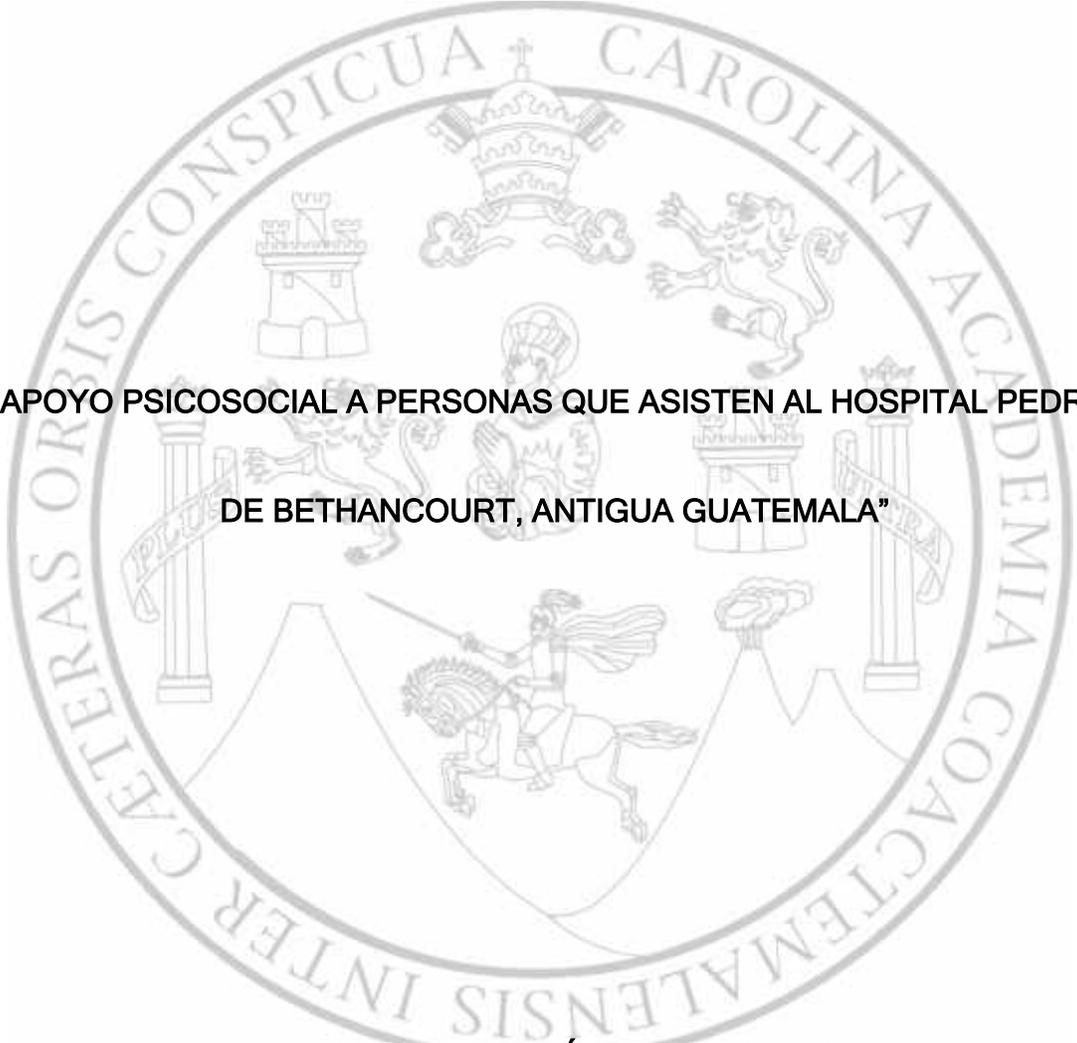


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS-

The seal of the University of San Carlos of Guatemala is a circular emblem. It features a central shield with a figure on horseback, a crown above, and various heraldic symbols. The shield is flanked by two columns. The outer ring of the seal contains the Latin text "CAROLINA ACADEMIA COACTEMALENSIS INTER CAETERAS ORBIS CONSPICUA".

**“APOYO PSICOSOCIAL A PERSONAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL PEDRO
DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA”**

MARA GABRIELA GIRÓN MONTERROSO

GUATEMALA, JULIO 2013

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

DEPARTAMENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO -EPS-

**“APOYO PSICOSOCIAL A PERSONAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL PEDRO
DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA”**

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

POR

MARA GABRIELA GIRÓN MONTERROSO

**PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, JULIO DE 2013

Miembros Del Consejo Directivo

Escuela De Ciencias Psicológicas
Universidad San Carlos De Guatemala

Licenciado Abraham Cortez Mejía
Director

M.A. María Iliana Godoy Calzia
Secretaria

Licenciada Dora Judith López Avendaño
Licenciado Ronald Giovanni Morales Sánchez
Representantes de los Profesores

María Cristina Garzona Leal
Edgar Alejandro Cordon Osorio
Representantes Estudiantiles

Licenciado Juan Fernando Porres Arellano
Representante de los Profesionales Egresados

C.c. Control Académico
EPS
Archivo
REG.122-12
CODIPs. 1190-2013

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

16 de julio de 2013

Estudiante
Mara Gabriela Girón Monterroso
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto VIGÉSIMO QUINTO (25º.) del Acta VEINTIOCHO GUIÓN DOS MIL TRECE (28-2013) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 10 de julio de 2013, que copiado literalmente dice:

"VIGÉSIMO QUINTO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **"APOYO PSICOSOCIAL A PERSONAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA,"** de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Mara Gabriela Girón Monterroso

CARNÉ No. **200617719**

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


M.A. María Iliana Godoy Calzia
SECRETARIA



/gaby



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 Inscripción
GUATEMALA

RECIBIDO
28 JUN 2013

FIRMA: [Signature] HORA: 18:15 Registro: 122-12

Reg. 122-2012
EPS. 016-2012

24 de junio del 2013

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de

Mara Gabriela Girón Monterroso, carné No. 200617719, titulado:

"APOYO PSICOSOCIAL A PERSONAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo de la Licenciada Roxana Haydée Palma Coyoy, 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
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
COORDINACION
USAC

/Dg.
c.c. Control Académico



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

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

Tel. 24187530 Telefax 24187543

e-mail: uscojsto@usac.edu.gt

Reg. 122-2012

EPS. 016-2012

16 de junio del 2013

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

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la revisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de

Mara Gabriela Girón Monterroso; carné No. **200617719**, titulado:

"APOYO PSICOSOCIAL A PERSONAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA.

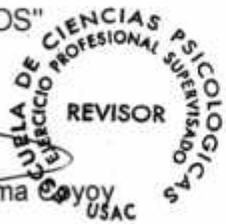
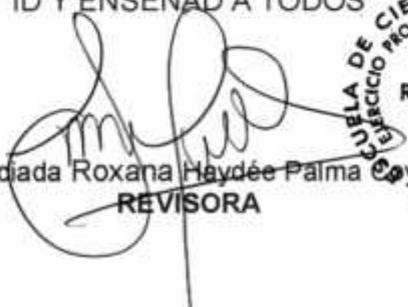
De la carrera de Licenciatura en Psicología

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 Roxana Haydée Palma Coyoy
REVISORA
USAC



/Dg.
c.c. Expediente



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

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

Reg. 122-2012
EPS. 016-2012

24 de junio del 2013

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de

Mara Gabriela Girón Monterroso, carné No. **200617719**, titulado:

"APOYO PSICOSOCIAL A PERSONAS QUE ASISTEN AL HOSPITAL PEDRO DE BETHANCOURT, ANTIGUA GUATEMALA."

De la carrera de Licenciatura en Psicología

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

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado Oscar Josué Samayda Herrera
Asesor-Supervisor



/Dg.
c.c. Expediente



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

C. C. Control Académico
EPS
Archivo

Reg. 122-2012
DIR. 217-2012

De Aprobación de Proyecto de EPS

22 de febrero de 2012

Estudiante
Mara Gabriela Girón Monterroso
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Transcribo a usted el ACUERDO DE DIRECCIÓN DOSCIENTOS GUIÓN DOS MIL DOCE (200-2012), que literalmente dice:

"DOSCIENTOS: Se conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **"PROGRAMA PARA EL APOYO PSICOLÓGICO A LAS PERSONAS DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT QUE SUFRIERON O SUFRIRÁN AMPUTACIÓN POR PIE DIABÉTICO PARA LA ACEPTACIÓN DE LA MISMA"**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Mara Gabriela Girón Monterroso

CARNÉ No. 2006-17719

Dicho proyecto se realizará en: Antigua, Sacatepéquez, asignándose a el Doctor Fernando Salvatierra quién ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera, por parte de esta Unidad Académica. 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"

Doctor César Augusto Lambour Lizama
DIRECTOR INTERINO





11 DE OCTUBRE 2012

LICENCIADO
OSCAR JOSUE SAMAYOA
COORDINADOR DEPTO. DE E.P.S
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO CUM
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

Lic. Samayoa:

Tengo el agrado de informarle que la estudiante **Mara Gabriela Girón Monterroso** Carné 200617719, en el año 2012 realizó satisfactoriamente en este hospital su Ejercicio Profesional Supervisado, ejecutando el proyecto denominado PROGRAMA PARA EL APOYO PSICOLÓGICO A LAS PERSONAS DEL HOSPITAL NACIONAL PEDRO DE BETHANCOURT QUE SUFRIERON O SUFRIRÁN AMPUTACIÓN POR PIE DIABÉTICO PARA LA ACEPTACIÓN Y RECUPERACIÓN DE LA MISMA.

Sin otro particular, me suscribo atentamente,



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



C.c. Archivo

MADRINA DE GRADUACIÓN

LUZ MARINA CIFUENTES

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

COLEGIADA NO. 7053

ACTO QUE DEDICO

A DIOS

Por ser mi guía y darme fortaleza en cada momento ayudándome a salir adelante en mi carrera profesional y personal.

A MIS PADRES

Por brindarme el apoyo emocional, moral y económico, animándome en cada etapa de mis estudios.

A MI HERMANA

Por ser también una gran amiga y un apoyo en cada momento de dificultad.

A MI ABUELA Y MI TÍA

Por darme palabras de ánimo y brindarme su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad San Carlos de Guatemala por ser el centro de estudios donde realicé mi formación profesional y por brindarme experiencias que serán de utilidad en mi vida laboral y personal.

A mis catedráticos por brindarme apoyo, instrucción, ánimo y motivar mi desarrollo día a día como profesional.

A mis amigas quienes fueron más que compañeras de estudio y me apoyaron en muchos momentos de alegría y dificultad.

A mi novio por estar siempre a mi lado dándome ánimos y apoyándome en todo lo posible para que alcanzara mi meta.

ÍNDICE

CAPÍTULO I	1
CONTEXTO	1
Antecedentes.....	1
DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN	23
ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL.....	26
CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN	27
PLANTEAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA.....	34
CAPÍTULO II	40
MARCO TEÓRICO	40
Abordamiento Teórico de las Necesidades Psicosociales:.....	40
OBJETIVOS	73
Objetivo General:.....	73
Objetivos Específicos:.....	73
METODOLOGÍA	75
Metodología Analítica:	75
Metodología Cualitativa:.....	76
Metodología Participativa:	76
FASES DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO:	78
Fase de preparación:.....	78
Visita Diagnóstica:	78

Elaboración del proceso de Factibilidad:	79
Ejecución del proceso:.....	80
Sistematización:.....	80
Subprograma Atención Directa:	81
Subprograma Docencia:	81
Monitoreo:.....	81
Evaluación:	82
Cierre del Proceso:	83
Subprograma de Investigación:	84
Descripción del concepto de la investigación:	84
Preparación del Escenario de la Investigación:	85
Diseño de la Investigación:	86
Trabajo de Campo:	86
Análisis de la Investigación:.....	87
Descripción de las Técnicas	88
CAPÍTULO III	91
DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA.....	91
ACCIONES DE ATENCIÓN DIRECTA:	92
ACCIONES DE FORMACIÓN:	103
PROCESO DE INVESTIGACIÓN	115
CAPÍTULO IV.....	127
ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA.....	127

SUPROGRAMA: ATENCIÓN DIRECTA:.....	133
SUPROGRAMA: FORMACIÓN:	150
SUBPROGRAMA: INVESTIGACIÓN.....	167
CAPÍTULO V	181
CONCLUSIONES	181
CONCLUSIONES GENERALES	181
CONCLUSIONES ESPECÍFICAS:.....	181
RECOMENDACIONES	187
GENERALES.....	187
ESPECÍFICAS	188
GLOSARIO	190
BIBLIOGRAFÍA	192
LIBROS.....	192
ARTÍCULOS DE REVISTAS.....	193
WEB.....	194
ANEXOS	195

RESUMEN

El Hospital Nacional Pedro de Bethancourt se encuentra ubicado en la Aldea San Felipe de Jesús Antigua Guatemala, Sacatepéquez, tiene como objetivo principal asistir a enfermos y brindar servicio de hospitalización a todo el que lo necesite, la misión de los directivos es llegar a ser un centro escuela de especialidades y sub-especialidades conformando equipos de enfoque multidisciplinario, incluyendo programas de universidades nacionales e internacionales, atendiendo en sus instalaciones con tecnología avanzada, brindando servicios de salud integral con calidad, equidad, humanismo y pertinencia cultural, en un ambiente laboral satisfactorio y personal motivado para servir.

La población que atiende el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt proviene de diferentes áreas de la república de Guatemala, de escasos recursos, y de nivel medio.

El trabajo realizado dentro del Hospital Padre de Bethancourt, se llevó a cabo con personas las cuales fueron referidas por los doctores, enfermeras, trabajadoras sociales, o con personas que asistieron en busca de apoyo psicológico. Este trabajo se dividió en tres grandes ejes los cuales fueron, el eje de formación, el eje de atención, en las áreas de Salud Mental, Cirugía y Traumatología durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado.

En las acciones de atención directa realizadas dentro de las áreas de Salud Mental y el área de Pisos, se trabajó con personas referidas o que asistieron por cuenta propia con la finalidad de recibir apoyo psicológico profesional debido a que se encontraban pasando por alguna problemática que afectaba su subjetividad.

Dentro de las acciones de formación se realizaron charlas grupales informativas a los grupos de Madres Participativas, AJUPENSA y durante la Feria de la Salud, con la finalidad de informar a la población sobre temas diversos, los cuales actúan de forma preventiva o para focalizar problemas actuales que podrían estar afectando de alguna forma a la población.

En las acciones de investigación realizadas durante el Ejercicio Profesional Supervisado, se trabajó con personas las cuales se enfrentaron o se enfrentarían a alguna intervención quirúrgica relacionada con las secuelas del Síndrome de la Diabetes, con la finalidad de localizar los efectos psicológicos y emocionales que serían consecuencia de atravesar por la misma.

INTRODUCCIÓN

En el departamento de San Juan Sacatepéquez, Antigua Guatemala, en la aldea de San Felipe de Jesús se encuentra el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt el cual atiende a una gran cantidad de personas provenientes de las zonas aledañas de la región, siendo uno de los centros hospitalarios públicos más importantes de dicha área. La población de la región proviene de un contexto socio-cultural donde la economía se sustenta en gran medida por los trabajos generados por el turismo y la producción agrícola del lugar.

La situación económica de la población con la cual se trabajó, es media a baja; los medios económicos provienen tanto del trabajo formal como del informal. Al poseer recursos económicos escasos, la población recurre a la salud pública para cubrir sus necesidades, siendo aun así los cuidados de la salud física y psicológica un gasto que se encuentra fuera de su presupuesto.

El trabajo del Ejercicio Profesional Supervisado dio inicio desde la visita diagnóstica al Hospital Pedro de Bethancourt, con el fin de realizar una observación detallada de la población con la cual se trabajó los siguientes meses. De esta observación nació la localización de las mayores necesidades presentadas por parte de la población, en base a lo cual se elaboró como principal objetivo el brindar el apoyo psicológico profesional adecuado para las personas con las cuales se trabajaría.

Durante la realización del EPS dentro del Hospital Pedro de Bethancourt se trabajó en las áreas de consulta externa y encamamiento, en base a tres ejes, establecidos por el Ejercicio Profesional Supervisado, los cuales fueron: el eje de atención directa, el eje de formación y el eje de investigación.

Las acciones de atención directa se llevaron a cabo dentro del Hospital Pedro de Bethancourt en las áreas de Salud Mental, Cirugía y Traumatología con personas que asistieron por cuenta propia o por referencia de otras áreas. A estas personas se les brindó el apoyo profesional en base a las necesidades presentadas. En el área de consulta externa se encontraron una gran diversidad de problemáticas diferentes debido a los rangos de edad, desde personas adolescentes hasta personas adultas mayores. En el área de encamamiento se trabajó en gran mayoría con personas de edad madura hasta personas de la tercera, siendo en casos menores el trabajo con personas adolescentes. Dentro de las principales problemáticas localizadas en la población se encontraron: problemas familiares, problemas conyugales, depresión, ideas delirantes y anorexia. Trabajándose con cada persona en base a métodos y técnicas psicológicas de acuerdo a su problemática, durante el tiempo en él se realizó el EPS.

En las acciones de formación se realizaron una serie de charlas informativas a grupos como lo fueron, Madres Participantes, AJUPENSA y en la Feria de la Salud a las personas asistentes. Estas charlas fueron dadas tanto dentro como fuera del hospital, con la finalidad de informar y prevenir a la

población con temas útiles en la vida diaria de cada persona. Dentro de los temas dados al grupo de Madres Participantes que se encontraban en el área de pediatría al cuidado de un hijo, se encuentran: estimulación, crianza con amor, terrores nocturnos, los miedos infundados, lactancia materna y planificación familiar.

Con el grupo de AJUPENSA se trabajó en la sede el grupo un jueves de cada mes, con temas tales como: autoestima en la tercera edad, diabetes aspectos psicológicos y prevención, duelo, estrés, depresión y sus manifestaciones en la tercera edad.

En el evento denominado Feria de la Salud realizado durante el mes de septiembre, se realizaron diversas actividades con el fin informar a la población asistente sobre temas de interés social, en el cual se impartió información verbal y escrita sobre el tema del Bullying.

Las acciones de investigación se realizaron en el Hospital Pedro de Bethancourt con todas las personas las cuales fueron referidas debido a que se les realizó o se les realizaría alguna intervención quirúrgica, como lo sería la amputación de un miembro del cuerpo, y las cuales se encontraban desestabilizadas emocionalmente. El proceso investigativo tenía como finalidad el localizar los principales efectos psicológicos que tendría dicha intervención, así como las problemáticas que se generaban tras recibir la noticia de la amputación de algún miembro del cuerpo como secuela del Síndrome de la Diabetes.

Las personas con las cuales se trabajó se observaron afectadas en los diferentes niveles de su vida como efecto de sufrir la pérdida de un miembro del cuerpo, esto debido al fuerte impacto psicológico causado por el evento, como por las dificultades que se presentaban luego del mismo. Dentro de las principales problemáticas causadas por la pérdida de un miembro del cuerpo se encontraron: problemas económicos, problemas familiares y conyugales, duelo por pérdida de un ser querido, duelo por pérdida de miembro y problemas laborales.

Durante el trabajo realizado en el Ejercicio Profesional Supervisado se cumplió con los objetivos de brindar apoyo psicológico a la población asistente a la consulta externa, así como dar apoyo psicológico y acompañamiento a las personas las cuales se encontraran pre o post amputación de alguno de los miembros del cuerpo y dar así inicio al proceso de duelo, se promovió la prevención y cuidados sobre las secuelas físicas y emocionales del Síndrome de la Diabetes, se impartieron charlas informativas sobre diversos temas de interés social, se dio material informativo sobre temas de interés y se investigó los principales efectos que la pérdida de un miembro del cuerpo tiene sobre la subjetividad del individuo.

La importancia que tiene la investigación realizada durante el Ejercicio Profesional Supervisado, es dar a conocer el nivel de impacto psicológico que tiene la pérdida de un miembro del cuerpo o la intervención quirúrgica en la persona afectada. También se busca dar a conocer como una amputación puede

crear en la persona un proceso de duelo, parecido al que se experimenta ante la pérdida humana, presentando síntomas físicos y psicológicos relacionados con el duelo. A esto se suma los efectos que una intervención quirúrgica, como lo es una amputación, tiene sobre la subjetividad del individuo, dañando de forma temporal o permanente la vida de quien se enfrentará o se enfrentó a una. Por lo que es necesario el brindar apoyo psicológico profesional durante el proceso, con la finalidad de estabilizar las emociones de la persona y darle acompañamiento en el proceso de duelo, con lo cual se puede llegar a superar la pérdida de forma adecuada.

CAPÍTULO I

CONTEXTO

Antecedentes

Aspecto histórico antropológico

En el año de 1774 se menciona por primera vez el nombre de una ciudad cuya importancia histórica y belleza imponente aumenta día a día para el país, ubicada en el departamento de Sacatepéquez, y siendo la capital del mismo, como lo es la ciudad de Antigua Guatemala, en el valle situado al pie de las colinas de “El Rejón”, a dos kilómetros al norte de la ciudad colonial estando unida a ella por una carretera asfaltada.

En 1670, los primeros vecinos que se establecieron en este valle, provenían de la aldea San Juan Perdido, al pie del Volcán de Acatenango, tras haber sufrido algunas epidemias y una plaga de murciélagos en aquel lugar. Llevaron estos primeros pobladores una escultura de Jesús Sepultado, que primero colocaron en un rancho y después en una modesta iglesia construida en 1760, que fue destruida más tarde por un incendio.

A pesar del desmantelamiento de muchos edificios gubernamentales y eclesiásticos, los esfuerzos militares y el acta emitida el 28 de julio del año de 1777, ordenando el abandono total de toda propiedad en menos de un año, por la demolición de la ciudad; los habitantes nunca abandonaron la ciudad y en cambio reconstruían sus casas y restauraban sus bienes.

Conforme al tiempo se revoca el acta y la ley de demolición de la ciudad y para el 12 de abril de 1779 celebrando el nombramiento del Alcalde Lorenzo Montufar, se destaca el crecimiento de la población de la ciudad de Antigua Guatemala.

Factores climáticos y descuido de autoridades hacen que las estructuras importantes y grandes de la ciudad se degraden y desgasten, pero la población nunca dejó de luchar para la reconstrucción de las mismas, logrando que en el año 1813 se reconstruyera la Catedral, dando un paso a la restauración de la ciudad.

Se hizo propaganda a favor de Jesús Sepultado y en 1821 quedó establecida una fiesta llamada El Primer viernes. Y a iniciativa del presbítero don Manuel Francisco Barrutia, en 1819 se procedió a construir un nuevo oratorio en el mismo solar y un año más tarde, en 1820, se inauguró y fue puesto al culto religioso, ante el regocijo de los fieles y vecinos de la aldea.

Con el objetivo de ampliar el espacio del antiguo oratorio para el regocijo de los fieles y vecinos de la aldea se da el siguiente paso en el año 1867 con la construcción de una iglesia formal de calicanto estilo barroco, un atrio con pilastras, y una hermosa verja de hierro que se puso al servicio religioso. (En dicho santuario se realizó el 8 de mayo de 1986, el solemne acto de consagración de la milagrosa imagen del Santo Cristo Yaciente a cargo del Ilmo. Y Revmo. Monseñor Próspero Penados del Barrio, arzobispo de Guatemala.)

Siguiendo con la reconstrucción de la Aldea San Felipe en el año 1880 se reconstruye el palacio de los Capitanes Generales, en 1923, el artesanado de la iglesia se encontraba muy deteriorado y sus muros muy dañados por los terremotos de 1917-1918, motivo por el cual, a iniciativa del padre español don Pedro Guitart, se procedió a demoler el templo, quedando en pie solo el presbiterio; se inició la construcción de uno nuevo modificando su estilo barroco por gótico, encargándose la construcción al maestro don Federico Muñoz, quien en 1930 la entregó debidamente terminada. El nuevo santuario de San Felipe de Jesús, sufrió serios daños con los sismo del 6 de agosto de 1942 y aún más con el terremoto del 4 de febrero de 1976, en esta ocasión solo logró salvarse la fachada y el presbiterio.

El 30 de Marzo de 1944 se declara a la ciudad de Antigua Guatemala como “Monumento Nacional” con el Decreto 2772 de la República y posterior a esto el 25 de noviembre de 1969 con el apoyo del Instituto de Antropología e Historia se logra la creación de leyes para la protección de la ciudad de La Antigua Guatemala (Según Decreto 60-69 del Congreso de la República), y se crea el Consejo Nacional para la Protección de La Antigua Guatemala (CNPAG), cuyas funciones son la protección, conservación, restauración y mantenimiento de los bienes muebles e inmuebles de la ciudad.

El siguiente paso para la ciudad fue en el año de 1965 cuando es declarada “Monumento de América” por la XIII Asamblea General del Instituto Panamericano de Geografía e Historia de la Organización de Estados Americanos.

Se inició la obra de reconstrucción y ampliación del santuario de San Felipe en el año de 1978, gracias a la actividad del capellán del santuario, Pbro. Don Alfredo Sobalvarro y Conde, propuso y organizó un comité pro reconstrucción del santuario, quedando integrado por don José Humberto Rosales Arriola, como presidente; profesor César Amílcar Campagnac Rosales, Vicepresidente; señora alma Rosa Flores de Rendón, secretaria; señor Manuel Antonio Flores Romero, tesorero; señor Andrés Toledo Álvarez, protesorero; y vocales: señores Marco Tulio España Menchú, Tranculla Bonatti de Castañeda y Otto Asmus Laguardia y a la valiosa colaboración de instituciones del Estado y privadas, así como de vecinos y devotos de la consagrada imagen Yacente del Santo Cristo, quedando terminada el 30 de noviembre de 1984.

La obra ofrece algunos cambios anteriores interiores, tales como: la sustitución de la bóveda ojival, por una de medio punto cubierta de lámina de asbesto; se suprimió la cúpula del crucero; las puertas de las capillas laterales que daban acceso al interior del templo, por parte norte y sur; se trasladaron al poniente las mismas. Con esos cambios aunados a su estilo gótico, la iglesia de San Felipe, tiene un marcado contraste con el resto de edificaciones religiosas de La Antigua Guatemala.

El 1 de diciembre de 1984 constituyó el día de fiesta para vecinos y devotos de la consagrada imagen del Santo Cristo Yacente de San Felipe de Jesús con motivo de la solemne consagración del Santuario y el Altar Mayor, impresionante

ceremonia que estuvo presidida por el Nuncio de su Santidad Juan Pablo II, el mons. Oriano Quilici, con asistencia de Monseñor Próspero Penados el Barrio, Arzobispo de Guatemala; Monseñor Angélico Melotto, obispo de la diócesis de Sololá; el Presbítero Alfredo Sobalvarro, rector del santuario, y religiosos mercenarios; como invitados de honor. El general Oscar Humberto Mejía Victores, jefe de Estado, y su distinguida esposa; miembros de su gabinete, distinguidos diplomáticos de Alemania acreditados en nuestro país, hermandades religiosas, así como miles de fieles.

Seguidamente se procedió al traslado de la consagrada imagen del Santo Cristo Yacente que, desde 1976, estuvo provisionalmente expuesto al culto religioso en un modesto oratorio construido en la plazuela de la aldea, siendo devotamente colocado en su hermosa urna de metal, del mismo estilo del templo, que en 1980 donara son Guillermo Aguirre Asturias, fiel devoto suyo.

El 14 de abril de 1973, la iglesia había sido enriquecida con cuatro hermosos vitrales traídos de México, D.F., que ostentaba la imagen de los cuatro evangelistas: Mateo, Marcos, Lucas y Juan; dos de ellos donados por doña Rosa Hernández v. de Godoy y los otros dos por la familia Roca Samayoa, devotos del Señor. Estos vitrales fueron trasladados y colocados en la sacristía del santuario al ser restaurado y remodelado el Altar Mayor del mismo.

Otro hecho que reviste particular mención, es el haber sido elevado a la categoría de vicaría episcopal el 27 de julio de 1986 por disposición de la Curia Eclesiástica, siendo nombrado, Monseñor José Ramiro Pellecer Samayoa.

Quién por primera vez visita esta pintoresca aldea y es un poco observador, se preguntará porque el lugar lleva el nombre de un santo misionero de la orden franciscana, San Felipe de Jesús, que nació en México el 1 de mayo de 1572, hijo de padres españoles que se habían establecido en México, pocos meses antes, y cuando contaba Felipe con 21 años, encontrándose en Filipinas, a donde se dirigió en busca de aventuras, ingresó a la orden franciscana y cuatro años después, el 5 de febrero de 1597, murió martirizado en la isla de Nagasaki, Japón, dando así testimonio de su fe.

La respuesta, consideramos obedece a que el nombre de la aldea, a juicio del Muy Noble Ayuntamiento, fue rendir homenaje a uno de los primeros santos nacidos en el Nuevo Mundo, mientras que la iglesia católica acordó dar el nombre del apóstol al templo del lugar; de manera que esta aldea es uno de los pocos lugares del país que ostenta dos nombres como un hecho curioso.

En la Actualidad la ciudad de La Antigua Guatemala cuenta con una población aproximada de 25,000 habitantes en el sector urbano y 10,000 habitantes en los sectores aledaños, los cuales se dividen en 14 aldeas.

Entre dichas aldeas se encuentra San Felipe de Jesús que actualmente es un pequeño poblado a dos kilómetros de la ciudad de Antigua Guatemala, este

cuenta con una población de 2,500 habitantes aproximadamente, su clima es templado la mayor parte del año y agradable para el turismo. Cuenta con todos los servicios básicos necesarios para la vida cotidiana, como lo son el agua potable, transporte, servicio de telefonía, alumbrado eléctrico y vías de comunicación.

La aldea cuenta con una Auxiliatura donde se encuentran las oficinas de servicio comunal, en la aldea también se encuentran una variedad de centros comerciales, comedores, un mercado de artesanías, la plazuela con una fuente colonial del siglo XVII y con una escuela rural mixta.

En la jurisdicción de dicha escuela en el año 1991 se inauguró el Hospital Nacional Pedro de Betancourt, para sustituir a la anterior institución de servicio social de la Antigua Guatemala la cual fue destruida a causa de un terremoto en 1976, construido al sur oriente de la aldea en el terreno de aproximadamente siete manzanas, cedido por el Muy Noble Ayuntamiento al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1972.

Aspecto Socio-cultural

San Felipe cuenta con una población en su mayoría ladinos y un pequeño número de la etnia kaqchikel emigrante, específicamente un 99% de ladinos y 1% de indígenas de la etnia Kaqchikel. En esta aldea predomina el idioma castellano, aunque las personas mayores se comunican en su idioma materno, visten sus trajes tradicionales y guardan con mucho celo sus costumbres y tradiciones,

practicándolas año tras año y con recelo y molestia señalan la falta de identidad cultural de los jóvenes, debido a que estos visten de ladinos, abandonaron su idioma materno y sus trajes y prefieren acoplarse a los cambios de época, como lo son el escuchar la música moderna, cambiando sus hábitos alimenticios por comida chatarra en su mayoría, realizando actividades fuera de la aldea, en su mayoría viajando a la ciudad capital de Guatemala, muchos jóvenes también han abandonado algunas costumbres y creencias religiosas, lo que causa aún más recelo y molestia por parte de las personas mayores del lugar.

Los habitantes de San Felipe poseen increíble calidez humana, amabilidad, cortesía, respeto y simpatía hacia los visitantes, tratándolos de una forma especial y brindándoles las comodidades y gustos del lugar, por lo mismo muchos turistas toman como punto de visita desde la Antigua Guatemala hasta San Felipe.

Sin embargo como punto cultural se sigue observando el machismo lo cual contribuye a que las mujeres no tengan acceso a educación para impedir avance intelectual y superación personal, a un estatus laboral bajo, debido a la falta de preparación y del machismo en la población, no logran conseguir trabajo ajeno a las labores domésticas, familiares, en la venta de productos en el mercado o en la ayuda de trabajos artesanales; otro punto en el cual se ve afectada la mujeres de esta población es a causa de un pobre desenvolvimiento competitivo ya que en la mayoría de casos, van desde el maltrato a la mujer, violencia intrafamiliar hasta un bloqueo del desarrollo integral de la mujer; pues en muchos casos son sometidas

a la voluntad de la figura masculina, ya sea del padre o por la pareja, impidiendo esto su crecimiento individual.

La mayoría de familias son numerosas debido a que evitan en su mayoría la utilización de métodos anticonceptivos o de planificación familiar, teniendo así un promedio de 5 a 7 integrantes por cada familia, aunque también se encuentran familias más grandes de entre 7 a 9 o más integrantes por cada familia, contribuyendo esto a un nivel de vida más bajo y menos probabilidades de superación y crecimiento económico, educativo y cultural.

La religión católica es predominante en el lugar, encontrando también personas que practican la religión evangélica. En la iglesia de San Felipe se venera la imagen de Cristo Sepultado, por lo mismo San Felipe se convierte anualmente en centro de peregrinaciones en su mayoría para fechas de Cuaresma y Semana Santa.

Las festividades religiosas son de destacar dentro de las actividades culturales de San Felipe, entre ellas la fiesta patronal de San Felipe que es la más esperada en la aldea, en la cual se realizan actos religiosos, culturales y deportivos y se celebra el 1 de mayo en honor a su santo patronal San Felipe Apóstol. También en fechas como Semana Santa donde las calles se llenan de alfombras realizadas con flores, aserrín teñido de distintos colores, y con un sinfín de formas y contornos brindando una belleza inigualable, sobre dichas alfombras en solemne marcha pasan las procesiones típicas de esta fecha y se reúnen los

miles de seguidores, entre los cuales se puede mencionar personas provenientes de varios sitios de Guatemala y también a turistas de otras partes del mundo que se reúnen para observar la belleza inigualable y la forma de celebración típica de esta región.

Entre las festividades religiosas que se celebran en el santuario de San Felipe se encuentran la romería del Primer Viernes de Cuaresma que data de 1972 a la cual millares de peregrinos de todo el país llegan a rendir culto a la consagrada imagen del Viernes Santo, la cual solo se ve en procesión en momentos de calamidad pública. En dicho santuario también se celebran actos religiosos, culturales, deportivos, sociales, populares, el Hábeas Christi y por último la navidad.

Cabe destacar las esculturas que veneran en dicho santuario de la fe: la del apóstol San Felipe de Jesús, escultura barroca de estofe policromado del siglo XVII del autor anónimo; la del milagroso Santo Cristo Yacente que el 30 de agosto de 1670, que los vecinos de San Juan Perdido llevaron consigo al trasladarse al valle del “Rejón”.

Entre las tradiciones y creencias más fuertes de San Felipe se mantiene el pensamiento y aceptación de las ideas mágico-religiosas en la vida, de que nada sucede por casualidad, que todo es parte del destino de la vida, también creen con devoción en los hechiceros, chamanes, brujas o hechiceras y en los trabajos mágicos, como también en el uso de amuletos, medallas, velas, estampas o imágenes para aumentar su suerte. Visitan a menudo personas para la lectura del

futuro, adivinación, curaciones y bendición a través de métodos mágicos para mejorar su vida y economía. Las creencias místicas hacen que San Felipe sea un poblado muy tradicional e interesante y al mismo tiempo misterioso. Pero al existir la creencia hacia la magia también existe la fuerte creencia hacia la magia negra y las maldiciones, entre las más famosas de San Felipe se encuentran el deseo de que ocurra algo malo o la llamada “ojalá”, los “asines” que es una variante dialectal de así, en la cual se da como consecuencia algún acto que perjudique a la otra persona y el más famoso que sería el “mal de ojo” que consiste en que una persona que tiene rencor o envidia hacia otra la “aoja” o fija la mirada en ella acumulando tanta maldad dentro de sí misma para hechizarla trayendo todo tipo de infortunios encadenados, malestares físicos inexplicables e incurables con la medicina normal y la conocida “racha” de mala suerte y desgracia, provocándole continuos episodios de mala suerte y desgracia; por todo lo anterior esta creencia según los habitantes de la aldea es lo peor que les puede pasar puesto que combina problemas, mala suerte, enfermedades físicas y un sinnúmero de eventos negativos. Al igual tienen creencias para eliminar este tipo de maldiciones como lo es la utilización de un espejo, tomándolo y pensando en la persona que perpetra la maldición y diciendo su nombre y que toda maldición se regrese a él/ella. Otra técnica sería el pedir perdón por la persona que ha lanzado la maldición y rogar la salvación a Dios tanto del perpetrador como del afectado. Y para el mal de ojo que es algo más fuerte solo se puede eliminar con la ayuda de hechiceros o chamanes. Para conocer si se tiene mal de ojo acostumbran tres formas como lo son: Quemar sal gorda, la cual consiste en preparar una pequeña vasija (cazuelita de barro o metal) en la cual se echará alcohol y se prenderá. Según va ardiendo, la

persona que supuestamente tiene mal de ojo irá cogiendo sal gorda y, pasándola por sus manos, la irá echando al fuego. Si los chasquidos de la sal gorda al irse quemando son muy fuertes, esto indica que la persona tiene mal de ojo, por el contrario, si los chasquidos son débiles, significa que la persona no tiene mal de ojo. La segunda forma sería la utilización del mechón de pelo, en la cual será necesario tener a mano un vaso con agua limpia y un cacharrito con aceite de oliva. Se cortará un mechón de pelo de la persona a diagnosticar y se mojará en el aceite de oliva, echando tres gotas de aceite en el vaso de agua, rezando tres padres nuestros en cada gota. Hecho lo anterior hay tres posibilidades: que el aceite se hunda, lo cual implica la existencia del mal de ojo; que el aceite flote disperso, lo cual implica que hay mal de ojo o que el aceite flote agrupado, formando una masa compacta, lo cual nos da a entender que no hay mal de ojo.

Otra creencia que poseen en San Felipe es la del "karma" que generalmente se interpreta como una ley cósmica de retribución, o de causa y efecto. Se refiere al concepto de "acción" o "acto" entendido como aquello que causa el comienzo del ciclo de causa y efecto. Explicándolo en una forma más sencilla sería que cualquier mala acción que se realice se regresará al doble sin tener oportunidad de evitarlo, causando desgracias y una serie de eventos desafortunados.

Siendo estas ideologías parte de la vida diaria de muchas personas que habitan en el área de San Felipe; lo que influye en su forma de pensar y en la toma de decisiones, debido a que en algunos casos las personas pueden

anteponer dichas ideologías ante la necesidad de recibir atención física o psicológica. Siendo ejemplo de esto, las personas que prefieren asistir a la consulta de un chamán o curandero en lugar de buscar asistencia profesional en la salud; lo que puede llegar a agravar su problema con el paso del tiempo a niveles irreversibles.

Aspecto Socio-Económico

La mayor parte de la población en San Felipe se dedica a la agricultura y comercio, en el mercado de la Antigua Guatemala, de granos como lo es el maíz, el frijol y el café, también de verduras, hortalizas, flores y frutas de diversas clases.

Esta aldea no cuenta con un mercado de comercio agrícola pero cuenta con dos fincas cafetaleras que conforman una fuente importante de trabajo para la población ya que el café es un cultivo permanente. Su vida productiva puede ser mayor a los 40 años, su producción se da una vez al año durante lo que se llama ciclo cafetalero. Dependiendo de la zona y la altura es la época de corte. En México inicia en septiembre y concluye en marzo. El recorrido que sigue la semilla del cafeto hasta llegar a la taza inicia en el semillero donde se pone a germinar la semilla y dos meses después se obtiene una plántula llamada soldadito y cuando hay dos hojitas alcanza la fase de mariposa y se trasplanta al vivero, también se trasplanta en “pesetilla” (2 pares de hojitas) o en “naranjito” (tres pares).

Otra forma de trabajo son las micro y pequeñas empresas desde el año 2002, en la cual se generan una variedad de puestos de trabajo para los pobladores de la aldea San Felipe, entre las que se pueden encontrar la alfarería, que es la producción de tinajas, jarros, apastes, batidores, braceros, ollas, porrones, comales, pichingas, tecomates, alcancías, incensarios, maceteros, floreros, entre otros.

Otra tipo de micro o pequeña empresa es la fabricación de textiles y confección de prendas de vestir las cuales se elaboran mediante operaciones como tejido, trenzado o fieltado. Las fibras que se utilizan para hacer telas son cinco: lino, lana, algodón, seda y las fibras sintéticas (poliéster). La primera etapa en la elaboración de telas implica la producción de la materia prima, ya sea el cultivo de algodón, lino u otras plantas, la cría de ovejas o gusanos de seda, o la producción química de fibras; a continuación, la fibra se hila y posteriormente se usa el hilo para tejer las telas. Después del teñido y el acabado, el material puede suministrarse directamente a un fabricante de productos textiles o a un minorista que lo vende a particulares que confeccionan prendas de vestir o ropa de casa. Y otra de las micro empresas más comunes es la realización de pinturas y retratos artísticos.

La principal fuente de ingresos para la población de San Felipe son las ventas que se realizan en el mercado principal que se encuentra en la plaza de la aldea, siendo estas en su mayoría de dulces típicos, como lo son los cajetes de pino que, llenos de colorido resguardan el sabor del mazapán, se convierten en

una buena opción para comprar, más aún, si es la primera vez que se prueban y comidas típicas como: arroz en leche, el atol blanco, atol de elote, tostadas, enchiladas, chuchitos y rellenitos, como ventas secundarias se encuentran algunas artesanías de barro, objetos zoomorfos de barro cocido, también se destacan la venta de alcancías, las cuales se encuentran forma de animales, frutas y vegetales de todos tamaños y la realización de muebles tallados en madera y otros materiales de interés turístico y local, juguetes tanto tradicionales como no tradicionales, y productos para fines religiosos como lo son candelas, veladoras, rosarios, e imágenes para los fieles que veneran al Señor Sepultado en esta iglesia.

Como fuentes de trabajo formal entre una pequeña parte de la población se encuentra el trabajo en el Hospital, como lo son enfermeras, personas encargadas de la recepción, médicos o el personal de limpieza y personas que viajan a la Antigua Guatemala para optar para otro tipo de puestos entre ellos trabajos técnicos como lo son carpintería, albañilería, electricidad, ayudantes en distintas labores, entre otros.

Al igual hay comercio informal o personas que poseen negocios personales, como lo son la colocación de tiendas, farmacias, venta de artículos varios, artículos básicos de consumo, la realización y venta de productos en la calle como lo son pulseras artesanales, joyas realizadas con productos naturales como raíces, madera, piedras, semillas, etc.

San Felipe no es la excepción para sufrir la recesión económica que predijeron los expertos del Fondo Monetario Internacional los cuales estiman que la economía guatemalteca sufrirá un ajuste en sus tasas de crecimiento, exportaciones, remesas e inversión ante una recesión en EE.UU.

Además de la interminable escalada de violencia y criminalidad que se abate sobre Guatemala, la crisis económica es otra de las causas de aflicción de nuestro pueblo, que cada día debe pagar más por sus precarios alimentos.

Hasta la adquisición de las tortillas y el pan se ha tornado dificultosa para los más pobres, ya no digamos las crecientes tarifas de la transportación pública en autobús a lo que se suma el penoso pago por vestuario, vivienda y salud.

Es cierto que en un alto porcentaje estamos sufriendo los efectos de la inflación importada, como consecuencia, entre otros, de la indetenible alza del petróleo internacional, de estratégicas materias primas y de la energía, que se encuentra fuera de nuestro control.

Todo sector comercial se ha visto afectado, aún la agricultura ya que los precios de abono, semillas y herramientas agrícolas se han tornado impagables por lo que la actividad agrícola cada vez es más difícil y siendo esta la principal actividad económica ha generado temor entre la población.

A causa de este temor se ha aumentado el desempleo y la inseguridad llevando a más personas a la mendicidad, la cual a practican aquellos que

necesitan limosnas para sus sustento -al menos en parte- económico. Mayoritariamente, los mendigos solicitan dinero. Los motivos para mendigar son diversos, y son especialmente frecuentes en países del Tercer Mundo. El desempleo, accidentes, la avanzada edad, la vagancia o la negativa a recibir ayuda social son algunos de los motivos más frecuentes.

La mendicidad también puede ejercerse por voluntad propia, ejemplo de ellos lo son las órdenes mendicantes quienes pertenecen a una orden religiosa católica y se caracterizan por vivir por la limosna la cual es utilizada para obras benéficas.

A causa de estas crisis las personas en San Felipe y en las aldeas aledañas, elaboraron El Plan De Desarrollo de Las Aldeas de La Antigua Guatemala y la realización de Ferias Artesanales que promuevan la comercialización de los productos impulsando así la venta al turismo internacional y nacional.

La primera de estas ferias se llevó en el año 2011 los días 12, 13, 14 y 15 de octubre situada en los corredores del Palacio del Noble Ayuntamiento de La Antigua Guatemala.

En San Felipe los centros de servicio de salud son dos; el primero de estos El Hospital Nacional Pedro de Betancourt, el cual presta sus servicios de forma gratuita, y el segundo centro sería una Organización No Gubernamental de ayuda

social llamada Nuestros Ahijados o God's Child Projet, en la cual extranjeros brindan los servicios y consultas médicas, dentales y psicológicas por un costo de Q.30.00, si y solo si la persona puede cubrir con este pago, de lo contrario luego de un estudio de su situación económica se le permite el ingreso de forma gratuita.

Aspecto Ideológico Político

Para poder definir el aspecto ideológico político de una región antes se debe conocer que es la política en sí y luego la política del país.

La política es la actividad humana que tiene como objetivo gobernar o dirigir la acción del Estado en beneficio de la sociedad, siendo un proceso orientado ideológicamente hacia la toma de decisiones para la consecución de los objetivos de un grupo. Ésta se puede apreciar como una actividad que se inclina por sí misma hacia el bien de las sociedades humanas en general.

La política influye en nuestra vida diaria y es necesaria pues ésta es fundamental para un país manteniendo el orden, la economía, la ejecución de leyes que nos benefician, el comercio, trabajo, y demás; pues la política está en todo nuestro entorno y nos sirve para que todo esté en un balance, ya que repercuten para bien o para mal en nuestra sociedad y por consiguiente afectan

nuestras vidas positiva o negativamente, según como se gobierne un país, por eso si una sociedad está constituida por un conjunto de individuos que poseen de hecho metas e intereses propios y particulares, mismos que serán insertados en la sociedad mediante acciones políticas concretas: entonces el objetivo del quehacer político, sería ascender de manera consciente en la sociedad para conseguir el cumplimiento de nuestras metas e intereses, personales y particulares, a través del convencimiento de que estos aportarán y contribuirán al mejoramiento de la sociedad en general.

La actual política de Guatemala está regida por la Constitución Política de la República de Guatemala de 1985 y reformada en 1994 en la que se establece a Guatemala como un Estado libre, independiente y soberano. Su sistema de gobierno es republicano, democrático y representativo.

Esta se divide en tres organismos, los cuales son el ejecutivo, legislativo y judicial.

El organismo ejecutivo, es ejercido por el Presidente de la República de Guatemala, el Vicepresidente de la República de Guatemala y el Consejo de Ministros y por la demás entidades públicas correspondientes a este organismo. El Presidente y el Vicepresidente son elegidos por un período improrrogable de cuatro años por medio del sufragio universal y secreto. El Presidente de la República es el Comandante en Jefe de las Fuerzas Armadas de Guatemala y las Fuerzas Públicas. El actual Presidente de la República de Guatemala es el Gral.

Otto Pérez Molina y la actual Vicepresidente de la República de Guatemala es la Sra. Roxana Baldetti, primera mujer en ocupar la segunda magistratura.

El organismo legislativo está ejercido por el Congreso de la República de Guatemala, el cual consta de un hemiciclo formado por 158 diputados de los diferentes distritos electorales para un período de gestión de cuatro años pudiendo ser reelectos mediante el sufragio universal y secreto. Su función primordial es representar al pueblo, además tiene la potestad legislativa, es decir está a cargo de promulgar las leyes.

Sus períodos o sesiones ordinarias comenzarán el 14 de enero al 15 de mayo y del 1 de agosto al 30 de noviembre de cada año, sin necesidad de convocatoria, así también podrá hacerlo en reuniones extraordinarias cuando sea de principal importancia. El actual Presidente del Congreso de la República de Guatemala es el Lic. Gudy Rivera Estrada.

El organismo ejecutivo es ejercido por la Corte Suprema de Justicia de la República de Guatemala la cual está conformada por 13 magistrados electos por el Congreso de la República para un período de gestión de cinco años, pudiendo ser reelectos. La función de dicho organismo está establecida en la ley, que establece que la Corte Suprema de Justicia podrá administrar la justicia conforme lo dicte la Constitución y las demás leyes. La actual Presidenta del Organismo Judicial y la Corte Suprema de Justicia es la Licda. Thelma Esperanza Aldana Hernández, Magistrada Vocal VII. Su sede se encuentra en el Palacio de Justicia en la Zona 4 de la Ciudad de Guatemala. El máximo tribunal en materia

constitucional es la Corte de Constitucionalidad formada por 5 magistrados, los cuales velan porque se cumpla la Constitución Política de la República de Guatemala. Actualmente el Organismo Judicial encabeza el Sistema de Justicia en Guatemala.

Específicamente antes del año de 1935 la aldea pertenecía al municipio de Jocotenango pero según acuerdo gubernativo del 23 de agosto de 1935, la aldea de San Felipe pertenece al municipio de la Antigua Guatemala, por lo que el manejo político y la autoridad son un alcalde auxiliar y cuatro regidores o vocales que laboran de forma gratuita y seguido de estos se encuentran 40 magistrales que secundan a los dos primeros puestos. Debido a que tanto el alcalde auxiliar como los vocales trabajan ad honorem, deben trabajar en otras actividades para poder subsistir y mantener a sus familias, por lo que no se les encuentra en la municipalidad en todos los horarios laborales, habiendo para esto una persona encargada de atender la municipalidad en la ausencia de dichas autoridades.

Otra autoridad de la aldea es el Consejo Comunitario de Desarrollo, en el cual se elige a un coordinador como alcalde comunitario o auxiliar y a 12 representantes elegidos por la asamblea comunitaria, y puede ser constituido solamente por las comunidades cuya organización territorial este legalmente conocida como aldea. Dicho consejo, una vez conformado, debe registrarse e inscribirse en el libro respectivo el Registro Civil de la Municipalidad de su jurisdicción.

Las obligaciones del consejo son la de identificar, promover y priorizar actividades y proyectos culturales y de beneficio para la población.

San Felipe no es la excepción en cuanto a corrupción política y de las autoridades, como en todo el país se maneja temor hacia los altos puestos debido a la falta de credibilidad de los mismos y a la malversación de fondos y un liderazgo inadecuado, lo que causa una economía inestable en la aldea. Las personas mayores de la aldea mantienen mucho respeto hacia las autoridades de la región a diferencia de los jóvenes que presentan rebeldía y falta de disposición hacia estos.

Un error político que comúnmente se comete en San Felipe es la elección de las autoridades comunitarias por el nivel de popularidad que estos tengan y no por el nivel de conocimientos que posean para manejar la aldea y los problemas con los que cuentan y esto a causa de la falta de información y educación de la población. Esto trae como consecuencia la falta del cumplimiento de los objetivos y las promesas que se realizan en las elecciones y frena el avance de la región.

Otro problema identificado es la falta de comunicación de las autoridades regionales de San Felipe con las autoridades del departamento como la alcaldía y la municipalidad de Sacatepéquez, por lo mismo no se puede aumentar la participación política de la aldea dentro del departamento.

DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, fue fundado por hermanos de la orden de San Juan de Dios con la promesa de no solo asistir a enfermos y brindar servicio de hospital, sino que también de tratar con servicios médicos tanto a los habitantes de América, como a españoles.

El hospital fue inaugurado en el año 1663 con el nombre de Hospital San Juan de Dios. Luego de los terremotos de Santa Marta el Hospital San Juan de Dios fue trasladado a la ciudad de Guatemala, más en el año 1979 la Unesco lo declara Patrimonio de la Humanidad con el nombre de Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en honor a las obras realizadas por el Hermano Pedro de Bethancourt quien también brindó servicios de salud. Es hasta el año 1980 cuando se inicia la construcción del nuevo edificio del hospital en la aldea de San Felipe de Jesús encontrándose a un kilómetro de la ciudad de Antigua Guatemala.

Entre las potencialidades con las que cuenta el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt se encuentran que ya es un hospital escuela con pre-grado y pos-grado universitario de medicina interna, traumatología, gineco-Obstetricia y pediatría egresando 4 especialistas de medicina interna en el año 2010, esperando a partir en el año 2011 una producción de 20 especialistas cada año, quedando pendiente de iniciar su programa de pos-grado.

Cirugía y anestesia, en otras disciplinas cuentan con estudiantes de la licenciatura en psicología de 5to y 6to año, con estudiantes de químico biólogo, nutricionistas, técnicos de laboratorio, técnicos de RX, químico farmacéutico, enfermería profesional y auxiliares de enfermería, secretarias, peritos contadores, bachilleres en computación y fisioterapeutas.

El hospital se encuentra ubicado en la Aldea San Felipe de Jesús Antigua Guatemala, Sacatepéquez, con coordenadas latitud Norte 14° 3525.4", longitud oeste 90° 4387.0", también cuenta con un área física de 58,750mts.² y una altura de 1,554msnm.

Actualmente genera 667 puestos de trabajo y cuenta con las siguientes características:

Área verde y forestal y parqueos que rodean el primer piso, que albergan las emergencias, consulta externa, área administrativa, dirección, gerencia administrativa, recursos humanos, presupuesto, tesorería, compras, contabilidad, jefatura de enfermería, epidemiología, sala de operaciones, anestesia y recuperación, labor y partos, servicios de apoyo, laboratorio diagnóstico, RX, banco de sangre, patología (morgue), central de equipos, departamento de nutrición, trabajo social, departamento de registros médicos y estadística, bodegas de farmacia interna y material médico quirúrgico; Departamento de materiales y suministros, atención a la persona, departamento mantenimiento, departamento de

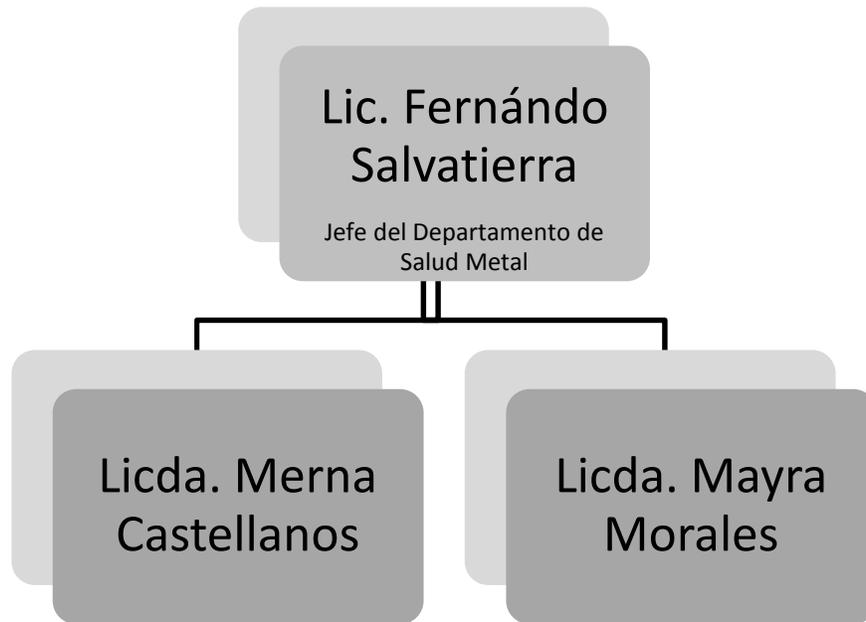
patrimonio, departamento de lavandería, departamento de intendencia y departamento de seguridad, salón de conferencias y salón de artes gráficas.

Cuenta con una torre de 3 pisos donde se ubican los encamamiento médicos de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía, traumatología, fisioterapia, medicina interna e intensiva y banco de leche materna.

La misión del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt es llegar a ser un centro escuela de especialidades y sub-especialidades conformando equipos de enfoque multidisciplinario, con programas a nivel de universidades nacionales e internacionales, con disponibilidad de recursos en general, atendiendo en sus instalaciones con tecnología avanzada a las personas consultantes, brindando servicios de salud integral con calidad, equidad, humanismo y pertinencia cultural, en un ambiente laboral satisfactorio y personal motivado para servir.

Su visión es brindar atención general especializada y sub-especializada con enfoque multidisciplinario a personas de Sacatepéquez y otras áreas de la república de Guatemala, que consultan los diferentes servicios que conforman el hospital, con capacidad física instalada adecuada a la atención integral en salud con tecnología que responde a las necesidades de prevención, diagnóstico y tratamiento, con un personal capacitado y calificado, constantemente motivado y satisfecho de la prestación de servicio que ofrece en todas las áreas, apoyados por universidades a nivel nacional e internacional, formando profesionales de las diferentes especialidades.

ORGANIGRAMA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL



CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN

El perfil geográfico de la población que se atendió en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt proviene de habitantes propios de la Aldea San Felipe con algunas excepciones de personas que provienen de departamentos aledaños, pero que sus cuidados médicos los realizan en este centro de salud y en su mayoría de la capital y del departamento de Escuintla.

El tamaño de la superficie del país es de 108.889 km², la ciudad capital es de 885 km², con una población de 3,103,685 habitantes, el departamento de Escuintla tiene una superficie de 4.384 km² y una población de 684.764 habitantes, el departamento de Sacatepéquez cuenta con una superficie de 465 km² y una población de 248.019 habitantes, la ciudad de Antigua Guatemala cuenta con una población aproximada de 25,000 habitantes, específicamente la aldea de San Felipe cuenta con una población de 2,500 habitantes aproximadamente según el Instituto Nacional de Estadística.

Existe gran diversidad de climas en Guatemala. El clima en la meseta central es bastante templado, con una media de 15 °C en todo el año. El clima de las regiones costeras es de características más tropicales; la costa atlántica es más húmeda que la del Pacífico, con una temperatura cuya media o promedio anual es de 28,3 °C. La estación de lluvias se presenta entre mayo y noviembre.

El clima de la ciudad capital es templado a excepción de los meses de noviembre a febrero, que es el invierno y desciende, pero regularmente varía entre los 24 a 28 grados centígrados. El clima en el departamento de Escuintla, en su mayoría de tiempo es un clima cálido y húmedo costero. El clima en el departamento de Sacatepéquez es templado similar al de la ciudad capital pero ligeramente más frío que esta y el clima en la aldea de San Felipe es templado la mayor parte del año y agradable para el turismo.

El perfil demográfico de la población de la aldea de San Felipe Según Multivex Sigma Dos de Guatemala, S.A. en datos de 2009, las personas que se entendió en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt está enfocado a personas tanto hombres como mujeres, que se dividen en tres secciones, como lo son la sala de niños, la sala de mujeres y la sala de hombres. La sala de niños se comprende aproximadamente entre las edades de 5 a 12 años, la sala de hombres y la sala de mujeres para fines explicativos se dividieron en dos secciones que serían las edades de 12 a 50 años como adultos y de 51 a 80 como adulto mayor.

Los estados civiles que se manejan en las tres secciones varían entre solteros, casados, unidos, divorciados y viudos.

En su mayoría las personas que se atendieron pertenecen a un nivel socio-económico Bajo o C y Medio Bajo o B Alto y en menores casos de nivel medio o B los cuales cuentan con las características presentadas según Multivex Sigma Dos de Guatemala, S.A. en la tabla siguiente:

Servicio doméstico	No cuentan con un servicio doméstico
Vehículos	En su mayoría no poseen vehículo y se movilizan en transporte público y una cantidad muy pequeña de personas poseen vehículo pero antiguo y en estado medio.
Viajes al exterior	No realizan viajes en el interior del país con fines turísticos o recreacionales y tampoco realizan viajes al exterior del país.
Ingresos familiares mensuales	Ingresos familiares oscilan alrededor de Q2,000.00 al mes en las clases medias bajas y en la clase baja el rango de ingresos económicos es menor a Q.1,000.00.
Vivienda	Vivienda en aldeas las cuales están construidas de los siguientes materiales: Paredes de block, adobe, lamina y madera, techos de teja, terraza y lámina y poseen pocas habitaciones, con ambientes unidos y en algunos casos varias familias en una misma vivienda.
Aparatos eléctricos	Disponen en algunos casos de los aparatos básicos ya que cuentan con refrigeradora, radio y televisión. Y en casos de extrema

	pobreza no cuentan con servicios eléctricos.
--	--

Como el perfil psicográfico a las personas que se atendieron en el Hospital Nacional Pedro de Bethancourt se les consideró personas de clase media baja y baja, que en su mayoría dependen económicamente de alguna persona, con características humildes y con cierto determinismo psíquico que provoca en ellos sentido de conformismo, ya que sus metas están ligadas a un punto muy bajo. Por la variedad de rangos en la edad de las personas que se atendió varía mucho ya que los jóvenes son compulsivos por la edad y madurez mental, ya que se dejan llevar por las emociones más que por el razonamiento y las personas de edad avanzada tienden a razonar antes de actuar.

Los adultos como hobbies al igual los jóvenes tienden a salir con sus amistades al centro de Antigua Guatemala a fiestas, tomar bebidas alcohólicas entre amistades, o practicar algún deporte, entre los más conocidos: Fútbol, basquetbol y billar. Y entre los hobbies de las personas mayores se podrían mencionar reuniones en la aldea de San Felipe con sus amistades, actividades religiosas entre las cuales se puede mencionar a las mujeres con los grupos pastorales o comunidades cristianas, y entre los hombres lo más común sería la práctica del fútbol.

Entre el perfil conductual de los jóvenes y adultos de San Felipe se pueden mencionar las actividades culturales, los gustos artísticos como por ejemplo la realización de pinturas, paisajes y retratos; actividades artesanales por la realización de objetos de barro, pulseras tradicionales y demás objetos para la venta a los turistas; gustos culinarios típicos de la región por la realización de comidas y dulces típicos, y en algunos casos deseo de superación académica.

Como conductas negativas en la juventud se pueden mencionar la rebeldía a las reglas o leyes de la aldea y en algunos casos actitudes negativas por la falta de adaptación en los grupos sociales, lo cual puede conllevar a ciertos patrones nocivos de la conducta como lo pueden ser: el alcoholismo la cual se caracteriza como una enfermedad progresiva, crónica y degenerativa; con síntomas que incluyen una fuerte necesidad de tomar a pesar de las consecuencias negativas.

Esta enfermedad está caracterizada por daños físicos en todos los sistemas del organismo, siendo los más complicados los que se relacionan con el sistema cardiovascular, el sistema nervioso y el hígado. Cuando el consumo de bebidas alcohólicas es exagerado o recurrente se produce tolerancia. Esto quiere decir que el organismo requiere una mayor dosis de alcohol para obtener las mismas sensaciones. Esta situación facilita la adicción, la cual es acompañada de grandes dificultades por detener el consumo cuando se empieza a beber. Al suspender la utilización de alcohol, se desarrollan síntomas como náuseas, temblores y ansiedad, mejor conocidos como síndrome de abstinencia. El alcoholismo se convierte en un problema social cuando la persona que ha desarrollado adicción, presenta problemas dentro y fuera de la familia debido a las

conductas nocivas que desarrolla, como lo pueden ser: inestabilidad emocional, violencia, depresión, irracionalidad, impulsividad, necesidad de atención, frustración, irresponsabilidad e incluso ausencia en el hogar.

Otro patrón nocivo a mencionar es la drogadicción que es una enfermedad la cual consiste en la dependencia de sustancias que afectan el sistema nervioso central y las funciones cerebrales, produciendo alteraciones en el comportamiento, la percepción, el juicio y las emociones. Los efectos de las drogas son diversos, dependiendo del tipo de droga y la cantidad o frecuencia con la que se consume.

Pueden producir alucinaciones, intensificar o entorpecer los sentidos, provocar sensaciones de euforia o desesperación. Algunas drogas pueden incluso llevar la pérdida de la razón o la muerte. La mayoría de las drogas producen tolerancia, que lleva al drogadicto a consumir mayor cantidad de droga cada vez, puesto que el organismo se adapta al consumo y necesita una mayor cantidad de sustancia para conseguir el mismo efecto. La dependencia, psíquica o física, producida por las drogas puede llegar a ser muy fuerte, esclavizando la voluntad y desplazando otras necesidades básicas, como comer o dormir. La necesidad de droga es más fuerte. La persona pierde todo concepto de moralidad y hace cosas que, de no estar bajo el influjo de la droga, no haría, como mentir, robar, prostituirse e incluso matar. La droga se convierte en el centro de la vida del drogadicto, llegando a afectarla en todos los aspectos: en el trabajo, en las relaciones familiares e interpersonales, en los estudios, etc. Por lo que ambos

patrones nocivos de la conducta pueden afectar de manera negativa y crear repercusiones en la población.

Y entre las conductas negativas de los hombres adultos de San Felipe se podría mencionar también los patrones nocivos mencionados anteriormente y la infidelidad la cual podemos entender como una relación fuera del lazo conyugal que uno de los miembros establece con otra persona sea esta del mismo sexo o del sexo opuesto, y con quien obtiene algún tipo de relación amorosa, no solamente genital, pudiendo ser a corto o a largo plazo.

En las mujeres adultas la infidelidad y rechazo a las actitudes masculinas, sin embargo por el machismo manejado en la aldea las mujeres tienen actitudes sumisas hacia los hombres como lo pueden ser la negación de sus derechos como lo es el estudio, tomar parte en las opiniones o decisiones del hogar, la realización de los oficios del hogar típicos de la mujer, y ciertos trabajos específicos que deben realizar, así como callar los problemas y las situaciones de violencia intrafamiliar.

PLANTEAMIENTO DE LA PROBLEMÁTICA

La situación actual del país representa un problema macro el cual el estado ya no es responsable de generar, sino que ahora es tarea de los ciudadanos, tanto así que nuestra economía está sustentada por las divisas que entran a Guatemala. El modelo de desarrollo hacia fuera que explota o expulsa, mano de obra barata y saqueo de bienes naturales, son de las varias razones que muchos ciudadanos prefieren emigrar hacia otros países y sacar adelante a sus familias para superar de la pobreza en que éstas están.

Nuestra sociedad está debilitada por la extrema pobreza, es decir somos una sociedad fragmentada, todos van hacia “una mejor opción”, hay muchos jóvenes que optan por salir de su país a hacer trabajos domésticos o de mano de obra que estudiar, ¿Por qué se da esto? Por una muy sencilla razón, ellos ganan mucho mejor en los países desarrollados no importando si tienen un título o no, generando así riqueza en otro país que no es el de ellos.

Los gobiernos han saqueado a nuestro país, llevándolo al abismo permitiendo el deterioro de nuestra sociedad, pues como el efecto domino, si se cae una pieza las demás también caerán, igual pasa Guatemala y el resto de países subdesarrollados si algo no está funcionando bien, lo demás estará mal, si nuestra economía no está bien, las familias no lo estarán, pues éstas no podrán tener acceso a la educación, a una buena alimentación y a servicios médicos, pues no tienen como pagarlos.

Las personas en cuestión de salud, prefieren auto medicarse que recurrir a un centro hospitalario público, ya que estos no tienen el equipo necesario, reciben una mala atención y carecen de medicamentos, es decir nuestras redes hospitalarias están en una situación precaria, por la corrupción que hay en ellas; hasta los mismos guardias se prestan y contribuyen con el robo de medicamentos de marca, desabasteciendo a la población de medicamentos que nosotros necesitamos.

La desconfianza por nuestros hospitales llega a tal grado que muchas mujeres que viven en el oriente de nuestro país fronterizo con El Salvador, prefieren emigrar hacia dicho país para tener a sus bebés, con la muy válida excusa, que allí reciben una mejor atención y dichos hospitales tienen un mejor mantenimiento que los nuestros, cuidando así la dignidad de las personas.

El desinterés de nuestras autoridades por brindar asistencia de salud digna a nuestra población, que se hace ver en el pobre presupuesto que otorgan al ministerio de salud junto con el ministerio de educación el cual es el más bajo de Centro América, estos dos ministerios son piezas fundamentales para el desarrollo de nuestro país, pues la salud de la población es importante para rendir bien en el trabajo, estudios y demás actividades cotidianas, y la educación para que nuestros niños, adolescentes, jóvenes y adultos puedan desenvolverse y aportar nuevas ideas que ayuden a nuestra sociedad.

La salud es fundamental para cualquier ciudadano guatemalteco, se observan en nuestros hospitales que dan citas a un lapso de tiempo demasiado largo, con una infraestructura pésima, con colores que enferman más a la persona que está enferma y deprime a quien trabaja en ellos.

Ahora, si las personas de “clase media” no pueden acudir al hospital aun cuando obtienen un salario “aceptable”, qué pasa con las personas que por falta de empleo sus ingresos diarios apenas alcanzan para su sustento y subsistencia, por lo que estas personas no tienen la capacidad económica para realizarse los exámenes correspondientes a su padecimiento, más los medicamentos que tienen que comprar para recuperarse. Estamos hablando de personas que viven en pobreza, que sobreviven con un gasto menor de veinticuatro quetzales con setenta y cuatro centavos diarios, mientras que las personas que viven en pobreza extrema sobreviven con doce quetzales al día, sabiendo esto, es de preguntarse ¿Qué hacen estas personas en caso de emergencia? Cuando el país sufre recaídas la tasa de pobreza se incrementa de forma increíble, un ejemplo de esto es cuando la tasa de pobreza general se incrementó de 51 por ciento en 2006 hasta 53.71 por ciento en 2011.

Unido íntimamente a la pobreza y a la pobreza extrema se encuentra el sistema precario de educación en el país en donde un gran porcentaje de la población no tiene acceso a la misma, no están alfabetizados y en un menor número no alcanza a seguir estudios, básicos, diversificado y aún menos universitario. Mientras el Estado mantenga un presupuesto bajo en educación, no

se generaran las oportunidades suficientes para que los niños y adolescentes asistan o mantengan una asistencia constante a la escuela, ya que cuyos padres sienten que es mejor trabajar que asistir a la escuela cuando falta el dinero en casa. Por lo que muchos terminan trabajando a muy corta edad, en situaciones desfavorables y con ganancias mínimas para el sustento diario, aun menos destinados a su salud.

El Hospital Pedro de Bethancourt atendió un gran número de consultas en las diferentes áreas del mismo, los casos de amputación de algún miembro debido a diabetes que se atendieron en el área de cirugía fueron de un 90%, por lo tanto el impacto psicológico que trae consigo la pérdida de un miembro del cuerpo es significativo, siendo necesaria la asistencia y apoyo psicológico tanto para las personas como para los familiares de los mismos, brindándoles las técnicas como la información necesaria que les ayude a superar la pérdida.

Se debieron tomar en cuenta tanto la edad como la condición económica de la persona que sufre la pérdida, así como su rol familiar, lo cual puede causar mayor ansiedad en personas quienes tienen una familia a su cargo y trabajo como responsabilidad.

La amputación de una parte del cuerpo crea en la persona un estado de ansiedad y desesperanza, pudiendo llegar a la depresión al no superar la pérdida de dicha parte del cuerpo. Se debe de entender que cualquier individuo que sufra la pérdida de algún miembro del cuerpo experimenta sentimientos de dolor

psicológico, melancolía, impotencia, ira, incredulidad entre otros y que debe de pasar por un proceso de diferentes etapas para llegar a superar de forma sana tal pérdida, es en ese proceso en el que es útil el acompañamiento psicológico profesional para la persona.

En algunos casos la persona no alcanza a superar dichas etapas de tal proceso, es entonces donde cae en un estado patológico de la pérdida, haciendo más largo el proceso de recuperación, de igual manera tales personas necesitan de asistencia psicológica brindándole técnicas que le ayuden a llegar a la aceptación de la pérdida ocurrida.

El segundo puesto en cuanto a consultas que se realizadas en el área de cirugía, se encuentran los casos de operaciones por algún acontecimiento relacionado con la violencia en general, tanto en las áreas de medicina de hombres, medicina de mujeres. Esto puede deberse a los altos índices de violencia que se viven actualmente en el país, en donde la inseguridad es tema de todos los días en los hogares guatemaltecos. La violencia crea en el individuo sensación de inseguridad y una visión hostil del mundo que le rodea en la cual o se es víctima o victimario, y debido a esto se crea un círculo de violencia que puede permanecer durante generaciones.

Por lo mismo la violencia está íntimamente ligada a la sociedad, tanto el individuo como la comunidad padecen ese sufrimiento, permaneciendo en un estado constante de ansiedad que puede llegar incluso a un estado de angustia.

Judith Herman en su libro "Trauma y Recuperación- Como superar las consecuencias de la Violencia" ¹ hace mención a lo siguiente "restaurar la grieta que se ha creado entre la persona traumatizada y la comunidad depende, en primer lugar del reconocimiento público del evento traumático, y en segundo, de algún tipo de acción comunitaria. Una vez que ha sido públicamente reconocido que una persona ha sufrido un daño, la comunidad debe tomar medidas para asignar la responsabilidad por ese daño y para curar la herida", esto implica un sentido de justicia para la persona que ha sido víctima de algún evento violento.

Al área de cirugía del Hospital Pedro de Bethancourt también ingresaron en menor número, casos quemaduras de primer y segundo grado, y lesiones por accidentes. Debido a la índole de los casos y al impacto que causan dichas situaciones en la psique de las personas que son intervenidas en esa área es sumamente necesario brindar apoyo psicológico a cualquier individuo, niño o adulto, mujer u hombre, que lo necesite en el área de cirugía, dando así la ayuda que sea de utilidad a la persona no solo en el momento sino también es su diario vivir.

¹ Hermann, Judith / *"TRAUMA Y RECUPERACIÓN – CÓMO SUPERAR LAS CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA"* / Madrid, España 2004.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Abordamiento Teórico de las Necesidades Psicosociales:

En la realidad actual de Guatemala se viven una serie de eventos que dañan la psique de los habitantes del país, les desestabilizan tanto física como emocionalmente, hasta llegar a puntos críticos que desencadenan problemas sociales que afectan a la población.

La situación económica puede llevar a las personas a ignorar sus síntomas y asistir a curanderos de su comunidad o a automedicarse, unido a esto sus creencias culturales, pueden provocar que el padecimiento de la persona llegue a situaciones críticas y hasta este punto acudir con expertos del tema.

Muchos casos de ser tratados o diagnosticados a tiempo podrían ser evitados o de llegar a puntos críticos, tanto física como psicológicamente ya que se podrían evitar o tratar depresiones por problemas económicos, sociales, culturales, etc. Y diagnosticar señales o patrones de violencia o casos extremos como lo podrían ser violación o abuso físico y psicológico hacia adultos y/o niños.

En el área de cirugía del Hospital Pedro de Bethancourt se trabajaron en un 90% con casos de amputación como consecuencia de la Diabetes Mellitus, que es una enfermedad crónica en la cual hay altos niveles de azúcar en la sangre.

Esta enfermedad es causada por la poca producción de insulina, resistencia a ésta o ambas, y lo cual se debe a factores tales como: el páncreas no produce suficiente insulina, las células no responden de manera normal a la insulina o a todas las razones anteriores. La Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud de Fishbein indica que “La diabetes es una enfermedad caracterizada por la incapacidad del organismo para utilizar la glucosa, que se traduce en una presencia excesiva de esta sustancia en la sangre y en su aparición en la orina”².

Durante el Ejercicio Profesional Supervisado se encontraron altos índices de personas con el padecimiento de Diabetes y cuyas vidas son afectadas por la misma. Según algunas teorías, la diabetes se relaciona con haber perdido la dulzura del amor, ya sea porque no se recibe amor, hay un fracaso amoroso o porque no se permite ser amado, por lo que buscará el dulzor en los alimentos, en el placer de comer para compensar lo que no se puede recibir en lo afectivo.

También tiene relación con la resistencia al disgusto, a la contrariedad permanente, a lo repugnante, lo injusto, al rechazo, en caso de violación, desempleo, quiebra de un negocio, violencia y en el amor insatisfecho.

Este padecimiento afecta la subjetividad de la persona. Representa una dificultad diaria para quien la padece, tanto físicamente, dañando diferentes órganos del cuerpo de forma degenerativa o incluso llevando a la pérdida de algún miembro del cuerpo como lo puede ser un pie, una pierna o hasta una mano. Sino

² Fishbein M. / “ENCICLOPEDIA FAMILIAR DE LA MEDICINA Y LA SALUD.” / Nueva York, Estados Unidos 1966.

también psicológicamente, afectando su estado de ánimo, causando enojo, tristeza, apatía o depresión.

Todo esto afecta también el entorno de la persona, causando problemas económicos, disminución en la productividad en el trabajo, problemas familiares, frustración ante el verse dependiente de otra persona incluso para movilizarse.

Existen tres tipos de Diabetes las cuales presentan causas y factores de riesgo diferentes:

- Diabetes tipo 1: Insulinodependiente. Este tipo de diabetes puede ocurrir a cualquier edad, pero se diagnostica con mayor frecuencia en los niños, los adolescentes o adultos jóvenes. En esta enfermedad, el cuerpo no produce o produce poca insulina y se necesitan inyecciones diarias de esta hormona. La causa exacta se desconoce.
- Diabetes tipo 2: No insulinodependiente. Este tipo corresponde a la mayoría de los casos de diabetes. El páncreas sigue produciendo insulina pero de forma insuficiente, pudiéndose tratar en un principio con régimen y pastillas antidiabéticas. Generalmente se presenta en la edad adulta, aunque ahora se está diagnosticando en adolescentes y adultos jóvenes debido a las altas tasas de obesidad. Muchas personas con este tipo de diabetes no saben que padecen esta enfermedad.

- Diabetes Gestacional: cuando se presente un alto nivel de azúcar en cualquier momento durante el embarazo en una mujer que no tiene diabetes.

Síntomas de la Diabetes:

Síntomas característicos de la Diabetes

- Poliuria: El exceso de azúcar se elimina por el riñón, arrastrando gran cantidad de agua para disolverla, por este motivo se orina más.
- Polidipsia: Para compensar la pérdida de líquidos.
- Adelgazamiento: Al no utilizarse el azúcar, se queman las grasas y se disminuye de peso.
- Polifagia: Cuanto más se come mayor es el nivel en sangre.
- Cansancio

Síntomas Secundarios:

- Picores generalizados o en los genitales.
- Propensión a infecciones de la piel (panadizos, forúnculos).
- Retardo en la cicatrización de las heridas.
- Infecciones en las encías.
- Aflojamiento de los dientes.
- Dolores y hormigueos en las extremidades.
- Alteraciones en la vista.

La mayoría de las personas consiguen un buen control con la dieta sola o acompañada con los antidiabéticos orales. Una tercera parte necesitan insulina para su completa compensación.

La diabetes puede causar serias complicaciones en la persona que la padece entre ellas se encuentra el daño a los vasos sanguíneos lo cual produce pequeñas llagas o aberturas en la piel que pueden convertirse en llagas o úlceras cutáneas profundas, que de no ser tratadas puede llegar a ser necesaria la amputación del miembro afectado, provocando esto un gran impacto psicológico en la persona.

Ante la noticia que la amputación de un miembro del cuerpo según se observó dentro del Hospital Pedro de Bethancourt, la persona genera ansiedad, la cual le podemos definir según el manual diagnóstico DSM IV.TR como una “anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de sentimientos somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo”³. La ansiedad puede ser positiva, esta es la ansiedad que se presenta diariamente, está relacionada con la motivación que ayuda a alcanzar metas planteadas. En cambio la ansiedad negativa es aquella que se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos. Estos cambios fisiológicos

³ American Psychiatric Association (APA) / “MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV-TR” / Barcelona, España 2002.

son consecuencia de la activación del sistema nervioso, del sistema endocrino y del sistema inmunológico. Por lo general sólo percibimos algunos de los desórdenes persistentes que provoca esta activación desadaptativa. La persistencia de estos cambios puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios.

Manifestaciones sintomatológicas de la ansiedad:

Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, “nudo” en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad.

Las alteraciones más graves cursan con insomnio, trastornos de la alimentación y disfunciones sexuales.

Psicológicos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza y peligro, inseguridad, sensación de vacío, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos extremos, temor a la muerte, a la locura, suicidio.

Conductuales: Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estarse quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad

corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos, tensión en las mandíbulas, cambios de voz, expresión facial de asombro, duda o crispación.

Intelectuales o cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.

Sociales: Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

Dentro de los términos de ansiedad se encuentra el concepto de ansiedad anticipatoria acuñado por Viktor Frankl, creador de la Logoterapia, quien define la ansiedad anticipatoria como “Una marcada ansiedad antes de ocurran los hechos temidos”⁴, esto tiene que ver con imaginar el futuro, está relacionado con la profecía autocumplida, es una expectativa que incita a las personas a actuar en formas que hacen que la expectativa se vuelva cierta.

⁴ Frankl Victor / “EL HOMBRE EN BUSCA DE SENTIDO” / Barcelona, España 2004.

Al encontrarse ante el hecho de perder un miembro o parte del cuerpo puede implicar una experiencia traumática para la persona. La palabra trauma deriva del griego y significa "herida". El concepto de trauma fue utilizado por Sigmund Freud desde sus comienzos, "se dice traumático de aquello que determina modificaciones definitivas en el trámite energético de las demandas pulsionales, por ende de cualquier estímulo que supere la capacidad del aparato psíquico de ligarlo con representaciones".

El trauma es el resultado de la exposición a una experiencia estresante inevitable que sobrepasa los mecanismos de afrontamiento de la persona y es vivida como amenazadora para la integridad física o psicológica. Cuando el trauma es debido a un hecho puntual, se le llama trauma simple.

La persona no solo debe de enfrentarse al evento que le causa ansiedad o un trauma simple, sino que también luego de la amputación se enfrenta a la pérdida del miembro, lo cual quiera o no le representa un proceso de duelo ante esa pérdida. El duelo no solamente se experimenta ante la pérdida de un ser amado, así que podemos definir el duelo como la reacción natural ante la pérdida de una persona, objeto o evento significativo. Se trata de una reacción principalmente emocional y comportamental en forma de sufrimiento y aflicción, cuando el vínculo afectivo que nos une a ella se rompe.

El duelo no se limita a tener componentes emocionales, sino que también los tiene fisiológicos y sociales. La intensidad y duración de este proceso y de sus

correlatos serán proporcionales a la dimensión y significado de la pérdida. En el duelo el sujeto ha experimentado una pérdida real del objeto amado y en el proceso, que se prolonga un tiempo necesario para la elaboración de esta pérdida, este pierde el interés por el mundo exterior sustrayendo la libido de todo objeto que no remita al objeto perdido. El término elaboración del duelo se entiende el transcurso del proceso desde que la pérdida se produce hasta que se supera.

Esta elaboración puede comenzar antes de la pérdida en el caso de que esta se pueda prever con cierta antelación.

El psicólogo fundador del psicoanálisis Sigmund Freud en su obra "Duelo y Melancolía"⁵ describió características propias del duelo que son:

- Reacción a la pérdida de un ser amado o de una abstracción equivalente (la patria, la libertad, el ideal, etc.)
- El duelo es un afecto normal paralelo a la melancolía (depresión); excepto en una característica: en el duelo no está afectado el "amor propio" (autoestima).
- Conlleva la convicción del sujeto de ser castigado por una culpa cometida por él.

Sin embargo, lo anterior constituiría las características de un duelo normal.

⁵ Freud Sigmund / "DUELO Y MELANCOLÍA, OBRAS COMPLETAS, TOMO XIV" / Buenos Aires, Argentina 1914.

El duelo patológico, además, tendría las siguientes características:

- Estado de estrés y depresión que persiste tras un año de la pérdida (la mayoría de las veces referidas a un ser querido).
- Estado de ánimo depresivo.
- Recuerdos intrusivos referentes a las circunstancias de la pérdida, o sueños recurrentes respecto a la persona perdida.
- Reacciones de estrés (insomnio, ansiedad, etc.).

Según Lindenmann, Brown, Schulz⁶ se describen tres fases en el duelo:

1.- Fase inicial o de evitación. Reacción normal y terapéutica, surge como defensa masiva del siquismo, que perdura hasta que el Yo consiga asimilar gradualmente el golpe. Shock e incredulidad, incluso negación. Dura horas, semanas o meses.

Es impactante e increíble y puede proteger al doliente de reacciones intensas. Como la certeza de la pérdida los inunda, la etapa inicial da paso a un sentimiento arrollador de tristeza, el cual se expresa con llanto frecuente.

2.- Fase aguda de duelo. Puede durar 6 meses o más. Existe agudo dolor por la separación, desinterés por el mundo, preocupación por la perdida, incluso pseudo-alucinaciones, (se mantienen o se hacen desaparecer), la rabia emerge suscitando angustia y frecuentemente se desplaza hacia varios destinos. Estas sensaciones

⁶ <http://www.medicinadefamiliares.cl/protocolos/duelo%201.pdf> / "DUELO" / Brown Schulz Lindermann.

disminuyen con el tiempo, pero pueden repetirse en ocasiones como los aniversarios. Trabajo penoso de deshacer los lazos que continúan el vínculo con la persona amada y reconocer la ambivalencia de toda relación (aspectos positivos y negativos). Todas las actividades del doliente pierden significado en esta fase.

3.- Resolución del duelo. Fase final. Gradual reconexión con vida diaria. Estabilización de altibajos de etapa anterior. Energía psicológica ya está liberada y lista para reinvertirla. Cuando los recuerdos de la persona desaparecida traen sentimientos cariñosos, mezclados con tristeza, en lugar del dolor agudo y la nostalgia. Muchos sobrevivientes se sienten fortalecidos y orgullosos de haberse recuperados.

Se describen 4 tareas para completar el duelo:

- Aceptar la realidad de la pérdida, "el miembro no va a volver", hablar, ayuda poco a poco.
- Experimentar la realidad de la pérdida, sentir el dolor y todas sus emociones.
- Adaptarse a un ambiente en el cual falta el miembro perdido, aprender a vivir sin esa parte del cuerpo.
- Y retirar la energía emocional y reinvertirla en nuevas relaciones y actividades, centrarse en la vida.

La psiquiatra Elizabeth Kübler Ross en su libro “Sobre la muerte y los moribundos”⁷ define las etapas del duelo por las cuales pasa un individuo que ha sufrido una pérdida. Si bien en la mayoría de textos se asocia el duelo con la muerte física de una persona amada, más bien ahora en día se ha utilizado el término “duelo” en el proceso de recuperación ante la pérdida de una persona u objeto significativo, incluyendo alguna parte del cuerpo, en estos casos como lo son las extremidades. Por lo mismo se describe a continuación cuales son las etapas por las cuales pasa la persona para lograr superar su pérdida, y estas son:

1) Negación y aislamiento: la negación permite amortiguar el dolor ante una noticia inesperada e impresionante; permite recobrase. Es una defensa provisoria y pronto será sustituida por una aceptación parcial.

2) Ira: la negación es sustituida por la rabia, la envidia y el resentimiento; surgen todos los “¿por qué?”. Es una fase difícil de afrontar para los padres y todos los que los rodean; esto se debe a que la ira se desplaza en todas direcciones, aun injustamente. Suelen quejarse por todo; todo les viene mal y es criticable. Luego pueden responder con dolor y lágrimas, culpa o vergüenza. La familia y quienes los rodean no deben tomar esta ira como algo personal para no reaccionar en consecuencia con más ira, lo que fomentará la conducta hostil del doliente.

⁷ Kübler Ross Elizabeth / “*SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS*” / Nueva York, Estados Unidos 1972.

3) Pacto: ante la dificultad de afrontar la difícil realidad, más el enojo con la gente y con Dios, surge la fase de intentar llegar a un acuerdo para intentar superar la traumática vivencia.

4) Depresión: cuando no se puede seguir negando la persona se debilita, adelgaza, aparecen otros síntomas y se verá invadida por una profunda tristeza.

Es un estado, en general, temporario y preparatorio para la aceptación de la realidad en el que es contraproducente intentar animar al doliente y sugerirle mirar las cosas por el lado positivo: esto es, a menudo, una expresión de las propias necesidades, que son ajenas al doliente. Esto significaría que no debería pensar en su duelo y sería absurdo decirle que no esté triste. Si se le permite expresar su dolor, le será más fácil la aceptación final y estará agradecido de que se lo acepte sin decirle constantemente que no esté triste. Es una etapa en la que se necesita mucha comunicación verbal, se tiene mucho para compartir. Tal vez se transmite más acariciando la mano o simplemente permaneciendo en silencio a su lado. Son momentos en los que la excesiva intervención de los que lo rodean para animarlo, le dificultarán su proceso de duelo. Una de las cosas que causan mayor turbación en los padres es la discrepancia entre sus deseos y disposición y lo que esperan de ellos quienes los rodean.

5) Aceptación: quien ha pasado por las etapas anteriores en las que pudo expresar sus sentimientos -su envidia por los que no sufren este dolor, la ira, la bronca por la pérdida y la depresión- contemplará el próximo devenir con más tranquilidad. No

hay que confundirse y creer que la aceptación es una etapa feliz: en un principio está casi desprovista de sentimientos. Comienza a sentirse una cierta paz, se puede estar bien solo o acompañado, no se tiene tanta necesidad de hablar del propio dolor... la vida se va imponiendo.

Un concepto clave el cual menciona Elizabeth Kübler es el de la “esperanza”⁸ que es la que sostiene y da fortaleza al pensar que se puede estar mejor y se puede promover el deseo de que todo este dolor tenga algún sentido; permite poder sentir que la vida aún espera algo importante y trascendente de cada uno. Buscar y encontrar una misión que cumplir es un gran estímulo que alimenta la esperanza.

Sin embargo cuando las etapas del duelo no tienen una resolución adecuada, el proceso cae en un estado patológico en el cual la persona no alcanza la aceptación quedando estancando en alguna de las etapas.

Por lo consiguiente a continuación se muestran diferentes tipos de duelo:

Duelo normal: la familia elabora el “quien” o “que” se ha perdido, en el sentido de los significados y el “como” recuperar lo recuperable. Evoluciona naturalmente y sólo hay que asistirlo.

⁸ Kübler Ross Elizabeth / “*SOBRE LA MUERTE Y LOS MORIBUNDOS*” / Nueva York, Estados Unidos 1972.

Duelo bloqueado: puede aparecer en las diferentes etapas del duelo, entre la desorganización y la organización, con áreas de rigideces. La negación a la realidad de la pérdida, la evitación del trabajo de duelo, el bloqueo emocional-cognitivo se manifiesta a través de conductas, percepciones ilusorias, síntomas somáticos o mentales o relacionales. La intervención se realiza en una consulta diferida, habiendo sido pesquisado en la consulta regular. La palabra que guía: “enlazar”, las conductas o patologías con el duelo familiar. Volverlos a la realidad de la pérdida los hace retomar el curso normativo del proceso. Útil el uso de genograma o entrevista circular, para recoger mitos o zonas de rigidez o asuntos no resueltos.

Duelo complicado: pensar ante la aparición de síntomas o conductas de riesgo sostenidas en el tiempo y de intensidad riesgosas para la salud dentro de un contexto de pérdida. La información de la pérdida en la familia es un evento psicossomático suficiente para realizar una evaluación del proceso y diagnosticar alteraciones del mismo. La familia puede consultar a través de uno de sus miembros. La palabra que guía: “circular” (mover), desarticular los niveles de entendimiento buscando otras formas de entender la pérdida y la historia familiar a la luz de este suceso. Supone destrezas y diseño de intervención en crisis.

Duelo patológico: la persistencia o intensidad de los síntomas ha llevado a alguno de los miembros de la familia, o a varios, a detener la vida laboral, relacional, académica, orgánica. En estos casos la “derivación” a un especialista es la medida a realizar, la que se debe manejar como un proceso también.

El duelo debido a su impacto del individuo no presenta solamente síntomas psicológicos sino también una serie de síntomas físicos que pueden llegar a manifestarse como una molestia no solo para la persona sino también para quienes le rodean, es necesario tomar en cuenta el significado de la pérdida para la persona que la sufre. Las manifestaciones del duelo son:

Estas son algunas de las sensaciones corporales que sienten los que están de duelo. Es el llamado duelo del cuerpo:

- Náuseas.
- Palpitaciones.
- Opresión en la garganta.
- Dolor en la nuca.
- Nudo en el estómago.
- Dolor de cabeza.
- Pérdida de apetito.
- Insomnio.
- Fatiga.
- Sensación de falta de aire.
- Punzadas en el pecho.
- Pérdida de fuerza.
- Dolor de espalda.
- Temblores.
- Hipersensibilidad al ruido.
- Dificultad para tragar.
- Oleadas de calor.
- Visión borrosa.

Y estas son algunas de las conductas más habituales después de una pérdida importante.

- Llorar y suspirar.
- Buscar y llamar al ser querido que no está.

- Querer estar solo, evitar a la gente.
- Dormir poco o en exceso.
- Distracciones, olvidos, falta de concentración.
- Soñar o tener pesadillas.
- Falta de interés por el sexo
- No parar de hacer cosas o apatías.

Manifestaciones Cognitivas:

- Incredulidad
- Desorganización de ideas
- Imágenes de la persona o el miembro perdido.
- Sensación de presencia
- Sentimiento de culpa, rabia, ira, etc.
- Melancolía, amargura, desesperanza, impotencia

Manifestaciones Motoras:

- Conductas desorganizadas
- Reducción de conductas
- Aislamiento social
- Evitación de recuerdos relacionados con la pérdida
- Exposición excesiva a objetos o lugares relacionados con la pérdida
- Llanto

Luego de definir las formas en las cuales se puede manifestar el duelo ante una pérdida significativa y de mencionar las manifestaciones tanto físicas, como cognitivas que se presentan en el proceso de duelo. Cabe hacer énfasis en las últimas etapas del duelo, en donde se menciona el término “depresión”, ahora bien ¿que entendemos por depresión?

La depresión se encuentra dentro de los trastornos del estado de ánimo según el manual diagnóstico DSM-IV-TR⁹. Mas existe diferencia entre el estado de ánimo depresivo y la depresión mayor u otros trastornos depresivos. El estado de ánimo depresivo tiene relación con un estado de tristeza y desesperanza constante. Para poder establecer un diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor, Trastorno Depresivo Mayor o un Trastorno Distímico se deben de cumplir ciertos criterios que se describen a continuación:

Criterios para el episodio depresivo mayor:

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdidas de interés o de la capacidad para el placer.

⁹ American Psychiatric Association (APA) / “MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DSM-IV-TR” / Barcelona, España 2002.

Nota: No se incluyen los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej. después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno depresivo mayor, recidivante:

A. Presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerados episodios separados tiene que haber un intervalo de al menos 2 meses seguidos en los que no se cumplan los criterios para un episodio depresivo mayor.

B. Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son debidos a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Criterios para el diagnóstico de Trastorno Distímico

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas como lo podrían ser: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.

C. Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

Con síntomas atípicos

Es de gran importancia tomar en cuenta que una gran cantidad de personas que sufren cualquier tipo de amputación pueden padecer del Síndrome del Miembro fantasma en el cual las personas que han sufrido de alguna amputación suelen referir sentir dolor en el miembro ya perdido.

Mitchell en el año 1872 acuñó el término de miembro fantasma que “Es la percepción de sensaciones de que un miembro amputado todavía está conectado al cuerpo y está funcionando con el resto de éste”¹⁰. Se solía creer que esto se debía a que el cerebro seguía recibiendo mensajes de los nervios que originalmente llevaban los impulsos desde el miembro perdido. Sin embargo, la explicación más factible hoy en día consiste en que el cerebro sigue teniendo un área dedicada al miembro amputado por lo que la persona sigue sintiéndolo: ante la ausencia de estímulos de entrada que corrijan el estado del miembro, el área genera por su cuenta las sensaciones que considera coherentes. Como lo explica el Dr. Saúl Pérez-Martínez en la Revista Mexicana de Anestesiología que esta área sin función tras la amputación puede ser invadida por áreas vecinas con lo que

10

http://asus.usal.es/idex.php?option=com_content&view=article&id=4636:alias&catid?=341:joseralonso&itemid=247 / “HISTORIAS DE LA NEUROCIENCIA. EL MIEMBRO FANTASMA” / Silas Weir Mitchell.

utiliza sensaciones de otras partes del cuerpo para disparar las sensaciones del miembro amputado¹¹.

Hay un gran porcentaje de las personas amputadas que experimentan este síndrome aproximadamente entre 50 y 80% padecen de sensaciones fantasmas en su miembro amputado, y la mayoría de estas personas dice que las sensaciones son dolorosas. Las sensaciones fantasmas también pueden ocurrir después de quitarse otras partes del cuerpo y no necesariamente un miembro.

Los factores que incrementan las probabilidades de desarrollar síndrome del miembro fantasma son:

- Dolor de pre-amputación. Una persona que tenga dolor en el miembro antes de ser amputado tiene más probabilidad de experimentar dolor fantasma posteriormente.
- Coágulo sanguíneo en el miembro amputado.
- Infección en el miembro antes de la amputación.
- Daño previo en la médula espinal o en los nervios periféricos que abastecían al miembro afectado.

¹¹ <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2012/cmas121d9.pdf> / "REVISTA MEXICANA DE ANESTESIOLOGÍA" / Martínez Pérez Saúl, México 2012

Los síntomas ocurren en las personas a las que se les ha amputado un miembro y a las que nacieron sin un miembro. Los síntomas se perciben en un miembro que no existe, e incluyen los síntomas siguientes:

- Dolor.
- Placer.
- Sensación de un artículo de ropa o joyería.
- Sensación de que el miembro aún está unido y funcionando normalmente.

Después de una amputación, es importante que la persona le consulte al médico si experimenta dolor u otras sensaciones. El tratamiento más temprano por lo general mejora las probabilidades de éxito. No hay prueba médica para diagnosticar el dolor fantasma. El médico tomará un historial clínico, le hará un examen físico y en especial querrá saber acerca de las señales, síntomas y circunstancias que ocurrieron antes y después de la amputación del miembro.

Otro punto a tomar es la violencia, debido a que el 70% de los casos que ingresan a cirugía luego de las amputaciones por pie diabético son cirugías causadas por algún acto violento, por lo que es necesario dar acompañamiento y asistencia psicológica a las víctimas de la misma. La violencia se remonta a siglos atrás, ya que el instinto agresivo va adherido al instinto de supervivencia, no solo en los animales sino también en el ser humano por lo que no es negativo para el mismo, sino como un instinto necesario para la existencia de la especie.

El hombre primitivo se mostró en defensa de sus adversarios, para su supervivencia utilizando desde el objeto más rudimentario, hasta ya más avanzadas armas hechas de piedra tallada. Tal y como lo explica Sigmund Freud - "al principio, en la pequeña horda humana, la mayor fuerza muscular era la que decidía a quién debía pertenecer alguna cosa o la voluntad de qué debía llevarse a cabo. Al poco tiempo la fuerza muscular fue reforzada y sustituida por el empleo de herramientas: triunfó aquél que poseía las mejores armas o que sabía emplearlas con mayor habilidad. Con la adopción de las armas, la superioridad intelectual ya comienza a ocupar la plaza de la fuerza muscular bruta, pero el objetivo final de la lucha sigue siendo el mismo: por el daño que se le inflige o por la aniquilación de sus fuerzas, una de las partes contendientes ha de ser obligada a abandonar sus pretensiones o su oposición"¹².

Luego siglos más tarde y con el surgimiento de del sedentarismo el hombre nacieron nuevos motivos para la defensa y nuevas armas tras el descubrimiento de los metales. Los psicoanalistas consideran que la violencia es producto de los mismos hombres, por ser desde un principio seres instintivos, motivados por deseos que son el resultado de apetencias salvajes y primitivas. Según Ana Freud "Los pequeños en todos los períodos de la historia, han demostrado rasgos de violencia, de agresión y destrucción. Las manifestaciones del instinto agresivo se hallan estrechamente amalgamadas con las manifestaciones sexuales"¹³.

¹² Freud Sigmund / "¿POR QUE LA GUERRA?" / Barcelona, España 2001

¹³ <http://www.sincronia.cucsh.udg.mx/montoya05.htm> / "TEORÍAS DE LA VIOLENCIA HUMANA" / Ana Freud.

Por lo tanto “no hay nada más humano que la violencia”, pero no es innata, por lo que no existe justificación alguna para utilizar la violencia, sea física o emocional como forma de educar, ya que esta solo genera en el niño agresividad y conflicto, como consecuencia más violencia. Por agresividad podemos entender que es la necesaria intención de producir daño, destruir, contrariar o humillar, y que es una consecuencia de la agresión.

Generalmente, entendemos por violencia como a la producida por la agresión física, pero también existe la violencia emocional o psicológica en la cual, por medio de insultos o palabras mal intencionadas se hiere y se humilla, causando está el mismo daño psicológico que los golpes.

La violencia se puede manifestar de diferentes maneras, entre las cuales se encuentran:

- **Violencia Domestica:** La violencia psicológica y física con el cónyuge, el maltrato infantil y el abuso de los niños
- **Violencia Cotidiana:** Es la que se vive diariamente y se caracteriza por el no respeto a los derechos de las demás personas ni la las reglas.
- **Violencia Política:** Es la violencia que surge por parte de los dirigentes o grupos organizadores, estén o no en posesión del poder y por los grupos alzados en armas.
- **Violencia Socio- económica:** Es la que se reflejada en situaciones de pobreza y marginalidad de grandes grupos de la población: desempleo,

subempleo, informalidad; todo esto básicamente reflejado en la falta o desigualdad de oportunidad de acceso a la salud y a la educación.

- **Violencia Cultural:** Es el tipo de violencia que distorsiona los valores de identidad nacional y que facilitan estilos de vida poco saludables.
- **Violencia Delincuencial:** Es toda forma de conducta individual u organizada que rompe las reglas sociales establecidas para vivir en grupo y que asumen medios ilegítimos para alcanzar bienes materiales.

La violencia en nuestro país se remonta a los tiempos de la colonización, con la gran cantidad de abusos y actos violentos que los invasores perpetraron en contra de los indígenas. Luego de ser despojados de sus tierras fueron sometidos a la esclavitud, una clara forma de violencia cultural y política. Más adelante se crearon nuevas leyes como forma de disfrazar la esclavitud

Tras la invasión y los abusos de la esclavitud surgieron leyes nuevas, como la encomienda descrita por Severo Martínez, “la encomienda primitiva era en realidad un pretexto para repartirse los indios y explotarlos, y como ninguna instancia superior controlaba lo que se hacía con ellos, vinieron a estar, de hecho, esclavizados”¹⁴, y años más tarde la nueva encomienda y otras leyes que lo único que hacían era disfrazar los abusos cometidos.

Como lo cita Marco Antonio Garavito, en *Violencia Política e Inhibición social* “Como trauma social, en tanto a la conquista fue un proceso histórico que

¹⁴ Martínez Severo / *“LA PATRIA DEL CRIOLLO”* / Guatemala 1970

dejo seriamente afectada a toda la población indígena que padeció directamente sus consecuencias”, dejando este hecho una grave herida en nuestra sociedad, que luego de cientos de años aún permanece abierta. “De manera que partir de la, conquista, la violencia política ejercida ha venido en procesos traumáticos para la población, y cuyo fin instrumental es la instauración de un poder político y su reproducción”¹⁵.

Y una más han sido los casos de violencia en nuestro país que ha aterrorizado a la mayoría de la sociedad. Muestra de eso es el conflicto armado interno que se llevó a cabo por más 30 años, provocando la conversión de la sociedad en una sociedad con temor y resentimiento.

“Tanto el informe Guatemala Nunca Más, de la iglesia católica, como el de la Comisión de Esclarecimiento Histórico, Guatemala: Memoria del Silencio, ofrecen abundantes testimonios de como el miedo condicionado por la violencia política genera una tensión permanente y se convierte en un fuente constante de desajuste emocional”.

Esto solo es una clara muestra de que violencia se ha hecho parte nuestra sociedad desde hace mucho tiempo y como consecuencia de esto es una sociedad inconforme y agresiva. En nuestro país existen rasgos de violencia que son destacados por los analistas, como lo son el alto porcentaje de jóvenes y mujeres entre las víctimas. Estos múltiples actos violentos se van estableciendo en

¹⁵ Garavito Marco Antonio / “*VIOLENCIA POLÍTICA E INHIBICIÓN SOCIAL*” / Guatemala 2003

nuestra sociedad como un fenómeno "natural". Lo considerado como "natural" según algunos pensadores era una situación de violencia incontrolada.

La pregunta es, ¿cómo se pueden educar a nuestros niños fuera de la violencia, en un país que convive con ella diariamente? Podría hacerse si logramos cambiar los patrones de pensamiento y la manera en que se perciben las emociones. Solo así y en conjunto con la educación escolar podría lograr una disminución considerable de la violencia en nuestro país.

Uno de los tipos de violencia más frecuentes en el país, es la violencia intrafamiliar, la cual es aquella que tiene lugar dentro de la familia, ya sea que el agresor comparta o haya compartido el mismo domicilio, y que comprende, entre otros, violación, maltrato físico, psicológico y abuso sexual y que daña de forma permanente a la víctima de esta.

Algunos autores que señalan que la violencia Intrafamiliar se da básicamente por tres factores; uno de ellos es la falta de control de impulsos, la carencia afectiva y la incapacidad para resolver problemas adecuadamente; y además en algunas personas podrían aparecer variables de abuso de alcohol y drogas. Pero también se pueden como patrón de crianza transmitiendo este tipo de situaciones de generación tras generación.

En la mayoría de casos de violencia se producen donde existe una relación de poder, de jerarquía. Tanto en los casos de violencia sexual como familiar,

podemos apreciar que existe una relación del fuerte contra el débil. Muy rara vez escucharemos hablar de la violencia del niño contra su padre. Por lo general, cuando los hijos expresan violencia contra sus padres se trata de padres mayores, muchas veces dependientes de sus hijos, y de hijos que los superan en fortaleza física.

Estas son formas en que se manifiesta la Violencia Intrafamiliar:

- **Maltrato físico:** Se refiere a todas aquellas acciones violentas que dañan la integridad física de las personas, como por ejemplo golpes o incluso nalgadas. Este es un maltrato visible ya que deja huellas tales como hematomas, mejor conocidos como moretones, hasta contusiones graves. Se puede decir que este fue el tipo de maltrato que propició todo este proceso de búsqueda de respuestas legales, por tratarse de la agresión más evidente.

Entre los tipos de Maltrato Físico podemos mencionar:

- **Lesiones físicas graves:** fracturas de huesos, hemorragias, lesiones internas, quemaduras, envenenamiento, hematomas subdurales, etc.
- **Lesiones físicas menores o sin lesiones:** No requieren atención médica y no ponen en peligro la salud física del menor.
- **Maltrato Psicológico:** Este maltrato se refiere a toda aquella palabra, gesto o hecho que tienen por objeto humillar, devaluar, avergonzar y/o dañar la

dignidad de cualquier persona. Esta es una manifestación de violencia mucho más difícil de demostrar, sobre todo en los casos en que se produce en el interior de un grupo familiar, pero sus consecuencias son igualmente perjudiciales que el maltrato físico.

Entre los tipos de maltrato Psicológico se pueden mencionar rechazar, aterrorizar, ignorar, aislar, someter, manipular, entre otros.

La violencia en Guatemala está íntimamente relacionada con la situación económica del país, en la cual los precios de la canasta básica aumentan frecuentemente, el salario mínimo es insuficiente y aumenta el desempleo.

Durante el año 2012 la canasta básica El Costo de la Canasta Básica de Alimentos (CCBA) rebasó los Q2 mil mensuales, lo que supera el monto del salario mínimo vigente. Dichos datos se desprenden del informe del Índice de Precios al Consumidor (IPC), presentado por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Este costo supera por Q47 el salario mínimo vigente para las actividades agrícolas, y no agrícolas, que es de Q1 mil 953, incluida la bonificación de Q250 mensuales.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Promover la salud psicológica en las personas del Hospital Nacional Pedro de Bethancourt, como parte de un programa de salud psicológica a través de terapias individuales y grupales aportando información para afrontar, aceptar y lograr la recuperación emocional.

Objetivos Específicos:

- Brindar apoyo psicológico a las personas que sufrieron o sufrirán amputación por pie diabético, para lograr la aceptación y recuperación de la pérdida.
- Dar apoyo psicológico a las personas que asistan a consulta externa los días martes y jueves de cada semana.
- Impartir terapias grupales e individuales para la promoción de la salud mental en personas que se encuentren internadas en el área de cirugía por diferentes casos.
- Conocer el impacto subjetivo que ocasiona en las personas la pérdida de un miembro o alguna intervención quirúrgica como consecuencia de la diabetes.

Subprograma de Docencia:

- Promocionar a las personas y al personal de la salud, la importancia de brindar apoyo psicológico a quienes se enfrentan o se enfrentarán a una amputación.
- Brindar información para que las personas conozcan los detalles y cuidados acerca de la diabetes y las consecuencias subjetivas de la misma.
- Dar charlas informativas a las personas a tratar por parte del hospital un jueves de cada mes.

METODOLOGÍA

Para la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se trabajaron los tres ejes que la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos establece y requiere como lo son el eje de servicio, de docencia y de investigación, cada uno con sus respectivas fases, técnicas e instrumentos a utilizar, para lo cual se utilizará la concepción metodológica.

Durante el proceso se hicieron uso de diferentes metodologías dentro de las cuales podemos encontrar: la metodología analítica, metodología cualitativa y la metodología participativa.

- *Metodología Analítica:*

Según Jacqueline Hurtado la metodología analítica implica la síntesis posterior de lo analizado¹⁶, ya que trata de entender las situaciones en términos de sus componentes, debido a que pretende descubrir los elementos que conforman la totalidad de las partes así como las interconexiones que aplican su integración. Es un procedimiento más complejo con respecto a investigación descriptiva, que consiste fundamentalmente en establecer la comparación de variables entre grupos de estudio y el control sin aplicar o manipular las variables, estudiando estas según se dan naturalmente en los grupos¹⁷.

¹⁶ <http://www.urbe.edu/info-consultas/web-profesor/12697883/archivos/seminario/Contenido/4.-%20UnidadIV-CapituloIII.pdf> / "PROCESO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA" / Jacqueline Hurtado Barrera

¹⁷ <http://metodologiaeconomia2011.blogspot.com/2011/05/investigacion-cuantitativa.html> / "METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN" / Prof. Edgar Rojas

- *Metodología Cualitativa:*

Beatriz Peña define la Metodología Cualitativa en su libro “Métodos Científicos de Observación en Educación” como un método de investigación usado principalmente en las ciencias sociales que se basa en cortes metodológicos basados en principios teóricos tales como la fenomenología, hermenéutica, la interacción social empleando métodos de recolección de datos que son no cuantitativos, con el propósito de explorar las relaciones sociales y describir la realidad tal como la experimentan los correspondientes. La investigación cualitativa requiere un profundo entendimiento del comportamiento humano y las razones que lo gobiernan. A diferencia de la investigación cuantitativa, la investigación cualitativa busca explicar las razones de los diferentes aspectos de tal comportamiento¹⁸. En otras palabras, investiga el por qué y el cómo se tomó una decisión, en contraste con la investigación cuantitativa la cual busca responder preguntas tales como cuál, dónde, cuándo. La investigación cualitativa se basa en la toma de muestras pequeñas, esto es la observación de grupos de población reducidos.

- *Metodología Participativa:*

La metodología participativa es definida por Luis Rodríguez Gabarrón como una propuesta metodológica inserta en una estrategia de acción definida, que involucra a los beneficiarios de la misma en la producción de conocimientos¹⁹. Consiste en la transformación de la realidad social y mejora del nivel de vida de las

¹⁸ Peña Acuña Beatriz / “MÉTODOS CIENTÍFICOS DE OBSERVACIÓN EN EDUCACIÓN” / España 2011

¹⁹ Rodríguez Gabarrón Luis / “LA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA” / España 1994

personas inmersas en esa realidad, a través de la implicación y la participación de la propia comunidad beneficiaria. La investigación participativa se basa muchas veces en las acciones que se están llevando a cabo, o acompaña las acciones que se van realizando. La investigación participativa nunca va aislada de la acción, ya que no se trata de conocer por conocer, sino de transformar la realidad, con la participación de los actores sociales involucrados.

FASES DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO:

Fase de preparación:

La fase de preparación dio inicio en el mes de diciembre del año 2011, en las instalaciones del Centro Universitario Metropolitano "CUM" en los horarios de la jornada nocturna.

En la fase de preparación se nos brindó información sobre cómo se llevaría a cabo el proceso de realización de EPS y como se debía proceder al momento de ir a la institución en la que se realizaría.

Durante las reuniones se nos brindaron diferentes bibliografías las cuales nos serían de utilidad en relación al proceso del EPS, y sobre los cuales se realizaron discusiones y exposición de dudas con respecto a los temas tratados en dichas bibliografías.

Se nos informó sobre las diferentes etapas que contenían el proceso de EPS, desde la fase de preparación hasta la fase del cierre del proceso y finalización del mismo.

Visita Diagnóstica:

En base al seguimiento del proceso se continuó con una visita al Hospital Pedro de Bethancourt en la cual se conocieron las instalaciones y al jefe del departamento de psicología dentro del mismo.

Primeramente se conoció al jefe encargado del departamento de psicología, el cual nos informó sobre la función del departamento y cuál era su importancia dentro del hospital.

Seguidamente se realizó una ronda por las instalaciones del hospital para tener conocimiento sobre las mismas y obtener información necesaria para la realización de la descripción de la institución la sería útil en la elaboración del proyecto de EPS.

Luego se visitó el área en la cual se llevaría a cabo el proyecto con el fin de obtener información sobre la población a la cual se atendería y cuál era la problemática de mayor incidencia dentro del área de cirugía y traumatología de adultos del Hospital Pedro de Bethancourt.

Elaboración del proceso de Factibilidad:

Seguido a las fases en las que se nos brindó información y se recabo información necesaria para la realización del proyecto que se llevaría a cabo dentro del Hospital Pedro de Bethancourt.

El proyecto fue elaborado en base a la información obtenida, tanto de investigaciones así como de la visita diagnóstica realizada al hospital. Dentro de la información obtenida se encontró cual era la problemática más frecuente dentro de la población de las áreas de traumatología y cirugía de adultos. Se encontró que los casos más atendidos dentro de esas áreas eran casos de pie diabético, y otras afecciones relacionadas con la Diabetes.

En base a dichos datos recabados se tomaron en cuenta cuales serían las implicaciones psicológicas que tanto la Diabetes como sus consecuencias como lo son la pérdida de algún miembro del cuerpo y como esto afecta la subjetividad del individuo.

Ejecución del proceso:

El proyecto se llevó a cabo en el Hospital Pedro de Bethancourt a partir del mes de febrero del año 2012 en las áreas de cirugía y traumatología de adultos con personas con diferentes problemáticas tanto físicas como emocionales.

Se llevó a cabo una observación general sobre el área en el cual se trabajaría el proyecto en los próximos meses y nos presentamos con los profesionales de enfermería, tanto auxiliar como los jefes encargados del área.

Al momento de presentarse con el personal encargado de cada área se hizo saber que se estaría dando apoyo psicológico a todas las personas que fuesen referidas al departamento de psicología.

Sistematización:

Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se realizaron anotaciones de todo lo que se trabajaba durante el proceso, esto se realizó por medio del diario de campo, de los informes mensuales y de los documentos en los cuales se anotó todo lo relacionado al proceso terapéutico, a proceso de formación y a los avances en el trabajo investigativo.

Subprograma Atención Directa:

El subprograma de atención directa se llevó a cabo en tres áreas las cuales fueron, el departamento de Salud Mental, el área de Cirugía y el área de Traumatología de adultos. Se trabajó por medio de referencias y consulta personal en el departamento de salud mental, mientras que en las áreas se pisos por medio de referencias enviadas por el personal médico del área.

Subprograma Docencia:

El subprograma de docencia se trabajó por medio de charlas a dos grupos. El primero de estos fue el grupo de Madres Participantes las cuales se encontraban en el hospital debido a que un hijo se encontraba ingresado en el área de pediatría del Hospital Pedro de Bethancourt y a las cuales se les impartieron temas programados para cada viernes. Otro grupo con el cual se trabajo fue el grupo de jubilados AJUPENSA a los cuales se les impartieron charlas programadas o sugeridas por los miembros de dicho grupo

Monitoreo:

El monitoreo sobre el avance del proyecto se llevó a cabo cada mes por el supervisor de EPS con quien se realizaron reuniones en las cuales se exponía lo realizado en los tres subprogramas durante ese mes.

Las reuniones dieron inicio en el mes de marzo en las instalaciones de Familias de Esperanza. Realizándose la revisión del primer informe mensual sobre

el trabajo realizado en el Hospital Pedro de Bethancourt en base el proyecto realizado.

Durante los siguientes meses se continuaron con las reuniones en las cuales se hacía entrega de un informe mensual elaborado en base al trabajo realizado, en el cual se describía las actividades realizadas en cada subprograma, así como un análisis sobre las mismas, las dificultades y los logros obtenidos de dichas actividades.

Evaluación:

En base a los objetivos propuestos en el proyecto se realizaron análisis de los datos obtenidos durante las visitas a las personas atendidas en las diferentes áreas con el fin de comprobar el progreso en el trabajo realizado.

Las evaluaciones también se realizaron en base al avance que presentaba la persona, lo cual quedaba por escrito en las hojas de evolución en las cuales se podía mantener un control diario de la problemática. En dichas hojas se coloca de forma narrativa los principales problemas que la persona refirió durante la sesión o visita.

Conjunto a las hojas de evolución se trabajó con entrevistas estructuradas las cuales fueron útiles en la recaudación de datos, tanto personales como sobre la historia del problema de casa individuo. En el área de consulta externa se

trabajó con la ficha clínica autorizada por el hospital en la cual se agregan datos personales, el motivo de consulta y parte de la historia de la persona.

Cierre del Proceso:

El cierre de proceso se inició en el mes de septiembre al dejar de atender nuevas consultas, atendándose solo reconsultas en departamento de Salud Mental. Mientras que en las áreas de cirugía y traumatología de adultos se continuo trabajando tanto reconsultas como nuevas referencias.

Se dio inicio a la recopilación de los datos que se obtuvieron los meses anteriores sobre los casos trabajados y en los cuales se utilizaron diferentes técnicas y métodos de trabajo. Esto con el fin de tener información sobre los resultados preliminares relacionados con cada uno de los objetivos propuestos en los subprogramas de atención directa, docencia e investigación.

Durante los últimos meses de cierre se apoyó con diferentes actividades organizadas por el departamento de Salud Mental, como lo fue la Semana de la Salud Mental la cual consistió de un día de Feria de la salud Mental y dos días de Congresos se la Salud Mental en los cuales se impartieron Temas dados por personas profesionales en el área.

Se organizaron y pusieron en orden los archivos de cada persona atendida desde el inicio del Ejercicio Profesional Supervisado, realizando las referencias a los licenciados encargados del área de las personas que aún continuaban asistiendo a terapia. Los documentos se organizaron en orden cronológico de los

expedientes más antiguos a los más recientes vistos y una carpeta especial para los expedientes de las personas que habían asistido durante el último mes.

Se realizó una última ronda por las áreas de cirugía y traumatología de adultos con el fin de informar al personal de enfermería encargado del área, sobre la finalización del nuestro tiempo en el hospital, mas seguirían contando con el apoyo del Departamento de Salud Mental por medio de las referencias realizadas.

Subprograma de Investigación:

Identificación del Fenómeno investigado:

Durante las visitas a las áreas de traumatología y cirugía de adultos se encontró cual era la problemática más frecuente dentro de la población. Los casos más atendidos dentro de esas áreas eran casos de pie diabético, y otras afecciones relacionadas con la Diabetes. Se tomaron en cuenta cuales serían las implicaciones psicológicas que tanto la Diabetes como sus consecuencias como lo son la pérdida de algún miembro del cuerpo y como esto afecta la subjetividad del individuo.

Descripción del concepto de la investigación:

Como se ha explicado anteriormente la Diabetes es un padecimiento degenerativo que afecta a las personas no solo físicamente sino también emocionalmente. La Diabetes Mellitus se debe a una alteración en el metabolismo aumentado los niveles de glucosa en el cuerpo y la cual trae consigo variadas complicaciones como lo son daños cardiovasculares, daños renales y a los nervios

periféricos entre otros. Este es un padecimiento crónico y mortal cuya incidencia va en aumento convirtiéndose es un problema el cual merece prioridad a tratar en las instituciones de Salud, tanto a nivel físico como psicológico en los niveles de prevención, tanto primaria, secundaria como terciaria.

Por lo cual es importante el investigar como esta enfermedad afecta la subjetividad de la persona que la padece. Como el solo hecho de ser informado de padecer Diabetes pudo afectar su estado de ánimo, su economía. Como las consecuencias de esa enfermedad deterioran su estado físico, como afectan sus relaciones familiares, su rendimiento laboral o si se han tenido que someter a intervenciones quirúrgicas costosas.

Preparación del Escenario de la Investigación:

El subprograma de investigación del Ejercicio Profesional Supervisado se realizó dentro del Hospital Pedro de Bethancourt en las áreas de cirugía y traumatología de adultos, para lo cual era necesario realizar una visita previa al inicio del trabajo en dichas áreas. Esto con el fin de obtener información sobre la población que se atendería, como por ejemplo su nivel económico, vivienda, entorno social, lugar de origen así como su cultura. Siendo esto de importancia para tener un mejor conocimiento de la población con la que se trabajaría y así plantear los objetivos de la investigación.

En el momento del primer contacto con la persona atendida se inició con el establecimiento de rapport

Diseño de la Investigación:

En base a los datos obtenidos en la vista diagnóstica dentro del Hospital Pedro de Bethancourt se elaboró un proyecto en el cual se describió la población con la cual se trabajaría, las problemáticas encontradas, se teorizó dichas problemáticas y en base a lo encontrado se plantearon los objetivos de la investigación.

Para la obtención de información sobre las problemáticas de la persona atendida se utilizaron técnicas como lo son la observación en el momento en cual se brindó el apoyo psicológico, entrevistas no estructuradas y estructuradas diseñadas específicamente con el fin de obtener datos sobre como la Diabetes ha afectado su vida, sus emociones, su economía, su trabajo, la relación con su familia entre otros.

Trabajo de Campo:

La investigación se realizó desde el inicio hasta la finalización del Ejercicio Profesional Supervisado en las áreas de cirugía y traumatología de adultos, con las personas referidas desde dichas áreas y quienes serían o fueron sometidos a alguna intervención quirúrgica relacionada con la Diabetes.

El subprograma de investigación se inició por medio de la observación y la recaudación de datos de las personas atendidas con alguna problemática relacionada con la Diabetes y el pie diabético en las áreas de cirugía y

traumatología de adultos los días lunes, miércoles y viernes en los horarios de 9:00am a 12:00 pm luego de la visita médica.

En las áreas de cirugía y traumatología en los meses siguientes se trabajó con una entrevista estructurada elaborada especialmente para obtener información del problema físico por el cual asistía la persona, la relación de esta con su estado emocional y la forma en la que esta problemática afectaba su subjetividad.

Análisis de la Investigación:

De acuerdo a los objetivos planteados se llevó a cabo la investigación que formaba parte del subprograma de investigación en el Ejercicio Profesional Supervisado en las áreas de traumatología y cirugía de adultos del Hospital Pedro de Bethancourt.

En base a los datos obtenidos por los instrumentos utilizados como los son la observación, la entrevista no estructurada y no estructurada se realizó una recopilación en los cuales se obtuvo los problemas más grandes a los cuales se enfrentan las personas las cuales fueron o serian sometidas a alguna intervención quirúrgica en el momento en el que se brindó el apoyo psicológico.

Los datos obtenidos en las personas atendidas pre-amputación y post-amputación son los siguientes:

Personas Pre-Amputación: la mayoría de personas que se atendieron pre-amputación se encontraron desestabilizadas tanto por lo que se les había informado con respecto a su estado de salud, sino también porque se encontraban en un estado de negación ante la noticia sobre la pérdida de algún miembro del cuerpo. En su mayoría refirieron los problemas que tendrían luego de la intervención quirúrgica entre las cual podemos mencionar, el perder o ya no poder realizar su trabajo, el depender económicamente de algún familiar, el no llegar a aceptar la amputación. Las personas en su mayoría se observaron ansiosas, con tristeza desde moderada hasta profunda con agudos episodios de llanto, con pensamientos de desesperanza y negativos.

Personas Post- amputación: Las personas atendidas post-amputación en su mayoría se encontraron en la primera fase de duelo, se observaron ansiosos, con tristeza profunda o moderada, episodios de llanto agudo, sentimientos de desesperanza. Las personas que sufrieron amputación de pie o pierna expresaron sentirse preocupados debido al problema que les representa el depender de alguien para movilizarse, el ya no poder trabajar o depender económicamente de algún hijo u otro familiar, el ya no poder realizar sus actividades diarias, o el no tener familia que le ayude.

Descripción de las Técnicas

Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se utilizaron diversas técnicas con el fin de obtener mayor información sobre la población a la cual se atendió.

- *Sondeo del espacio geográfico comunal:*

Con el fin de conocer mejor la población con la cual se trabajó se implementó la metodología con la técnica del sondeo. Este sondeo consiste en la caracterización del espacio geográfico de la comunidad y de las familias, con la finalidad de identificar como las personas viven y se relacionan con su entorno, como también conocer más su cultura.

- *Observación:*

La observación es una técnica inherente al proceso de asistencia, apoyo psicológico y la obtención de datos en dicho proceso. Es una herramienta útil en la obtención de información, a nivel conductual, emocional así como lo referente al lenguaje no verbal que la persona expresa de forma inconsciente en el momento en el cual se le brinda el apoyo psicológico.

- *Entrevistas no estructuradas:*

Al tener un primer contacto con las personas se realizaron una serie de preguntas en forma de una entrevista no estructurada con la finalidad de obtener datos personales sobre el individuo y sobre su problemática. También se buscó conocer como la persona se encuentra emocionalmente al momento de la visita o consulta, cual es el motivo de la consulta o por la cual se encuentra ingresada dentro del hospital y como esto afecta su vida personal.

- *Entrevistas Estructuradas:*

Otra técnica de obtención de datos sobre la persona se atendió fueron las entrevistas estructuradas. En el área de Salud Mental se utilizaron entrevistas estructuradas estandarizadas por el Hospital Pedro de Bethancourt. Las fichas clínicas forman parte de este tipo de técnica utilizada y en las cuales se anotaron los datos personales, el motivo de consulta, así como datos sobre la estructura familiar, número de integrantes de la familia y su historial médico.

En las áreas de cirugía y traumatología de adultos se utilizaron otro tipo de entrevista estructurada, elaborada específicamente para obtener datos con relación a los objetivos de investigación. También obtener información sobre el motivo de su ingreso al hospital, como dio inicio su afección física, como esto afecto su estado de ánimo y así poder englobar como su problema principal ha afectado su subjetividad.

CAPÍTULO III

DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El trabajo del Ejercicio Profesional Supervisado dio inicio al realizar la visita al Hospital Nacional Pedro de Bethancourt en la cual se realizó un recorrido por las instalaciones del lugar y se presentó al jefe del departamento de Salud Mental el cual nos guio por el mismo.

Durante dicho recorrido se realizó la observación sobre la población con la cual se realizaría el trabajo de EPS dentro de los meses siguientes. El jefe de departamento nos informó sobre la población que asistía en busca de apoyo psicológico al departamento de Salud Mental.

Al realizar la visita las áreas de pisos en las cuales se brindaría apoyo psicológico a las personas las cuales se encontrasen internadas dentro del Hospital Pedro de Bethancourt, se realizó una entrevista a profesionales de enfermería jefes de las áreas de cirugía y traumatología de adultos, los cuales brindaron información sobre la población con la cual se trabajaría. Dentro de la información obtenida se encontraron: el lugar de origen de donde acuden la mayor parte de la población, el nivel económico en la cual se encuentran, nivel educativo, entorno socio-cultural, y situación laboral.

Se realizó observación del lugar en el cual se encontraba ubicada la institución en la cual se trabajaría el Ejercicio Profesional Supervisado así como

sus alrededores. Con lo cual se pudo observar el entorno socio-cultural en el cual se desenvuelve la población que asiste al Hospital Pedro de Bethancourt en su vida cotidiana. Se observó que la población se desenvuelve en un área de comercio el cual es más influido debido al turismo del lugar y el cual pasa a ser de vital importancia en economía de las familias oriundas de la región. Siendo esto información útil para obtener un mejor conocimiento sobre la población con la cual se trabajaría y sus posibles fuentes de ingresos económicos.

ACCIONES DE ATENCIÓN DIRECTA:

Se inició el proceso de atención directa con una inducción dada por el jefe del departamento de Salud Mental sobre la papelería que se debía de llenar como medio de obtención de datos de las personas a atender, el cual sería útil también como registro y control de seguimiento de dichas personas. Dentro de estos documentos se encuentran la SIGSA, la historia clínica y las hojas de evolución.

Se nos explicó que esta metodología tenía una leve diferencia con respecto al área de pisos del hospital debido a que en dichas áreas solo se manejaban las hojas de evolución con las cuales se informaba a otros profesionales de la salud sobre el estado psíquico y emocional de la persona atendida, al igual que en el departamento de Salud Mental se realizaba el llenado de la SIGSA. Por esta misma razón se procedió a llevar control de cada caso mediante el uso de hojas adicionales en las cuales se anotaría la información referida por cada persona atendida.

Debido al espacio en el cual se trabajaría se realizó una división sobre los días que se trabajaría en cada área. En el departamento de Salud Mental se trabajó los días martes y jueves en el horario de 8:00am a 12:00pm con una duración de 45 o 60 minutos cada sesión. Mientras que en las áreas de traumatología y cirugía de adultos se trabajó los días lunes, miércoles y viernes luego de la visita médica en el horario de 9:00am a 12:00pm con una duración de 30 minutos aproximadamente cada vista.

En el área de Salud Mental durante el primer contacto con las personas a atender se dio inicio con el establecimiento de Rapport, creando así una relación de confianza con la persona con quien se trabajaría. Seguidamente se procedió a realizar la toma de datos personales los cuales serían útiles en el proceso de seguimiento de cada caso, dentro de esta información se encontraba el cuestionamiento sobre el motivo de consulta de la persona que asistía ya sea por voluntad propia o por que fue referida desde otra área del Hospital Pedro de Bethancourt. En una hoja adicional se realizaron anotaciones que fueron relevantes durante discurso de la persona y que serían útiles en el apoyo psicológico y durante el seguimiento del mismo.

En las áreas de traumatología y cirugía se trabajó de forma similar aunque no igual al área de Salud Mental debido a que en dichas áreas se omitió el uso de la historia clínica, la cual es una herramienta útil en la recaudación de datos. Durante el primer contacto con la persona a la cual se atendió se inició con el

establecimiento de rapport el cual es de importancia en la relación terapéutica. Se continuó con la toma de datos personales e información sobre la problemática de la persona en base a una entrevista no estructurada con la cual se realizaron preguntas que buscaban localizar la principal problemática de la persona y como esta afectaba su vida personal. Luego se anotó el estado y evolución de su problemática en las hojas de evolución las cuales se dejaron en los servicios para información de los demás profesionales de la salud. Al igual que en el área de salud mental se realizó anotación de datos sobre las personas atendidas en la SIGSA la cual es un control estadístico del Hospital Pedro de Bethancourt. En las áreas de pisos se trabajó por medio de referencias, las cuales eran enviadas desde dichas áreas por el personal autorizado los cuales consideraban que la persona necesitaba de apoyo psicológico debido a su estado.

En el área de Salud Mental se trabajó con personas de diferentes rangos de edad y quienes asistieron por consulta propia o por medio de referencia y quienes presentaron diferentes problemáticas dentro de las cuales se pueden mencionar: Problemas familiares, problemas conyugales, depresión, ideas delirantes y anorexia.

Se atendió un gran número de personas cuya principal problemática eran los problemas familiares ya sea con uno o varios miembros de su círculo familiar. Dichas personas refirieron la existencia de diferentes situaciones en su hogar las cuales les generan ansiedad y estrés en su diario vivir. En algunos casos una hija o hijo tenía problemas con su padre o madre con quien no podía conversar o se

sentía reprimido por este. En otros casos padres refirieron tener problemas con alguno o varios de sus hijos, con su rendimiento escolar, respeto a miembros de la familia, cumplimiento de las tareas del hogar. En la mayoría de los casos se encontraron malas dinámicas familiares tanto en familias estructuradas como no estructuradas. Algunos de los casos más frecuentes eran de jóvenes adolescentes, las cuales tenían problemas con alguno o dos de sus padres debido a la mala relación conyugal que ellos poseían. En algunos de los casos la madre les prohibía salir o les hacía creer que una simple actividad como una charla con amigas en el parque era algo malo y una pérdida de tiempo lo cual causaba confusión en ella; la madre causaba tal presión en sus hijas que incluso les envió a terapia porque ellas no le obedecían y necesitaba controlarlas, sin embargo durante las terapias la persona comenzó a bajar sus niveles de estrés y tomar otra perspectiva de las situaciones que le confundían.

Con estas personas se trabajó en base a enfoques psicológicos como los son la Psicología Gestalt, Cognitivo Conductual y Racional Emotiva dependiendo de las necesidades que se presentaran en cada caso. También se trabajaron con técnicas de estabilización y relajación con personas que se encontraban en un estado alterado o desestabilizado en el momento de la sesión.

Las personas respondieron al trabajo realizado de diversas formas, dentro de las cuales podemos destacar las verbales, con las cuales refirieron sentirse mejor, más animadas, o que tuvieron avances en su dinámica familiar, lo cual disminuyó sus niveles de ansiedad. En la mayoría de los casos el avance fue

observable por lo que se logró una evolución positiva en las personas que fueron constantes con la terapia psicológica.

También se atendieron casos de problemas conyugales quienes refirieron tener problemas con su pareja lo cual afectaba su dinámica familiar. Las personas refirieron que el nivel de sus problemas se encontraban desde discusiones leves hasta en muchos casos violencia psicológica y física. En algunos casos de violencia física refirieron que incluso fueron utilizados objetos para causarles o causar daño. Uno de los casos relevantes atendidos es el caso de una mujer de 26 años de edad quien acudió en busca de ayuda psicológica debido a que la relación con su esposo le estaba afectando. Refirió sufrir inflamación del tallo cerebral por lo cual le colocaron una válvula y que desde ese evento se sintió poco atractiva, con lo cual la persona justificaba el maltrato e indiferencia del esposo. La persona refirió que su pareja dejó de golpearla luego de la intervención quirúrgica, mas continuaba mostrándose interesado en otras jóvenes cuando salían juntos, a las cuales volteaba a ver o incluso hacer llamados verbales sin importar su presencia. Al inicio del trabajo con dicha persona se observó deprimida, con autoestima baja, autoconcepto distorsionado, dependiente, falta de voluntad, inseguridad, ningún arreglo personal, se ocultaba bajo una gorra, inclinación corporal, poco contacto visual y desvalorizada. Se trabajó con ella diferentes técnicas por medio de las cuales se observó una notable mejora la cual mostro tanto en su arreglo personal como en su autoconcepto y valorización de sí misma, refirió haber abierto un negocio con el cual logró algo de independencia, a pesar de su decisión de

continuar con su pareja mostro grandes logros durante su asistencia hasta el mes de septiembre.

Se trabajaron en menor grado casos de personas que asistieron debidos a que se sentían tristes, tenían pensamientos de desesperanza, pensamientos negativos o pensamientos de muerte. Estas personas refirieron sentirse solas o que no tenían alguien en quien sintieran apoyo, ya sea de su familia como de sus amistades o pareja. Refirieron sentirse tristes por varios meses, con episodios de llanto sin razón u acompañados por sentimientos de desesperanza. En algunos casos refirieron sentirse deprimidos o tristes debido a que presentaban alguna condición física que amenazaba su vida ya que su salud se encontraba en constante deterioro, en otros casos refirieron sentirse tristes debido a problemas familiares. Uno de los casos más relevantes se trató del caso de una mujer quien se sentía triste desde que su ex pareja la dejo, luego de un mes la persona atendida se unió con otro hombre quien le apoyaba con sus hijas como con su tristeza constante. Sin embargo luego de un año la persona en cuestión continuaba presentando tristeza constante, vacío existencial y pensamientos suicidas por que acudió en busca de apoyo psicológico.

Con la persona se trabajó desde el enfoque gestáltico y racional emotiva, mas por sus constantes ideas suicidas se consideró necesario realizar una referencia con la psiquiatra ya que era necesario debido a que presentaba rasgos de depresión mayor por lo cual era necesario tratamiento farmacológico conjunto con la terapia psicológica.

En el área de pisos se trabajó también con varias personas que presentaban rasgos depresivos debido a problemas económicos, familiares o relacionados al proceso de duelo por pérdida humana o de algún miembro del cuerpo, siendo estos últimos los detonantes más frecuentes hallados en dichas áreas. Se trabajó con algunas personas de edad avanzada quienes se encontraban en proceso de duelo por la pérdida de su esposa, quienes presentaban tristeza constante y episodios de llanto agudo por lo cual se encontraban en la fase depresiva de duelo.

Con estas personas se trabajó con los enfoques cognitivos conductuales, racional emotiva y gestálticos dependiendo las necesidades que presentara cada persona relacionado a su problemática. En su mayoría las personas refirieron sentirse más animadas y con pensamientos más positivos luego de que se le brindo el apoyo psicológico.

Otro de los casos atendidos se encontró los casos cuyas personas presentaban trastornos alimenticios, tales como la anorexia por lo cual fueron referidas al departamento de salud mental para que se les brindase apoyo psicológico. En ambos casos las personas eran jóvenes adolescentes quienes se encontraban preocupadas por su peso o su complexión física, por lo que optaron por dejar de comer o comer en pequeñas cantidades. En uno de los casos más graves la persona intento provocarse el vómito con un tenedor el cual ingirió por accidente depositándose en su estómago por lo cual le tuvieron que realizar una cirugía para extraerlo, por lo cual fue referida al departamento de salud mental

para que se le diera apoyo y seguimiento psicológico. Primeramente se trabajó con la persona en el área de traumatología en la cual se encontraba ingresada luego de la intervención quirúrgica en la cual se le extrajo el tenedor, quien refirió sentirse molesta con sus amistades quienes solían decirle que estaba gorda, era fea y que necesitaba bajar de peso, refirió también sentirse arrepentida de haber provocado lo sucedido y por lo que se encontraba internada. Al día siguiente la persona fue dada de alta y referida al departamento de salud mental en donde luego de unos días asistió a dicha área en donde se le dio seguimiento a su caso.

Durante las primeras sesiones se realizó una actividad con la persona en la cual se le paso una Escala de Imagen Corporal en la cual respondió que se encontraba en la escala 6 de 7 y que deseaba encontrarse en la 1 de 7, lo cual se observó como rasgo del trastorno dismórfico corporal, debido a que se observada con más masa corporal de la que poseía y deseaba encontrarse en el nivel más bajo de la escala el cual mostraba una figura en estado de desnutrición severa.

También se realizaron actividades en las cuales la persona expresaba en una hoja en blanco las cualidades que consideraba tener como persona, en la cual refirió solo cualidades de su rostro y actividades que le gustaba realizar; lo cual mostro una clara negación del resto de su cuerpo y una evidente inconformidad con el mismo en especial del cuello hacia abajo. Debido a la intervención quirúrgica a la cual fue sometida se encontraba bajo régimen de dieta, a pesar de esto refirió no tener deseos de comer debido a que creía que la comida era mala.

En las siguientes sesiones se trabajó bajo los enfoques cognitivo conductuales y racional emotiva, con los cuales mostro avance y refirió comer tres tiempos algo que no realizaba con anterioridad. Por lo que unas sesiones después se comprobó el avance mediante el uso nuevamente de la Escala de Imagen Corporal en la cual se ubicó en la escala 5 de 7 y deseaba encontrarse en la escala 3 de 7, esto mostro un cambio positivo en su percepción física ya que hubo una notable diferencia con el resultado anterior. También se realizó nuevamente la actividad en la cual ella anotaba sus cualidades en una hoja en blanco y en la cual refirió encontrar habilidades que poseía y rasgos que le gustaban de su físico en la cual esta vez incluyo partes inferiores de su cuerpo, lo cual mostro una mayor apreciación de su cuerpo y una mejor percepción de sí misma hasta que se cerró el caso por falta de asistencia.

Entre otros casos de menos incidencia atendidos se encuentran los casos de personas que presentaban ideas delirantes quienes acudieron al departamento de salud mental debido a que su estado ya afectaba su vida social. En los casos las personas refirieron tener pensamientos constantes sobre determinadas situaciones que les causaba temor al punto de evitar o negarse a salir de su casa y realizar sus actividades diarias. Uno de los casos se encontraba enfocado en la limpieza ya que la persona sentía que todo se encontraba contaminado y le podía enfermar. La persona refirió que su problema inicio debido a que poco tiempo después de su matrimonio con su esposo, al darse cuenta que el realizaba su higiene personal cada 8 o 15 días y que la familia de este, con la que compartían terreno, mantenían tanto el patio como su hogar sucio con heces de perro y en mal

estado en general, hablo también sobre los hábitos de higiene de su familia política, lo cuales eran inadecuados e insuficientes. Situación la cual fue detonante para su obsesión con la limpieza, refiriendo que lavaba sus manos un aproximado de 40 o 50 veces al día, lavar el sillón de la casa después de recibir alguna visita y fregar el piso unas 20 veces al día entre otros hábitos obsesivos. La persona refirió que su problema comenzó hace 5 o 6 años atrás y que llegó al punto de no querer salir de su casa, sin embargo la persona asistió solamente dos veces lo cual dejó sin darle seguimiento y tratamiento a su caso.

Otro caso atendido fue el caso de una persona joven quien sentía un gran temor a salir de su casa y quien refirió que el hecho de salir para asistir a terapia psicológica le fue sumamente difícil. La persona refirió que abandonó sus estudios debido al miedo, refirió que sus pensamientos se hacían realidad y que pensaba que se encontraba en ese estado debido a que sus vecinas le dijeron que le habían realizado brujería. Durante las siguientes sesiones la persona refirió sentir que su novio la engañaba por lo cual se dejaron y regresaron durante varias ocasiones, los problemas de celos fueron constantes durante toda la terapia y a pesar de que se separaban la persona buscaba la oportunidad para regresar con su novio. Refirió que muchos de los problemas comenzaban cuando sus vecinas le platicaban algo en relación a su novio, diciéndole que la engañaba, que lo habían visto hablar con otra mujer o que se encontraba con otra mientras ella estaba en casa; refirió que llevaba 4 años de relación con su novio y que se sentía dependiente de él e insegura. Esta persona refirió no tener recuerdos claros de su infancia y que muchas veces se sentía desconectada del mundo, dissociada y que

esto comenzó cuando era niña, edad en la que solía caerse con frecuencia o quedar inconsciente, refirió que no se crio con sus padres sino por una tía, mas no recordaba bien su relación con ellos; por lo que no brindo mayor información sobre sus primeros años de vida y sobre su relación con sus padres. En los casos de personas con ideas delirantes se trajo desde los enfoques cognitivos conductuales, gestálticos y racional emotiva, durante el tiempo que asistió a terapia, tiempo durante el cual su estado de ánimo disminuía o mejoraba según sus referencias hasta que se cerró el caso por inasistencia.

Los problemas escolares son problemas que en muchos casos están relacionado con malas dinámicas familiares lo cual provoca en los hijos situaciones de estrés y ansiedad lo cual confunde o hace difícil la concentración del afectado. Uno de estos casos se trató de una joven la cual asistió debido a que su madre la enviaron a terapia psicológica por mal comportamiento, refiriendo también que sus padres tenían problemas y constantemente discutían para luego reconciliarse nuevamente. Durante las siguientes sesiones la persona refirió sentirse deprimida contantemente debido a al ambiente que vivía en su hogar lo cual comenzó a afectar su vida personal; refirió también que se cumplía un año de la muerte de uno de sus primos, situación que afectaba aún más su estado de ánimo. La persona refirió sentirse desanimada y preocupada debido a que iba mal en sus estudios y no sentía deseos se estudiar para mejorar la situación a pesar de que se encontraban en los primeros meses del ciclo escolar, sin embargo aseguraba que perdería el año. Durante una de las sesiones la persona refirió no tener más deseos de estudiar y que le gustaría más salir todos los días con sus

amigos en lugar de ir al colegio. Por lo que se trabajó con esta persona sus planes de vida los cuales se dividieron en dos partes, una parte consistía en la realización figurativa de su vida en un año, luego en 3 años, en 5 años hasta 10 años al futuro sin haber realizado o terminado sus estudios y en el cual tenía que describir en que ocuparía su tiempo y más tarde cuales serían sus posibles oficios, tanto fuera como dentro de un hogar. La segunda parte consistía en la realización figurativa de su vida en el próximo año, en 3 años, a los 5 años hasta en 10 años al futuro si decidiera terminar sus estudios actuales e incluso continuar con un diversificado hasta una carrera universitaria, cuáles serían sus posibles responsabilidades tanto en el trabajo como en el hogar. Actividad en la cual la persona se dio cuenta de la importancia de lo que hacía en ese momento y las repercusiones que tendrían las decisiones que tomara en el presente sobre su futuro. Se trabajaron con los enfoques de la psicología gestalt y cognitivo conductual las cuales fueron de utilidad según las necesidades de cada persona.

En su mayoría las personas que fueron atendidas en el área de salud mental refirieron sentir mejoría en su estado de ánimo así como disminución de los estados de ansiedad y estrés que bloqueaban su voluntad para realizar sus estudios y tareas de la escuela o colegio.

ACCIONES DE FORMACIÓN:

Las acciones de formación dieron inicio en el momento en el cual se nos dio la inducción y se nos presentó dentro del Hospital Pedro de Bethancourt lo cual fue realizado por el jefe del departamento de Salud Mental.

El jefe del departamento de salud mental nos dio una instrucción sobre algunos test hasta el momento, no trabajados, lo cual fue una experiencia enriquecedora para aumentar los conocimientos durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado.

Uno de los test en los cuales se nos dio una inducción sobre el test PF16 en la cual se nos detalló en qué consistía y como se realizaba la aplicación de este test. Unos días más tarde se colaboró en la aplicación del test con personal de enfermería, aspirantes a un aumento de puesto dentro de su área profesional. Se continuó con la calificación de dichos test como parte del trabajo de apoyo y colaboración en dicha actividad. Se finalizó con la entrega de los resultados de los test calificados al jefe del departamento de salud mental, quien luego envió los resultados a su área respectiva.

Otro test sobre el cual se nos dio una inducción se trató sobre el Test Roschach, en donde se observó la aplicación del test a una voluntaria quien dio respuesta a las preguntas que se le realizaban en relación a las tarjetas pertenecientes al test. Se nos dio una explicación sobre las fases en las cuales se dividía el test en su aplicación y las cuales eran de importancia al momento de realizar su interpretación.

Durante el año se trabajaron con dos grupos de forma constante y a quienes se les dio charlas con temas preparados y adecuados para cada grupo. Uno de los grupos con los que se trabajo fue el grupo de madres participantes con quienes se trabajaron todos los viernes de cada mes durante el Ejercicio Profesional Supervisado. Otro grupo con el cual se trabajo fue el grupo de jubilados de AJUPENSA con quienes se trabajó un jueves de cada mes a partir del mes de marzo hasta el mes de septiembre cuando se finalizó el Ejercicio Profesional Supervisado.

El grupo de Madres participantes era un grupo conformado por madres que tenían en ese momento a un hijo ingresado en el área de pediatría y a las cuales se les impartieron charlas las cuales eran programadas por el Hospital Pedro de Bethancourt y cuyos temas eran asignados por dicho hospital dejando un viernes de cada mes como intermedio para un tema opcional.

Entre los temas trabajados con el grupo de madres participantes se puede mencionar el tema de estimulación prenatal y crianza con amor. El tema sobre estimulación prenatal se abordó como los cuidados y los procesos que ayudan a un mejor desarrollo del infante desde los primeros meses de su concepción, lo cual se realiza a partir de la semana 16 de embarazo y el cual es un proceso de aprendizaje por medio de actividades que se realiza a través una comunicación afectuosa y constante entre el bebé y sus padres. La estimulación prenatal utiliza técnicas auditivas las cuales consisten en hablar con el bebé, leerle cuentos,

cantarle canciones infantiles y escuchar música suave, esto a partir de la semana 16 de embarazo; las técnicas táctiles las cuales consisten en acariciar el vientre y dejar caer con agua tibia, estas a partir de la segunda semana; técnicas visuales las cuales consisten en colocar luces de colores sobre el vientre de la madre y las cuales el bebé podría percibir levemente; las técnicas motoras que consistirían en la realización de ejercicios adecuados para el estado de la madre, como lo son las caminatas o yoga, estos se realizarían a partir de las semana 16 de embarazo; por último se encuentran las técnicas de relajación las cuales consistirían en la realización de ejercicios de relajación y respiración. El tema crianza con amor abordo las técnicas con las cuales puede trabajar un padre en los primeros años de vida de su hijo, esto con el fin de elevar el autoestima del niño y la relación con los padres; dentro de estas técnicas encontramos el reconocer sus buenas acciones y el cumplimiento de sus tareas por medio de elogios, felicitándoles por las mismas, premiar al lograr algún cambio positivo en su actitud o cumplimiento de sus tareas, así como hacer uso del castigo como lo es el quitar algún pasatiempo u objeto favorito si ha cometido alguna acción negativa o faltado con sus tareas, también el reforzamiento de su autoestima haciéndole sentir querido aceptado y valorado como miembro de la familia.

Otro tema de charla dado al grupo de madres participantes se encontró el tema de Terrores Nocturnos y los miedos infundados. En el tema de Terrores nocturnos se trató un problema común que afecta a los niños de temprana edad mientras se encuentran dormidos y lo cual puede asustar a sus padres debido a la poca información que tienen sobre el mismo; este problema se presenta de forma

repentina y pueden ser confundidos con pesadillas pero su naturaleza es diferente así como su forma de manifestarse, mientras que las pesadillas ocurren durante la fase REM del sueño, los terrores nocturnos ocurren durante la fase no REM lo cual es considerado como una súbita reacción de miedo que tiene lugar durante la transición de una fase de sueño a otra y suelen suceder a las dos o tres horas en las cuales el niño se ha dormido, por lo que el niño puede llegar a incorporarse y sentarse en la cama súbitamente y ponerse a chillar o gritar como si estuviera sumamente angustiado, su respiración y el ritmo cardíaco se le pueden acelerar, puede empezar a sudar, a agitarse y a comportarse como si estuviera sumamente alterado y asustado, al cabo de unos minutos o algo más, el niño se calma y se vuelve a dormir plácidamente; los niños no suelen recordar lo ocurrido luego del terror nocturno, a diferencia de una pesadilla en la cual el niño recuerda lo ocurrido; la mejor forma de reaccionar ante un terror nocturno es esperar pacientemente a que pase y asegurarse de que el niño no se hace daño al agitarse ya que generalmente los niños se tranquilizan y vuelven a la placidez del sueño al cabo de pocos minutos por lo que lo más recomendable es no despertar al niño durante el terror nocturno. El tema de los miedos infundados se trató sobre esos miedos los cuales son utilizados por las madres o padres en general para mantener un mejor control de su hijo, pero que con el tiempo puede perjudicar tanto al niños como a los padres; estos miedos suelen ser ingresados a la mente del niño por los padres que quienes para lograr control sobre ellos les infunden miedo solo con monstruos sino también con eventos cotidianos como lo son las inyecciones, a la policía, a los médicos o enfermeras, a la maestra o incluso animales; estas amenazas crean miedo en los niños hacia los objetos con los que

se les ha amenazado les causaría algún daño de no obedecer por lo que pueden llegar a gritar o llorar aterrorizados ante diferentes situaciones; lo más recomendable es no crear amenazas en el niño sino hacer uso de la recompensa en su lugar.

Uno de los temas importantes impartidos al grupo de Madres Participantes que tenían ingresado a un hijo en el área de pediatría, se trató de la Lactancia Materna. Dicho tema trató de fomentar la Lactancia Materna en las madres a las cuales se les dio la charla y darles una mejor explicación de los beneficios tanto psicológicos, físicos como económicos que tiene el hecho de amamantar a su hijo.

Se explicaron los beneficios psicológicos como lo son el vínculo madre e hijo que se forma mediante la lactancia y el cual en el futuro será un reforzador de la personalidad del infante, siendo este vínculo, un vínculo que tendrían madre e hijo durante toda la vida y el que tendría influencia en su relación con la sociedad en su edad adulta. Dentro de los beneficios físicos se explicó la formación de defensas corporales lo que protege al niño de enfermedades como lo son los resfriados, neumonía, infecciones, ayuda a una mejor digestión entre otros beneficios. Se nombraron también los beneficios económicos que puede tener la lactancia materna debido a que con el hecho de amamantar a su hijo existe un ahorro considerable lo cual puede ayudar a la economía del hogar, lo cual puede suplir otras necesidades dentro de la familia.

Por ultimo uno de los temas dados a las madres participantes se trató del tema de planificación familiar. Tema el cual se vio en la necesidad de informar a las madres debido a que en muchos casos pertenecen a familias de escasos recursos con más de dos hijos y en muchos casos viven en casa de uno de los padres con más miembros de la familia. Con este tema se trató de crear conciencia en las personas asistentes ya que cada hijo necesita tiempo y educación adecuada por lo cual es preciso el espaciar los embarazos uno de otro y así poder dedicar el tiempo necesario para cada hijo. Por lo cual se informó de los diferentes métodos lo cuales consisten en métodos naturales, artificiales y los métodos definitivos lo cuales se adecuan según las necesidades económicas y familiares de las participantes las cuales se mostraron interesadas en el tema y realizaron exposición de sus dudas y compartieron sus experiencias con respecto al tema.

Otro Grupo con el que se trabajó a lo largo del año fue el grupo de AJUPENSA que estaba conformado por personas de la tercera edad jubilados y quienes solicitaron que se les impartieran charlas que les fueran de interés y útiles en su vida diaria. Con este grupo se trabajó el último día jueves de cada mes a las 3 de la tarde en la sede del grupo durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado. Durante este tiempo se trabajaron con diferentes temas como lo fueron: Autoestima en la tercera edad, diabetes aspectos psicológicos y prevención, duelo, Estrés, Depresión y sus manifestaciones en la tercera edad.

En la charla sobre el Autoestima en la tercera edad se trató sobre los factores que podrían causar que la autoestima de una persona mayor y jubilada se viese afectada. Los cambios en la vida de una persona pueden causar impacto en su percepción de las cosas, como el hecho de jubilarse puede hacerle sentir poco útil o productivo en el hogar, el sentir no que no sabe qué hacer con su tiempo, los hijos ya no están en casa, el cansancio es mayor o se presentan problemas de salud. Todos estos factores pueden afectar a una persona lo cual podría bajar su autoestima. Durante la charla se habló de cómo se puede combatir esos factores mediante la realización de diferentes actividades como lo son el planificar viajes, salir de paseo con amigos, proponerse nuevas metas, realizar actividades recreativas y el hecho de pensar que siempre hay algo nuevo que aprender y algo nuevo que realizar. Las personas se mostraron participativas y motivadas ante la charla por lo que expusieron sus experiencias con respecto al tema.

Se dio una charla sobre Diabetes, aspectos psicológicos y prevención: tema en el cual se abordó como un padecimiento como lo es la diabetes puede desencadenar en la persona una serie de cambios en su diario vivir lo cual puede causar un fuerte impacto psicológico en la persona que la padece. Esto ocurre cuando los hábitos que posee una persona son cambiados de forma abrupta e inesperada; estos cambios abarcan su dieta ya que no pueden ingerir las mismas comidas de costumbre, su calzado debe ser más cómodo, los cuidados de su salud son más delicados he incrementan, pueden disminuir sus energías lo cual afecta su rendimiento ya sea laboral o dentro del hogar. El grupo se mostró interesado sobre el tema y realizo preguntas acerca de las dudas que presentaron

con respecto al mismo así como también compartieron experiencias propias o de personas conocidas las cuales padecían de Diabetes.

En otra de las charlas dadas al grupo de AJUMPENSA fue sobre el tema de Duelo el cual se manifiesta por diferentes motivos a lo largo de la vida de una persona. El duelo es un proceso luego de la pérdida de algo significativo en la vida de una persona el cual contiene diferentes fases hasta llegar a la aceptación de dicha pérdida. Cada persona es diferente, por lo que en cada persona una etapa de duelo puede ser más corta o más duradera que en otra por lo que es necesario que la persona se sienta apoyada y comprendida durante dicho proceso. Las pérdidas se refieren no solamente a la pérdida física de una persona, sino también a la pérdida de algún miembro del cuerpo, incluso a la pérdida de algún objeto significativo para la persona. Las personas de edad avanzada pueden sufrir varias pérdidas a lo largo de su vida, entre ellas se encuentran la pérdida de su trabajo por la edad, la casa queda vacía luego de la partida de sus hijos, sufrir la muerte de padres, amigos, hermanos o su pareja, así como las pérdidas físicas que se pueden dar como consecuencia de la edad y pérdidas materiales debido al paso del tiempo. Todo esto puede afectar de manera considerable la psique de la persona lo cual puede ser desencadenante de estados de estrés, ansiedad, sentimientos de abandono, depresión hasta distimia por lo cual es necesario que la persona conozca sobre las etapas del Duelo y esté dispuesto a recibir ayuda de su familia hasta ayuda profesional. Las personas del grupo se sintieron interesadas ante el tema y se expresaron con respecto al mismo.

En otra de las charlas que se dio se trató sobre el Estrés cuyos factores desencadenantes se relacionan con la tercera edad. Durante la charla se expuso los factores que pueden desencadenar estrés como lo son la pérdida de hábitos recreativos, el sedentarismo, el cansancio, la falta de metas, sentimientos de abandono, malestares físicos y problemas familiares; son solo algunos de los factores más comunes que pueden causar que una persona sea afectada a nivel psicológico y le causen estrés. Durante la charla se habló de cómo cada persona puede combatir el estrés mediante actividades las cuales les ayude a recuperar la confianza en sí mismos y a darse cuenta que aún se encuentran en disposición de realizar actividades adecuadas a su edad y las cuales les pueden resultar relajantes. Estas actividades pueden ser excursiones a lugares recreativos; proponerse nuevas metas, como lo son el aprender a usar la computadora o el celular; asistir a clases de su interés, como clases de pintura, música, canto; realizar ejercicios de relajación como lo son el yoga o el tai chi; el compartir sus pensamientos u experiencias en grupos afines o en algunos casos terapia grupal.

Las personas se mostraron interesadas en el tema y compartieron con los demás miembros del grupo las técnicas de las que ellos hacían uso o las técnicas que más llamaron su atención de las expuestas.

Otra de las charlas dadas al grupo de AJUPENSA se trató sobre la Depresión siendo uno de los temas solicitados por el grupo. El tema de la depresión se enfocó según las necesidades del grupo en relación a los desencadenantes de depresión en la tercera edad y como reconocer su

sintomatología lo cual podría ser de utilidad en su vida personal o en la relación con algún familiar o amigo. Primeramente se explicó en términos adecuados lo que se define por depresión, que es un estado de tristeza constante, pensamientos de desesperanza, autoestima baja, fuga de ideas, pérdida de interés por más de dos semanas. Se habló sobre los factores que pueden ser desencadenantes de la Depresión en la tercera edad, los cuales pueden ser: la falta de trabajo por la jubilación, cambios físicos y biológicos, frustración por metas no alcanzadas, soledad por la ausencia de los hijos y familia, sedentarismo, cambios de la sociedad diferentes a los de su época, duelos no resueltos debido a pérdidas tanto físicas, familiares como materiales; problemas conyugales y problemas familiares. Las personas participaron durante toda la charla comentando sus experiencias sobre el tema así como realizando preguntas sobre las dudas que presentaron.

Durante la semana de la salud mental se impartieron varios temas relacionados con la salud, tanto física como mental en las personas por lo cual se realizaron actividades en las cuales participaron una gran cantidad de personas.

Esta semana se dividió en dos momentos los cuales fueron, La feria de la Salud y El congreso de la salud mental en los cuales se tocaron temas de interés para la población que asistió a dichas actividades, siendo estas personal del hospital como público en general. Durante la feria de la salud se realizó la colocación de varios stands en los cuales se impartió información verbal y material de apoyo dependiendo el tema a cargo de cada uno, en los cuales las personas las cuales asistieron se acercaban en busca de información.

En el stand en el cual se trabajó se dio información sobre el tema del Bullying el cual ha sido de gran relevancia en los últimos años en nuestro país debido a los constantes ataques que se han dado y los cuales han llevado a muchos niños y adolescentes a consecuencias trágicas. En el stand se colocó la información en trífolios, en un poster informativo y en un rompecabezas por medio del cual las personas que se acercaban al stand podían participar armándolo y realizando preguntas con respecto al tema por lo cual se dieron premios a los que terminasen de armarlo. En la información dada se define el Bullying como un comportamiento que consiste en maltratar sistemáticamente a otras personas mediante el abuso de fuerza, autoridad o superioridad social o intelectual. Los victimarios suelen ser fuertes físicamente, impulsivos, dominantes, con conductas antisociales y poco empáticos con sus víctimas. Se pueden distinguir tres tipos de acosadores que son el acosador intelectual que es aquel que con buenas habilidades sociales y popularidad en el grupo, es capaz de organizar o manipular a otros para que cumplan sus órdenes; el acosador poco inteligente que es aquel que manifiesta un comportamiento antisocial y que intimida y acosa a otros directamente, a veces como reflejo de su falta de autoestima y de confianza en sí mismo; y el acosador víctima que es aquel que acosa a compañeros más jóvenes que él y es a la vez acosado por chicos mayores o incluso es víctima en su propia casa. Las víctimas suelen ser niños tímidos, inseguros, mantienen una excesiva protección de los padres, menos fuertes físicamente. Entre los tipos de víctimas podemos encontrar la víctima pasiva que suelen ser débil físicamente e insegura, por lo que resulta un objetivo

fácil para el acosador, otras características serían, escasa autoestima, ausencia de amigos, depresión, aunque algunos de estos rasgos podrían ser consecuencia del acoso; y la víctima provocadora que suele tener un comportamiento molesto e irritante para los demás, en ocasiones, sus iguales les provocan para que reaccionen de manera inapropiada, por lo que el acoso posterior que sufren podría llegar a parecer justificado. El Bullying se presenta de diferentes maneras entre las cuales se encuentran el físico, el social, psicológico y el verbal. Las consecuencias del bullying el deterioro de la autoestima, ansiedad, depresión, fobia escolar e intentos de suicidio, con repercusiones negativas en el desarrollo de la personalidad, la socialización y la salud mental en general. Ante dicha actividad las personas se mostraron interesadas en el tema, incluso se acercaron padres para preguntar sobre el tema y exponer algún problema por la cual se encontraban alguno de sus hijos ya sea en la escuela o en la calle por lo que deseaban obtener más información para poder ayudar de alguna manera a sus hijos. Asistieron también a la actividad escuelas por lo cual participaron realizando preguntas o comentando sus experiencias tanto alumnos como los maestros quienes les acompañaban.

PROCESO DE INVESTIGACIÓN

El proceso de investigación tuvo su inicio durante la visita al Hospital Pedro de Bethancourt en la cual se realizó una observación del escenario de trabajo y de la población con la cual se trabajaría el Ejercicio Profesional Supervisado. Dicha información fue recabada mediante la observación de la institución y mediante una

entrevista no estructurada realizada al personal de enfermería de las áreas de cirugía y traumatología de adultos; información que luego fue utilizada con el fin de establecer los objetivos en la cual se le daría enfoque al proceso investigativo.

Luego de este proceso se dio inicio al trabajo dentro de las áreas de traumatología y cirugía, con las personas que fueron referidas debido a que se encontraban desestabilizadas como consecuencia de diferentes factores, tanto físicos como emocionales.

La investigación se trabajó los días lunes, miércoles y viernes durante todas las semanas desde el inicio del Ejercicio Profesional Supervisado hasta su finalización en los horarios de 8:00 a 12:00 am luego de la visita médica que realizan los doctores del área todos los días en las áreas de traumatología y cirugía. En dichas áreas se recabo la información de diferente manera en relación al área de Salud Mental en la cuales se encontrabas historias clínicas estandarizadas, en su lugar se hizo uso de entrevistas no estructuradas en las cuales se realizabas preguntas sobre sus datos personales y sobre la problemática que afectaba a la persona en el momento en el cual fue atendida.

Con cada persona el trabajo investigativo se inició mediante la recolección de datos personales así como la recolección de información sobre su problemática principal. Se dio inicio con la generación de una relación de confianza entre la persona y el terapeuta el cual es necesario durante el proceso terapéutico. Se atendió en su mayoría a personas en el área de pisos por lo cual la dinámica de

trabajo fue diferente al área de Salud Mental ya que se trabajó con ellos un promedio de 15 a 30 minutos con cada persona dependiendo de la cantidad de personas a atender en ambas áreas. Se recabo información sobre cada caso atendido, datos personales así como la problemática principal por la cual fueron referidos y la cual le afectaba a nivel emocional.

Se atendió a personas las cuales eran referidas debido a que se les realizo o se les realizaría alguna intervención quirúrgica relacionada con la Diabetes y la cual afectaría de diferentes maneras el modo de vida de la persona a la cual se le realizaría dicha intervención. Para obtener información sobre que ámbitos de su vida y como serian afectados se elaboraron preguntas como parte de una entrevista no estructurada y otra estructurada con el fin de obtener datos relevantes con respecto a la situación por la cual se encontraba pasando la persona atendida y así se le brindaría el apoyo psicológico adecuado con respecto a su problemática principal.

Las personas atendidas en su mayoría fueron referidas por los profesionales de la salud de las áreas de cirugía y traumatología debido a que se les realizo o se les realizaría amputación de algún miembro del cuerpo, ya fuese un miembro superior, inferior o algún artejo de los mismos; y en casos menores se realizaría alguna cirugía relacionada con el padecimiento de la Diabetes. Estas personas a las cuales se les brindó apoyo psicológico presentaron diferentes historias relacionadas con su estado físico y como se vio afectada su vida en los diferentes niveles subjetivos del mismo. Durante la realización del Ejercicio

Profesional Supervisado se trabajó con personas cuyos casos se centraban en que se les realizaría una intervención quirúrgica como consecuencia de la Diabetes la cual es una enfermedad degenerativa altamente relacionada con el estado emocional de la persona que la padece; por lo que durante el trabajo con dichas personas se encontraron diferentes problemáticas relacionadas con su condición física, dentro de las que se pueden mencionar: problemas económicos, problemas familiares y conyugales, duelo por pérdida de un ser querido, duelo por pérdida de miembro, problemas laborales.

Las personas con las cuales se trabajó fueron referidas al área de Salud Mental debido a que se les realizaría o se les realizó una intervención quirúrgica relacionada con el padecimiento de la Diabetes, por lo cual se les brindó el apoyo psicológico necesario para cada caso. En muchos de los casos la problemática principal de la persona iba unida con otra problemática la cual le causaba desestabilidad emocional. Dentro de esas problemáticas podemos mencionar los problemas económicos, los cuales causaban angustia a varias de las personas con las cuales se trabajó, algunas de estas personas refirieron no estar en las condiciones económicas necesarias para realizarse una operación de ese tipo, ya que esto les causaría gastos que no podrían suplir o les generaría deudas con las cuales no contaban. Con esto no se referían necesariamente a desempleo o que lo perderían luego de la intervención, sino a que al ser personas de escasos recursos no contaban con el dinero necesario para gastos médicos, contando solo para cubrir sus necesidades básicas del hogar. Con estas personas se trabajó desde los enfoques gestalt y cognitivo conductual los cuales fueron útiles para disminuir

los niveles de estrés y angustia en los cuales se encontraban dichas personas. En su mayoría las personas respondieron de forma positiva ante el apoyo psicológico brindado y refirieron sentirse más relajadas y poseer pensamientos más positivos con respecto a su problemática.

Otras personas refirieron tener problemas familiares o conyugales al mismo tiempo de tener que enfrentarse a una intervención quirúrgica y en muchos casos a la amputación de algún miembro del cuerpo debido a las consecuencias de la Diabetes. A estas personas se les brindó apoyo psicológico debido a que en la mayoría de los casos se encontraban desestabilizadas y se encontraban en un estado emergente al momento de ser atendidas. Dichas personas refirieron sentirse tristes o angustiadas debido a que presentaban algún problema familiar en su hogar, como lo fue el caso de una persona quien se encontraba preocupado debido a que su nieto le necesitaba ya que la hija de la persona atendida y madre del niño no era lo suficientemente responsable como para hacerse cargo del niño, lo cual le causaba gran preocupación a la persona; Otro caso que se presentó fue el de una mujer de edad avanzada quien se encontraba internada en el hospital debido a que presentaba llagas en los pies y piernas como una de las consecuencias de la Diabetes y lo cual podía provocar le amputaran un miembro del cuerpo, persona que refirió sentirse triste y deprimida debido a que no tenía un hogar al cual regresar luego del tratamiento médico y que se encontraba internada en un asilo de ancianos en donde se sentía abandonada por sus hijos y familia.

Dentro de uno de los casos atendidos por problemas conyugales se encontró el de una mujer quien tenía problemas con su pareja debido a que al encontrarse ella internada en el hospital en espera de que se le realizaran curaciones en una llaga que presentó, no encontraban a una persona que cuidara a sus hijos; Esta persona refirió sentirse triste debido a que no sabía que padecía de Diabetes y que asistió a consulta externa debido a una llaga en un pie la cual no sanaba y fue cuando le informaron que padecía dicha enfermedad y fue trasladada al área de cirugía para que se le realizaran curaciones y de ser necesario alguna intervención quirúrgica; la persona refirió que al permanecer mucho tiempo en el hospital nadie quería cuidar de sus hijos por lo que lo hizo su esposo, sin embargo no podía ir a trabajar estando en casa, por lo que decidió llevarlos consigo quien lavaba autos y que sus hijos estuvieran con él mientras trabajaban; esto causó tensión y algunos problemas entre la pareja . Estas personas, como otras atendidas, se encontraban en su mayoría desestabilizadas, refirieron sentirse tristes, desanimadas, preocupadas no solo por tener que someterse a una intervención quirúrgica, sino también a que presentaban problemas en su hogar. Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se trabajó con las personas dependiendo sus necesidades y las problemáticas que presentaron cada uno, por lo que se trabajó en base a tres enfoques psicológicos los cuales son, la psicología gestalt, la cognitivo conductual y la racional emotiva. Las personas con las cuales se trabajó en su mayoría se les dieron seguimiento debido al tiempo que permanecían ingresadas en el hospital y por lo cual se les puso observar estables y en la mayoría de los casos las personas refirieron sentirse más animados y con ganas de seguir adelante.

En menor incidencia se atendieron casos de personas que se encontraban desestabilizadas debido a que se encontraban atravesando un proceso de duelo debido a la pérdida de un ser querido al mismo tiempo que se encontraban pre o post intervención quirúrgica como consecuencia de la Diabetes. Estas personas refirieron sentirse profundamente tristes debido a la pérdida de un familiar cercano como lo fue una esposa o esposo, un hijo u otro familiar hacia algún tiempo, desde un año hasta varios años atrás; por lo que estas personas se encontraban en un doble proceso de duelo ya que tras la pérdida de un ser querido se encontraban por perder un miembro del cuerpo, lo cual implicaba una nueva pérdida para dichas personas. Las personas en su mayoría se observaron con tristeza profunda, diálogos circunstanciales y llanto agudo durante se les brindaba el apoyo psicológico; expresaron también sus sentimientos y pensamientos con respecto a la pérdida del ser amado, y como la pérdida de un miembro del cuerpo les causaba una nueva tristeza. Uno de los casos se trató de un hombre de 68 años de edad quien refería sentirse profundamente triste debido a la muerte de su esposa quien había muerto hacía 8 meses atrás, luego de la muerte de su esposa la persona sufrió un infarto cerebral lo cual le provoco una afasia expresiva o de broca lo cual le dificulto su capacidad para expresar con fluidez su lenguaje hablado; seguido a estas problemáticas ya presentadas para el paciente unos meses después le fue amputada la pierna izquierda como de la neuropatía diabética que como se ha explicado con anterioridad daña el sistema nervioso periférico lo cual provoca una lesión que lleva a la necrotización del tejido causando a la persona dolores agudos en los miembros afectados por dicha

afección, este dolor causaba en la persona sentimientos de desesperación y angustia, sin embargo a pesar de haber sufrido una amputación con anterioridad deseaba que le amputasen la otra pierna y así descansar del dolor que sufría; debido al tiempo que permaneció esta persona se pudo trabajar con él durante más tiempo y así darle seguimiento a la evolución de sus problemáticas, se trabajó con dicha persona desde los enfoques gestalt y cognitivo conductual. Otro caso con el cual se trabajó se trató de una mujer quien hacía unos 5 años atrás sufrió la muerte de un hijo, momento desde el cual según la persona comenzó a padecer de Diabetes; la persona refirió sentirse triste desde entonces y con sentimientos de desesperanza, refirió también no desear que le amputasen un miembro de su cuerpo lo cual le hacía sentirse deprimida ya que los profesionales médicos del área le informaron que de no mejorar las llagas se considerase esa posibilidad, se observó profundamente triste, con episodios de llanto agudos; con esta persona se trabajó con los enfoques cognitivos conductuales, gestalt y racional emotiva con los cuales se buscó tratar de manera adecuada para la persona ambos procesos de duelo por los cuales se encontraba atravesando en ese momento.

Dentro de los casos atendidos se encontraban los de las personas cuya problemática física afectaba directamente su desempeño laboral. Las personas atendidas refirieron como la Diabetes afecto su estado emocional y físico lo cual disminuyó su rendimiento laboral afectando el mismo. Las personas refirieron que la enfermedad afecta su estado de ánimo, haciéndoles sentir mal humor, decaimiento y cansancio al punto de llegar a sentir que no poseen las fuerzas necesarias para cumplir de forma adecuada en su trabajo. Otras personas

refirieron que a pesar de sentir molestias físicas y emocionales esta afección no había afectado de sobremanera su vida, sin embargo luego de la amputación tendrían que adaptarse a trabajar de otra manera y en algunos casos ya no podrían laborar como lo hacían hasta el momento debido a que su trabajo dependía de sus dos piernas para sostenerse. Una de las personas atendidas refirió que se desempeñaba como músico, pero debido a la amputación de ambas piernas tenía que pensar cual era la mejor manera de poder seguir tocando la guitarra y la marimba a pesar de tener que buscar una nueva posición; la persona refirió que daba clases de música y que deseaba continuar trabajando en ese ámbito por lo que lucharía por obtener prótesis y continuar luchando en la vida; con esta persona se trabajó desde el enfoque gestalt y con técnicas de relajación las cuales le fueron útiles para disminuir sus niveles de ansiedad según su referencia. Otra de las personas atendidas con problemas laborales relacionados a las secuelas de la Diabetes refirió que desde hacía varios años atrás su padecimiento le comenzó a causar problemas que interfirieron en su desempeño laboral; refirió que la diabetes le provocaba cambio en el estado de ánimo, sintiéndose desanimado, deprimido, con enojo y pensamientos negativos; luego de unos años comenzó a presentar problemas digestivos los cuales se fueron agravando al punto de presentar diarreas agudas, síntomas por los cuales lo llevaron a dejar su trabajo de más de una década hacía 5 años; refirió que se encontraba internado debido a que al presentar constantes mareos cayó por las escaleras de su casa por lo cual sufrió fractura de cadera y se encontraba a la espera de una intervención quirúrgica en la misma; la persona expreso que a pesar de sus intentos por volver a trabajar no pudo hacerlo de nuevo y que no podría volver a

hacerlo, lo cual hacía ya varios años y luego de una infidelidad de su esposa le llevo a tener pensamientos suicidas; con esta persona se trabajaron los enfoques cognitivo conductual, racional emotiva y gestalt, debido al estado de la persona cuando se le atendió se trabajaron también ejercicios de relajación y de estabilización con los cuales según su referencia sintió mejoría emocional.

En la mayoría de los casos se atendió a personas las cuales se encontraban atravesando un proceso de duelo por perdida de un miembro del cuerpo relacionado con la Diabetes y de sus secuelas como lo son el síndrome neuropático que degenera el sistema nervioso periférico provocando en la persona que lo padece dolores agudos y la necrotización de tejidos lo cual de no ser tratado a tiempo puede causar una infección sistémica en la sangre o septicemia desencadenando la muerte. De los casos atendidos solo dos se rehusaron a realizarse la amputación de alguno de sus miembros arriesgándose así a sufrir dolores agudos, a una infección generalizada y se retiraron del hospital luego de firmar un documento de egreso contraindicado el cual responsabiliza a la persona sobre su decisión de salir sin tratamiento médico. Los otros casos atendidos se trataron de personas que decidieron enfrentarse a una intervención quirúrgica requerida, ya fuere colocación de membranas, amputación de artejos de manos o pies o de alguno de los miembros superiores o inferiores por lo que se encontraban en muchos casos indecisos sobre su decisión y poseían sentimientos encontrados. Las personas atendidas refirieron sentirse profundamente tristes ya que en la mayoría de los casos se rehusaban a perder algún miembro, pero ante el riesgo que corrían sus vidas debido a las infecciones aceptaron la intervención, en

otros casos aceptaron la intervención con menos negativas más aun referían sentirse tristes ante dicha pérdida. Refirieron sentirse deprimidas, profundamente tristes, ansiosas y confundidas durante la primera visita que se realizó ya fuese pre o post operación, momentos en los cuales las personas atendidas se encontraban desestabilizadas. Una de las personas atendidas se encontró desestabilizada, profundamente triste debido a que se le realizaría amputación de pierna a la cual se rehusaba pero luego de las explicaciones dadas por los profesionales médicos aceptó; durante la realización de la despedida del miembro, la cual es una técnica en la cual la persona se despide del miembro como si se tratase de una persona, refirió sus sentimientos hacia el miembro, momento en el cual se observó profundamente triste, angustiada, con episodio de llanto agudo; durante la visita se trabajó con técnicas cognitivo conductuales y los enfoques gestalt y racional emotiva por medio de las cuales la persona refirió sentirse más estable. Otro de los casos atendidos se trató de un hombre de 76 años de edad quien refirió que tres de sus hermanos y su madre padecían de Diabetes, y quien se encontró hipoanímico y con pensamientos de desesperanza; la persona refirió sentirse triste debido a que los profesionales médicos le informaron que era necesario realizarle la amputación de su pierna izquierda, sin embargo debido a su hipertensión debía esperar que se encontrara fuera de peligro para realizar dicha intervención; al poco tiempo de haber sido trasladado al hospital Roosevelt en donde se le realizó la amputación de la pierna izquierda, regreso al Hospital Pedro de Bethancourt debido a que presentó dolor agudo en la pierna derecha por lo que le informaron la necesidad de amputar su pierna derecha; la persona refirió sentirse profundamente triste y desanimado, se observó hipoanímico, con tristeza profunda

y episodios de llanto recurrentes, síntomas y signos típicos del inicio de un proceso de duelo; se trabajó con los enfoques gestalt, cognitivo conductuales y racional emotiva con lo cual se redujeron sus niveles de ansiedad.

En estos casos descritos con anterioridad la problemática principal, siendo la realización de alguna intervención quirúrgica por la que fueron referidas las personas, se une a otras problemáticas las cuales en algunos casos viene a ser consecuencia de la problemática principal y el algunos casos no son consecuencia de, pero estas íntimamente ligadas.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

El inicio de del Ejercicio Profesional Supervisado ayudó a tener mejor conocimiento de la población con la cual se trabajó durante los meses que tuvo duración dicho EPS. La realización del sondeo, del recorrido a la institución y las entrevistas realizadas a los profesionales de la salud fue de utilidad en la correcta elaboración del plan con el cual se trabajó y así atender las necesidades de la población a la cual se le brindó el apoyo psicológico.

Como se ha podido observar en el transcurso de la investigación, la mayoría de personas que se tratan en este centro médico son de zonas aledañas y de escasos recursos, por lo mismo al conocer mejor las necesidades de la población se realizó la elaboración de un plan que se adecuará a sus necesidades y el cual fue aplicado durante el Ejercicio Profesional Supervisado a las personas con las cuales se trabajó en los ejes de atención directa, docencia e investigación.

Las personas eran referidas al departamento de Salud Mental desde otras áreas del Hospital Pedro de Bethancourt o asistían al mismo por consulta voluntaria debido a que presentaban alguna problemática que afectaba su vida en cualquiera de sus diferentes ámbitos. Muchas de las personas se encontraban desestabilizadas o se desestabilizaron en el momento en el que se brindó el apoyo psicológico y el fin que poseía el trabajo con estas personas era el estabilizarlas y el darles apoyo en la búsqueda de una solución a su problemáticas, dándoles

acompañamiento y seguimiento a cada uno de los casos que se presentaron. Las problemáticas que se presentaron en las personas fueron diversas las cuales se pueden clasificar en los ámbitos, personal, laboral, económico, familiar y social, en la mayoría de los casos la problemática principal afectaba directamente los diferentes ámbitos en los cuales se desarrolla la persona dañando así la subjetividad de la misma y creando nuevas problemáticas como consecuencia ya fuera a nivel físico o psicológico.

Como resultado del trabajo realizado durante el Ejercicio Profesional Supervisado, desde el punto de vista histórico los habitantes de la región de Antigua Guatemala poseen un legado cultural ancestral siendo esta en épocas de antaño una de las primeras ciudades del país de Guatemala, asentada en el valle de Panchoy durante la colonia. Siendo esta una región con gran variedad de recursos naturales el cual permitió a las personas desarrollar diversas formas de arte, sumado a la importancia de la región como fin turístico debido a su atractivo histórico.

Dentro de los aspectos sociales y culturales de la población en relación a la región y su aspecto histórico antropológico se obtuvo que dicha población en su mayoría pertenecen al grupo étnico ladino seguido por el grupo indígena y mestizo predominando el idioma español en la región. Algunas personas tienen por lengua materna alguna lengua indígena ya que en la región se hablan por herencia lenguas antiguas originarias del lugar. La influencia turística también ha fomentado en algunas personas de la región y sus alrededores a aprender alguna

lengua extranjera como lo es el inglés para así poder tener una mejor comunicación mayormente en los trabajos comerciales en los cuales se hace necesario persuadir al cliente.

Íntimamente ligado a sus costumbres se encontró su devoción hacia alguna creencia religiosa o espiritual lo cual en muchas veces dejaban entre ver en sus diálogos, refiriendo participar en actividades de alguna índole relacionada con sus creencias ya sea de forma activa o regular, siendo sus creencias espirituales de suma importancia en su diario vivir; las personas refirieron profesar alguna religión específicamente dentro de las cuales cabe mencionar la religión católica, la religión protestante, mormona y adventista. Algunos realizan o tienen creencias sobre hechizos o brujería, los cuales utilizan como un medio para alcanzar sus objetivos, pedir algún favor o incluso en algunos casos es utilizada para someter a otros a su voluntad según referencias; mientras que otros le temen y piensan que estos ritos tienen poder sobre ellos, que otras personas les han realizado brujería y que es por eso que les pasan cosas desafortunados o tienen problemas con su pareja, incluso llegan a pensar que la brujería ha llegado a su vida o la controla ya que han referido en algunos casos que están bajo el efecto de alguna brujería lo cual ha afectado su conducta.

En el aspecto socio económico se encontró que las personas de la región se encuentran divididas en niveles económicos que se encuentran en extremos como los son nivel económico alto, quienes en un alto porcentaje son extranjeros o

ladinos que se han sentidos atraídos por la belleza turística del lugar y residen en el lugar más asisten a centros hospitalarios privados cuando de salud se trata.

Luego se encuentran personas un nivel económico medio quienes pueden ser ladinos e indígenas oriundos del lugar y extranjeros que decidieron permanecer en el lugar y quienes al tener un nivel económico, más o menos estables asisten a centros hospitalarios privados o a centros hospitalarios públicos al momento de necesitar asistencia médica o psicológica. Les siguen las personas cuyo nivel económico es bajo, siendo personas indígenas y ladinas originarias del lugar, y en muy pocos casos extranjeros quienes al momento de necesitar asistencia médica o psicológica asisten a centros hospitalarios públicos, siendo las dos últimas poblaciones las que formaron parte de la población que se entendió en el Hospital Pedro de Bethancourt.

Muchas personas basan su economía en trabajos independientes como lo son los comercios propios, la venta ambulante, la agricultura y la elaboración de artesanías, trabajos los cuales son rentables en un área en donde el turismo es elevado y se convierte en una fuente económica esencial para los pobladores del lugar. La región de Sacatepéquez es un área en la cual existen muchas fincas cafetaleras en las cuales emplean a habitantes de dicha región para la siembra y cosecha de los granos la cual se da una vez durante el año convirtiéndose en una fuente de ingresos para estas personas. Las microempresas es una fuente de ingresos vital para las personas de la región quienes se ven favorecidas en cierta manera por el turismo del área, dedicándose así a la elaboración y venta de sus

propios productos los cuales son bien solicitados por las personas que se encuentran de visita en el lugar y desean adquirir algún souvenir de la región; dentro de los objetos que se elaboran en la región podemos mencionar la alfarería, la fabricación de textiles y confección de prendas de vestir las cuales se elaboran mediante operaciones como tejido, trenzado o fieltado. Una de las fuentes principales de ingresos para la población atendida son las ventas que se realizan en los mercados principales que se encuentran en Antigua Guatemala y en la aldea de San Felipe; siendo estas ventas en su mayoría de dulces típicos, como lo son los cajetes de pino que, llenos de colorido resguardan el sabor del mazapán; se encuentran también las comidas típicas como el arroz en leche, el atol blanco, atol de elote, tostadas, enchiladas, chuchitos y rellenitos; y las ventas de artesanías de barro, objetos zoomorfos de barro cocido; también se destacan la venta de alcancías, las cuales se encuentran forma de animales, frutas y vegetales de todos tamaños; de las ventas más importantes se encuentra la realización de muebles tallados en madera los cuales son bastante solicitados; las ventas son de una variedad amplia ya que se encuentran desde juguetes tanto tradicionales como no tradicionales, y productos para fines religiosos como lo son candelas, veladoras, rosarios, e imágenes para los fieles. De la población atendida se comprobó que muchas personas de la región se dedicaban o trabajaban en micro empresas con los cuales llevaban el sustento a su hogar, o en algunos casos de mujeres que deseaban obtener una economía independiente de la de su pareja o esposo lo cual les hacía sentir más seguras de sí mismas, siendo una entrada económica extra necesaria para su persona y para su hogar. También se atendió a personas cuya fuente económica provenía de una fuente formal como lo son las

instituciones privadas y comercios grandes, quienes tenían un trabajo con un sueldo estable y se poseen un trabajo como secretarias, contadores, atención al cliente, electricistas, hotelería, guías turísticos, cocineros, meseros entre otros empleos que son los más solicitados en el área y de los cuales depende la economía del lugar debido a su gran afluencia turística.

En el mayor de los casos esta afluencia turística es la que actúa como motor económico en la región y que unida a los comercios informales ayudan a sustentar los hogares de muchas personas que poseen un nivel económico bajo, y quienes a través de sus habilidades realizan trabajos atractivos para los turistas.

SUPROGRAMA: ATENCIÓN DIRECTA:

El inicio del Ejercicio Profesional Supervisado se dio con una inducción sobre cómo se trabajaba la papelería de información sobre las personas atendidas dentro del área de Salud Mental que se maneja en cada área del Hospital Pedro de Bethancourt y la cual les es útil en la recolección de datos sobre la persona atendida, el registro estadístico de las personas atendidas y en el más importante de los casos el control y seguimiento de la problemática presentada por la persona. Se observó que esté lleno de papeleo es de manejo cuidadoso y en muchos casos debe ser breve y específico en cuanto a lo referido por la persona ya que dicha documentación sirve también como medio para informar a otros profesionales que trabajan en el área de salud fuera del área de Salud Mental. En esta documentación se encontraba recopilada todo lo referente al caso de la persona atendida, como lo son sus datos personales, la información que la persona da con respecto a su problemática y el control sobre la evolución de dicha problemática. Este control es de utilidad por llevar detalladamente la historia de la persona la cual refirió durante las visitas o sesiones realizadas, así como los datos a los cuales dio más importancia durante las mismas; datos que fueron útiles en la elaboración de un plan terapéutico el cual se trabajó en las siguientes sesiones con las personas que fueron constantes con su asistencia y se les dio el debido seguimiento.

El trabajo se dividió en dos áreas de trabajo las cuales fueron el área de consulta externa y el área de medicina interna que se trabajaron en diferentes

dinámicas, tanto por tiempo, como por espacio de trabajo el cual era completamente diferente en cada área. En el área de consulta externa se contaba con un lugar privado para atender sin interrupciones o falta de privacidad a la persona a la cual se le daba apoyo psicológico, un lugar con poco ruido externo, con muebles adecuados para el área de trabajo y un horario establecido de 60 minutos aproximadamente por persona, lo cual favoreció el trabajo con cada uno ya que se contaba con mayor privacidad y tiempo; los instrumentos de recolección de información establecidos eran también un buen método para llevar un mejor control de lo trabajado con las personas que permitía llevar un seguimiento claro y cronológico de cada caso. En el área de medicina interna en la cual se trabajó estaban comprendidas por el área de cirugía y de traumatología de adultos el cual al encontrarse en el área de encamamiento no contaba con la privacidad necesaria para trabajar con cada individuo, las personas que se encontraban en la cama podían ser escuchadas por los de las camas continuas, en ocasiones ocurrían interrupciones por profesionales de otras áreas o de las mismas personas que se encontraban internadas, el tiempo era más limitado al haber mayor cantidad de referencias y no habían instrumentos para recolección de información establecidos; sin embargo esto no fue impedimento para trabajar con cada persona, sino que se logró adecuar el trabajo terapéutico a la situación del lugar por lo que estableció un tiempo aproximado de 15 minutos a media hora dependiendo de la problemática de la persona y al número de referencias diarias, se trató de evitar las interrupciones acudiendo en momentos en los cuales no se realizaban curaciones u otras terapias y se anotó en hojas adicionales todo lo

referente a los datos personales de la persona y su historia para dar un mejor seguimiento a su caso.

El trabajo de acompañamiento y apoyo psicológico en el área de Salud Mental se dio inicio con cada persona con el establecimiento de Rapport que es la relación de confianza entre el terapeuta y la persona atendida la cual fortalece y hace confiable el proceso terapéutico. Mediante el uso de instrumentos de recolección de datos se logró obtener información sobre cada persona atendida: siendo estos los datos personales de cada uno; la historia clínica la cual fue de utilidad para tener un mejor conocimiento sobre problemáticas pasadas las cuales pudieron estar afectando a la persona en el momento en el cual se atendieron; la recolección de información sobre la problemática actual de la persona la cual le afectaba al momento de asistir, así como su motivo de consulta, su problemática principal y cuando esta dio inicio según lo refiera. Esta información recolectada fue de utilidad para dar un tratamiento adecuado a las necesidades presentadas por cada una de las personas, siendo esta una atención individualizada con el objetivo de estabilizar y acompañar a la persona en el proceso de autodescubrimiento mediante las sesiones realizada en las personas que continuaron en seguimiento.

En el área de pisos la cual se encontraba comprendida por las áreas de cirugía y traumatología de adultos, la metodología de trabajo fue diferente al área de consulta externa debido que el espacio de trabajo y la papelería solicitada en dichas áreas diferían de las utilizadas en el área de Salud Mental. Las visitas daban inicio con el establecimiento de Rapport al igual que en el área de Salud Mental,

siendo necesario para una relación persona-terapeuta de confianza en la cual la persona pueda exponer todo su problemática sin temores a ser juzgado o discriminado en algún aspecto. En estas áreas no se utilizaban métodos de recolección de datos establecidos como en el área de Salud Mental, siendo las hojas de evolución los únicos documentos a llenar; por lo que se realizó la recolección de datos en base a entrevistas no estructuradas en las cuales se solicitaban: los datos personales de cada caso, historia de su problema principal desde que dio inicio hasta el momento en el que se atendió, la existencia de otras problemáticas relacionadas con su problemática principal, así como el motivo por el cual se encontraba ingresado en dicha área; conjuntamente se realizaba una exploración del archivo de la persona en el cual se encontraba la historia clínica así como las notas dejadas por otros profesionales de la salud con respecto al estado de la persona y en el cual se podían corroborar los datos de cada persona así como dejar información sobre la evolución realizada del estado psicológico al momento en el que se le brindó el apoyo. Se logró dar seguimiento a la mayoría de los casos debido al tiempo que permanecían ingresados en el área lo cual permitió observar el avance de cada caso y la evolución de cómo cada persona se refería con respecto a su problemática.

Se logró dar apoyo psicológico en el área de Salud Mental a cada persona que asistió a consulta ya fuera propia o por medio de referencia de otros profesionales de la salud, siendo estas personas tanto femeninas como masculinas y que se encontraban en un amplio rango de edad, desde adolescentes hasta adultos mayores. Lográndose también darle seguimiento a un

gran número de estos casos atendidos dentro de los cuales se encontraron problemáticas como: problemas familiares, problemas conyugales, depresión, ideas delirantes y anorexia. Con los que se trabajó desde diferentes enfoques y con diferentes técnicas dependiendo de la problemática de cada caso, lo cual se expondrá a continuación.

Dentro de los casos atendidos en el área de Salud Mental se encontraron los problemas familiares como la problemática principal. La mayoría de personas referían tener problemas con alguno o varios miembros de su familia durante la primera sesión, otras personas asistían bajo otro motivo de consulta, sin embargo la problemática principal se encontraba ubicada dentro del círculo familiar. Estos problemas causaban en las personas atendidas diferentes grados de estrés y ansiedad afectando en la mayoría de los casos su subjetividad al encontrarse ya desestabilizados. Los problemas de la persona atendida en varios de los casos consistían en problemas con alguno de sus hijos por cuestiones de conducta en los casos en que se trataban de niños y adolescentes, quienes por referencias de la persona no deseaban obedecer, contestaban de forma grosera o incluso se salían de casa sin el consentimiento de alguno de los padres, situaciones que les ponían en riesgo. En otros casos eran los hijos quienes refirieron tener problemas con alguno de sus padres, con ambos, con algún hermano o con otro miembro de la familia con la cual compartían el mismo hogar, debido a que se sentían oprimidos por alguno de los padres, no les permitían expresarse, es difícil comunicarse con ellos e incluso en muchos casos se sentían afectados por los problemas de sus padres. Las personas atendidas provenían tanto de familias

estructuradas, como de familias no estructuradas y en su mayoría presentaban una dinámica familiar disfuncional. Se trabajó desde los enfoques de la psicología gestalt, cognitivo conductual y racional emotiva mediante los cuales, las personas se dieron cuenta de ciertos pensamientos o conductas las cuales afectaban su vida de forma global; también se trabajaron con técnicas de estabilización y relajación en las personas que se encontraron desestabilizadas en el momento en el cual fueron atendidas, luego de las cuales las personas refirieron sentirse mejor que al inicio de la terapia; en la mayoría de los casos las personas refirieron presentar avances en su problemática, mostrándose más animados, con pensamientos más positivos, cambiando conductas que les perjudicaban o perjudicaban su ambiente familiar y aprendiendo a afrontar los problemas que se les presentaban dentro de esta.

Las personas cuya problemática principal se encontraba en los problemas conyugales se veían afectadas en ese momento. Las personas atendidas cuya problemática estaba relacionada con su conyugue eran tanto hombres como mujeres, desde adultos jóvenes como personas mayores. Algunas personas eran víctimas de violencia en sus diferentes manifestaciones como lo son desde violencia psicológica hasta violencia física, lo cual va desde críticas, insultos, humillaciones, comparaciones, llegando a empujones, apretones hasta golpes que pueden llevar a la muerte. En algunos casos refirieron presentar pequeñas diferencias con su pareja, problemas menores que causaban estrés en las personas que se atendió; mientras que otras personas refirieron presentar grandes graves problemas con su pareja, desde violencia verbal hasta violencia física. En

uno de los casos mencionados con anterioridad de una mujer de 26 años de edad quien asistió a terapia psicológica debido había sido tratada de forma violenta por su esposo desde que inició su relación, lo cual con los años afectó su estado físico, siendo un infarto cerebral una de las consecuencias de las constantes peleas con su pareja; luego de este evento el esposo de la persona atendida dejó de agredirla físicamente, sin embargo continuó con otra serie de maltratos psicológicos los cuales la llevaron a sentirse deprimida y desvalorizada como mujer. Estos maltratos, ya sean físicos o psicológicos afectan a la persona en la percepción de sí mismos, bajando su autoestima, distorsionando su autoconcepto, su autovalía, creando dependencia, inseguridad y temor; lo cual puede desencadenarse en estados de ánimo perjudiciales para la persona desde tristeza hasta depresión mayor; creando dependencia en relaciones patológicas de las cuales muchos llegan a creer que no pueden salir, ya que las personas, tanto hombres como mujeres, solían pensar que su pareja cambiaría por voluntad propia, porque así se los han prometido o porque tenían cambios temporales en su conducta lo cual creaba un círculo vicioso en la relación. Dependiendo del caso se trabajó con cada persona desde tres enfoques psicológicos los cuales fueron la psicología gestalt, la cognitivo conductual y la racional emotiva, por medio de las cuales se buscó ayudar a la persona a darse cuenta del origen de su problemática, a reconocer cuales son los pensamientos irracionales que le impiden encontrar soluciones a sus problemas y cambiar conductas que fuesen perjudiciales para sí mismas. Se trabajaron también con técnicas de estabilización y de relajación en los casos cuando la persona atendida se encontraba bajo estados de estrés o ansiedad en el momento en el cual fueron atendidas. En las personas a las cuales

se atendió, se presentaron avances de diferentes dimensiones, mayormente en personas que fueron constantes con la asistencia a terapia psicológica; en algunos casos los avances fueron referidos por las personas al comunicar que se sentían más animados, que mejoraron algunas situaciones en su hogar, en algunos casos refirieron sentirse más independientes a pesar de la decisión de muchos de continuar viviendo con su pareja; en otros casos los avances fueron observables mediante las sesiones en las que se trabajó con las personas ya que se observaron más seguras de sí mismas, mejorando su arreglo personal y tomando sus propias decisiones.

Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se atendieron casos en los cuales las personas que refirieron sentirse desanimadas y tristes constantemente. Estas personas al momento de ser atendidas se encontraban atravesando por alguna situación en la cual su estado de ánimo se encontraba decayendo convirtiéndose ese estado hipo-anímico en su principal problemática.

Se atendieron a personas con esta problemática tanto en las áreas de Salud Mental, así como en las áreas de traumatología y cirugía de adultos, ya que por diversas situaciones como lo son problemas familiares, encontrarse lejos de los hijos, problemas económicos así como enfrentarse a intervenciones quirúrgicas provocó en algunas personas estados de tristeza profundos y prolongados, llegando a convertirse en episodios depresivos leves, depresivos mayores hasta distímicos. En uno de los casos más relevantes atendidos el cual se trató de una mujer quien asistió al área de Salud Mental por voluntad propia en busca de apoyo

psicológico debido a que desde que su ex pareja la dejó comenzó a sentirse triste constantemente y luego de un mes de la separación, decidió unirse con una nueva pareja quien desde entonces le dio su apoyo, tanto a ella como a las hijas de la persona atendida; su hasta entonces, actual pareja, le apoyaba incluso en sus cambios emocionales y de conductas autodestructivas que no solo la afectaban a ella sino también a sus hijas. La persona atendida refirió que su problema había dado inicio hacia aproximadamente un año, y que hasta el momento sentía tristeza constante, pensamientos de desesperanza, desánimo; la persona refirió no sentir deseos de realizar las labores del hogar, que dormía todos los días por las tardes, lloraba constantemente sin razón y que incluso pensó en suicidarse varias veces; motivo por el cual esta persona fue referida a un psiquiatra para trabajar conjunto a la terapia psicológica debido a que presentaba rasgos de una depresión mayor, siendo necesario un tratamiento farmacológico para lograr mejores avances en su caso. Casos de personas que presentaban algún rasgo de depresión se trabajaron tanto en el área de salud mental como en el área de pisos, ya que referían sentirse tristes o deprimidas como consecuencia de algún problema que afectaba su vida, siendo estos, problemas económicos, problemas familiares e incluso procesos de duelo por pérdida de algún familiar, algún miembro del cuerpo o incluso pérdidas materiales.

En dichas áreas se trabajó con muchas personas quienes sufrieron o sufrirían amputación de algún miembro, siendo esto un desencadenante de estados depresivos en las personas atendidas, lo cual forma parte de un proceso de duelo. Los estados de ánimo hipo-ánimicos en las personas fueron

desencadenados por diferentes factores, dependiendo el caso, sin embargo debido a la gravedad de dicho estado llegaron a convertirse en episodios depresivos breves, depresión mayor y distimia dependiendo del tiempo de duración de tales estados así como la intensidad en la que afectaban su vida.

Dependiendo de las necesidades presentadas se trabajó desde los enfoques gestáltico, racional emotiva y cognitivo conductual, los cuales fueron de utilidad según la problemática de cada caso; la mayoría de personas refirió sentirse más animada, con disminución de pensamientos negativos y de desesperanza; algunas personas mejoraron su aspecto mediante el arreglo personal, se observaron más estables, con disminución de los episodios de llanto, mas dispuestas a afrontar las dificultades que se les presentan en la vida; en los casos de perdida de miembro más dispuestos a afrontar el proceso de duelo hasta llegar a la aceptación; en los casos de problemas familiares y económicos, se observaron dispuestos a encontrar los medios para solucionar sus problemas, cambiar conductas y no dejar deprimirse por los mismos.

Casos de menor incidencia se trataron de los casos de personas que presentaban algún trastorno alimenticio como producto de alguna deformación de la percepción del cuerpo, de la presión social o por presión familiar. Se trabajó con estas personas tanto en el área de salud mental así como en las áreas de cirugía y traumatología, las cuales presentaron algún tipo de trastorno alimenticio, lo cuales afectaron su vida familiar, social y su salud poniendo en riesgo su vida debido a la deficiencia de nutrientes en su organismo, así como la preocupación que causaban

a familiares y personas cercanas. Los trastornos alimenticios más frecuentes encontrados son la anorexia y la bulimia debido a la constante presión social que se ha venido ejerciendo tanto en mujeres como en hombres para mantener un estereotipo del cuerpo, el cual mediante el apoyo de los medios de comunicación han alterado la forma en la que las personas se perciben a sí mismos, deseando alcanzar la figura corporal puesta como modelo a seguir; esto afecta mayormente a personas con autoestima baja quienes son más proclives a las críticas o a la influencia de los medios. En uno de los casos más relevantes expuesto con anterioridad, el cual se trató de una joven adolescente quien al tratar de provocarse el vómito ingirió accidentalmente un tenedor por el cual tuvo que ser operada de emergencia en el área de traumatología, área en la cual se tuvo un primer contacto con la persona para que se le brindase apoyo psicológico; la joven refirió sentirse inconforme con su cuerpo ya que no le gustaba como se veía y que en su centro de estudios, sus compañeros y amigos le decían constantemente palabras ofensivas en cuanto a su apariencia física por lo cual deseaba bajar de peso, lo cual inicio mediante la supresión gradual de alimentos y a lo que le siguió la bulimia, siendo, según la joven, la primera vez que intentaba provocarse el vómito con el fin de bajar de peso; durante el trabajo con la joven se observaron cambios en su percepción de sí misma mediante el uso de técnicas en las cuales se le brindo al apoyo necesario para su condición. A esta distorsión y preocupación excesiva sobre la imagen corporal recibe el nombre de, Trastorno Dismórfico Corporal lo cual hace que la persona vea varios defectos y amplifique la importancia de los mismos al punto de despreciarse a sí mismos por no verse de la forma en la que desean verse y sentirse rechazados o siendo más susceptibles

a las críticas las personas con las cuales se relacionan. Para estos casos de anorexia y bulimia se utilizaron técnicas del enfoque cognitivo conductual las cuales suelen ser efectivas en dichos casos; se trabajó también con el enfoque de la psicología racional emotiva la cual fue de utilidad en el manejo de los pensamientos irracionales que se manejaban; En la mayor parte de los casos las personas presentaron mejoras en su conducta alimenticia o en la percepción de su imagen corporal, las cuales fueron tanto referidas por las personas atendidas así como observables durante el tiempo en el cual asistieron a terapia psicológica.

Los casos de personas con ideas delirantes se presentaron en menor número atendidos tanto en el área de Salud Mental como en las áreas de cirugía y traumatología. Estas personas presentaban ideas persistentes sobre asuntos que les angustiaban siendo en muchos casos ideas irreales y obsesivas que afectaba su vida personal, familiar y social al punto de poner en riesgo sus relaciones, tanto sociales, sentimentales como laborales. Tal fue el caso de una joven de sexo femenino quien refirió sentir miedo generalizado, por lo cual tuvo que dejar sus estudios ya que no deseaba salir de su casa por ningún motivo; esta persona refirió que lo que ella pensaba se hacía realidad en otras personas, pensamientos como miedos o deseos. La persona refirió que su problema dio inicio cuando vecinas le dijeron que le habían embrujado, por lo que ella creía que todo lo que le sucedía era consecuencia de esto ya que otra joven deseaba quitarle el novio; refirió que debido a esto tenía constantes peleas con su novio, llegando a dejarse en varias ocasiones durante el tiempo en el que se le brindó la terapia psicológica, temiendo y deseando estar embarazada en corto lapso de tiempo y así evitar que

su novio la dejase por alguien más; refirió sentir temor de que la abandonara su novio, que pensaba que él la engañaba constantemente y que poco tiempo después él le confeso que la engañaba con otra joven, situación que poco tiempo después le perdonó regresando con él, sin embargo tenía dudas constantes y celos que le afectaban diariamente; en el momento en el cual se le pidió que hablara sobre su infancia la persona refirió no tener recuerdos de su infancia y que no recordaba haber convivido con sus padres y que se crio con una tía; refirió que en su infancia se golpeaba con frecuencia debido a caídas y que con frecuencia se disociaba. Otra persona refirió tener pensamientos constantes con respecto a la limpieza, llegando a no querer salir de su hogar por pensar que todo a su alrededor se encontraba contaminado; la persona refirió que su problema dio inicio poco después de su matrimonio, cuando observó que su pareja dejaba de 8 hasta 15 días sin bañarse y que la familia de este tenía muy poca o casi ninguna higiene en su casa de la cual era vecina, esto sucedió hace 5 o 6 años atrás; desde ese momento comenzó a sentir la necesidad de mantener todo en absoluta limpieza tanto personal como de su hogar, por lo que llegó al punto de lavar su amueblado de sala cada vez que alguien la visitaba y a lavarse las manos en un aproximado de 50 veces diarias, refiriendo que sentía que se estaba enloqueciendo y que sentía un profundo temor de salir de casa. Las personas que presentan pensamientos irracionales constantes son atormentadas por los mismos pensamientos que ellos crean, llegando a imposibilitarlos para realizar sus actividades diarias como consecuencia de los mismos; estos pensamientos pueden estar enfocados en varios aspectos de la vida como lo pueden ser el sentirse engañados por su pareja teniendo celos excesivos, pueden sentir que alguien desea hacerles daño, se

sienten perseguidos, en otros casos pueden sentirse criticados malinterpretando opiniones y se sienten atacados o amenazados tanto por conocidos como por desconocidos. Con estas personas se trabajó con los enfoques, cognitivo conductual, racional emotiva y gestalt durante el tiempo que se brindó la terapia psicológica; con lo cual se pudo observar avances en cuanto a la realización de ciertas conductas que no se realizaban con anterioridad por miedo, se observó también como logro el hecho que una de las personas asistiera por tiempo prolongado a la terapia ya que no deseaba salir de casa; en la mayor parte de los casos la persona refirió sentirse más tranquila o más segura de sí misma durante su asistencia a la terapia.

En el área de salud mental se atendieron también casos de personas jóvenes quienes presentaban problemas escolares los cuales ponían en riesgo sus notas y su ciclo escolar. Estos problemas escolares eran el problema principal de las personas atendidas y en la mayoría de los casos se encontraban relacionados con dinámicas familiares disfuncionales las cuales les provocaba estados de estrés o confusión los cuales repercutían en su rendimiento escolar.

Como lo fue el caso de una joven la cual asistió a terapia psicológica por mandato de su madre ya que esta consideraba que tenía mal comportamiento, sin embargo la joven refirió que sus padres tenían problemas y constantes discusiones las cuales le afectaban a ella como hija; en el transcurso de la terapia la persona refirió sentirse triste y deprimida como consecuencia de los constantes problemas que tenía en su hogar los cuales comenzaron a afectar su vida y por lo tanto su

rendimiento escolar, conjunto a estos problemas familiares la persona refirió que se encontraba pasando por un proceso de duelo debido a la muerte de un primo lo cual le hacía sentir triste constantemente; todos estos problemas se acumularon provocándole problemas emocionales teniendo efecto colateral en sus estudios llegando a temer perder el ciclo escolar debido a que no sentía deseos de estudiar ni de realizar las tareas del colegio, refiriendo durante el inicio del ciclo que perdería el año faltando aun varios meses para que se finalizara el mismo; toda esta negatividad ante sus estudios llevo a la persona a tener una percepción pesimista y derrotista ante su situación llegando a evadir sus responsabilidades escolares sustituyéndolas por algo que le brindase placer, siendo esto el salir con sus amigos todas las tardes; por lo consiguiente con la persona se trabajó una técnica en la cual ella misma elaboraba planes a corto y a largo plazo en los cuales se daban dos comparaciones, siendo estos, los planes sin estudios y los planes con estudios, lo cual hizo ver a la joven la diferencia y las posibilidades que tendría en la vida dependiendo de las decisiones que tomara en ese momento; esto llevó a la joven a darse cuenta de lo que realmente deseaba para su vida, refiriendo que lucharía por salvar su ciclo escolar mediante el esfuerzo en sus tareas y estudios. Los casos de personas jóvenes que presentaban problemas escolares se dieron en menor incidencia pero se hicieron útiles el trabajo con los enfoques gestalt, cognitivo conductual y racional emotiva durante el proceso de terapia y dependiendo de la problemática de cada persona, brindando resultados satisfactorios en el la conducta y el pensamiento observable en las personas; siendo en la mayoría de los casos referidos los avances por las propias personas las cuales expresaron sentirse más positivas ante la situaciones o con mayor

capacidad para encontrar una solución a sus problemas escolares, siendo estos logros observables durante el proceso.

Los principales logros alcanzados durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado son todos aquellos que fueron tanto observables como referidos por las personas atendidas y los cuales mejoraron el modo de vida de las mismas. Las personas atendidas asistieron o fueron referidas por diversas problemáticas, las cuales afectaban a estas personas en diferentes dimensiones de su vida, las cuales van desde la personal, la familiar, la social, laboral y escolar; lo cual en muchos casos va desde un menor a un mayor grado generando cada vez más problemáticas unidas a su problema principal o al motivo de consulta.

Estos logros fueron referidos en el grado en el que la persona expresaba su satisfacción con respecto a su avance, su estado de ánimo o a nuevas conductas que realizaban las cuales les eran de beneficio para su estado psicológico y por lo tanto repercutía en su vida diaria. Los logros fueron también observables en medida que se realizaba el trabajo con las personas que asistieron constantemente o se les pudo dar seguimiento a su caso; estos logros observables se engloban en los cambios positivos que se presentaron en las personas atendidas, los cuales fueron cambios de conductas dañinas para su vida por conductas que mejorasen su calidad de vida como los que se expusieron con anterioridad; los logros en los cambios de conductas expresan también un cambio en el contenido de los pensamientos de la persona, siendo estos más constructivos en lugar de autodestructivos. Estos logros incluyen la mejora de las

dinámicas, los deseos de superación y la mejora de la autoestima que va unido a los avances en la evolución de la problemática individual de cada persona atendida por lo cual asistieron o fueron referidas en las áreas tanto de Salud Mental como en las áreas de cirugía y traumatología; siendo un logro más el poder brindar el apoyo psicológico necesario a las personas en cada área trabajada, lo cual era uno de los principales objetivos del Ejercicio Profesional Supervisado.

SUPROGRAMA: FORMACIÓN:

El proceso de formación dio inicio al momento de tener un mejor conocimiento sobre las instalaciones del Hospital Pedro de Bethancourt siendo uno de los lugares en los cuales se realizaría dicho trabajo por lo cual era de suma importancia tener un mejor conocimiento del área en la cual se llevaría a cabo y de la población con la cual se trabajaría y se impartirían las acciones de docencia.

Dentro del trabajo de docencia se incluyen los test sobre los cuales se nos dio inducción por parte del jefe del departamento de Salud Mental lo cual sería de utilidad al momento de profundizar en cada uno o al momento de ser aplicados a las personas con cuales se trabajaría ya fuera o dentro del Hospital Pedro de Bethancourt durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado. Dentro de estos test podemos mencionar el PF16 y el Roschach de los cuales podemos decir que se adquirieron conocimientos enriquecedores tanto a nivel personal como intelectual.

El primer test sobre el cual se nos dio inducción se trató del PF16, un test en el cual se evalúa la personalidad de las personas a las cuales se les aplica con fines de uso psicológico. Luego de la inducción recibida se realizó apoyo durante la aplicación del test, con lo cual se observó las normas en su realización; este test fue aplicado a personal profesional de enfermería que aplicaba a un cargo más alto dentro de su área, por lo que la participación fue esencial en la obtención de conocimientos necesario sobre la forma correcta de aplicación. Más adelante se

realizó la calificación del test PF16 aplicado anteriormente a los profesionales de enfermería, con lo cual se realizó un aprendizaje participativo sobre dicho test, lo cual fue una experiencia enriquecedora en la obtención de nuevos conocimientos con respecto a un test que hasta ese momento no se había trabajado durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado; seguido a la calificación de los test encargados, se procedió a la entrega de los mismo al jefe del departamento de Salud Mental, quien realizo las interpretaciones y seguida entrega de los resultados de los mismos al área respectiva.

El segundo test sobre el cual el jefe del departamento de Salud Mental nos dio una inducción, fue el Test Roschach, siendo este un test proyectivo el cual es útil en la evaluación de la personalidad, utilizado mayormente en los ámbitos clínicos de la psicología. Este test se trabajó de forma observable y participativa, en el cual se le aplicó a una voluntaria y el resto fue participe mediante la observación del proceso de aplicación, durante la cual se dio una explicación detallada de las fases en las cuales se dividía el proceso y la importancia que poseía cada una de las fases para el momento de la calificación e interpretación del mismo. La participación observable durante la aplicación del Test Roschach fue una oportunidad de tener un mejor conocimiento sobre uno de los test más importantes de aplicación en el área de la psicología clínica y sobre el cual existe un amplio campo de estudio debido a su naturaleza compleja que da importantes aportes sobre la estructura de la personalidad de la persona a la cual se le aplicó.

En cuanto a la docencia dada durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado, se trabajó con dos grupos en específico en el transcurso del año y a quienes se les dieron charlas con diversos y variados temas, los cuales se adecuaban a cada grupo según sus necesidades. Siendo uno de los grupos el de Madres Participantes conformado por las madres que se encontraban en el área de pediatría a las cuales se les impartió charlas todos los viernes de cada mes. Se trabajó también con un grupo de personas jubiladas cuyo grupo se denominaba AJUPENSA y a quienes se les impartió charlas el último jueves de cada mes durante la duración del EPS. Estas charlas se realizaron como parte del subprograma de docencia el cual tiene como finalidad brindar información útil a la población; estas charlas fueron bien aceptadas por las personas a quienes se les brindó, mostrándolo mediante su participación activa.

Durante el Ejercicio Profesional Supervisado se trabajó el subprograma de docencia con dos grupos, siendo uno de estos el grupo de Madres Participantes en cual se encontraba conformado por las madres que tenían a un hijo ingresado en el área de pediatría en donde se trabajaba con ellas mediante charlas, las cuales eran programadas por el Hospital Pedro de Bethancourt dejando margen de un tema a opción de las expositoras; estos temas fueron impartidos todos los días viernes de cada semana con la finalidad de informar a las madres sobre temas como los que se expondrán a continuación.

Dentro de los temas dados a las madres que formaban parte del grupo se pueden encontrar el tema de estimulación prenatal y crianza con amor, dados el

mismo día y dividido en dos momentos. El tema de estimulación prenatal el cual abordo los cuidados y los procesos necesarios para un óptimo desarrollo del no nato desde los primero meses de embarazo los cuales podrían realizarse desde la semana 16 del mismo; siendo este un proceso de estimulación del aprendizaje mediante actividades las cuales se realizarían haciendo uso de la comunicación afectuosa y constante entre los padres y su hijo; esto según las teorías mejora el desarrollo, las capacidades motrices y psicológicas del bebé aun antes de nacer, disminuyendo el riesgo de retraso del desarrollo del mismo. Estas técnicas pueden ser auditivas las cuales hacen uso de la conversación, de la lectura, del canto y la música para estimular el desarrollo auditivo, y las cuales puede realizarse a partir de la semana 16 del embarazo en adelante por uno o ambos padres; pueden ser también técnicas táctiles en las cuales se hace uso del contacto como lo es acariciar el vientre o dejar caer el agua tibia a partir de la segunda semana de embarazo, ayudando a estimular la sensibilidad táctil del bebé; las técnicas visuales consisten en la colocación de lucen de colores sobre el vientre las cuales el bebé podrá percibir de forma leve ayudando al desarrollo de su percepción visual desde el embarazo; las técnicas motoras son realizadas mediante ejercicios físicos adecuados para la madre, en los cuales el esfuerzo sea mínimo como lo podrían ser el yoga o las caminatas a partir de la 16 semana de embarazo siendo útiles tanto para el desarrollo del no nato como para el sistema cardiovascular de la madre; y por último están las técnicas de relajación las cuales consisten en la realización de ejercicios de respiración y relajación con lo cual se disminuyen los niveles de estrés y ansiedad en la madre y los cuales pueden afectar el desarrollo adecuado del niño. En el tema de Crianza con amor se abordaron las técnicas

adecuadas en la enseñanza para los niños y con las cuales los padres trabajan para fortalecer en él aspectos como su autoestima y la relación con su familia desde los primeros años de edad; estas técnicas consisten en reconocer el cumplimiento de las tareas y las buenas acciones mediante elogios, felicitándoles por lo realizado, premiar el logro de algún cambio de conducta positivo y la realización de algo encomendado, la aplicación del castigo los cuales consisten en supresión temporal de algún pasatiempo u objeto favorito ante actitudes negativas o al faltar con sus tareas, todo esto reforzando el autoestima del niño al hacerle sentir querido, aceptado y valorado dentro de la familia. Siendo estas charlas una guía con la cual los padres pueden apoyarse en la educación de sus hijos, ya fueran padres primerizos o no, les es de utilidad en la eliminación de conductas que dañen el desarrollo de sus hijos y aplicando conductas nuevas con las cuales pueden estimular el desarrollo integral de ellos.

Otros de los temas dados al grupo de madres participantes son los temas de Terrores Nocturnos y los Miedos Infundados los cuales son muy comunes en la población infantil pero muchos los desconocen o poseen poca información sobre ellos. En el tema de Terrores Nocturnos se explicó que se trata de un problema bastante común que afecta a los niños de temprana edad los cuales se pueden confundir con pesadillas y llegar a asustar más a los padres que a los niños; se explicó que este problema se presenta de forma súbita y repentina en la cual el niño se observa angustiado y aterrorizado, el cual se presenta la fase no REM del sueño que tiene lugar durante la transición de una fase de sueño a otra, luego de dos o tres horas en la que el niño ha conciliado el sueño; fue necesaria una

explicación sobre cómo se presenta dicho problema ya que al ser confundidos con pesadillas los padres podrían alarmarse a lo cual se agregó que el niño puede llegar a gritar con desesperación, llorar y encontrarse sumamente angustiado por lo cual el agitarlo o tratar de despertarlo puede asustarle aún más, por lo que lo más conveniente es dejar pasar el episodio mientras el niño vuelve a dormir plácidamente sin recordad nada de los sucedido al día siguiente; lo importante de informar a los padres sobre los terrores nocturnos, es que en la mayoría de los casos suelen confundirlos con pesadillas, por lo cual agitan al niño hasta despertarlo, lo cual puede causar en el niño confusión y miedo al momento de ser despertado de forma súbita, se brindaron también recomendaciones sobre cómo se debe de actuar ante esta situación y como diferenciarla de las pesadillas; ante esto las madres participaron y en la mayoría de los casos expusieron desconocer el tema, por lo cual se refirieron tratar de despertar al niño, expusieron también experiencias con sus hijos y realizaron preguntas con respecto al tema. En el tema de Miedos Infundados se habló sobre como los padres en general suelen utilizar el miedo como medio de control en los niños, siendo esto algo común pero contraproducente a largo plazo, tanto para los padres como para los niños; estos miedos pueden ser instaurados en la mente del niño como amenazas de que algo malo le pasara o que parecerá algún monstruo sino se logra la conducta deseada, esto puede provocar en el niño un miedo incluso a cosas o momentos cotidianos como los son el miedo a ver monstruos, a los agentes de la policía, a los médicos, a las enfermeras, a la inyecciones, a la maestra o a los animales; por lo que se les recomendó a los padres hacer uso de otras técnicas en el desarrollo de conductas

positivas en sus hijos y no el uso de amenazas con objetos, personas o monstruos ya que pueden generar en ellos un miedo incontrolable e irracional.

Otro tema de gran importancia dado al grupo de Madres Participantes se trató del tema sobre la Lactancia Materna, el cual trató de concientizar a las madres. Al dar este tema se trató de fomentar en las madres la Lactancia Materna, por lo cual se les brindó información sobre la importancia y las ventajas que posee el dar leche materna, tanto para el bebé como para la madre. Se brindó información sobre la importancia psicológica que el hecho de amamantar tiene en la formación de los vínculos madre e hijo y como esta relación se convertirá en un reforzador de la personalidad del niño lo cual le será de beneficio durante la edad adulta en las relaciones sociales; en cuanto a los beneficios físicos se informó a la población sobre como el hecho de dar lactancia a su hijo refuerza la defensas del niño lo cual le ayudará a protegerlo de los resfriados, la neumonía, las infecciones y a tener una buena digestión, los cuales son beneficios para el niño, sin embargo la lactancia es también de beneficio para la madre ya que ayuda a prevenir enfermedades como el cáncer; se hizo énfasis también en el beneficio económico que tiene la Lactancia Materna para la economía del hogar, ya que al dar pecho al bebé el gasto que se realiza en la compra de leche se omite o disminuye que genera un ahorro el cual es más evidente a largo plazo; con esto se logró explicar a las madres los beneficios, psicológicos, físicos y económicos que se obtienen por medio de la Lactancia Materna, lo cual es de utilidad no solo al infante sino también a la madre quienes al mismo tiempo generan un vínculo de amor y afecto a largo plazo.

Como último tema de los cuales fueron impartidos al grupo de Madres Participantes se trató sobre la Planificación Familiar ya que en muchos casos las personas carecen de la información necesaria con respecto a dicho tema. Se encontró la necesidad de informar a la población de madres sobre la importancia que tiene el hecho de planificar y espaciar los embarazos, ya que en muchos casos éstas provienen de familias numerosas, comenzaron a tener hijos a temprana edad o ya poseen varios hijos. El tema de Planificación Familiar trató de concientizar a las madres sobre las responsabilidades que se obtienen con cada hijo y las necesidades de cada uno como lo son el dedicarles tiempo y brindarles una educación adecuada, por lo cual puede llegar a ser necesario el espaciar los embarazos uno con otro u optar por un método definitivo si ya se tienen varios hijos; como parte del tema se informó sobre los diferentes métodos de planificación que existen, siendo estos métodos naturales, artificiales y definitivos los cuales se adecuan según las necesidades de cada caso, las cuales pueden ser tanto económicas como familiares; con esto se logró la participación activa de las madres, las cuales expusieron sus dudas y sus experiencias con respecto al tema y en muchos de los casos se observaron interesadas en obtener más información y así cuidar mejor del número de hijos que desean tener, siendo esto una respuesta positiva por parte del grupo.

Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se trabajó con otro grupo denominado AJUPENSA el cual se encontraba conformado por personas de la tercera edad jubilados a quienes se les impartieron charlas durante el transcurso del año por petición de los mismos. Las charlas fueron impartidas los

últimos jueves de cada mes en la sede del grupo en el horario de las 3 de la tarde hasta el mes de septiembre cuando se dio cierre al trabajo dentro del Hospital Pedro de Bethancourt por finalización del Ejercicio Profesional Supervisado; tiempo durante el cual se dieron charlas como: Autoestima en la tercera edad, diabetes aspectos psicológicos y prevención, duelo, estrés, depresión y sus manifestaciones en la tercera edad. Temas los cuales fueron enfocados específicamente en la percepción de los problemas mencionados durante la tercera edad, ya que en las diferentes etapas de la vida van cambiando las necesidades y la forma en la cual se ve la vida.

Durante la charla sobre el Autoestima en la tercera edad se trató sobre como diferentes circunstancias de la vida pueden llegar a afectar el autoestima de una persona mayor que en la mayoría de las veces ya se encuentra jubilada. Por muchos años una persona está bien adaptada a su modo de vida, todo esto cambia al llegar a la tercera edad, etapa que viene seguida de cambios constantes en su modo de vida, al cual ya se encontraban bien adaptados; estos cambios pueden ser, el hecho de jubilarse lo cual puede hacerles sentir poco útiles o productivos dentro de su hogar, el sentir que desperdician su tiempo, el que sus hijos se hayan marchado de casa, los problemas de salud, así como el cansancio físico y mental; siendo estos una serie de cambios que pueden afectar su percepción de la vida y afectar así también su autoestima. Por lo que durante las charlas se brindó información sobre cómo combatir los cambios que provocan bajas en el autoestima mediante la realización de diferentes actividades como realizar viajes, salir con amigos o miembros de un grupo, proponerse nuevas

metas o aprender nuevas cosas, realizar actividades recreativas o al aire libre y cambiar los pensamientos negativos por pensamientos positivos, con lo cual estarán más dispuestos a realizar nuevas actividades. Todas estas propuestas e información lograron promover en las personas del grupo una actitud positiva ante reforzar su autoestima y no dejarse vencer por los cambios que se han presentado.

Se dio una charla también sobre una enfermedad que cada vez está afectando a un mayor número de personas, lo cual ha llegado a ser considerada como una epidemia debido a su alta incidencia en la población, siendo esta charla sobre Diabetes aspectos psicológicos y prevención. Este padecimiento puede desencadenar en la persona una serie de síntomas tanto físicos como psicológicos los cuales llegan a cambiar su modo de vida de tal manera que puede afectar seriamente a la persona. La diabetes cambia el modo de vida de la persona de forma inesperada y abrupta, ya que a partir del momento en el que les informan de su diagnóstico, cambia su dieta pues deben ingerir alimentos bajos en azúcares, tienen que usar un tipo de calzado especial debido al síndrome del pie diabético, deben tomar medicamentos diariamente con el fin de mantenerse estables, debido a que sus energías disminuyen se sienten afectados en su vida laboral si aún la poseen, así como en la realización de sus actividades diarias o dentro del hogar. Todo esto puede tener un gran impacto sobre la psique de la persona, por lo que en un primer momento puede haber una negación ante el afrontamiento del diagnóstico, pueden presentar cambios en el estado de ánimo o mal humor, llegando incluso a deprimirse por los cambios que suceden en su cuerpo y su vida.

Este padecimiento está relacionado con la pérdida del afecto según algunas teorías, por lo que de forma preventiva se puede trabajar con el hecho de sentirse queridos por sí mismos y por las personas que les rodean; también se habló de forma preventiva sobre el síndrome neurótico, el cual puede ser una de las consecuencias de la diabetes y la cual puede causar desestabilización psicológica al encontrarse ante una posible pérdida. Se logró una activa participación y muestra de interés por parte del grupo al cual se le impartió la charla.

Otra de las charlas de importancia impartidas al grupo de AJUPENSA se trató sobre el Duelo, el cual se puede presentar a lo largo de la vida de una persona por diferentes motivos o circunstancias. Primeramente se informó al grupo sobre que es un proceso de duelo, siendo este un proceso que se lleva a cabo luego de una pérdida significativa como lo puede ser la esposa o esposo, un hijo, algún familiar cercano o amigos, pero el duelo por pérdida no solo se refiere a la pérdida humana sino también a la pérdida de algo significativo como una mascota u objeto de valor, hasta la pérdida de algún miembro del cuerpo; por lo que el tiempo que lleva superar dicho proceso es diferente en cada persona. El duelo está compuesto por etapas cuya duración puede ser más corta o más larga lo cual depende de cada persona, por lo que se hace necesario brindar a la persona que atraviesa por un proceso de duelo el apoyo y la comprensión, necesarias para que se sienta querida y acompañada. En la tercera edad puede ser posible que una persona ya haya atravesado por diferentes procesos de duelo a lo largo de su vida, también pueden enfrentarse a las pérdidas más significativas durante esta etapa como lo puede ser la muerte de sus padres, de su pareja, la muerte de algún

hijo o la de sus hermanos, así como pérdidas como lo son su trabajo, lo cual puede dejar un vacío considerable en la vida de la persona afectando y causándole un fuerte impacto psicológico, las personas se pueden enfrentar diariamente a la tristeza la cual puede llegar a convertirse en casos de depresión o distimia al no superar alguna etapa de duelo, es a lo que se le conoce como duelo patológico entre otros casos en donde el duelo no es superado. Dicha información es de utilidad a las personas que atraviesan o han atravesado duelo por pérdidas ya que muchas veces desconocen la naturaleza de sus emociones y cómo afrontarlas, también se puede desconocer que la necesidad de sentirse apoyado en dichos momentos es completamente racional por lo cual pueden sentirse libres de buscar apoyo en sus familiares o en profesionales en psicología; toda esta información fue bien aceptada por las personas las cuales participaron durante la charla realizando preguntas con respecto al tema de Duelo.

Otra de las charlas dadas al grupo de jubilados de AJUPENSA se trató sobre el Estrés y cuáles son los factores desencadenantes del mismo en la tercera edad. Se les expusieron cuales eran los factores que son desencadenantes de estrés durante la tercera edad los cuales pueden, ser no realizar actividades recreativas, el sedentarismo, el cansancio, falta de metas, sentimientos de abandono, problemas familiares y enfermedades; estos factores se presentan comúnmente al existir cambios en la vida de una persona que aunque no son del todo graves, ponen a prueba la adaptabilidad del individuo y su capacidad de enfrentarse a estos depende de cada uno. Se logró informar a las personas miembros del grupo de AJUPENSA sobre la actitud y las actividades que pueden

tomar frente los factores que les causan estrés y así combatirlos de forma más efectiva, como lo es el recuperar la confianza en sí mismos y darse cuenta de que su edad no es impedimento para realizar actividades, siempre acorde a su edad, con las cuales disminuyan sus niveles de ansiedad; dentro de esas actividades se mencionaron la realización de excursiones con familiares o amigos, continuar su aprendizaje, proponerse nuevas metas, realizar ejercicios de relajación adecuados a su edad y condición física, reunirse en grupos de intereses o amigos y compartir sus interés o experiencias. Por lo que se logró mantener el interés de las personas durante la charla, realizando asociaciones con respecto a su vida personal y al tema, lo cual fue expuesto por los miembros el grupo durante el transcurso de la misma.

Un último tema impartido al grupo de AJUPENSA se trató sobre la Depresión, tema el cual fue solicitado insistentemente por dicho grupo. Esta charla fue impartida en la sede del grupo, como parte de una serie de charlas que fueron dadas durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado a los miembros del grupo. Tomando en cuenta las necesidades del mismo, el tema de Depresión fue adaptado a la tercera edad y así pudieran reconocer no solo como esta se presenta en la vida de una persona, sino también como se debe actuar ante esta problemática en el caso de presentar síntomas o los presente algún ser querido.

Durante la charla se dio una breve explicación a los miembros del grupo sobre lo que se define como una Depresión Mayor, como se diferencia de un estado de ánimo depresivo breve y cuando puede existir una distimia en una

persona, por lo que se nombraron las diferencias en cuanto a sintomatología y tiempo de duración de los estados depresivos. También se expusieron cuáles eran los factores que podían desencadenar una depresión en la tercera edad, siendo los mencionados: jubilación, frustración por metas no alcanzadas, cambios físicos y biológicos, enfermedades, sentimientos de soledad o abandono, sedentarismo, cambios de época, duelos no resueltos por pérdidas y problemas conyugales o familiares. Siendo este tema de gran importancia para los participantes quienes pueden encontrarse alerta si presentan un estado de ánimo deprimido por más de dos semanas, ya sea en sí mismos o en algún ser querido y así acudir en busca de ayuda ya sea de algún familiar o apoyo psicológico.

En la brecha final del Ejercicio Profesional Supervisado se participó en una actividad organizada por el departamento de Salud Mental, en la cual se impartieron temas tanto psicológicos como sobre la salud física, los cuales sería dirigidos tanto a personas profesionales de la salud como a jóvenes estudiantes entre público en general. Dicha actividad se denominó La semana de la Salud, la cual estuvo dividida en dos momentos en los cuales se trabajaron con dinámicas diferentes, esta semana se dividió en La feria de la Salud y el Congreso de la Salud, en dichos eventos se trataron temas que son de interés social debido a la diversidad de los mismos, siendo de interés no solamente para profesionales, sino también para todas las personas que asistieron y participaron en las actividades.

Dentro del hospital, en el área de la consulta externa se colocaron los stands en donde los se colocó el material informativo, se realizaron actividades en

las cuales pudieran participar y se impartió la información de forma verbal a las personas que se acercaron al mismo y se mostraron interesadas en el tema.

El stand en el cual se trabajó ofreció información sobre el tema del Bullying, que es un tema social el cual ha sido altamente difundido en los últimos años en nuestro país y ha afectado a una gran mayoría de niños y adolescentes quienes se han tenido que enfrentar a constantes ataques, los cuales han tenido graves consecuencias en las víctimas. Se impartió material informativo en trífolios, también mediante actividades como rompecabezas los contenían información sobre el bullying y al armar dicho trífolio obtenían un premio, se realizaron también preguntas con respecto al tema a los participantes, así como se respondieron las preguntas expuestas por los mismos. Durante la actividad se informó a las personas las cuales se acercaban con respecto al tema del Bullying que se definió como un comportamiento agresivo el cual consiste en maltratar de forma sistemática y persistente a otra persona haciendo uso del abuso de la fuerza, la autoridad, la superioridad social o intelectual, mediante la cual se humilla y se degrada a la persona adquiriendo poder sobre ella y sometiendo la voluntad de la persona agredida haciendo uso del miedo. Las personas que se denominan victimarios dentro del Bullying hacen uso del abuso y la agresión, pueden ser fuertes físicamente, impulsivos, dominantes, presentan conductas antisociales y son poco empáticos; dentro de los tres tipos de victimarios se encuentran los acosadores intelectuales quienes hacen uso de habilidades para socializar y poseen popularidad dentro de un grupo por lo que es capaz de organizar y manipular a otros obteniendo poder sobre el grupo y la víctima, se encuentra

también el acosador poco inteligente quien manifiesta una conducta antisocial que intimida y acosa directamente, lo cual puede ser reflejo de una falta de autoestima y autoconfianza; y por último se encuentra el acosador víctima quien es acosado por niños mayores que él o por su familia y quien luego se convierte en acosador de niños más pequeños que él. En cuanto a las víctimas son niños tímidos, con falta de seguridad en sí mismos, sufren de sobreprotección por parte de los padres y físicamente más débiles; los tipos de víctimas suelen ser, el físicamente débil o inseguro que resulta un blanco fácil para demostrar el poder del victimario, y se encuentra la víctima provocadora quien suele mostrar un comportamiento o actitudes molestas para los demás lo cual le hace ver como una persona irritable.

Se informó también las formas en las que el bullying puede presentarse con el fin de mantener alertas, tanto a los padres como a los mismos niños que puedan estar presentando algún tipo de acoso escolar, estas formas pueden ser, el bullying físico que se presentan por medio de empujones hasta golpes graves, el social el cual puede consistir en aislamiento, el psicológico el cual busca degradar el autoestima de la persona y el verbal que puede consistir en insultos o agresiones verbales. Se explicó las serias consecuencias que puede desencadenar el bullying en un niño o adolescente a largo plazo y si no es detectado el abuso, las cuales van desde el aislamiento social, deterioro del autoestima, crisis ansiosas, fobia escolar, un mal desarrollo de la personalidad, autoagresión y hasta suicidios. Por lo que se logró mantener el interés de las personas ante el tema quienes se mostraron atentas a la información dada, con lo cual se logró concientizar a los mismos sobre la importancia de detectar a tiempo

las señales de abuso o acoso en los niños o adolescentes y así evitar consecuencias trágicas en los mismos.

SUBPROGRAMA: INVESTIGACIÓN

El proceso investigativo dio inicio en el momento en cual se realizó una primera visita al Hospital Pedro de Bethancourt, la cual fue un momento crucial en la elaboración del plan de trabajo ya que se trabajaría en los meses que se llevaría a cabo el trabajo del Ejercicio Profesional Supervisado. Durante la realización de la visita se llevó a cabo la recopilación de información que sería de utilidad para entender mejor las necesidades que presentaba la población que sería atendida mediante el uso de la técnica de la observación y de una entrevista estructurada, la cual se le realizaría a los profesionales de enfermería encargados de las áreas a las cuales se asistió. Esta información recabada fue estudiada para localizar cuales eran las mayores necesidades de la población y cuáles eran las problemáticas que se presentaban con mayor incidencia dentro de las áreas de cirugía y traumatología de adultos, con lo cual se continuó con la elaboración de los objetivos con los cuales se trabajó durante el proceso de investigación del Ejercicio Profesional Supervisado. Tras la elaboración de un plan de trabajo diseñado en base a la información recolectada, se dio inicio al trabajo en el cual se brindó apoyo psicológico a las personas que eran referidas desde las áreas de cirugía y traumatología de adultos.

Durante el trabajo del Ejercicio Profesional supervisado en las áreas de cirugía y traumatología de adultos se realizó un trabajo similar aunque diferente al del área de salud mental, debido a que en el área de pisos no se utilizaban documentos de recolección de datos estructurados como en el área de salud

mental; por lo que para obtener la información necesaria de las personas a las cuales se atendieron, se realizaron entrevistas tanto, no estructuradas como entrevistas estructuradas, las cuales fueron realizadas durante el primer contacto con la persona; por lo que cuando se realizó la primera visita se recabaron inicialmente los datos personales de cada individuo, así también su motivo de consulta o la cual consideraba su problemática principal. Como parte de la relación terapéutica se estableció Rapport lo cual sería de gran importancia durante el proceso terapéutico ya que la confianza es una base importante en el momento en cual se brinda el apoyo psicológico. En las áreas de cirugía y traumatología de adultos se trabajó con cada persona en un tiempo de 15 a 30 minutos aproximadamente lo cual dependía en la mayoría de las veces de número de personas a atender, ya que se trabajan los mismos días en cada área, siendo estos lunes, miércoles y viernes desde el inicio del Ejercicio Profesional Supervisado hasta su finalización. Con cada persona se realizó la recolección de información necesaria para tener un mejor conocimiento sobre los datos personales que brindara así como la problemática por la que fueron referidos, lo cual le podía causar otros problemas y como estos se relacionaban entre sí.

Las personas atendidas eran referidas al departamento de Salud Mental debido a que se les realizó o se les realizaría alguna intervención quirúrgica relacionada con las secuelas de la Diabetes, intervención que podía afectar en diferentes aspectos a la persona incluso antes de ser realizada; por lo cual desde el primer momento en el cual se observó la población con la cual se trabajaría y cuál era la problemática de mayor incidencia se realizaron una serie de preguntas

las cuales fueron hechas a las personas con las que se trabajó, con la finalidad de tener un mejor conocimiento sobre qué aspectos de su vida eran afectados en relación a la intervención quirúrgica; para lo cual fueron elaboradas las entrevistas estructuradas, trabajando también con entrevistas no estructuradas con lo cual se obtuvo la información necesaria para brindar un apoyo psicológico adecuado según sus necesidades.

Se trabajó con personas las cuales fueron referidas desde las áreas de cirugía y traumatología de adultos debido a que se les realizó o se les realizaría alguna intervención quirúrgica con relación a la Diabetes, como lo podían ser desde una colocación de membranas hasta la amputación de algún miembro del cuerpo ya fuese un miembro inferior o superior; estas personas fueron referidas por profesionales de la salud de dichas áreas, debido a que se encontraban descompensadas emocionalmente en la mayoría de los casos. A estas personas se les brindó apoyo psicológico ya que debido a su estado físico causó un fuerte impacto en su psique desestabilizando su estado emocional. La mayoría de los casos atendidos las personas presentaron como problemática principal la intervención quirúrgica, la cual les fue o les sería realizada como una de las secuelas de la Diabetes, ya que al ser una enfermedad degenerativa llega a dañar órganos internos, provocando problemas cardiovasculares, problemas renales, pérdida de la vista y daño sistema nervioso periférico; como consecuencia de lo último se presenta el dolor neuropático, el cual puede ser el resultado de una lesión en el sistema nervioso periférico, provocando en la persona dolor en el miembro afectado y el cual se va haciendo más intenso con el paso del tiempo

llegando a afectar seriamente la vida de quien lo padece, provocando también sufrimiento emocional. Esto afecta a la persona a nivel psicológico ya que paralelamente con el deterioro físico se presenta un deterioro emocional que con el tiempo puede llegar a presentar estados de ánimo depresivos; la posibilidad de que se desarrolle una depresión en la persona aumenta cuando se le informa sobre la posibilidad o la confirmación de amputarle un miembro del cuerpo, a lo que muchas personas reaccionaron con sentimientos de tristeza y desesperanza.

Esto en muchos casos afectó los diversos ámbitos de su vida creándose una relación entre su problema físico y su vida personal; dentro de los problemas encontrados se puede mencionar: problemas económicos, problemas familiares y conyugales, duelo por pérdida de un ser querido, problemas laborales y problemas por pérdida de miembro.

Como se mencionó anteriormente durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se trabajó con personas las cuales fueron referidas debido a que se les realizaría alguna intervención quirúrgica consecuencia del Síndrome de la Diabetes, lo cual causaba desestabilidad emocional desarrollándose otras problemáticas de forma paralela. Dentro de estas problemáticas podemos mencionar, los problemas económicos, los cuales muchas veces se agravaban luego de ser ingresados al Hospital Pedro de Bethancourt, las personas referían que su condición económica no soportaría los gastos de una operación y los medicamentos que debían comprar, esto unido a gastos que requieren llevar un hogar podría provocar desajustes en su presupuesto o incluso

deudas, lo cual les causaba estrés o angustia. Aunque se encontraran empleados en el momento de su intervención, su mayor preocupación se encontraba en los gastos que serían generados por la inesperada operación, algo con lo cual no contaban, y el tener que comprar los medicamentos que necesitaban; en algunos casos las personas necesitaban costear algo en especial que sería necesario para la intervención y se sentían preocupados por no poderlo adquirir. Se trabajó con estas personas basándose en los enfoques gestalt y cognitivo conductual, con los que se trabajó los niveles de angustia y estrés que se encontraban elevados en el momento en el que se atendieron; ante estas técnicas las personas en su mayoría se observaron estables y más relajadas, lo que en muchos casos fue referido por ellos, al expresar sentirse mejor, más positivos con respecto a su situación y con una mejor actitud para afrontar su problemática.

Dentro de los casos atendidos durante el Ejercicio Profesional Supervisado se encuentran los problemas familiares o conyugales que se dieron paralelamente con la posibilidad de la realización de una intervención quirúrgica o la cual ya les había sido realizada en el momento de la visita. En muchos de los casos las personas atendidas refirieron estar preocupadas debido a que tras presentar problemas físicos como consecuencia de la Diabetes las relaciones en su hogar se vieron afectadas en medida de que se sentían agotadas o más cansadas, lo cual no les permitía rendir en las tareas del hogar como lo venían haciendo tiempo atrás; esto ocurrió también cuando fueron internadas en el Hospital Pedro de Bethancourt y se les informó que se les realizaría una intervención quirúrgica, por lo que en la mayoría de los casos se enfrentaría a la pérdida de un pie o una

pierna, lo cual afectaría su modo de vida. Como en uno de los casos mencionados en el capítulo anterior en el cual una persona de sexo masculino se encontraba ingresado por segunda vez siendo necesaria la amputación de su segunda pierna, y quien se encontraba preocupado debido a que durante ese tiempo no había podido ver a su nieto, de quien cuidaba, ya que la hija de la persona atendida no era responsable de su hijo, lo cual le mantenía constantemente preocupado; esta persona se observó triste y angustiado por que su condición física le impedía poder cuidar de su nieto. Dentro de otros de los casos de personas que presentaban un problema familiar o conyugal de forma paralela con un problema de intervención quirúrgica a consecuencia de la Diabetes, se trató de una persona de avanzada edad quien fue dejada por sus hijos en un asilo aledaño; y quien refirió que sus propios hijos se apropiaron de todas sus pertenencias por lo que no tenía ningún familiar que cuidara de ella si perdía una pierna, refirió también sentirse sola y abandonada por sus familiares en aquel asilo; en el caso de esta persona su estado físico se convertía en una nueva preocupación ante el abandono que sufrió por parte de su familia, lo cual aumentó su tristeza y su ansiedad. Otro de los casos atendidos se trató de una mujer quien ignoraba padecer de diabetes al momento de ser internada en el Hospital Pedro de Bethancourt, enterándose ya en el momento en el cual le realizaban curaciones en una llaga que presento en una pierna la cual no sanaba; esta persona refirió tener problemas constantes con su pareja debido a que llevaba internada en el hospital casi un mes y debido a esta ausencia no encontraban a una persona que se hiciera cargo o cuidara de sus hijos mientras ella se encontraba hospitalizada; por lo que como último recurso su esposo optó por llevarse a sus hijos a trabajar, lo cual según la madre era

peligroso debido a que su trabajo consistía en lavar carros en las calles, causando en ella una mayor preocupación, temiendo también que le amputaran la pierna, ya que el personal médico del hospital le informó que existía la posibilidad de que esto ocurriera; esto causó en la persona un estado de estrés y angustia altos, por lo cual fue referida ya que al no bajar estos niveles de estrés y angustia, los niveles de azúcar tampoco descenderían lo cual le haría permanecer más tiempo dentro del lugar. Las personas atendidas las cuales presentaban un problema familiar o conyugal al mismo tiempo que enfrentaban una problemática de intervención quirúrgica a consecuencia de la Diabetes, se encontraban desestabilizadas, preocupadas, con niveles altos de estrés y de angustia, refiriendo sentirse tristes y desanimadas ante la situación de encontrarse ingresados en un hospital con la posibilidad o el hecho de sufrir una amputación y lejos de su familia. Con estas personas se trabajó en base a las necesidades que cada uno presentó, dependiendo su problemática; por lo que se trabajó con los enfoques gestalt, cognitivo conductual y racional emotiva con los cuales las personas mostraron una clara mejora en la evolución de su problemática, avances que fueron tanto observables como referidos por las personas a quienes se atendió, mostrándose más estables y animados.

Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se trabajó en menor incidencia con personas que se encontraban atravesando un proceso de duelo por pérdida de un ser querido de forma paralela en que se encontraban pro o post amputación de alguno de los miembros del cuerpo, lo cual representaba un momento de angustia y descompensación emocional para dichas personas. Al

momento que se llevó a cabo la visita en la que se brindó el apoyo psicológico las personas refirieron sentirse profundamente tristes y desanimados debido a la pérdida de un familiar cercano como lo podían ser, el conyugue o un hijo; en algunos casos esta pérdida era reciente y en otros había ocurrido varios años atrás. En el momento en el cual se les informó a estas personas que se les amputaría un miembro del cuerpo se dio inicio a un nuevo proceso de duelo por pérdida de miembro en forma paralela con el duelo por pérdida de un ser querido lo cual les representaba un doble proceso, y esto causó un fuerte impacto emocional en ellos. Una persona refirió sentirse profundamente triste debido a la muerte de su esposa la cual había ocurrido ocho meses atrás; esta persona presentaba una afasia de broca lo cual dificultaba su expresión lingüística, a consecuencia de un derrame luego de la muerte de su esposa; teniéndose que enfrentar meses después a la amputación de una de sus piernas debido a los daños en el sistema nervioso periférico los cuales son consecuencia de la Diabetes; para luego enfrentar la pérdida de su segunda pierna, la cual le provocaba a la personas fuertes dolores llamados dolor neuropático, el cual puede llegar a hacer sufrir también emocionalmente a la persona. Otra persona la cual se encontró estabilizada por pérdida humana, se trató del caso de una mujer de edad avanzada quien hacía cinco años sufrió la muerte de un hijo, por lo que la persona refirió sentirse profundamente triste y con sentimientos de desesperanza; en el momento en que se trabajó con la persona, se encontraba profundamente triste debido a que se le informo la posibilidad de amputarle uno de sus miembros inferiores de no sanar las llagas que presentaba y a las cuales se les realizaba curaciones; observándose en ella episodios de llanto agudos, tristeza profunda y

angustia como consecuencia de encontrarse ante una nueva, aunque diferente, pérdida. Las personas que se encontraron atravesando por un doble proceso de duelo se observaron profundamente tristes, con episodios de llanto agudo y diálogos circunstanciales; lo cual también fue expresado verbalmente durante el momento que se brindó el apoyo psicológico. Con estas personas que se encontraban atravesando un doble proceso de duelo fue de gran utilidad el trabajo con el enfoque cognitivo conductual debido a la efectividad de sus técnicas; se trabajó también con los enfoques, gestalt y racional emotiva dependiendo de las necesidades que presentara cada persona durante el proceso terapéutico. El avance de cada persona se observó en el momento en el que cada persona presentaba una mayor estabilidad emocional, disminución de sus niveles de angustia, también cuando expresaban sentirse más animados y con menos pensamientos de desesperanza.

Otros casos encontrados de problemáticas que surgieron de forma paralela a la problemática relacionada con la Diabetes, fueron los problemas laborales, quienes en muchos casos se sentían afectados directamente por los síntomas de la misma y por la carga emocional que eso conlleva. Las personas atendidas durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado refirieron que la Diabetes afectó de forma global su vida, pero en estos casos principalmente en el ámbito laboral, debido a que se sintieron desgastados tanto física como emocionalmente; refiriendo que sufrieron de cambios en el estado de ánimo, cansancio y mal humor lo cual muchas veces afectó el desempeño adecuado en su trabajo; otras personas refirieron no ser afectados laboralmente por los

síntomas de la diabetes, sino hasta que se les realizó amputación de uno de sus miembros, lo cual les hacía sentir imposibilitados para volver a desempeñar sus labores como lo hacían con anterioridad. Tal fue el caso de una persona que desempeñaba trabajos como músico y maestro de música, quien a pesar de haberle sido amputadas ambas piernas, se sentía positivo ante la situación refiriendo que tendría que buscar nuevas posiciones para colocar su guitarra o encontrar la manera de poder continuar tocando la marimba y así poder continuar enseñando y realizando su trabajo; refirió también su necesidad de adquirir unas prótesis las cuales le ayudarían a realizar mejor su trabajo. Dentro de los casos más relevantes se encuentra el de una persona a quien las secuelas de la Diabetes le causaron graves molestias desde el inicio de la misma; refirió que le provocaba cambios en el estado de ánimo, sintiéndose deprimido, desanimado, cansancio mental, presentando mal humor y pensamientos negativos; al paso del tiempo comenzó a presentar mala digestión y a tener diarreas agudas por lo cual tuvo que abandonar su trabajo, y por lo que no volvió a desempeñar otro nuevamente después de cinco años; la persona refirió que tras presentar constantes mareos cayó de las escaleras lo cual le causó fractura de cadera y se encontraba en espera de que se le realizara una intervención quirúrgica; cabe resaltar que la Diabetes es un síndrome degenerativo el cual afecta no solo física sino también emocionalmente a quien la padece, el caso de esta persona se trataba de un caso de Diabetes tipo I, la cual inicia a temprana edad y puede causar la muerte. La Diabetes afecta la subjetividad de una persona, en muchos casos debido a las secuelas de la misma interfirió de forma directa el desempeño laboral de las personas; quienes en el peor de los casos ya no podrían seguir desempeñando sus labores como de

costumbre o de forma definitiva, presentando esto una problemática amplia para la persona ya que puede llegar a desarrollar frustración, sentimientos de desesperanza y depresión de forma conjunta con un proceso de duelo dependiendo el caso; por lo cual era necesario brindar apoyo psicológico a estas personas que se encontraban atravesando un momento difícil en sus vidas.

Se trabajó con los enfoques, gestalt, racional emotiva y cognitivo conductual según se presentaran las necesidades de cada individuo, los cuales fueron útiles para ayudar a la persona a focalizarse en encontrar una solución mediante el trabajo de un pensamiento positivo, tratando de eliminar la victimización y realizando pequeñas actividades como metas alcanzables las cuales les ayudarían a mejorar su actitud ante su situación.

Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado dentro del Hospital Pedro de Bethancourt el mayor número de casos atendidos fueron los casos de personas que se encontraban atravesando un proceso de duelo por pérdida de miembro del cuerpo; lo cual es una de las secuelas del síndrome neuropático que como se ha expuesto con anterioridad daña el sistema nervioso periférico en el cual se hacen pequeñas lesiones que pueden llegar a la amputación del miembro afectado, ya que la poca irrigación sanguínea más el daño en los nervios provocan la muerte del tejido o necrotización; de no amputar el miembro afectado se origina una infección generalizada lo que con el tiempo pone en peligro la vida de la persona. Los casos de personas que tomaron la decisión de realizarse alguna intervención quirúrgica ya fuese amputación de algunos de

los miembros o colocación de membranas se encontraron muchas veces descompensadas e indecisas sobre si tomar la decisión de realizarse la amputación o no, debido a que muchos se negaban a imaginar su vida sin uno de sus miembros. Uno de los casos más relevantes se trató de una persona que se encontraba profundamente triste, desestabilizada, rehusándose a realizarse la amputación, por lo que se tuvo que explicar cómo era la forma en la que el cuerpo se degeneraba debido a las secuelas de la Diabetes y lo que podía pasar de no realizarse la amputación, aceptando luego de esto que se le realizara la intervención requerida; como acción siguiente se realizó un ejercicio especial, que era utilizado con las personas que serían amputadas, en cual la persona se despidió del miembro del cuerpo que se la amputaría como si se tratara de una persona, refiriendo así todos sus sentimientos y pensamientos hacia el miembro que perdería, momento en el cual la persona se observó profundamente triste y angustiada. Otro de los casos más relevantes se trató de una persona de avanzada edad quien se encontró hipoanímico, con pensamientos de desesperanza y tristeza profunda debido a que se le informó que se le realizaría amputación de su pierna izquierda, sin embargo debido a que padecía de hipertensión debía esperar a que se restableciera su estado para que se le realizase la intervención, debido a lo delicado de la misma fue traslado al Hospital Roosevelt en donde se le realizó la operación, pero tiempo después fue atendido nuevamente debido a que se le realizaría la amputación de la pierna derecha por a lesiones y fuerte dolor neuropático en la misma; por cual la persona refirió sentirse deprimido, profundamente triste y desanimado, observándose hipoanímico, con tono de voz baja, profundamente triste y con episodios de llanto recurrentes. Las

personas atendidas en la mayoría de los casos comenzaron a mostrar signos y síntomas del inicio del proceso de duelo por pérdida de miembro desde el momento en el que se les informó que se les realizaría amputación de alguno de sus miembros, mostrándose profundamente tristes, en negación, con pensamientos de desesperanza, episodios de llanto agudo o recurrentes y estado de ánimo deprimido. Con estas personas en su mayoría se trabajó desde los enfoques psicológicos, cognitivo conductual, gestalt y racional emotiva según la problemática y las necesidades que presentaron cada uno; y las cuales fueron útiles en el proceso terapéutico, ayudando a las personas a darse cuenta de la necesidad de realizarse la intervención quirúrgica, de cómo esta podría afectar su vida, pero al mismo tiempo de como luego de atravesar el proceso de duelo alcanzaría la aceptación de la pérdida; fueron de gran utilidad también para lograr estabilizar a las personas que se encontraron descompensadas y a bajar sus niveles de angustia, encontrándose luego más relajados con menos pensamientos de desesperanza.

En la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se trabajó con un gran número de casos en los cuales se les realizaría a las personas alguna intervención quirúrgica con relación a las secuelas de la Diabetes, siendo en muchos de los casos necesaria la amputación de alguno de los miembros del cuerpo. Por lo que es este síndrome Diabético un problema que afecta de forma general la vida de la persona que la padece, desde el mismo momento en el cual se entera del diagnóstico; llegando a afectar todos los ámbitos de su vida, como lo son el ámbito familiar, el conyugal, el laboral, económico y el personal; en el

personal se incluiría como afecta a la persona psicológicamente, llegando desde estados breves de tristeza, hasta depresión, y en algunos casos pensamientos suicidas; así también se da inicio a un proceso de duelo, el cual está constituido por varias etapas, las cuales son superadas dependiendo de la personalidad del individuo y en algunos casos llega a ser duelo patológico; por lo que es necesaria la atención y el apoyo psicológico adecuado a cada persona según sea su problemática para así alcanzar la estabilidad emocional, la disminución de los pensamientos negativos y un correcto inicio al proceso de duelo, mejorando su percepción de la vida luego de sufrir una pérdida de miembro del cuerpo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES GENERALES

- Durante la realización del Ejercicio profesional Supervisado se logró tener un mejor conocimiento sobre la población atendida mediante lo cual se brindó apoyo psicológico de acuerdo a las necesidades de la misma.
- Durante el trabajo realizado en el EPS se brindó el uso de métodos psicológicos y las herramientas, las cuales ayudarían a la población atendida a modificar pensamientos y conductas perjudiciales para su vida.
- Mediante la atención brindada en el EPS se concientizó a la población sobre la importancia de recibir apoyo psicológico en algún momento de su vida.
- Durante la realización del Ejercicio profesional Supervisado en las diferentes áreas trabajadas se adquirieron nuevos conocimientos los cuales son de utilidad tanto a nivel profesional como personal.

CONCLUSIONES ESPECÍFICAS:

- Se dio apoyo psicológico a todas las personas que asistieron a consulta externa los días martes y jueves durante el Ejercicio Profesional Supervisado por medio de lo que se logró una mejor estabilidad emocional.

- Se brindó apoyo psicológico a las personas que fueron referidas de los departamentos de cirugía y traumatología de adultos los días lunes, miércoles y viernes, con lo que se logró darles acompañamiento en una situación difícil de su vida.
- Por medio de las terapias individuales impartidas se promocionó la salud psicológica a las personas que fueron atendidas tanto en el área de consulta externa como en las áreas de cirugía y traumatología.
- Se brindó apoyo psicológico a todas las personas que asistieron o fueron referidas las cuales presentaban alguna problemática que les desestabilizaba emocionalmente, por lo que por medio de técnicas de estabilización se logró la compensación de las mismas.
- Durante la realización de EPS se trabajó y se logró estabilizar por medio de métodos de la psicología gestalt, cognitivo conductual y racional emotiva a personas de diferentes edades las cuales presentaron diversidad de problemáticas relacionadas a los diferentes ámbitos subjetivos de su vida.
- Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se brindaron charlas al grupo de Madres Participantes con temas en relación al cuidado y formación de sus hijos.

- A través de las charlas informativas se promocionó al grupo de Madres Participantes la importancia de recibir apoyo psicológico en algún momento de su vida.
- Se brindaron charlas informativas al grupo de AJUPENSA con quienes se trabajó durante la realización del EPS mejorando así la percepción de su autoestima.
- Se captó el interés del grupo de AJUPENSA hacia la importancia y la influencia que posee la psicología en su vida diaria mediante el uso de herramientas aplicables en ella.
- Durante la realización de la feria de la salud se brindó información y material de apoyo sobre el tema del Bullying Escolar, con lo cual se alertó a los padres y a los niños sobre las señales de abuso, y así se prevenga a tiempo.
- Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se brindó información sobre la implicación psicológica de las secuelas de la Diabetes y así promover una conciencia de prevención en la población.
- En la investigación realizada durante el Ejercicio Profesional Supervisado se trabajó desde el modelo cualitativo, mediante el cual se logró un mejor conocimiento de la población y las necesidades que esa presentaba.

- La investigación se realizó en base a las mayores necesidades encontradas dentro de la población durante la realización de la visita diagnóstica.
- Durante la realización de la investigación se hizo uso de los instrumentos de recolección de datos como lo fueron las entrevistas estructuradas y las entrevistas no estructuradas para obtener mayor información sobre la problemática de cada caso.
- Las entrevistas estructuradas fueron realizadas en base a la información recaudada, la cual indicaba las principales problemáticas y necesidades de la población.
- La investigación fue realizada dentro del Hospital Pedro de Bethancourt en las áreas de consulta externa, cirugía y traumatología de adultos durante el trabajo de EPS con la finalidad de brindar el apoyo y obtener información sobre cómo son afectadas las personas por su problemática.
- Las personas con las cuales se trabajó la investigación, se trató de todas las que fueron referidas de las áreas de cirugía y traumatología a las cuales se les realizó o se les realizaría alguna intervención quirúrgica secuela de la Diabetes.

- Las personas con las que se trabajó la investigación se vieron afectadas psicológica y emocionalmente tras encontrarse ante una intervención quirúrgica como la amputación, presentando en muchos casos sentimientos de angustia, tristeza, pensamientos negativos y de desesperanza, con lo cual se inició el proceso de duelo por pérdida de miembro del cuerpo.
- Tras la pérdida de algún miembro del cuerpo, como lo fueron una pierna, un pie y en muy pocos casos una mano, las personas en su mayoría se vieron afectadas económicamente, como consecuencia de los gastos médicos los cuales desestabilizaban su presupuesto.
- La mayoría de personas atendidas mostraron dificultades laborales luego de la amputación de un miembro del cuerpo, alguna otra intervención quirúrgica producto de las secuelas de la Diabetes, ya que luego de esta, las personas no se encontraban en las condiciones físicas y emocionales necesarias para continuar desempeñando su trabajo como lo hacían con anterioridad.
- Las personas atendidas por pérdida de miembro del cuerpo en la mayoría de los casos se encontraron desestabilizadas emocionalmente, lo cual afectaba su vida familiar o conyugal, ya que luego de la intervención quirúrgica, las personas se sentían una carga al necesitar de alguien más para movilizarse, o en otro casos, porque no podrían seguir cuidando de su familia como de costumbre.

RECOMENDACIONES

GENERALES

- Que la escuela de ciencias psicológicas continúe apoyando este tipo de instituciones en donde la población asistente se presenta un alto número de necesidades y problemáticas, haciéndose necesario que se les brinde apoyo psicológico profesional.
- Se recomienda que promocióne la importancia que posee la realización del Ejercicio Profesional Supervisado dentro de la Escuela de Ciencias Psicológicas con el fin de aumentar el interés de los estudiantes sobre el mismo.
- También que se brinde mayor información a la población estudiantil sobre el EPS desde los primeros años para que posean un mejor conocimiento del proceso y realización del mismo.
- Y que el departamento de EPS brinde apoyo económico a los epesistas durante la realización del Ejercicio profesional Supervisado para facilitar su estadía y alimentación.

ESPECÍFICAS

Al Hospital Hermano Pedro de Bethancourt

- A las autoridades correspondientes dentro del Hospital Pedro de Bethancourt, se les recomienda que se continúe con el trabajo realizado en conjunto con los epeistas para cubrir así las necesidades psicológicas que se presentan dentro de la población.
- Que se continúe brindando apoyo psicológico adecuado a las personas que se encuentran dentro de las áreas de pisos, ya que en muchos casos las personas al encontrarse internadas se desestabilizan emocionalmente, por lo que es necesario brindarles atención psicológica profesional.
- También que el Hospital Pedro de Bethancourt vele porque las personas que sufrieron alguna intervención en la cual se les dificulta la locomoción reciban ayuda adecuada por parte del personal a quien corresponda dicho apoyo.
- Y que se continúe brindando apoyo psicológico a las personas que se enfrentaran a alguna intervención quirúrgica, como es el caso de las personas que sufren amputaciones, lo cual les ayudará a enfrentar la pérdida, a descender sus niveles de ansiedad y a dar inicio al proceso de duelo por pérdida del miembro.

A futuras generaciones

- Se recomienda a las personas dentro del departamento de salud mental que trabajen en las áreas de cirugía y traumatología, que velen por que se brinde un apoyo psicológico adecuado a las personas que se enfrentan a intervenciones quirúrgicas debido a las necesidades que esta población presenta.
- A futuros epeistas, que en conjunto con profesionales de enfermería se vele por la creación de un programa de atención psicológica ha dicho personal, ya que refirieron sentir la necesidad de recibir apoyo psicológico.
- A los estudiantes de la Escuela de Ciencias Psicológicas que se interesen por realizar Ejercicio Profesional supervisado, se informen adecuadamente sobre el mismo y al llegar al campo realicen su trabajo de forma consiente y profesional.
- Y que dentro del departamento de salud mental se realice un trabajo adecuado cubriendo las necesidades psicológicas que presente cada persona con respecto a su problemática.

GLOSARIO

A

Artejo: Nudillo, articulación donde se unen las falanges de los dedos.

Alucinación: Percepción sensorial que tiene el convincente sentido de la realidad o de una percepción real.

Ansiedad: Anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o sentimientos somáticos, detención. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo.

D

Desorientación: Confusión acerca del día, la fecha o la estación, acerca de donde se encuentra uno o quién es.

Despersonalización: Alteración de la percepción de uno mismo de modo que uno se siente separado del propio cuerpo o de los propios procesos mentales como si se tratara de un observador exterior.

Desrealización: Alteración de la percepción o experiencia del mundo externo de manera que este parece extraño o irreal.

Disociación: Alteración de las funciones normalmente integradas de la conciencia, memoria, identidad, o percepción del ambiente. El trastorno puede ser repentino, gradual, transitorio o crónico.

E

Estado de Ánimo: Emoción generalizada y persistente que colorea la percepción del mundo.

I

Insomnio: Quejas subjetivas de dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido a causa de la mala calidad del sueño.

M

Movimientos Estereotipados: Comportamiento motor repetido aparentemente impulsivo y no racional.

S

Signos: Manifestación objetiva de un estado patológico. Los signos son observados por el clínico más que descritos por el individuo afectado.

Síndrome: Agrupación de signos y síntomas basada en su frecuente concurrencia, que puede sugerir una patogenia, una evolución, unos antecedentes familiares o una selección terapéutica comunes.

Síntoma: Manifestación subjetiva de un estado patológico. Los síntomas son descritos por el individuo afecto más que observados por el examinador.

BIBLIOGRAFÍA

LIBROS

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.

Bucay, Jorge (2006). *El Camino de las Lágrimas*. Buenos Aires, Argentina: Editorial DeBolsillo S.A.

Fishbein, Morris (1966). *Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud*. Estados Unidos: H.S Suttman Co. Inc.

Frankl, Víctor (2004). *El Hombre en busca de Sentido*. Barcelona, España: Editorial Herder S.L.

Freud, Sigmund (1917). *Duelo y Melancolía*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores.

Freud, Sigmund (2001). *¿Por qué la Guerra?* Barcelona, España: Minúscula.

Garavito, Marco Antonio (2003). *Violencia Política e Inhibición Social*. Guatemala, Guatemala: Magna Terra Editores.

Hermann, Judith (2004). *Trauma y Recuperación: Como superar las consecuencias de la violencia*. Madrid, España: Espasa-Calpe, S.A.

Kübler Ross, Elizabeth (1972). *Sobre la Muerte y los Moribundos*. Nueva York, Estados Unidos: Ediciones Grijalbo S.A.

Martínez, Severo (1970). *La Patria del Criollo*. Guatemala, Guatemala: Editorial Universitaria Centroamericana.

Peña Acuña. Beatriz (2011). *Métodos Científicos de Observación en Educación*. Madrid, España: Editorial Visión Libros.

Quinto Barrera, Emilio (2002). *El Modelo Cognitivo: La Psicoterapia Manual de Terapia Cognitiva*. Guatemala, Guatemala: Edikyrios S.A.

Rodríguez Gabarrón, Luis (1994). *La Investigación Participativa*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas.

ARTÍCULOS DE REVISTAS

Martínez Pérez, Saúl (2012). Síndrome de Miembro Fantasma como secuela postraumática. *Revista Mexicana de Anestesiología*.

WEB

Brown Schulz Lindermann. *Duelo*.

<http://www.medicinadefamiliares.cl/protocolos/duelo%201.pdf>.

Freud, Anna. *Teorías de la Violencia Humana*.

<http://www.sincronia.cucsh.udg.mx/montoya05.htm>

Hurtado Barrera, Jacqueline. *Proceso de Investigación Científica*.

<http://www.urbe.edu/info-consultas/web-profesor/12697883/archivos/seminario/Contenido/4.-%20UnidadIV-CapituloIII.pdf>

Rojas, Edgar. *Metodología de la Investigación*.

<http://metodologiaeconomia2011.blogspot.com/2011/05/investigacion-cuantitativa.html>

Weir Mitchell, Silas. *Historias de la Neurociencia, el Miembro Fantasma*.

http://asus.usal.es/idex.php?option=com_content&view=article&id=4636:alias&catid?=341:joseralonso&Itemid=247

ANEXOS

Instrumentos de Recolección:

- Entrevista a Familiares:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

DEPARTAMENTO DE EPS

“EL IMPACTO SUBJETIVO EN SUJETOS PRE Y POST AMPUTACIONES U
OTRAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS COMO CONSECUENCIA DE LA
DIABETES”

ENTREVISTA FAMILIARES:

Nombre: _____ Tipo de Relación con el Px: _____

Procedencia: _____

1-. ¿Hace cuánto comenzó el problema del paciente?

2-. ¿Ha notado algún cambio negativo en su estado de ánimo?

3-. ¿Cuándo habla el paciente, como se expresa con ud. con respecto a su problema? _____

4-. ¿Cómo es la relación del paciente con su familia?

5-. ¿Ha observado algún cambio en la conducta del paciente recientemente, explique?

6-. ¿Qué pensamientos tiene el paciente con respecto a la intervención quirúrgica?

7-. ¿Qué sentimientos posee con relación a su afección?

8-. ¿Cómo cree que la perdida afectara la vida cotidiana del paciente?

11-. ¿Cree que la perdida le impedirá al paciente realizar las metas que se proponga? _____

- Entrevista a Personas Afectadas:

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
DEPARTAMENTO DE EPS

“EL IMPACTO SUBJETIVO EN SUJETOS PRE Y POST AMPUTACIONES U
OTRAS INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS COMO CONSECUENCIA DE LA
DIABETES”

ENTREVISTA A PERSONA AFECTADA:

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Procedencia: _____ Estado Civil: _____

1-. ¿Cuándo comenzó su problema?

2-. ¿Cómo se dio cuenta de del problema?

3-. ¿Cómo reacciono cuando le informaron que le tenían que realizar una
operación?

4-. ¿Qué pensamientos tiene con respecto a la operación?

5-. ¿Qué sentimientos posee con relación a la pérdida?

6-. ¿Cómo cree que la pérdida afectara su vida cotidiana?

7-. ¿Qué oficio realizaba antes de ingresar al hospital?

8-. ¿Qué lugar ocupa en la familia?

9-. ¿Tiene familia a su cargo, a quienes?

10-. ¿Cómo es la relación con su familia?

11-. ¿Cree que la pérdida le impedirá realizar las metas que se proponga? ¿A qué se debe?

Material de Apoyo:

- Afiche para la Feria de la Salud



- Trifoliar para la Feria de la Salud:

Consecuencias del Bullying:

En las víctimas se encuentra el deterioro de la autoestima, ansiedad, depresión, fobia escolar e intentos de suicidio, con repercusiones negativas en el desarrollo de la personalidad, la socialización y la salud mental en general.

BULLYING ESCOLAR

ALTO

NO BULLYING!

"SI TE MOLESTAN, NO CALLES!"

Indicaciones de acoso escolar;

- Absentismo escolar frecuente.
- Descenso en el rendimiento escolar.
- Apatía, abatimiento, tristeza.
- Alumno que no es escogido para trabajos de grupo.
- Viene con golpes o heridas del recreo.
- Se pone nervioso al participar en clase.
- Murmullos, risas por lo bajo, cuando un alumno entra en clase o contesta a una pregunta.

Es un comportamiento que consiste en maltratar sistemáticamente a otras personas mediante el abuso de fuerza, autoridad o superioridad social o intelectual.

Tipos:

- Físico:** empujones, patadas, agresiones con objetos, etc. Se da con más frecuencia en primaria que en secundaria.
- Verbal:** insultos, menosprecios en público, resaltar defectos físicos, etc. Es el más habitual.
- Psicológico:** minan la autoestima del individuo y fomentan su sensación de temor.
- Social:** pretende aislar al joven del resto del grupo y compañeros.

Participantes del Bullying: Agresor, Víctima, Observadores.

- Agresor**
Acosador intelectual: Es aquel que con buenas habilidades sociales y popularidad en el grupo, es capaz de organizar o manipular a otros para que cumplan sus órdenes.
- Acosador poco inteligente: Es aquel que manifiesta un comportamiento antisocial y que intimida y acosa a otros directamente, a veces como reflejo de su falta de autoestima y de confianza en sí mismo.
- Acosador víctima: Es aquel que acosa a compañeros más jóvenes que él y es a la vez acosado por chicos mayores o incluso es víctima en su propia casa.

- Víctima**
Víctima pasiva: Suele ser débil físicamente e insegura, por lo que resulta un objetivo fácil para el acosador. Otras características de las víctimas pasivas serían: escasa autoestima, ausencia de amigos, depresión, aunque algunas de estos rasgos podrían ser consecuencia del acoso.
- Víctima provocadora: Suele tener un comportamiento molesto e irritante para los demás. En ocasiones, sus iguales les provocan para que reaccionen de manera inapropiada, por lo que el acoso posterior que sufren podría llegar a parecer justificado.

- Afiche Promocional del Congreso de la Salud:



**HOSPITAL NACIONAL
PEDRO DE BETHANCOURT
ANTIGUA GUATEMALA**



EL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA LE INVITA AL

II CONGRESO DE SALUD MENTAL

Temas que se impartirán:

- › La mente y las enfermedades psicosomáticas
- › Mujeres que aman demasiado
- › Atención psicológica en crisis
- › Indicadores de abuso sexual en niños/as
- › Trastornos del sueño en niños/as
- › Suicidio en adolescentes

Lugar: Salón Obrera Católica
Templo La Merced Antigua
Guatemala

Fecha: 20 y 21 de septiembre 2012

Hora: De 8:00 a 12:00hrs.

Costo: Puntualidad y
Deseo de Participación

