiento al usar el pragmatismo e ignorar al paciente *“necio”*.

Cansancio físico y mental, ya que el paciente siempre llega tarde o en momentos fuera de su cita o turno, lo que supone un esfuerzo extra para el trabajador.

Factores estresantes del paciente de la clínica.

Inicio de proceso para comenzar medicamentos, ansiedad ante el tema y rechazo a la clínica y al personal como forma de afrontamiento del Niño Rebelde (No ok).

Estigma social ante homosexualidad.

Carencia de sistema de apoyo primario.

Refiere problemas de identidad sexual.

El paciente al estar preocupado acudió a la clínica en ayuda a su problema. Se le atendió y se le dio cita, luego el acudió todos los días siguientes, no es su día indicado. El personal lo atendió cada vez que llegó, pero ante la insistencia del paciente, la calidad del desempeño fue disminuyendo, no a llegar a ser malo, pero si se vio afectado mental y físicamente por el evento con el paciente, que con trabajo psicológico basado en hacerlo consiente de sus procesos mentales,

se logró disminuir la ansiedad y llegar a un acuerdo de regresar, hasta su día de consulta.

En el siguiente caso se analiza la situación de una persona cuya característica de vulnerabilidad es la privación de libertad.

### **Caso VC 003**

Edad: 32 años

género: masculino

Religión: cristiana

Etnia: ladino

Origen: petén

Idioma: español

Motivo de referencia: *“Creo que se descuida para venir al hospital y no estar en la cárcel”*

Hora de primera consulta: 09:25

Curso todas las estaciones: si

Opinión del servicio: *“Muy bueno”*

Actitud: sumisa, rebelde

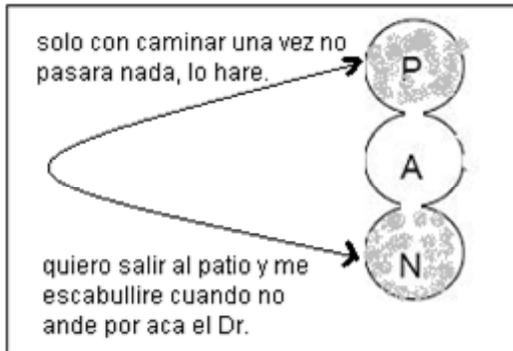
Conducta: afable, amigable, sonriente

*“No aceptó llevar un proceso de “psicoterapia” simplemente eligió platicar un poco acerca de su condición actual, nunca habló sobre algo fuera del contexto”.  
(anotaciones, abril 2009)*

Se describe su actitud de forma “manipuladora” por el hecho de usar conductas tales como, sonreír siempre que entra en contacto con alguien de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, terminar cada conversación con una petición sobre algo que necesita de alguna otra área de intervención, a la cual no pertenece la persona a la que le está hablando, es decir, si es un elemento de farmacia, le pide algo relacionado con trabajo social y viceversa. En mi percepción me pareció que podría despertar en otros elementos del personal esa impresión, de

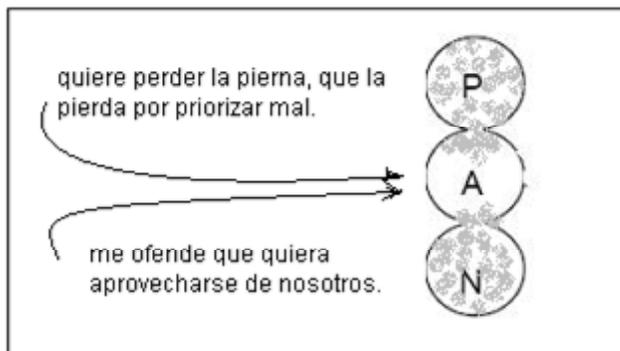
que VC003 en cada momento de platica, consciente o inconscientemente su objetivo o el motivo de tal conversación es al final obtener algo.

Una situación que denota el uso del niño sobre el Adulto, es que hizo caso omiso de las recomendaciones dadas por el médico, hacer reposo y no caminar, esto es descrito gráficamente en el siguiente cuadro.



Esto denota una actitud en donde su Adulto, queda en segundo plano ante el Niño y sus deseos de caminar libremente fuera del espacio de la sala.

Además de esto vemos que el Padre queda parcialmente excluido ya que la parte protectora u (ok) de sí mismo no actúa para detener el decaimiento físico, en cambio, en su forma (no ok) actúa como un Padre permisivo con el Niño, es decir, sin el yo Padre (ok) funcionando muy posiblemente el sujeto no se protegerá de forma responsable a sí mismo.



En el cuadro anterior se presenta lo que hipotéticamente pudo haber pensado o sentido el trabajador al detectar esta actitud del paciente.

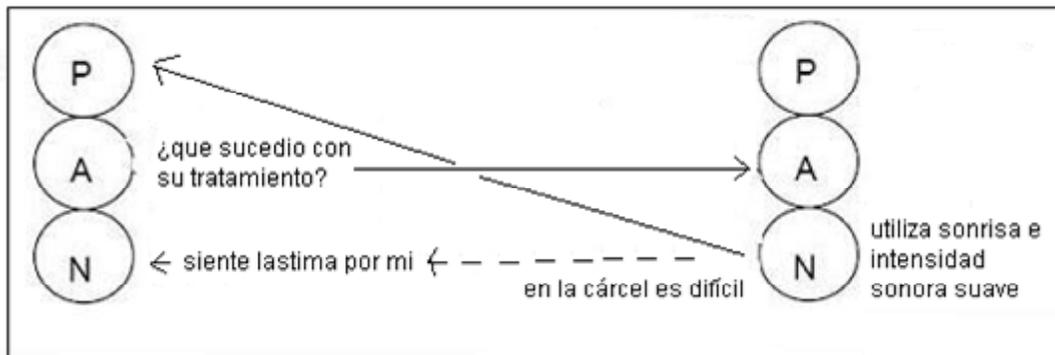
De acuerdo a este modelo vemos como la decisión o la respuesta que tendrá el Adulto ante esta situación estará basada en elementos negativos del Padre y del Niño cuyo origen está en la historia propia de cada individuo pero su detonante se encontrará en los elementos estresantes ya descritos y propios de este caso en particular.

Como una forma directa de conocer al paciente se le presentaron los siguientes reactivos que conforman el instrumento de complementación de frases.

A continuación el instrumento y su análisis.

- 1. la mejor época... si se puede decir que hubo una, cuando era niño.*
- 2. el día de hoy... quiero cambiar, ser alguien diferente.*
- 3. en la clínica... me tratan bien, me regañan y me conocen.*
- 4. la familia... es lo principal*
- 5. el trabajo... desde pequeño*
- 6. la vida... la valoro mas ahora*
- 7. en el futuro... voy a estar bien*
- 8. mis medicinas... es lo que me ayuda a vivir, me las tengo que tomar*
- 9. el amor... es lo que todos necesitamos*
- 10. en la calle... andaba antes, ahora no puedo.*

Esta actitud, “como de niño” por parte del paciente, cuando entra en contacto con el personal, manifestando sonrisas, actitud accesible, afabilidad, es decir, “cayendo bien”, puede afectarle al momento de fallar su tratamiento y al usar su Niño para escudarse, es un mensaje directo hacia el Padre del trabajador, que por posiblemente condescendencia, lastima, supuesta empatía o acomodación, responde con las partes negativas de su Padre, criticando en exceso si percibe el engaño o aceptando las faltas del paciente como si fuera algo sin importancia, cuando está la salud de VC003 en juego, como queda plasmado en la siguiente gráfica.



En esta gráfica se señala la forma en cómo interactúa o transacciona el Trabajador de la Clínica de Enfermedades Infecciosas con VC003, vemos como se le pregunta al Adulto del paciente sobre la pérdida o no utilización del medicamento, éste responde con sonrisas, diferentes versiones para cada trabajador que le cuestiona sobre el tema, y como mensaje “ulterior” trata de hacer contacto con el niño del que lo esté atendiendo para que se apiade de su situación.

La forma en cómo el estrés del trabajador incide en su desempeño final sobre VC003, es cuando al haberse ya formado una relación de mucho tiempo de paciente - facilitador, se le percibe de parte del personal como “rutina”, el atender a esta persona es por lo tanto un trabajo considerado “repetitivo” e inconscientemente está basado en la mecanización, lo que indica deshumanización, factor fundamental del Estrés Laboral.

Y por otro lado, a través de la evolución del juego psicológico de tanto tiempo, cuando el nivel de tolerancia del Padre del miembro de la clínica, sobrepasa su nivel de permisión, cambia a otro estado negativo, el de la crítica extrema.

En pocas palabras podemos apreciar cómo al paciente se le trató como a un adolescente o como a un niño, de acuerdo a lo planteado en el instrumento de

Complementación de Frases, podemos aducir que es una actitud propia del paciente, el situarse en ese plano, al menos en su relación con la clínica, la cual a través del estrés laboral como detonante, el factor identificado es el acomodamiento y la deshumanización ante una tarea repetitiva y sin resultados positivos, ya que VC003 regresaba a su consulta cada vez peor, lo que ocasiono que se utilizaran mecanismos Padre (no ok) al tomar la actitud de permisión y luego de critica extrema y Niño (no ok).

Factores estresantes en el trabajador

Prejuicio social: El paciente había sido ingresado 2 veces anteriormente por el mismo problema, por lo cual parte del personal que conoce su historia piensa que lo hace para poder salir de la cárcel por un tiempo, en lo que está incluido en el hospital, basándose en suposiciones según el contexto en donde está el paciente, es decir, "como viene de la cárcel de seguro es truculento".

Rebusque de emociones ante sentimiento de impotencia: efectivamente, la forma de comunicarse del paciente refleja un alto número de transacciones ulteriores, en otras palabras, utiliza mucho el doble sentido y pareciera decir cosas distintas sobre el mismo tema, a diferentes miembros del equipo multidisciplinario. Esto ocasiona que el trabajador se enoje, se sienta ofendido o manipulado, lo cual es un sentimiento rebuscado, porque lo lógico o utilizar el Adulto (ok) seria sentir enojo y luego tratar de resolver esa relación, en vez de utilizar el Padre (no ok) y simplemente formar una especie de "medidas de afrontamiento" ante el paciente. Pero lo principal es que el trabajador no puede analizar bien lo que sucede y por lo tanto opta por el "acomodamiento" que es un trato legal, pero no lo más justo para el paciente.

Factores del paciente

En el tiempo en que estuvo internado en el hospital, también estaba recluido en un centro penitenciario en donde según el narraba, no habían facilidades para mantener cualquier enfermedad crónica. En esa época buscaba redención en la

religión cristiana, lo hacía de una forma "extrema", esto llegó a formar en él, una lógica cerrada, en el sentido en que sus transacciones provienen siempre del estado Yo Padre, lo que no le permitía entablar una conversación desde su yo Adulto, por lo que se hizo difícil conversar con él de forma abierta, es decir que pareciera que cualquier cosa que se le dijera que no estuviera ligado a la religión, le ofendía o lo tomaba como un ataque. Todo esto descrito, influye en la dificultad de comunicación que apareció con el paciente de parte de la mayoría de los miembros del equipo, multidisciplinario.

En el siguiente caso "Amelia" fue referida por una "conducta negativa". Esta consistía en oponerse a que se le practicara cualquier intervención médica, no comer y a no aportar muestras de laboratorio. (Cuaderno de campo junio 2009)

#### **Caso VC004**

Edad: 63 años

género: femenino

Religión: cristiana

Etnia: ladino

Origen: Izabal

Idioma: español

Motivo de referencia: *"No quiere nada y maltrata a todos y los externos ya no la quieren atender"*

Hora de primera consulta: 10:00

Curso todas las estaciones: ninguna

Opinión del servicio: "sin opinión"

Actitud: combativa, rebelde

Conducta: dice "insultos" al personal que la atiende, se niega a recibir intervención médica.

En su historia personal comenta que vivió sufrimiento y abandono de parte de la familia y del esposo. Más específicamente la familia la abandonó por irse con el

esposo, luego el marido la dejó, y se llevó todo el dinero. (Cuaderno de campo junio 2009).

Con los datos de esta historia, y el análisis del instrumento de “Complementación de frases” se refleja cómo la afectividad de Amelia ha sido constituida por situaciones que han sucedido en el pasado y que en el presente se siguen presentando, es decir, VC004 forma una opinión sobre el mundo a través de sus experiencias vividas, y esta opinión es reforzada día a día en el presente, muy posiblemente debido a que las condiciones psicosociales en donde se desarrolla actualmente son muy parecidas a las que vivió en la niñez.

Cuando se abordó a Amelia, esto dijo sin haberle preguntado nada:

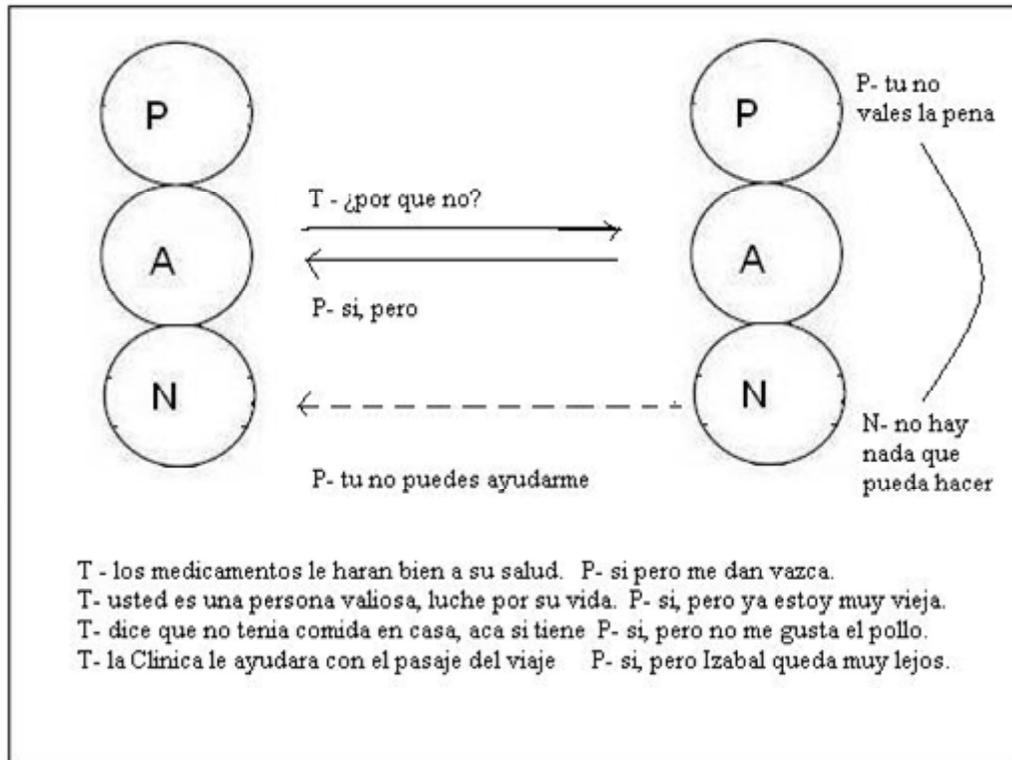
*“no soy una chancla que van a estar puyando cada vez que vienen, además de todos modos no valgo nada y me voy a morir” (px junio 2009)*

Estas situaciones, obviamente basadas en la exclusión, que sitúan a Amelia y en desventaja con el resto, que no es excluido, es la evidencia de que se está hablando de un sistema (no ok), y se propone que este sistema negativo, invita a la población rechazada a aceptar esa condición (no ok) de invalidez, autodescalificación, o supervivencia, es decir, cada situación la perciben como una lucha para obtener lo que necesita. Amelia en base a las vivencias basadas en la exclusión, y al percibirse desde la posición existencial, (yo estoy mal, tu estas mal) ella descalifica su propio valor, el valor del otro y la posibilidad de que este pueda ayudar en algo, porque en su opinión y vivencias, nunca “el otro” “le ha dado una mano” y sólo luchando o dando lástima, ha podido lograr obtener algo. Esto queda plasmado dentro de lo exteriorizado en el instrumento de Complementación de Frases, expuesto a continuación.

1. *la mejor época...* fue cuando era joven, estaba bien pollona.
2. *el día de hoy...* ¿el día de hoy qué? Es igual a cualquier día.
3. *en la clínica...* me dieron más pastillas.
4. *la familia...* no existe.
5. *el trabajo...* es bueno
6. *la vida...* es dura, muy difícil me toco, yo sigo viviendo.
7. *en el futuro...* ya me morí
8. *mis medicinas...* me las tomo
9. *el amor...* para mi no hay, es hermoso
10. *en la calle...* trabajaba limpiando ropa

Utiliza frases que sugieren desanimo, como por ejemplo: una visión del futuro en donde ella ya se murió, también dice que el amor es hermoso, pero que ella no tiene, como si fuera algo ajeno. Cuando dice que todos los días son iguales, pareciera haber aceptado algún tipo de “destino demográfico”.

Entendiendo esta visión de vida, podemos relacionarlo con lo que sucedió en el espacio de trabajo entre la Clínica de Enfermedades Infecciosas y la paciente Amelia.



En este diagrama podemos apreciar como es el inicio de las transacciones que se dan cuando Amelia entra en contacto con el personal de la clínica.

En un inicio, el trabajador dio ciertas sugerencias validas a la paciente, esta las rechazo y dio una respuesta cuyo contenido lógico, puede que sea muy debatible, desde el punto de vista del trabajador, pero que en Amelia, hacen mucho sentido por tratarse de la forma habitual de vivir y percibir las situaciones de la vida. Esta invitación de Amelia, a su sistema (no ok) puede ser aceptada por el personal cuando al quedar frustrado por no poder hacer ningún cambio, se engancha en este “destino demográfico” en el que vive Amelia. Al adoptar situaciones negativas del sistema de Amelia, por ejemplo:

El trabajador ya no transacciona desde su Adulto, y al estar agotado por el estrés laboral es más fácil asumir lo que Amelia le sugiere, ser un Padre Crítico descalificador y (no ok).

En conclusión lo que se expone en este espacio, y que parece obvio, es que bajo los efectos del estrés laboral es más fácil que se de este cambio o “switch” en el funcionar del trabajador, y bajo un análisis más profundo con base al contexto nacional podemos decir que la génesis que construye las condiciones para que exista ese estrés laboral es la misma que causa la exclusión social de la paciente, es decir el Estado, así que no se considera que la situación es simplemente que la paciente afecte al personal cansado, porque bajo las condiciones de vida que ha tenido, su actitud actual es la mejor que pudo formar en respuesta, tampoco es el personal cansado el origen que afecta a la paciente, creo que es el sistema en sí el que mantiene esta situación, que al asumirla por la población “no oligarca” desde el Niño Sumiso, pasa a ser más que una condición, un destino, así que el estrés laboral, se considera que este afecta a la paciente no solo en que su servicio es incompleto o ineficaz, sino que también se refuerza su opinión negativa sobre la sociedad en general, lo que en otros ambientes, es muy posible que se repita la cuestión, que ella invite a todos a estar como los percibe.

#### Factores estresores en el trabajador

Distribución personal del personal en relación a los pacientes: como en todos los casos, si el trabajador le diera por lo menos media hora a cada paciente, no terminaría ni con la mitad de las personas asignadas por día. Esto es relevante en este caso, porque como ya se dijo en la descripción del caso, el trabajo con la paciente VC004 muy posiblemente fue catalogado como desagradable para la mayoría del personal que la atendió, y este hecho pudo haber reforzado que se le diera menos tiempo aun, o *“más a la carrera”*.

Cansancio físico: puede ser explicado de mejor forma si decimos que es el Niño el que está afectado. Lógicamente o naturalmente si alguien está cansado su deseo será descansar, pero en el contexto del trabajo, hay momentos en los que ceder a esto es dañino a la labor que se hace, lo mismo se podría decir sobre, comer o beber en momentos inoportunos.

Estos factores llegaron a producir como conducta, un *“acomodamiento”* en el trabajo con esta paciente mostrando irritabilidad en la mayoría de sus interacciones con la usuaria.

El *“acomodamiento”*: se produjo porque en la lógica del trabajador estresado, fue más práctico atender al paciente en lo *“legalmente posible”*, es decir, un poco menos que se hubiese hecho en la atención y se hubiera podido decir que no se tuvo contacto, por ejemplo: en vez de hablar con el paciente preguntar por el a algún otro elemento que ya lo haya visitado.

#### Factores relacionados al paciente

Hay que tomar en cuenta que para que la paciente haya reaccionado ante el personal de forma "chocante" es por un precedente. En su historia comento falta de apoyo primario, pobreza material y también comento no tener ninguna compañía. Este tipo de historias de descalificación son todo lo que algunas personas conocen y la respuesta del estrés laboral en el trabajador es un reforzador de la percepción y opinión negativa, que esta tiene de la vida y de la gente.

En el siguiente caso se analiza una situación similar con una persona físicamente, del género masculino, pero con preferencia sexual que no encaja en el marco de referencia de su familia.

El caso que se abordara ahora, es el de “Shirley”, quien es usuaria desde hace 7 años, y comenta que se siente ya como parte de los pacientes “veteranos” de la Clínica de Enfermedades Infecciosas. (px junio 2009)

## Caso VC005

Edad: 28 años

género: masculino (HCH)

Religión: cristiana

Etnia: ladino

Origen: Chiquimula

Idioma: español

Motivo de referencia: “*Se ve muy triste y regresó muy rápido al hospital*”

Hora de primera consulta: 08:00

Cursó todas las estaciones: si

Opinión del servicio: “sin opinión”

Actitud: amigable, afectiva, afable, abierto al diálogo.

Conducta: permanece acostada en su cama, se levanta sólo para ir al baño, no quiere comer.

En esta ocasión Shirley se encontraba decaída de salud, y fue ingresada ese mismo día al área de pisos para observación y sometimiento a exámenes de laboratorio. Durante su estadía comentó que ha tenido muchos problemas, por su condición de “*loca*”, como se definía.

Vemos desde un principio la utilización de nombres o denominaciones (*loca*) que posiblemente son usadas por el resto de la sociedad, con motivos despectivos, pero que dentro del grupo representado por ese nombre, cobra un significado distinto, lejos de ser una descalificación.

Cabe mencionar que daba la apariencia que ella se culpaba de todo lo sucedido en su vida, por ejemplo: lo actual en ese momento que era estar enferma, el haber contraído el virus, ser “*loca*” y por consiguiente haber sido expulsado del grupo primario.

Vemos otra vez en este caso la importancia relativa que le da cada persona al hecho de vivir con VIH, en este caso Shirley parece que concibe al VIH como un

problema producto de su propio ser, como si por su condición de hombre que tiene sexo con hombres (HCH), fuera algo determinante para contraer el virus.

Esta idea surgió cuando catalogo a las personas de ese grupo, como gente que lo que más le agrada son los ambientes de vida nocturna *“no sana”*, es decir que relaciona la homosexualidad con la promiscuidad, consumo de drogas ilegales (crack) y legales(alcohol) en exceso.

Durante el tiempo que permaneció en el hospital, siempre colaboró con todo el personal y nunca fue reportada a psicología como paciente a referir.

En este caso, esta persona es de cierto modo querida por los elementos del personal, por un lado posiblemente por el espacio de tiempo prolongado de asistir a la clínica, casi desde sus inicios, y por otro el hecho que Shirley nunca había decaído en su estado físico.

Sobre esto, al paciente que *“hay que rescatar”* presupone un esfuerzo extra para el personal, ya que un *“rescate de tratamiento”* implica un trabajo fuera de lo normal, (rediseño del tratamiento farmacológico del esquema ARV).

Parte de lo que se comentó anteriormente puede ser relacionado con ciertos elementos expuestos en el instrumento de complementación de frases que se presenta a continuación.

1. *la mejor época... cuando era chef en un comedor de Zacapa.*
2. *el día de hoy... estoy bien fregado, pero me siento bien.*
3. *en la clínica... me dan mis medicamentos y platico con los demás.*
4. *la familia... la odio, espero que se vayan al infierno y se mueran.*
5. *el trabajo... es lo mejor, mi realización como persona, me gusta cocinar.*
6. *la vida... se puede tornar difícil.*
7. *en el futuro... ya estoy muerto.*

8. *mis medicinas... son para mí bien*

9. *el amor... no es para mí.*

10. *en la calle... está llena de huecos y putas, allí me lo pegaron.*

Se ve ahora la importancia que le da al trabajo, en donde parece obtener una identidad y un lugar en la sociedad a la cual sin esta actividad, regresa a ser alguien en su percepción, inútil y sin valor, como se sentía antes y como se denomina ahora que ya no trabaja. El trabajo es algo que “se tiene que hacer”, al igual que ingerir el medicamento, pero al mostrar mala adherencia al mismo, se refleja que posiblemente el trabajo le representa algo que lo hace valer, y por lo tanto no es una imposición, en cambio el medicamento represente posiblemente lo contrario, es una situación en la que en la frase responde de manera sumisa, pero en la práctica no lo cumple.

Sobre el futuro y deseos, no presenta nada, se ubica en la muerte, probablemente influenciada por la situación actual de decadencia física. Esto es un elemento significativo que podría ser investigado en posteriores intervenciones.

Habla de forma muy despreciativa sobre la familia y el amor, vemos como en este caso la situación actual parece no haber incidido en este rubro, es decir, el odio parece prevalecer sobre el amor dentro del sentimiento de vida de Shirley. Es una situación que existe desde antes de la enfermedad y probablemente agravada con la situación de vivir con VIH.

Ante la situación de que Shirley tiene una buena relación con la Clínica de Enfermedades Infecciosas, y viceversa, pero a pesar de ello no ha llevado bien su tratamiento últimamente, vemos que en esta ocasión, todo esta atención, no ha significado mucho para la paciente como para poder sustituir este sentimiento de “*nadie me quiere, todos me odian*” por algo más esperanzador.

Lo expuesto anteriormente se da porque como en otros casos, las condiciones psicosociales fuera del espacio de la Clínica de Enfermedades Infecciosas son reforzadores de la percepción desesperanzadora de Shirley sobre el mundo que la rodea.

Ya se había mencionado dentro del análisis del problema, parte de la problemática que afecta al usuario de la clínica, este caso se relaciona con lo que se habló acerca de la dificultad de transporte o de acceso al medicamento, esto es algo de cierta manera está contemplado en *“las metas del milenio”* de la ONU, en donde claramente dice que debe haber acceso para todas las personas al tratamiento y al medicamento pero como vemos, en Guatemala no se cumple.

En este caso, se da de cierta manera, pero han de haber muchos otros con diferentes matices, es decir, complicaciones distintas, que se relacionan al transporte o acceso al medicamento, unos viven lejos, otros son ancianos y les es difícil viajar por su cuenta, otros por sus características mentales piensan que es aburrido, o sin sentido el acceder al tratamiento. Actualmente no se hace realidad y sólo existen instituciones que actúan como medidas de “reacción” es decir, con psicólogos que atiendan a los ya “desadaptados” se logre disminuir esa mala influencia de éste con la población en general.

Factores estresantes en el trabajador

Desmotivación: en este caso particular, aparece ante la notable decadencia física en el paciente, en donde se toma mucho en cuenta por parte del trabajador, que se hizo mucho esfuerzo, y que la "culpa" de esto es el mismo paciente, así que no encuentra, motivación basada en el trabajo, sino basada en que hay que cumplir, como ha sido descrito con anterioridad la situación de lo legal y lo justo.

Distribución de personal: como en todos los casos, hay demasiados pacientes para que el número reducido de personal, estos elementos no atienden de

manera "normal" o como se podría decir, *"como lo dice en los libros"* en este caso en particular, se sumó al desgano ya referido anteriormente de los trabajadores hacia el paciente.

#### Factores del paciente

Falta de apoyo primario: el paciente refleja con su Padre (no ok) el descuido a sí mismo, es decir, si su Padre interno trabajara de forma (ok), podría intervenir para proteger su salud y su existencia, ejecutando conductas adherentes, aunque estas no parezcan tener sentido. Los factores que contempla el paciente son distintos a los que están en la lógica de la mayoría de las personas que han tenido una "niñez feliz", y por ello las actitudes del VC005 son posiblemente en su mayoría recibidas por el Padre del trabajador.

#### Análisis de los Casos

En el análisis final de los resultados de la investigación, se puede afirmar que los factores fundamentales pueden dividirse en tres niveles; el nivel personal, el nivel institución y el nivel macrosocial y se reconoce que todos los niveles están interconectados.

En el nivel macrosocial: se ve que las políticas de gobierno no son las adecuadas para cumplir con, por ejemplo: una de "las metas del milenio" es que exista acceso para toda persona al tratamiento y a la atención integral para VIH, Sida y esto está lejos de cumplirse. La forma en cómo esto afecta a lo que ocurre en la clínica, es la falta de recursos, y entonces aparece la explotación de los que ya existen.

En el nivel de institución: se refleja la centralización de los servicios de salud, la clínica trabaja con población de todas partes del país, tomando en cuenta que Guatemala es una nación, en donde existen locaciones de personas en lugares muy alejados de los caminos para automóvil, o bus extraurbano, por lo tanto

afecta en el sentido en que muchos pacientes tienen que viajar desde muy lejos, y por lo regular al estar más atentos al horario del viaje que a la información dada en la clínica esto provoca en ocasiones complicaciones de comunicación y de percepción de actitudes y conductas, por parte del trabajador y el paciente.

A nivel personal: el trabajador en su mayoría no comparte los mismos elementos culturales, ni patrones de crianza, de la mayoría de, los pacientes, pues todos los trabajadores tuvieron una educación completa, como mínimo a nivel de diversificado, y la gran mayoría está actualmente cursando una carrera universitaria o ya la terminó, en contraste con el gran número de pacientes que no tuvo acceso a educación y que hay muchos que no saben leer ni escribir.

También es importante recalcar que la cultura y la étnica, es en muchos casos es distinta, y lo que sucede es que el trabajador de la clínica, principalmente con base a sus estudios, y vida de cultura *"ladina"* toma en cuenta, elementos distintos a por ejemplo: lo que consideraría la cultura Tzutujil o alguien muy religioso.

Por este motivo y por los antes mencionados en el nivel macrosocial e institución, sobre las complicaciones técnicas de los trabajadores, que son provocadas, o simplemente son producto de una apatía hacia el tema de salud pública por parte del Estado, es que en muchas ocasiones no funciona el tratamiento que científicamente está comprobado que si puede funcionar con las condiciones requeridas, que no existen en nuestro medio, y por ello el trabajador *"hace malabares"*, *"se esfuerza demasiado"*, *"ya no hace nada"*, para hacer funcionar el proceso y resguardarse a sí mismo.

Como comentario personal quisiera repetir que muchas cosas no se pueden hacer *"como en los libros"*, principalmente porque no existen los medios para hacerlo, y el contexto cultural en donde se originó el tratamiento, es muy distinto al de Guatemala.

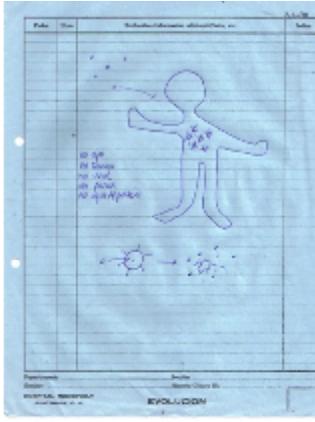
## **Eje Docencia**

Como se expuso anteriormente, el eje de Docencia se desarrolló siempre dentro del espacio de la psicoterapia. Por una parte el proceso de Psicoterapia basada en el Análisis Transaccional, requiere para iniciar el paso del análisis de las transacciones, el conocimiento del lenguaje del A.T. en el paciente, lo que requiere de una educación por parte del terapeuta. Otra actividad realizada bajo este eje, fue asistir al Departamento de Educación, esto consistió en atender a los pacientes que por su estado mental, o de ánimo, no podían captar datos importantes sobre el medicamento y el proceso del VIH, por lo tanto eran atendidos psicológicamente en su emergencia personal actual, mientras se evaluaba el momento oportuno para comunicar los datos requeridos.

Se considera que el entendimiento de la situación, como país, o como nación, es muy compleja y no puede ser entendida de forma intuitiva por la mayoría de la gente, además que el mismo sistema o gobierno, impide y obstaculiza, ese “darse cuenta”, por parte de la población, de esta misma manera, se percibe lo que se vio en la ejecución del eje de docencia.

Son varias las situaciones de personas en edad adulta, que no saben leer ni escribir, en español o en idioma maya, también se da el caso, de que muchos de ellos no tienen un referente, para palabras que muy posiblemente pueden ser reconocidas por cualquier estudiante de secundaria, del área metropolitana o rural, tales como: virus, célula, espermatozoide, óvulo, etc.

Esto se resolvió de cierta manera, al presentar estos elementos como dibujos o diagramas, como el siguiente.



Al existir ya una imagen, aunque muy rustica, del “mal”, ahora convertido en un concepto más cercano a lo que se quiere transmitir, los puntitos son el virus o material externo que entra en el cuerpo y se reproduce, fue más fácil lograr explicar, cuando estos elementos pudieron ser reconocidos por algo más que un concepto abstracto, es decir los puntitos simbolizan elementos orgánicos y no “mágico”, como lo es el concepto abstracto, el cual puede tomar cualquier forma o significación negativa para la persona, posiblemente por estar estos elementos mayormente basados en lo vivido dentro del contexto nacional, que como ya se expuso, es un ambiente de discriminación y exclusión social, un escenario propicio, para formar una visión catastrófica y negativa del entorno y de si mismo.

En conclusión la “mala educación” puede dar lugar a que el concepto o la idea de VIH como enfermedad crónica y orgánica, sea traspasada a una maldición, a un designio divino, o por ejemplo, puede tomar otros nombres como:

*“el mal”* (px abril 2009)

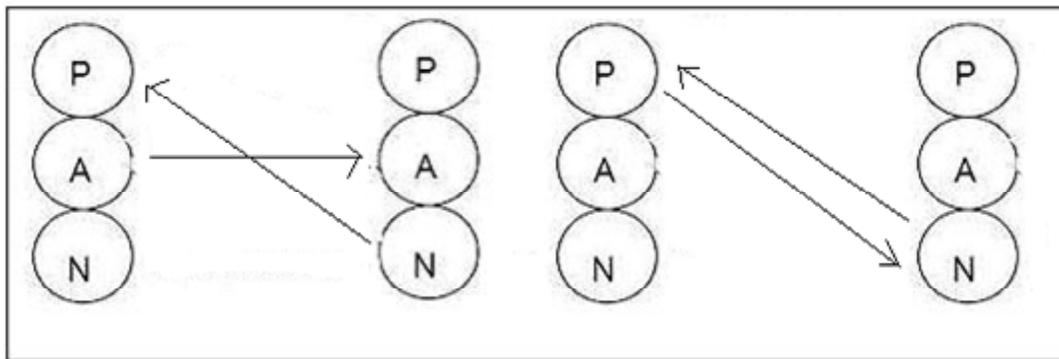
También, esta falta de conocimientos, y la aparición de pensamiento mágico, por parte del usuario y en relación a la falta de oportunidades por un lado académicas, y por otro de desarrollo humano, se da que el paciente “no es compatible” con el pensamiento de la Clínica de Enfermedades Infecciosas, y bajo el contexto del estrés laboral en la institución, en respuesta a esto se

desarrolla una especie de “cruzada” de educación. Utilizo el término “cruzada” en el sentido en que un grupo trata de imponer un pensamiento sin importar las creencias o lo ya establecido por el sujeto, y esto se da en respuesta del estrés laboral, que como se expone Álvarez y Hernández, (1991) “el distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad, forman parte de las manifestaciones emocionales”, lo cual se hizo evidente en el caso VC001, en donde se describió a una paciente, que fue de las ultimas en ser atendidas: en palabras coloquiales podemos resumir, que el trabajador estaba dando su último esfuerzo del día, y se topó con alguien que aparentemente no entendía nada y que por lo tanto representa un desafío mayor que las demás personas, en el momento en que menos energía y disposición se tiene, este trabajo representó un esfuerzo mayor que bajo las condiciones expuestas del estrés laboral, el resultado no fue el más adecuado para la paciente, esta fue la repercusión sobre su persona o tratamiento.

Por otro lado el caso VC002 expone a una persona quien posee muchos conocimientos teóricos sobre el VIH, por 9 años de experiencia, pero su actitud hacia la Clínica de Enfermedades Infecciosas, o hacia las “instituciones gubernamentales”, lo colocaron en desventaja, en el momento en que su sistema (no ok) entro en contacto con el sistema (no ok) del trabajador. Como vemos en este caso el problema no fue la falta de conocimientos sino la contaminación de ambas partes por la interacción de dos sistemas (no ok), pero para que estos dos sistemas hayan estado en un (no okness) en este caso y muy posiblemente en otros, las condiciones fueron: laborar en una institución que no cuenta con la capacidad material, económica y humana para atender a una gran cantidad de personas, que además representan un reto por ser esta una población diversa, no solo en cultura sino también en idiomas, y en formas de pensar, y por otro lado, está el paciente, que proviene de un sistema que lo oprime y que como reacción a esa opresión opta por la sumisión al ambiente o la rebelión o combatividad sin fundamento.

Por ejemplo: Trabajador A-A *“entonces el virus entra por la célula CD4”*, paciente N-A *“asienta con la cabeza, aunque no entiende nada pero le da pena preguntar”*

El trabajador se da cuenta de esto, y más fácilmente bajo los efectos del estrés laboral es enganchado en el sistema (no ok) del Niño del paciente, y entonces le responde desde su Padre (no ok) con una transacción “deshumanizada”, por ejemplo: *“mire si no pone atención se va a morir”*



Esto nos ilustra muy bien la repercusión del estrés laboral sobre el tratamiento del paciente, que se da dentro del sistema ya mencionado.

Principalmente el eje docencia se compuso con la educación en temas de VIH y de Análisis Transaccional y en la elaboración de la guía del usuario. A través del diálogo coloquial o causal y de las intervenciones psicoterapéuticas con los pacientes además de ideas proveídas por elementos del sistema multidisciplinario, especialmente el área de farmacia, se enfocó la guía solamente en los horarios de los medicamentos, esto en respuesta a lo antes citado, la dificultad de los procesos del tratamiento con la cultura y mentalidad del usuario.

Esto surgió, del éxito en la elaboración de los dibujos “rústicos” sobre el VIH, con lo cual se optó en primera instancia a dibujar de forma “rustica” tablas de horarios para los pacientes, lo cual evolucionó hasta la forma estandarizada que

no fue introducida durante el EPS, pero que en esencia es una versión más estructurada y visualmente más estética, que las anteriores que fueron utilizadas con el paciente. La parte más importante del material es que le da la oportunidad al elemento que lo transmite al paciente, de hacer sus propios dibujos acomodados con el paciente, es decir, no solamente son las pastillas las que tienen distintas formas y por lo tanto pueden ser dibujadas, en el caso de especificar si el medicamento se consume de día o noche, se puede dibujar una luna y un sol o se puede pintar amarillo o negro, respectivamente el espacio del dibujo, es decir, se da un espacio para hacer una representación gráfica, el cual anteriormente solo existía dentro de la creatividad de cada trabajador, en cambio, este espacio está ya estandarizado dentro de este documento. Y para su realización se tomó ayuda de una profesional en diseño gráfico para su elaboración en lo que respecta a estética y atracción visual, así mismo se tomó muy en cuenta la sencillez y claridad en que se exponen las ilustraciones.

## **Eje Servicio**

En el siguiente espacio se analizarán los elementos significativos de lo que aconteció durante la realización del eje de servicio, que como ya se mencionó consistió principalmente de la intervención psicológica individual, se expondrán dos casos que describen y analizan el actuar del sustentante con los pacientes y lo que estos dejaron como elementos que enriquecen el análisis total del Ejercicio Profesional Supervisado. Se podrá ver que la modalidad es la propuesta por la lógica del Análisis Transaccional. Su estructura de presentación consiste en el análisis de la estructura mental del paciente, el análisis de las transacciones efectuadas con los demás elementos que lo atienden, vecinos de sala, y con el sustentante del proyecto, como preámbulo a

los casos y la descripción y análisis de las citas que recibió y previo entendimiento de la situación.

El primer caso es sobre un joven que no sabía que tenía VIH cuando ingreso al Hospital, el llegó por diarrea no resuelta de dos semanas de evolución y por medio de las visitas con los demás del equipo multidisciplinario se logró detectar y atender.

### **Caso A.**

Nombre: Alfredo Edad: 23 Religión: Evangélica

Procedencia: Guatemala Residencia: Guatemala

Motivo de Referencia: “el px es violento y no colabora”

Motivo de Consulta: “Me enoja muy rápido”

### **Análisis Estructural**

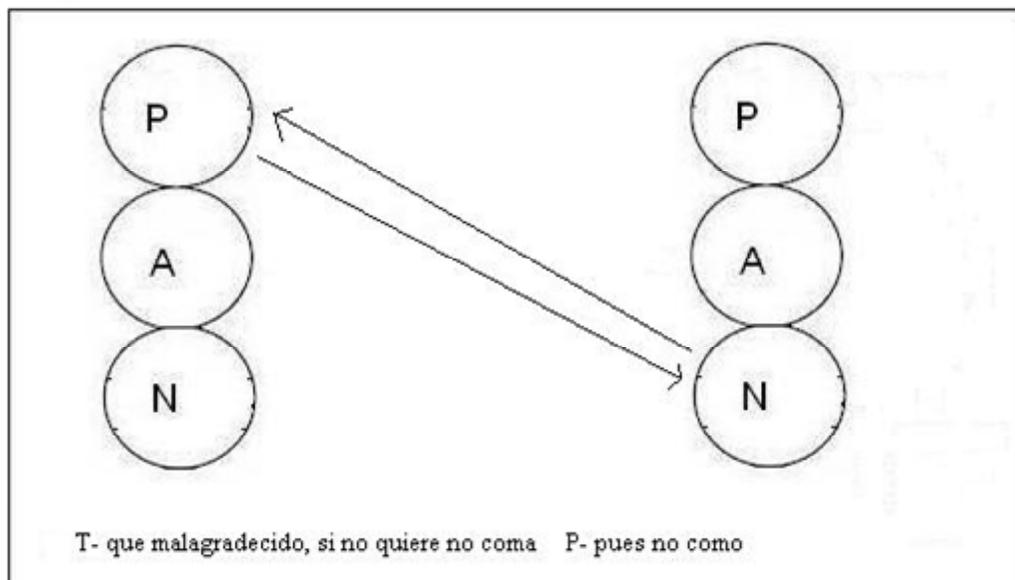
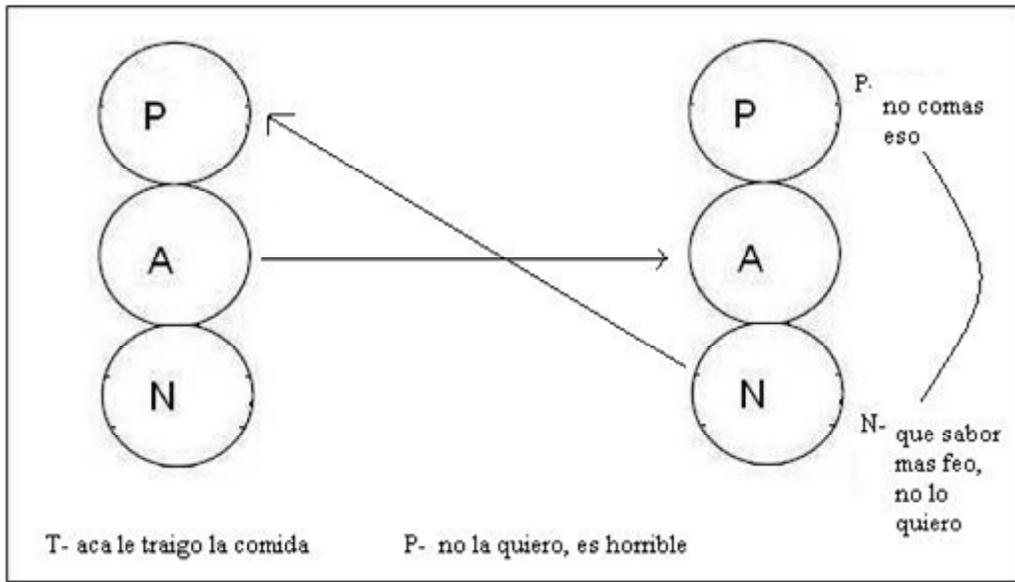
El paciente refirió que hasta el momento vive con su progenitora y un hermano menor, con los que no tiene mucho contacto, además que en su historia relató que, *“le ha tocado duro y ganarse la vida por sí mismo”*. Esta información nos da una idea de cómo se formó su Yo Padre, que en la situación actual, con base a observación directa se logra constatar que el Padre del paciente, en su actuar justifica las acciones y emociones del Niño, es decir, un Padre Protector (no ok) le da el “permiso” al paciente de actuar, reactivamente y a la defensiva, como si fuera niño, ante las faenas del equipo de trabajo del hospital.

Se considera que si el Padre del sujeto, estuviera en estado (ok), éste impediría que el paciente se comportara de esta manera y daría oportunidad al Adulto de actuar sin contaminación por el Niño. Es decir, la racionalidad del sujeto está enfocada en las emociones y sentimientos que experimenta el Niño y por lo

tanto, esta posición existencial que mantiene el sujeto, descalifica parte de la realidad, por lo tanto es (no ok).

### Análisis Transaccional

El paciente utilizó transacciones cruzadas y complementarias, como se presentan en sus cuadros respectivamente.



### **Primera consulta**

Identificación del diagnóstico: utilización de juego psicológico de Niño (no ok) a Padre (no ok).

Determinación de motivo de consulta: *“me enojo muy rápido”*

Trabajo realizado: identificación del juego psicológico para provocar un “darse cuenta” en el paciente. Este dio un motivo de consulta que se puede relacionar con la referencia de consulta, él identifica que hay algo desventajoso en su pensamiento y conducta, por lo tanto se reconoce que en ambiente propicio, el Adulto del paciente está libre de influencias del Padre o Niño, así que como es de esperarse el problema no es sólo el paciente, sino el enganchamiento de paciente con trabajador dentro de un sistema, (no ok).

Junto con el paciente se identificó la emoción percibida por el mismo como una “falsa tristeza”, convertida en un rebusque de emoción, es decir, el paciente no está enojado realmente con el personal, no tiene razón de ser, en mi percepción está enojado o estresado con la situación de hospitalización, y por ello al no poder darle sentido a esto, rebusca una emoción, en otras palabras, no sabe ni que sentir y lo primero que aparece es el enojo.

### **Segunda Consulta**

Se identificó un cese de agresión hacia el personal. Es decir un cese de actividad en su Niño (no ok), esto le dio espacio al Adulto, para poder en esta ocasión tener un diálogo más cercano y coherente que en la primera consulta cuando la persona presentaba un nivel de ansiedad mucho mayor.

Refiere aun, sentir enojo, pero ya no efectúa con conductas (no ok), que manifestaba anteriormente y que fueron analizadas en el proceso de identificación del juego.

El juego psicológico que iniciaba anteriormente se trataba de lo siguiente:  
Como “cebo” utilizaba el enojo y la descalificación hacia el personal, la flaqueza de algunos de estos, ya sea producida o reforzada por el estrés laboral, se unió y le dio lugar a él, para seguir tratando mal a la mayoría, porque de alguna forma esto le funciono, al tornarse algunos de personal en “salvadores”.

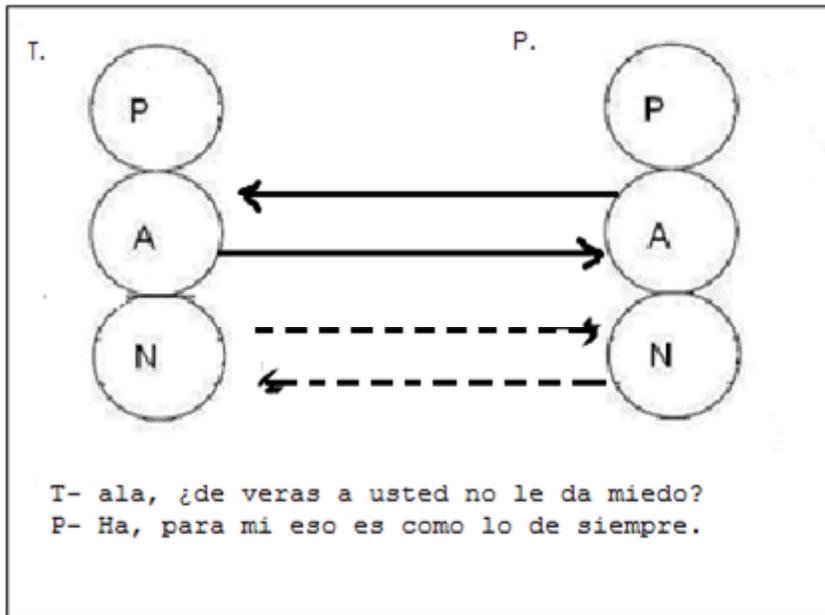
Se trabajó sobre las emociones, con técnica de “inversión de roles”, para hacer contacto con el Adulto, al cambiar de roles él pudo reconocer el sentimiento del trabajador lo cual le ayudo a hacer un análisis de la situación y así dejo de jugar un rol, el de perseguidor, en el juego psicológico.

Se sostuvo plática “coloquial” que se consideró una forma de transmitir afecto para reafirmar la existencia del paciente ante la emoción de tristeza, además que es una comunicación Niño a Niño, la cual difícilmente encontraría en el hospital de otra manera.

### **Tercera consulta**

Refiere aburrimiento, pero decide no egresar contraindicado por anteponer su salud.

Esto nos sugiere una Adulto (ok). Manifestó llevar una buena relación con el personal. Se sostuvo “platica coloquial”.



En el diálogo se dan comentarios de la siguiente manera:

T- de (adulto) a (adulto) se pide información acerca del “miedo” que implica el trabajar en camionetas. Al mismo tiempo desde el estado (Niño) se hace una especie de alago, y reto al paciente, el gesto y la forma de preguntar lo anterior puede sugerir cierta admiración en la mente del paciente, porque como terapeuta por intuición se puede saber que el paciente iba a decir que no le daba miedo, al tener en cuenta que es un joven con actitud “encaradora”. El motivo de utilizar como terapeuta el propio (Niño) es para facilitar la información y la confianza en el paciente, además de brindar elementos y “*caricias*” o estímulos, que son difícilmente encontrados en el ambiente hospitalario de forma natural, o sin intervención consiente de alguien.

Otro dialogo pudo de acuerdo a la edad y a la procedencia del paciente, (23 años, ciudad capital) pudo haber sido:

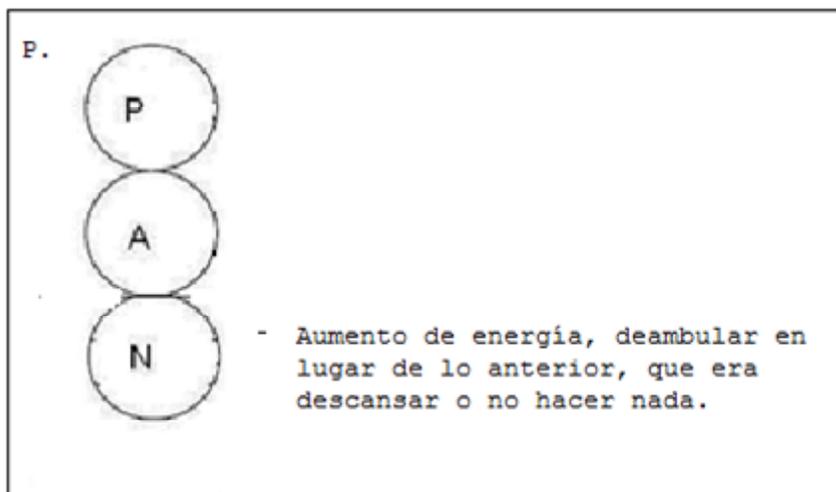
T- ¿hey vos, y tenes novia?      T- ¿A qué equipo le vas?

Hay que recalcar que estas pláticas se hacen bajo los lineamientos básicos de la psicoterapia, es decir, el secreto profesional sigue en pie, el respeto mutuo y sobre todo el control, es decir, no es simplemente platicar como lo haría normalmente, porque de ese modo tal vez se haría una conversación de (Niño) a (Niño) y esa pureza o intimidad no es apta para la psicoterapia, por ejemplo: el terapeuta si habla de (Niño) a (Niño) con el paciente sobre el tema del futbol puede haber problema, por la rivalidad que surge de una emoción del (Niño), pero de (Adulto) hacia (Adulto) el tono y el contenido de la conversación no es tan descontrolada o emocional.

#### Cuarta Consulta

Se le detectó rondando los pasillos fuera de la sala de servicio al cual pertenece, refirió estar adaptado y que sólo está esperando su egreso.

Esto denota una mejora en el Niño del paciente, al verlo no triste ni enojado, sino sereno y tranquilo buscando una forma de entretenerse sin afectar a los demás, además que presentó interés por un cartel sobre la carrera de enfermería.



### **Quinta Consulta**

Se dio transmisión de datos sobre VIH, y recomendaciones finales, ante egreso. Como recomendación final se le sugirió copiar modelos de respuesta no aprendidos en su infancia, que si existieron, y que por alguna incapacidad, no los incorporó, por ejemplo: se le explicó con base a la teoría del Análisis Transaccional, que posiblemente el paciente copió casi todo el modelo de respuesta ante la frustración que presenta su papa y que en su (Padre) le resulta en enojarse rápido, ahora puede recordar cómo era su tío alguien quien el recuerda era más relajado ante esas situaciones, para adaptar los elementos positivos de estos a su vida cotidiana.

En el siguiente caso aparece la necesidad de trabajar conjuntamente con los demás miembros del sistema multidisciplinario, porque el paciente refiere no querer ingerir los medicamentos, lo que le representa un problema a los de farmacia y al medico, por lo tanto fue necesario hablar con ellos para formular la mejor manera de “educar” al paciente en relación a lo que le sucede.

### **Caso B.**

Nombre: Jesús Edad: 32 Religión: Cristiana

Procedencia: La Gomera Residencia: La Gomera

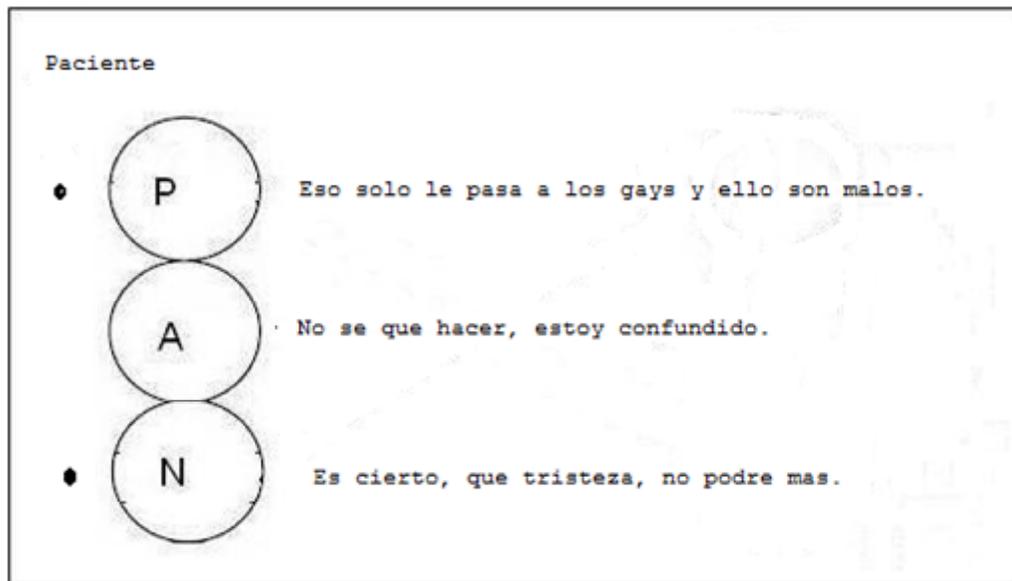
Motivo de Referencia: “diagnostico reciente”

Motivo de Consulta: “Los medicamentos me dan pesadillas”

### **Análisis Estructural**

El sujeto en cuestión no fue referido por el personal sino fue atendido como parte del trabajo del Departamento de Psicología.

Al momento de ingresar refirió no tener ningún problema, más que el miedo y desesperación por no poder respirar bien. Con base a estos síntomas y signos reconocidos por observación directa, se determinó que el Niño del paciente está afectado, en mi percepción, por estar en un lugar extraño, y tener la idea de que el VIH es igual a muerte, también le da “vergüenza” que sus familiares lo sepan, lo cual lo menciono en su discurso.



En este cuadro se aprecia que principalmente es el estado Padre quien origina el dialogo principal que lleva al Niño a pensar que no vale nada, a ejecutar el sentimiento de tristeza el cual de forma prolongada es posible que lo pueda llevar a deprimirse. El estado Adulto carece de conocimientos sobre el VIH, además que posiblemente esta forma de actuar como en este caso, con el Padre y el Niño sea el mecanismo usual que esta persona utiliza y por lo tanto su estado Adulto este casi siempre ligado a lo que el Padre o Niño piensan, lo cual es desventajoso para el paciente, porque su forma de organizar las ideas, es como lo haría un niño o un anciano criticón.

## **Análisis Transaccional**

### **1era consulta**

El paciente se manifestó con actitud colaboradora y abierta al diálogo. No contiene datos básicos sobre VIH como lo sería: forma de transmisión o la existencia del tratamiento para la infección.

Presentaba preocupación por contagiar a sus familiares. Se le transmitieron los datos básicos antes citados como forma de educación, y de hacer contacto con su Yo Adulto.

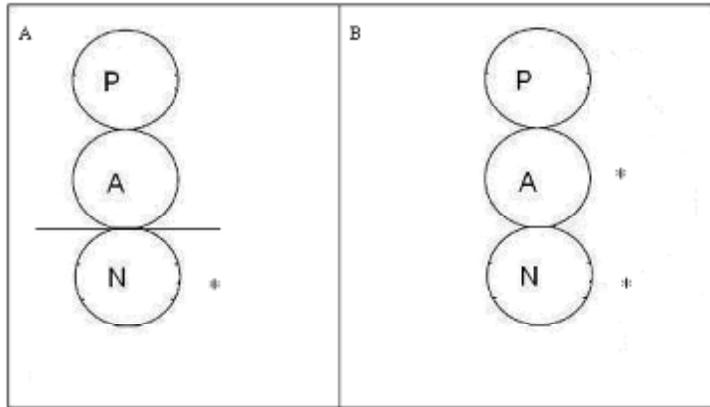
Se formó Rapport con plática “coloquial” sobre “fútbol”, en ese momento fue cuando refirió su motivo de consulta. Anteriormente parecía que mantenía muchas “defensas” y el diálogo era más que todo un “pasatiempo” y no uno “íntimo” como se supone es el que se mantiene en una terapia psicológica. Entonces al haberle brindado confianza y algo con lo que se pudiera identificar, el paciente pudo hablar sobre su temor y vergüenza en torno al tema VIH.

### **2da consulta**

Se explicaron los efectos del medicamento EFV y sus efectos laterales. Se trabajó la parte emocional de la persona al encontrarse esta afectada por el ambiente y la situación actual de decadencia física. En este caso se le dieron datos al Adulto, para que pudiera comprender desde la lógica de la farmacología, lo que sucede en su organismo con este medicamento, el cual produce efectos laterales muy molestos para la mayoría de personas y que en muchas ocasiones los “obliga” a dejar de consumirlo, entonces se abandona el tratamiento.

### **3ra consulta**

En esta oportunidad el paciente refirió menos problemas con el medicamento, y mencionó que fue porque ya sabía que esperar.



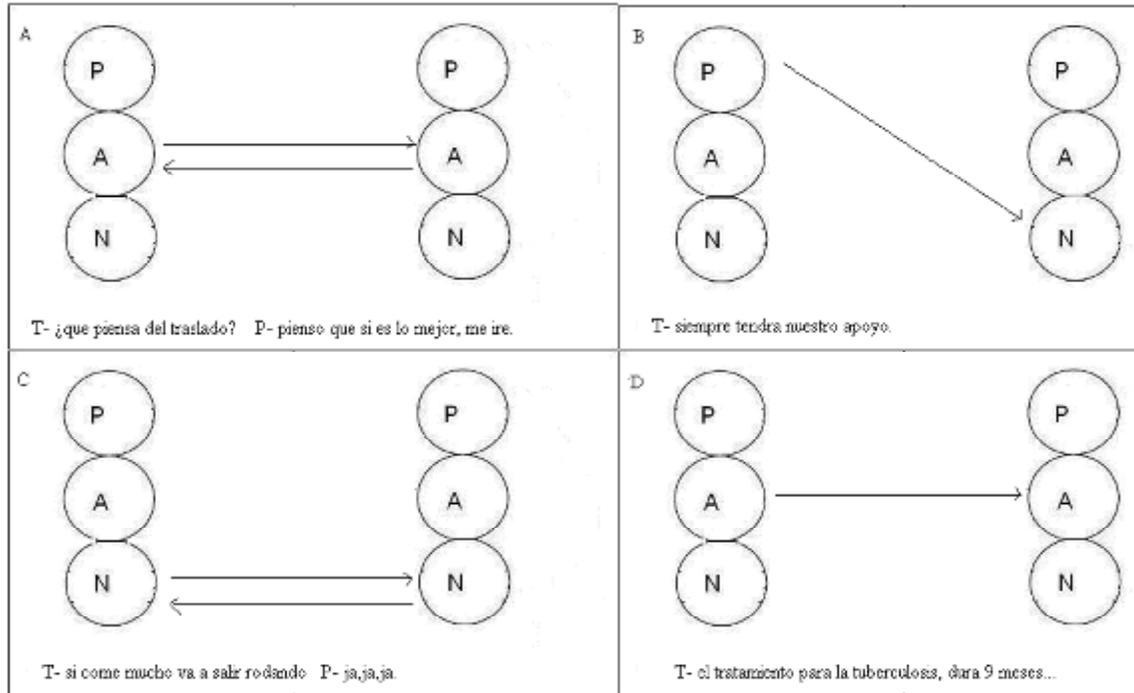
En el cuadro A, se muestra el estado anterior a la intervención, se puede observar que el estado Adulto está bloqueado y el estado más utilizado es el Niño. En el cuadro B, ahora que ya existe información en el Adulto, este no fue bloqueado y aunque la sensación desagradable sentida por el Niño, a través de los medicamentos todavía existe, pero hay menos probabilidad que este sentimiento vaya a interferir con la buena adherencia al tratamiento, porque el paciente ahora tiene un soporte que le ayuda a darle sentido al sufrimiento creado por los efectos adversos del medicamento. En cambio en el cuadro A, al no existir Adulto, sino solo Padre o Niño, la interpretación de la situación solo puede tener una base mágica, emocional o fundamentada en creencias populares o prejuicios.

#### **4ta consulta**

El paciente refirió ansiedad por ser trasladado a otro hospital. Se le transmitieron datos sobre el otro hospital, y se le apoyo emocionalmente, en esta ocasión no se pudo dialogar mucho por necesidad de exámenes físicos (punción lumbar) en el paciente el cual lo tuvo ocupado todo el día y cuando regreso estaba muy adolorido.

#### **5ta consulta (cierre)**

Se sostuvo una plática “coloquial” y se invitó al paciente a asistir a la consulta externa del departamento de psicología de la Clínica de Enfermedades Infecciosas en su próxima consulta.



En el cuadro A se describe la forma en que se hizo contacto con el Adulto del paciente sobre el tema del traslado. En el cuadro B se ilustra la transacción Padre a Niño, que sirvió para darle ánimos y hasta cierto punto afecto al Niño del paciente. En el cuadro C se describe un contacto Niño con Niño en donde se trata de hacer chiste, para que el paciente se ría y manifieste su Niño de forma libre. En el cuadro D se ilustra el diálogo Adulto con Adulto al cierre de la psicoterapia, al dar las últimas recomendaciones y explicaciones al Adulto, para bajar ansiedad en el estado Niño.

## CONCLUSIONES

- Al estar inmerso en un sistema (no ok), y ser éste un problema psicosocial, el trabajador tiene únicamente opción a medidas de afrontamiento para resguardar su salud psicofisiológica.
- La mejor forma de educación en relación a la población atendida, es a base de símbolos que se consideran "universales" como el sol y la luna y dibujos sencillos.
- Las conductas generadas por el estrés laboral son una forma de afrontar la situación por parte del trabajador, y el paciente al estar inmerso dentro del mismo sistema colectivo (no ok) desde una posición desventajosa, es el complemento para que el trabajador desarrolle o abra juego psicológico que al final afecta a ambas partes.
- El acomodamiento en el trabajo, en el caso de la clínica, está dado no como un "sin sentido" del trabajador hacia los pacientes, sino como una medida, practica, ante el grandísimo número de personas a atender, la razón es que si se mantiene mucho tiempo con un sólo elemento, el sistema colapsaría, dentro de otro sistema ya colapsado, el Ministerio de Salud.
- Las propias carencias afectivas en el personal, son potenciadas bajo el estrés laboral, de tal forma que se tiene el riesgo de llegar a tomar parte del juego psicológico que presenta generalmente el paciente en estado de vulnerabilidad, es decir el papel del salvador, lo cual como se planteó en el objetivo de investigación, se afecta al paciente no sólo con su posible inutilización, sino también con más desgaste en el trabajador, y mayor probabilidad de respuesta negativa para los siguientes usuarios.

- En la actividad del trabajador al haber responsabilidades sin recursos, el problema tiene su raíz, en factores de orden psicosocial, pero a nivel personal, siendo un ente del departamento de psicología, no se puede abordar directamente como tal, sino al entender que el trasfondo si lo es, entonces el psicólogo trabaja como un elemento conciliatorio entre la Institución y pacientes, esto puede funcionar pero no por mucho tiempo, porque este tipo de trabajo es hacer más resistente al personal, lo cual si las circunstancias en corto o mediano plazo llegaran a cambiar, sería lo más beneficioso para él, pero si llegasen a ser las mismas durante mucho tiempo, lo más probable es que el trabajador decaiga en su rendimiento, en su salud psicosocial o que renuncie.
- El problema de comunicación entre paciente y trabajador debe ser tratado por los elementos del departamento de psicología, de manera en que el trabajador, obtenga las herramientas necesarias para entender procesos mentales (no ok) en sí mismo y en los pacientes, del mismo modo, dar espacio en la psicoterapia, para que el paciente también pueda captar los procesos que suceden y de esta manera evitar confrontaciones basadas en prejuicios y elementos culturales, que generalmente se dan debido al contexto pluricultural y plurilingüe de Guatemala.

## RECOMENDACIONES

- Abrir espacios de tiempo exclusivos para la discusión de casos, que abarque todas las disciplinas del Sistema Multidisciplinario.
- Crear grupos de apoyo dirigidos por la Clínica de Enfermedades Infecciosas, con espacios abiertos de diálogo con los pacientes.
- Promover la unión de grupo dentro de los trabajadores, de la Clínica de Enfermedades Infecciosas.
- El problema si se trata desde el punto de vista psicosocial, se recomienda como una alternativa, incluir a más especialistas de las distintas áreas de salud, porque como el personal de la clínica por las circunstancias psicosociales ya descritas, no puede incrementarse en número, los especialistas de distintas áreas pueden funcionar como un recurso humano inagotable, aunque aun así no es suficiente ante las circunstancias actuales, la relación de número entre trabajador y usuario no sería tan desigual y la sobrecarga de trabajo disminuiría.
- Se recomienda transmitir los datos a los pacientes a través, de información gráfica y visual, esto debido a la dificultad que representa la decodificación del lenguaje hablado o escrito, a la facilidad que representa el simbólico.

## ANEXOS

### Anexo 1. Instrumento de complementación de frases.

1. la mejor época...
2. el día de hoy...
3. en la clínica...
4. la familia...
5. el trabajo...
6. la vida...
7. en el futuro...
8. mis medicinas...
9. el amor...
10. en la calle...

## Anexo 2 Organizador de medicinas

 **Organizador de medicinas** 

Lunes		Martes		Miércoles	
					

 **Organizador de medicinas** 

Jueves		Viernes		Sábado	
					

 **Organizador de medicinas** 

Domingo	
	

Anotaciones :

---

---

---

---

---

---

## BIBLIOGRAFÍA

- Aronson, P. (1988). *Career Burnout, Causes and Cure*. New York: The Free Press.
- Baro, M. (2005). *Psicología de la Liberación*. El Salvador: UCA.
- Barria, M. (s.f.). *Síndrome de Burnout en asistentes sociales del servicio nacional de menores en la reigion metropolitana de Chile*. Recuperado el agosto de 2009, de [WWW.ergonomia.cl/burnout\\_chile.html](http://WWW.ergonomia.cl/burnout_chile.html)
- Berne, E. (1961). *Transaccional Analysis in Psycoterapy*. New York: Condor.
- Berne, E. (1966). *Introducción al Tratamiento de Grupos*. Argentina: IPPEM.
- Berne, E. (1966). *Juegos En Que Participamos*. México: Diana.
- Berne, E. (1973). *¿Qué Dice Usted Después de Decir Hola?* Barcelona: Grijalbo Mondadori S.A.
- Caballero, M. (2006). *Prevalencia y factores asociados al burnout en área de salud atencion primaria*. Buenos Aires: Espacio.
- Diaz, F. (2008). *Estres Laboral, En La Clínica de Enfermedades Infeciosas*. Guatemala: Hospital Roosevelt.
- González Rey, F. (2000). *Investigacion Cualitativa en Psicología, Rumbos y Desafios*. México: Thomson.
- González Rey, F. (2006). *Investigación Cualitativa y Subjetividad*. Guatemala: ODHAG.
- Graciela, T. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional, una mirada del sidrome del Burn Out*. Buenos Aires, Argentina: Espacio.
- HIV Medicine 2005*. (2005). Londres: HIV British Asociation
- Kertez, R. (1996). *Analisis Transaccional Integrado*. Argentina: IPPEM.
- M.J., M. P. (1997). *Desgaste Psíquico en el Trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Malash. (1988). *Understanding, Burn Out*. California: Sage.
- Muriel, J. (1971). *Nacidos Para Triunfar*. Estados Unidos: Fondo Educativo Interamericano.
- OMS. (2009). *Estrategias de Acción en el País*. Guatemala: ONU.
- ONUSIDA. (2010). *El Trabajo de ONUSIDA en Guatemala*. Guatemala: ONU.

Penfield, W. (1951). "*The Mechanism of Memory*". Atlanta, Estados Unidos:  
Atlanta Board.

*Portal de la ONU*. (2010). Recuperado el 2010, de  
<http://www.onu.org.gt/contenido.php>

*Portal Sida*. (2010). Recuperado el  
2010, de [http://www.portalsida.org/Article\\_Detail](http://www.portalsida.org/Article_Detail)

Ramos, F. (1997). *Publicaciones de psicología aplicada*. Madrid, España: Tea.

Thomas, Harris. (1973). *Yo Estoy Bien, Tu Estas Bien*. Barcelona: Grijalbo,  
Mondadori.

Trejo, A. (8 de julio de 2008). *Diario de Queretaro*. Recuperado el 20 de julio de  
2009, de *Diario de Queretaro*.