



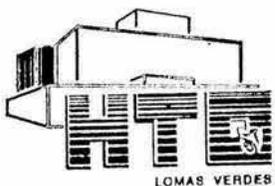
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"IZTACALA"**

**"INTEGRACION Y ANALISIS DEL
TRABAJO DEL PSICOLOGO DENTRO DEL
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA
'LOMAS VERDES' "**

**REPORTE DE TRABAJO
P R O F E S I O N A L
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
MA. DE JESUS LOZANO ORTEGA**

ASESOR: LIC. MUCIO ALEJANDRO ROMERO RAMIREZ



LOS REYES, IZTACALA

MARZO DE 1996



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

A TI MI SEÑOR DIOS:

Porque en ti he encontrado: amor auténtico, las respuestas a todas mis dudas, un camino a seguir, un bálsamo para mi dolor, una lluvia para mi sed, una compañía en mi soledad interior, un amigo inquebrantable en las tempestades, una luz de esperanza, y la paz interior que tanto anhelaba mi alma, para alcanzar mi realización personal.

A MI MADRE:

Porque el camino fue largo y difícil con momentos felices y amargos, y en todos ellos conte con su amor, su ternura, su paciencia, sus consejos y su apoyo, que me ayudaron a ser disciplinada y a mantenerme siempre firme, aún en las épocas de crisis. Por eso, lo logrado también es de ella y mi victoria también es su victoria.

A LA MEMORIA DE MI PADRE:

Porque gran parte de lo que soy, tiene su cimiento en sus enseñanzas, en el ejemplo de sus buenas acciones, en el amor, la ternura, la paciencia y el juego que siempre tuvo para mí, y que le dieron forma a mi vida.

A BERNARDO: "CON TODO MI AMOR"

Porque no con palabras, sino con acciones, me enseñó a encontrar: en dios, en el amor y en el conocimiento; los verdaderos motivos por los que vale la pena vivir, ser feliz y fortalecer el espíritu .

A MARIA, A CARMEN Y A JORGE:

Porque siempre tuvieron para mi: amor, oraciones, bellos detalles, y mucho apoyo, para que yo no desistiera, y continuara en el camino, cuando sentía que las fuerzas me faltaban.

A LA FAMILIA MALDONADO RESENDIZ: "CON ESPECIAL CARIÑO"

Porque aparte de brindarme su amistad, me legaron sus conocimientos basados en la palabra de dios, para que yo los introyectara y adecuara a mi propia vida, lo cual me dió una profunda armonía con dios y riqueza espiritual, que me ayudaron a alcanzar no sólo mis metas profesionales, sino también personales.

INDICE

INTRODUCCION	1
RESUMEN	6
CAPITULO I	7
ANTECEDENTES HISTORICOS Y LEGALES DEL IMSS EN MEXICO	7
1.1. ANTECEDENTES DE LA CAPACITACION	18
1.2. FINES DE LA CAPACITACION	22
1.3. MARCO LEGAL DE LA CAPACITACION EN MEXICO	26
1.4. LA CAPACITACION EN EL IMSS	29
CAPITULO II	34
EL PAPEL DE LA PSICOLOGIA EN LA CAPACITACION ENFOCADA AL DESARROLLO	34
2.1. DINAMICA DE GRUPOS	37
2.2. IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS EN LA VIDA DEL HOMBRE	40
2.3. EL GRUPO COMO LUGAR OPTIMO DE AUTORREALIZACION PERSONAL	43
2.4. RELACIONES HUMANAS	46
2.6. COMUNICACION	54
2.7. PERSONALIDAD	60
2.8. AUTOESTIMA	64
2.9. MOTIVACION	68
2.10. ASERTIVIDAD	71
2.11. CREATIVIDAD	76
2.12. MANEJO DE ESTRES	80
CAPITULO III	84
EL MANEJO DE PACIENTES EN ESTADO DE CRISIS EN LA SALA DE URGENCIAS	84
3.1. INTERVENCION EN CRISIS DE PRIMER ORDEN	90
3.2. INTERVENCION EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN	98
3.3. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA	103
3.4. RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA	107
3.5. SOLUCION DE PROBLEMAS	112
3.6. TERAPIA OCUPACIONAL	115
3.7. TERAPIA DE JUEGO	119
CAPITULO IV	124
METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	124
4.1. LA INVESTIGACION EN EL IMSS	132
4.2. LA PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN LA INVESTIGACION EDUCATIVA	136
CAPITULO V	139
CARACTERISTICAS DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DE "LOMAS VERDES"	139
5.1. CARACTERISTICAS DEL HOSPITAL	139
5.2. LAS FUNCIONES DEL PSICOLOGO	145
CONCLUSIONES Y COMENTARIOS	190
EVALUACION CRITICA	168
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	195
APENDICES Y ANEXOS	

INTRODUCCION

El objetivo del presente reporte de trabajo fue integrar y analizar el desempeño del psicólogo dentro del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del Instituto Mexicano del Seguro Social, a través de doce meses de trabajo.

Para ello, fue necesario enlazar los conocimientos del psicólogo con las necesidades de este hospital, el cual requiere profesionales en el área psicológica, que tengan bases teóricas y metodológicas en tres áreas potenciales para desempeñar su trabajo, siendo éstas:

- 1. Area de Capacitación.**
- 2. Area Clínica.**
- 3. Area de Investigación.**

Si el psicólogo que labora dentro de este hospital, no conoce el manejo de estas áreas, le será muy difícil adaptarse al trabajo que desempeña, o último de los casos, correrá el riesgo de no realizarlo adecuadamente e incluso ser transferido a otra unidad.

Por otra parte, la relevancia social que reviste el trabajo del psicólogo en este hospital, es muy especial, ya que cada una de las áreas, resulta determinante en los beneficios institucionales y personales de cada uno de los trabajadores del Seguro Social, como lo son los niveles más elevados de productividad y la autorrealización personal.

En el área de capacitación, resulta sumamente importante que, a través

personal médico y paramédico que labora en dicho hospital, es posible hacer que lo aprendido durante las técnicas vivenciales por los participantes, estos logren transpolarlo a su vida social, laboral y personal, lo cual ayuda a que exista un mayor número de individuos autorrealizados y con una autoestima más elevada, y las instituciones de trabajo, así como la sociedad en general, cuente con personas más comprometidas con su ejercicio profesional, su entorno familiar, social y personal; también con mayor capacidad para enfrentar los problemas cotidianos, existiendo menor rango de estrés en ellos, e incluso la disminución del índice de suicidios en México.

En el área clínica, el trabajo del psicólogo dentro de este hospital, es también sumamente importante, ya que proporciona apoyo psicoterapéutico a los pacientes y a sus familiares que lo requieren, trayendo como consecuencia, que las personas atendidas, alcancen su estabilidad emocional, para poder retornar a sus labores de trabajo, sin sentimientos de dolor, frustración o de rechazo así mismos. Por otra parte, los familiares directos, también podrán recobrar la calma, ya que de alguna forma, asumen en parte las dificultades y limitaciones derivadas de los cambios físicos y emocionales que ocurren en los pacientes lesionados que son atendidos en este hospital, ya que por lo general, dichos pacientes, a raíz de algún accidente sufrido, entran en crisis psicológicas amplias y profundas, dada la experiencia de pasar bruscamente de una situación física normal a una limitación, como lo es el caso de las personas accidentadas que son amputadas de uno o varios miembros de su humanidad, con deformaciones en su cuerpo a consecuencia de quemaduras, con daños medulares, con pérdida de la capacidad sexual, que muchas veces no esperaban como consecuencia del accidente sufrido, y que la cura es solo parcial o muy larga.

En esto radica precisamente, la relevancia social del trabajo del psicólogo

en el área clínica, ya que con la intervención psicoterapéutica, enfrenta al paciente con su realidad, desde su estancia intrahospitalaria, debido a que, las secuelas físicas de la lesión impedirán el retorno normal a su medio ambiente. Y es labor del psicólogo, que el paciente reflexione y acepte su nueva situación ante la vida fuera del hospital, para que asuma con dignidad y autorrespeto sus propias limitaciones.

Respecto al área de investigación, la relevancia social del trabajo del psicólogo que labora en este hospital, es muy importante al igual que las dos anteriores, ya que la investigación por sí misma, juega un papel determinante ante la sociedad contemporánea, porque la investigación no solo genera conocimiento, sino también modifica e implementa cosas nuevas a la cultura, incrementando el desarrollo en general de todo el país, lo cual resulta necesario en el mundo competitivo de hoy, en el que se debe estar a la vanguardia en cualquier disciplina en la que se trabaje. Por ello, la participación del psicólogo en la investigación educativa en el área médica, es muy importante para la sociedad, porque apoya los intentos que se realizan, por ser cada vez mejores en todo lo relacionado a la educación de los médicos en formación dentro del Seguro Social, que en un futuro no muy lejano serán los médicos expertos que atenderán a la población mexicana. Por ello, se requiere que el hospital les brinde una formación profesional actualizada de acuerdo a las necesidades del país, que solo los resultados de las investigaciones constantes en educación médica pueden brindar, de tal forma que puedan establecerse mejoras en los programas educativos que rigen el hospital.

Resulta claro, que el psicólogo que labora dentro del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS, debe conocer los campos en los que aplicara su bagaje de conocimientos y a su vez, estar consciente de sus recursos y limitaciones, de los principios de ética que gobiernan el ejercicio

de su profesión, así como de la necesidad de una constante actualización intelectual, que su joven ciencia le demanda, ya que su eficacia depende tanto de la calidad científica, como de la correspondencia de los valores y motivaciones que rigen su actividad, ya que dicho hospital, requiere psicólogos que posean calidad humana y compromiso hacia el desempeño de su trabajo, de tal forma que alcancen un desarrollo profesional integral, adquiriendo conocimientos y experiencia propia, como una alternativa de autorrealización personal.

Como lo denota el título de este reporte de trabajo, a continuación: intento integrar y analizar el trabajo que realicé durante mi estancia en el Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS. En el capítulo I, describo los antecedentes históricos y legales del IMSS en México, así como los aspectos más relevantes de la capacitación a nivel general y dentro del IMSS. En el capítulo II, pretendo dar una panorámica muy general del papel de la psicología en la capacitación, enfocada al desarrollo humano en grupos laborales, así como la descripción de los principales temas de los seminarios que en ésta se brindaron. En el capítulo III, describo el manejo que se le da a los pacientes, en estado de crisis en la sala de urgencias y hospitalizados dentro del Seguro Social de forma muy general, tratando de abarcar el manejo que se les da en el Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, tal como el uso de técnicas de intervención psicoterapéutica muy específicas, como la intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica, así como la intervención en crisis de segundo orden o psicoterapia breve. A su vez describo algunas otras técnicas de apoyo, utilizadas en la psicoterapia breve, tales como: la terapia racional emotiva, la relajación muscular progresiva, la solución de problemas, la terapia ocupacional y la terapia de juego. En el capítulo IV, doy una visión global de la metodología de la investigación, la investigación

educativa y la participación del psicólogo en ella, dentro del IMSS. En el capítulo V, doy a conocer las características del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS, así como las funciones del puesto de psicólogo dentro de este, agregando también las funciones de mi desempeño como psicólogo a través de doce meses de trabajo. En los resultados intento describir a grandes rasgos, los hallazgos de mi intervención como psicólogo en tres áreas potenciales: "capacitación, clínica e investigación". En la evaluación crítica pretendo de forma muy global, analizar dichos hallazgos, en función de mi intervención retrospectiva en el hospital, destacando las fallas y aspectos positivos de mi trabajo, así como algunas propuestas para mejorar el trabajo del psicólogo y de la institución, así como algunas sugerencias metodológicas. Por ultimo, en las conclusiones y comentarios, pretendo enlazar mi formación profesional dentro de la ENEP "Iztacala", con las necesidades del hospital en el que laboré, analizando, si los conocimientos con los que cuento fueron suficientes para cubrir dichas necesidades. Por ultimo hago uso de algunas tablas, gráficas y apéndices, como apoyo, para ilustrar de una forma más objetiva los resultados obtenidos en mi desempeño laboral.

RESUMEN

Mi trabajo como psicólogo durante 12 meses de trabajo, en el Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS, consistió en:

AREA DE CAPACITACION. La elaboración y la aplicación de 10 programas de cursos de desarrollo humano, dirigidos al personal médico y paramédico del hospital, siendo su objetivo: promover las relaciones plenas y ampliamente satisfactorias dentro del grupo laboral, en apoyo a la autorrealización personal de los trabajadores del IMSS.

AREA CLINICA. Proporcionar apoyo psicoterapéutico, mediante intervención en crisis de primer y segundo orden o psicoterapia breve, a 400 pacientes, hospitalizados, en la sala de urgencias y personal que labora en el mismo hospital. Mediante técnicas psicoterapéuticas de Terapia Racional Emotiva, Relajación por Grupos, Solución de Problemas, Terapia Ocupacional, Terapia de Juego, aplicadas indistintamente, según el problema en cuestión.

AREA DE INVESTIGACION. Participar como colaborador en 2 proyectos de investigación de educación médica, realizados por la Jefatura de Educación Médica e investigación, cuyo objetivo fue encaminado a mejorar los programas educativos de los médicos en formación.

Elaborar también un proyecto de investigación en geriatría, siendo el objetivo: conocer de que manera influyen los talleres vivenciales de autoestima en pacientes geriátricos hospitalizados, el cual no concluí, únicamente apliqué un plan piloto a 8 pacientes hospitalizados.

C A P I T U L O I

ANTECEDENTES HISTORICOS Y LEGALES DEL IMSS EN MEXICO

El Instituto Mexicano del Seguro Social forma parte del Sistema de Salud en el que convergen y armonizan los programas y servicios de salud que realizan las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federales como estatales, a fin de hacer efectivo el derecho constitucional de protección a la salud.

Según, Acosta y Ruvalcaba (1993), el Seguro Social en México, se implanto en 1943, por el Presidente Avila Camacho, quien promulgo la ley que creo en definitiva el Instituto Mexicano del Seguro Social que actualmente protege a la clase obrera del País y a sus familiares contra los riesgos de la existencia, encauzado dentro de un marco de mayor justicia, las relaciones obrero-patronales y encaminando su protección hacia tres grandes vertientes:

- **Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales.**
- **Enfermedades no Profesionales y Maternidad.**
- **Invalidez, Vejez, Cesantía y Muerte.**

La Ley del Seguro Social configuró a este sistema como un servicio público nacional de carácter obligatorio, a través de un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyo financiamiento se diseño en su origen bajo un régimen de contribución tripartita: los trabajadores, los patrones y el Estado.

Gascon (1988) y García (1993), comentan que los beneficios que otorga el IMSS a los asegurados, se aplican a través de tres aspectos muy importantes que son:

I. PRESTACIONES MEDICAS. Que comprenden servicios de asistencia méico-quirúrgica y obstétrica, de consulta externa y hospitalaria, asistencia farmacéutica, y en casos de riesgo profesional o invalidez, dotación de aparatos y prótesis, así como re-educación para la recuperación de la capacidad del trabajo.

II. PRESTACIONES ECONOMICAS. Que tienen como finalidad, amparar económicamente al obrero incapacitado mientras dure la imposibilidad para trabajar y garantizarle la conservación de las condiciones de existencia que disfrutaba previamente.

III. PRESTACIONES SOCIALES. Dirigidas a fomentar y a mejorar los recursos de la familia y su salud, modificar las condiciones negativas de la vivienda, así como utilizar en forma provechosa el tiempo libre, participando en acciones de recreación, cultura y actividades deportivas que imparte personal especializado.

Para ello, la población en general, dispone de las instalaciones de los servicios del Seguro Social en centros vacacionales, tiendas, velatorios y en los centros de seguridad social, con lo que contribuye a elevar su nivel de vida.

A partir de estas prestaciones el Instituto Mexicano del Seguro Social pretende reducir el desajuste económico derivado de los siniestros a que está expuesto el trabajador y su familia auxiliándolo en la invalidez, vejez, cesantía y muerte.

Beveridge (1990), comenta que durante los 52 años transcurridos del Seguro Social en México, la estructura de sus servicios han requerido de ajustes en relación a los cambios demográficos, de urbanización y socioeconómicos del país. En su inicio, las acciones se dirigieron a realizar una cobertura a nivel nacional y posteriormente a conformar una infraestructura por niveles de

operación regionalizada que permitiese, por una parte, una medicina enfocada a la prevención y a la detección del riesgo, la rehabilitación, la atención meterno-infantil, la planificación familiar y la higiene y salud en el trabajo. Por otra parte, al mejor aprovechamiento de la capacidad instalada, así como una distribución geográfica homogénea.

En 1973, la ley del Seguro Social incorporó acciones de solidaridad social y quedó facultado para proporcionar servicios sociales de beneficio colectivo en favor de núcleos de población profundamente marginados en las áreas rurales, suburbanas y urbanas del país.

A la fecha, la modernización, optimización de recursos y la atención integral de la salud, es decir, el conjunto de las acciones relacionadas con la vigilancia, el control de los factores de riesgo y el manejo adecuado y oportuno de los daños a nivel individual, familiar y colectivo, representan las estrategias relevantes para cumplir sus objetivos, que se logran a través de funciones equilibradas de salud pública, atención e investigación médica.

Cárdenas (1994), menciona, que con la incorporación de nuevos grupos de población, para fines de 1993, se encontraban amparados 37' 464, 600 derechohabientes y 10' 954, 739 solidariorhabientes, lo cual ha justificado la ampliación de las instalaciones y presupuesto de la institución, contando hasta ese momento con:

- 1,457 Unidades de Primer Nivel o Unidades de Medicina Familiar.
 - 221 Hospitales de Segundo Nivel u Hospitales Generales de Zona
 - 39 Hospitales de Tercer Nivel u Hospitales de Alta Especialidad.
 - 13, 094 Médicos Familiares.
 - 12, 822 Médicos Especialistas.
 - 67, 478 Enfermeras.
 - 27, 075 Técnicos de Diversas Disciplinas.
 - 6, 063 Consultorios de Medicina Familiar.
 - 3, 349 Consultorios de Alta Especialidad.
 - 27, 603 Camás Censables.
- Por su parte, el programa IMSS-Solidaridad, cuenta con 3, 316 unidades médicas rurales y 54 hospitales.

La Ley del Seguro Social (1993), menciona que, la organización del Instituto Mexicano del Seguro Social, se sustenta en la Asamblea General, el Consejo Técnico, la Comisión de Vigilancia y el Director General, quienes dictan las disposiciones fundamentales de gobierno y administración, que se aplican a través de la Secretaría General, así como las Subdirecciones Médica, Administrativa, Jurídica, Delegacional, Finanzas, Obras y Patrimonio Inmobiliario y de Abastecimiento.

De acuerdo con la política de desconcentración y regionalización el IMSS, se encuentra descentralizado en 36 Delegaciones en el ámbito nacional,

cuya estructura es semejante a los niveles normativos centrales.

Acosta y Ruvalcaba (1993), Spritchard (1992), y Cárdenas (1994), comentan que la Subdirección General Médica a fin de cumplir la disposición de la Dirección General de proporcionar atención integral a la salud con oportunidad, eficiencia, calidad y calidez, actualmente se encuentra conformada en seis Jefaturas de Servicios:

1. Salud Pública
2. Salud Reproductiva y Planificación Familiar
3. Salud en el Trabajo
4. Atención Médica.
5. Educación Médica
6. Investigación Médica

Las tres primeras, dirigen sus acciones a incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños, tanto a poblaciones específicas como a grupos de alto riesgo y extensivas al ambiente laboral y a la familia. Ello implica estudiar la frecuencia y distribución del proceso salud-enfermedad, establecer el diagnóstico de salud de una población o región determinada, estudiar sus causas y valorar los resultados de los servicios de salud. Derivándose de esto, la promoción, el fomento a la salud y la prevención, las cuales son partes relevantes del quehacer de estos servicios.

En lo que respecta a la cuarta jefatura, la cual se refiere a la Atención Médica, ésta corresponde a la recuperación de la salud de los que han enfermado y la rehabilitación de los que han sufrido daños significativos o

secuelas, siendo en esta área donde el psicólogo puede incursionar en el aspecto clínico, proporcionando directamente a los pacientes, atención psicoterapéutica esencialmente. Dichas tareas se cumplen en tres niveles específicos de atención médica y son los siguientes:

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN:

CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR. Que atiende el 85 % de la demanda total de atención a las familias que pertenecen a una Unidad Médica cercana a sus domicilios y que cuenta con un territorio de influencia bien delimitado. La atención la otorgan médicos familiares, psicólogos, que son apoyados por el personal paramédico y auxiliar. Se realizan actividades de promoción de la salud, protección específica, diagnóstico precoz, y tratamiento oportuno, en pacientes ambulatorios, tanto en consultorios, como en sus domicilios y en la propia comunidad. Algunos programas que destacan por su importancia son el de Planificación Familiar, el de Vigilancia Prenatal, el de Control de Niño Sano y el de Nutrición.

Este nivel deriva pacientes al segundo nivel de atención y excepcionalmente al tercero.

SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN:

HOSPITALES GENERALES DE ZONA. Que son Unidades Médicas de concentración, que atiende la hospitalización y consulta externa de especialidades de una zona determinada. Proporciona también atención médica de urgencias, en las especialidades básicas y subespecialidades de mayor demanda como son: anestesiología, traumatología y ortopedia,

otorrinolaringología, oftalmología, urología, cardiología, proctología y cirugía general. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento están constituidos por el laboratorio clínico, radio-diagnóstico, anatomía patológica, banco de sangre y como complemento las áreas de psiquiatría, psicología, medicina del trabajo y medicina física. En estas unidades además de los servicios asistenciales desarrolla programas médico-preventivos. Deriva pacientes a hospitales regionales o de alta especialidad.

TERCER NIVEL DE ATENCIÓN:

CENTROS MÉDICOS REGIONALES O UNIDADES DE ALTA ESPECIALIDAD. En los cuales se concentran pacientes de toda una región, integrada generalmente por varias zonas, que son derivados por el segundo nivel y excepcionalmente por el primero, y corresponde al 3 % de la demanda total de derechohabientes. La atención la otorgan médicos y personal paramédico y auxiliar altamente especializado, tanto en consulta externa de una o de varias especialidades y las subespecialidades que se deriven de ellas, como en hospitalización en camas organizadas por especialidades. Se atienden también urgencias médico-quirúrgicas de pacientes derivados del segundo nivel o de los que se encuentran bajo su propio control. También atiende problemas de medicina física, rehabilitación y reeducación trabajo. El campo de acción es muy reducido ocupándose de problemas poco frecuentes, que requieren de atención muy especializada. Una vez tratados los pacientes en estas unidades, se regresan directamente al primer nivel para que los médicos familiares continúen el control. También se realizan programas de enseñanza continua y de postgrado, y la investigación que se efectúa es epidemiológica, clínica y básica, donde evidentemente el psicólogo participa.

Para otorgar la atención médica conforme a los niveles descritos, el instituto cuenta con un gran número de unidades distribuidas estratégicamente

en el territorio nacional, para satisfacer las necesidades de los distintos grupos de población, como son condiciones de salud, demanda de servicios, características geográficas, vías de comunicación, traslado de una unidad a otra, aspectos demográficos, disponibilidad de recursos humanos y físicos, así como factores socioeconómicos, políticos y culturales.

La quinta jefatura, la cual corresponde a Servicios de Educación Médica, es responsable de organizar, coordinar, supervisar y evaluar los procesos de formación, actualización, divulgación y documentación del personal para la salud, con lo que se contribuye a mejorar la calidad de los servicios médicos, mediante la enseñanza y la capacitación, siendo en esta última donde el psicólogo forma una parte muy importante en la capacitación del personal médico y paramédico que conforman los distintos centros de salud del Seguro Social, ya que este desde 1954 colabora con diversas instituciones de enseñanza médica del país, siendo el Hospital de la Raza el pionero de estas actividades, cuando se instaló el primer sistema de residencias hospitalarias, el cual se consolidó en 1961 con la puesta en servicio del Centro Médico Nacional.

Al inicio de la década de los sesentas, en el Hospital de la Raza, se aceptaron por primera vez, alumnos de ciclos clínicos de pregrado de la Facultad de Medicina de la UNAM y poco más tarde se empezó a hacer extensivo a otros planteles de enseñanza médica. La etapa sistematizada de la docencia y capacitación, se estableció en 1963 con la creación de la oficina de Enseñanza de la Subdirección General Médica, de la que se derivó la jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación, que permitió a partir de 1985, la formación de subsistemas educativos y de capacitación con sede en los 10 Centros Médicos distribuidos en toda la República Mexicana.

En 1991, con el propósito de hacer congruente organización de la

Subdirección General Médica con el Moderno Modelo de Atención, ésta se dividió en Jefatura de Educación Médica y Jefatura de Investigación.

En relación a la formación de recursos humanos para la salud, a nivel pregrado la población escolar en ciclos clínicos para 1993 comprendió: 6500 alumnos de medicina, 2500 internos distribuidos en 120 hospitales generales de zona en todo el país y 3000 pasantes de servicio social de todas las disciplinas del área de la salud. A partir de 1954, hasta 1993, se han formado 33 274 especialistas en 53 ramas de la medicina. Es significativo que de la cifra total, 2 600 médicos procedían de otros países, en particular de América Latina (Bolivia, Ecuador, Colombia, Honduras, Perú, el Salvador, Panamá y otros). Durante 1994, se capacitaron 8 198 residentes en 42 especialidades y 2 145 alumnos en cursos de especialización en enfermería, 125 335 cursos de capacitación en todas las áreas de la salud, incluyendo psicología a personal médico y paramédico de la institución, así como 1 253 al personal técnico (camillería, intendencia, cocina, mantenimiento, etc.).

La sexta jefatura, la cual corresponde a la Investigación Médica, por su parte, tiene una estrecha correlación con la Jefatura de Servicios de Educación Médica, que en conjunto planean, organizan, implantan, supervisan y evalúan los programas de investigación científica, a través de los cuales se aportan elementos para la solución de los problemas de salud que más afectan a la población, que es la fuente que genera, enriquece y modifica el conocimiento, propiciando así, la toma de decisiones sobre bases más empíricas y menos intuitivas, en las cuales, la participación del psicólogo es poco relevante, ya que se le otorga mayor peso a la investigación en el área médica, sin embargo, la participación del psicólogo es de gran ayuda, como colaborador, en apoyo a las investigaciones en salud y educación médica que realiza el personal médico de la institución. Bajo esta premisa el IMSS promueve y apoya la investigación

biomédica, clínica, epidemiológica y de servicios de salud, creando y fortaleciendo la infraestructura para tal fin, contando con unidades de investigación en el Centro Médico Nacional, Siglo XXI, así como en occidente (Jalisco) y el noreste (Nuevo León), dentro de los campos de reproducción, nutrición y crecimiento humanos; infecciones y enfermedades parasitarias; enfermedades oncológicas, genéticas, bases neurofisiológicas del dolor y los fenómenos convulsivos, patología experimental. Paralelamente a su labor asistencial y de enseñanza, las propias unidades de atención médica constituyen centros donde se desarrollan diversos proyectos de investigación en estos aspectos, así como en educación médica.

El Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, corresponde a un Centro Médico de tercer nivel o de Alta Especialidad. Fue inaugurado en el año de 1981, por la creciente demanda que la población derechohabiente manifestaba en dicha especialidad. Atiende problemas de traumatología y ortopedia de niños, adultos y ancianos, la población a la cual le proporciona atención, comprende toda la región del Estado de México y algunas zonas de otros Estados de la República. El hospital cuenta con 3 jefaturas, una de Servicios Médicos, otra de Educación Médica y la última de Investigación Médica, a través de las cuales, se rigen los servicios de atención médica al derechohabiente, la enseñanza-aprendizaje y la capacitación del personal que labora en la unidad, así como la investigación científica y educativa respectivamente, que ayudan a mejorar el servicio de atención médica que proporciona a toda la población atendida.

Las mejoras en el servicio de atención médica de esta unidad y de todas las demás que conforman la institución, se llevan a cabo en función de una preparación adecuada y autorrealización de todo el personal que presta sus servicios en cualquier centro de salud del IMSS, ya que según Calderón (1990)

y Siliceo (1989), los trabajadores de una organización que se encuentran mejor capacitados, alcanzan mayor productividad en el trabajo y se relacionan e interactúan mejor con su grupo laboral, proporcionándoles esto auténtica realización personal. Esto se logra a través de una capacitación constante y equilibrada que vaya a la vanguardia con el mundo competitivo de hoy y de acuerdo a las necesidades y factores económicos, políticos y sociales de cada centro de salud. La capacitación resulta como un estímulo de crecimiento interno, tanto emotivo como intelectual, para los trabajadores del IMSS y de cualquier otra organización.

1.1. ANTECEDENTES DE LA CAPACITACION

La capacitación consiste en una actividad planeada y basada en necesidades reales de una empresa y orientada hacia un cambio en los conocimientos, habilidades y actitudes del colaborador

Se usa el término de capacitación para designar a la función educativa que se da en una empresa o institución, debido a la popularidad que este tiene en México, sin embargo, genéricamente también se le denomina indistintamente: adiestramiento, desarrollo, entrenamiento y educación (Siliceo, 1989).

El adiestramiento se entiende como la habilidad o destreza adquirida, por regla general, en el trabajo preponderantemente físico. Desde este punto de vista, el adiestramiento se imparte a los empleados de menor categoría y a los obreros en la utilización y manejo de maquinas y equipos.

El desarrollo tiene mayor amplitud aún, significa: el progreso integral del hombre y, consiguientemente, abarca la adquisición de conocimientos, el fortalecimiento de la voluntad, la disciplina del carácter y la adquisición de todas las habilidades que son requeridas para el desarrollo de los ejecutivos y personal que tiene más alta jerarquía, debido a la profesión, en la organización de una empresa o institución (Calderón, 1990).

Mientras que el entrenamiento se refiere a una serie sistemática de actividades que tienen por objeto producir el desarrollo de algún hábito, habilidad o aptitud específicos en un ser humano o en un animal.

Respecto a la educación, esta se refiere al desarrollo de capacidades, actitudes o formas de conducta y adquisición de conocimientos, como resultado del entrenamiento o la enseñanza (Warren, 1991).

El fenómeno de la educación es tan antiguo como el hombre mismo.

Siliceo (1989), comenta que el proceso de aprendizaje eje de toda acción educativa, era claro en los primeros intentos por enseñar e intercambiar habilidades en los pueblos primitivos. Los aprendices, que se conocen desde 2000 años a.C., y la estructura de los gremios y asociaciones constituyen un antecedente remoto de la actual educación. Con el surgimiento de lo que se puede llamar la era industrial -primera mitad del siglo XVIII- aparecieron innumerables escuelas industriales cuyas metas son lograr el mayor conocimiento de los métodos y procedimientos de trabajo, en el menor tiempo posible.

Las dos guerras que se han sufrido en este siglo, dieron lugar al desarrollo de técnicas de entrenamiento y capacitación intensiva, quedando los métodos utilizados para ser aplicados a otros campos de la acción humana, especialmente en la industria. En 1940, fue cuando se comenzó a entender que la labor del entrenamiento debía ser una función organizada y sistematizada, en la cual la figura del instructor adquiere especial importancia. En México hace 12 o 13 años que las empresas e instituciones públicas y privadas le dieron importancia a la educación como forma de capacitar a su personal. Actualmente se han creado diversos institutos de enseñanza a los que las empresas acuden para satisfacer sus necesidades. Así mismo, existen asociaciones que promueven la capacitación empresarial.

En México existe una demanda excesiva de personal calificado, que las universidades y diferentes instituciones de enseñanza no están en posibilidades de ofrecer, por lo cual, es necesario que, tanto en las organizaciones públicas como en las empresas privadas se establezcan programas periódicos de educación, brindando así, el tipo de enseñanza necesaria para que se realice el

trabajo con mayor eficacia, y este sea más significativo para el trabajador.

La capacitación en psicología, según Rodríguez (1988), dentro de las organizaciones no tiene la consistencia que deberla tener, todavía se considera como un lujo o como una pérdida de tiempo y de dinero, o lo que es peor, a veces se realiza por un simple fenómeno de imitación, carente de todo compromiso y seriedad. Siendo trágico el hecho de que en un gran porcentaje, la capacitación está solo orientada hacia los criterios de productividad, comercialización y éxitos en materia de resultados prácticos, careciendo de una solida y profunda enseñanza enfocada al desarrollo humano, tan necesaria, pues esta sirve para complementar y perfeccionar la visión del hombre de nuestra época. ciertamente los temas sobre el desarrollo humano : motivación, integración y otros aspectos derivados, parecen subestimados o ignorados. No obstante, la capacitación psicológica en esta área ha tomado cierto auge en los últimos años dentro de las organizaciones, principalmente en lo que respecta a la cúpula empresarial y en menor grado a los empleados de menor jerarquía. Pero esto no ha sido suficiente, ya que aún prevalece en cualquier empresa o institución, la necesidad de desarrollar en forma practica, programas de capacitación enfocados al desarrollo humano, con miras a que los trabajadores alcancen sus objetivos y los de su grupo laboral así como los de la organización a los cuales presta sus servicios. Que a través de la capacitación psicológica enfocada al desarrollo humano, comprenda y se acepte a sí mismo y a sus semejantes, liberando sus capacidades, de tal modo, que los equipos de trabajo no solamente aumenten la productividad, sino también manifiesten cambios interiores que se reflejen en nuevas conductas. La capacitación en psicología, es un medio formidable para encauzar al personal de una empresa o institución, hacia el logro de una auténtica autorrealización personal, promoviendo el desarrollo integral de cada trabajador y así, el desarrollo de la empresa. Además

se logra también un desempeño eficaz del puesto e individuos más comprometidos consigo mismo y con la organización.

En México aún falta mucho para alcanzar a cubrir todas las demandas que existen dentro de todas las organizaciones, sin embargo, es factible que con la evolución científica y tecnológica se logre entender que el factor humano es cimiento y motor de toda empresa y su influencia es decisiva en el desarrollo, evolución y futuro de la misma y que el hombre es y continuara siendo el activo más valioso de una empresa. Y entonces, tal vez se le dé, la importancia necesaria a la trascendencia del desarrollo humano.

1.2. FINES DE LA CAPACITACIÓN

La capacitación debe brindarse como respuesta a la falta de personal capacitado en el creciente y acelerado proceso cambiante de la vida actual, así como también, a la necesidad de contar con personal preparado que siempre este a la vanguardia en su área de trabajo.

Las empresas o instituciones mexicanas, ya no se deben conformar con un aprendizaje casual o accidental, sino que se debe exigir un aprendizaje formal y plenamente sistematizado, tanto teórica como prácticamente, de una forma vivencial que apoye a la capacitación actual. La tarea es inmensa, el reto es abrumador, pero es necesario que en México, la capacitación de adultos funcione, no como una enseñanza académica, magisterial e intelectualista, sino como un modo de aprender vivencial, activo, participante y practico. En rigor, nadie debe enseñar a nadie, el punto focal no debe ser la enseñanza de un maestro, sino el aprendizaje de los miembros de un grupo. Por fortuna, en los últimos años la sociedad mexicana ha reaccionado y se preocupa por desarrollar en forma dinámica, el capital humano a todos los niveles, dentro de las organizaciones. Surgiendo por todas partes, programas de capacitación en todas las áreas para los trabajadores, y no se trata de aprendizajes convencionales, predeterminados por una escuela o por un maestro, sino del aprendizaje vivo, significativo, que origine cambios interiores que se reflejen en nuevas conductas (Rodríguez, 1988).

La capacitación en psicología está encaminada al sentido de logro y autorrealización personal de los trabajadores, los cuales son los motivadores más importantes que dirigen la energía física y emocional del ser humano hacia la obtención de los objetivos, ya que el trabajo es el fenómeno que más sentido

y realidad de logro y autorrealización brinda (Rogers, 1994).

Desde luego, se rechaza dentro de la capacitación en psicología, todo sistema de trabajo enajenante que frustra y mata psicológicamente las capacidades y los talentos del hombre, así como su motivación, creatividad y responsabilidad, sino aquel trabajo que Maslow (1991), refiere: trabajar no será para el ser humano, un escape de sí mismo, sino una expresión creativa de las fuerzas espontáneas de la persona que ha afirmado conscientemente su relación con el mundo y con sus semejantes, aquella que imprime un sello personal a su trabajo, crea su propio puesto y le da un sentido original a su labor cotidiana, haciendo suyo el trabajo como una forma sana de vivir.

Según Kolb y Rubin (1987), el trabajo del psicólogo en la capacitación está dirigido al comportamiento humano, y los fines que persigue están vinculados a las necesidades de la empresa o institución a la que presta sus servicios, de tal forma, que dichas necesidades respondan al avance tecnológico y personal de los trabajadores, lo cual, no solo elevará el nivel de productividad, sino que también pondrá en alto el nombre de la empresa o institución.

En el caso particular del Instituto Mexicano del Seguro Social, la capacitación en psicología, está encaminada a lograr un equilibrio entre vida personal y trabajo, como una forma de autorrealización y salud mental de todos sus trabajadores, permitiendo así, la satisfacción plena, tanto del usuario como de la institución. La capacitación en psicología dentro del IMSS, también está encaminada a que cada trabajador, manifieste un espíritu de grupo, es decir, que encuentre a través de las actividades en equipo, la sensación plena de pertenecer a una comunidad, la cual satisfaga ampliamente sus necesidades, de tal forma, que pueda alcanzar su autorrealización personal (Cárdenas, 1994).

La capacitación de forma general, según Mendoza (1988), es una

actividad planeada y basada en necesidades reales presentes, que además prevé necesidades futuras, orientadas hacia un cambio de los conocimientos, habilidades y actitudes. Esto enmarca a la capacitación como un conjunto de elementos que trabajan agrupadamente para el objetivo general de cualquier organización.

Mendoza (1988) y Siliceo (1989), comentan que los fines que persigue la capacitación a nivel general, son los siguientes:

1. Proveer el desarrollo integral del personal y en consecuencia el desarrollo de la empresa o institución.
2. Lograr un conocimiento técnico especializado, indispensable para el buen desempeño del puesto.
3. Brindar a los trabajadores la oportunidad de desarrollar las conductas y habilidades adecuadas en su trabajo.
4. Facilitar el ajuste personal de los trabajadores a sus actividades y al ambiente laboral.
5. Permitir una mayor movilidad de los ascensos y transferencias.
6. Proporcionar a los trabajadores un sentimiento de seguridad, ante las contingencias de la demanda ocupacional.
7. Satisfacer las demandas de los trabajadores en relación a su personalidad, desarrollo, autoestima y formación.

Desde esta perspectiva de abordar los fines de la capacitación, los programas de capacitación nunca se consideran como algo terminado, sino por el contrario, deben adaptarse continuamente a la información que sustente la evaluación y decidir si se está cumpliendo con los objetivos establecidos.

La capacitación no es una actividad mecánica regida, sino por el

contrario, es una actividad humana que involucra la participación, cooperación y compromiso de toda la organización, a la cual todos los trabajadores tienen derecho a que les sea otorgada, para elevar su calidad de vida y trabajo.

1.3. MARCO LEGAL DE LA CAPACITACION EN MÉXICO

En México, la capacitación es un medio formidable para encauzar al personal de una organización, hacia el logro de los objetivos, tanto de los trabajadores como de la institución. Esto solo es posible si la educación que se imparte es integral, pues de esa forma permitirá que los trabajadores se ubiquen y alcancen su desarrollo, cualquiera que sea su nivel y área de trabajo, como un miembro del conglomerado social al que pertenece (Mendoza, 1988).

Se capacita a alguien dentro de una empresa o institución, regularmente cuando ya tiene conocimientos de su trabajo, pero que carece de habilidades incorporadas que le permitan desarrollar su labor y resolver los problemas que se le presentan durante su desempeño, ya que todo trabajador tiene el derecho a que su patrón le proporcione la capacitación o adiestramiento, según sea el caso de su desempeño en el trabajo cotidiano, de tal forma, que le permita elevar su nivel de vida y productividad.

Según Valencia (1982), Mendoza (1988) y Siliceo (1989), comentan que en México, la teoría integral del Derecho del Trabajo y de la Previsión Social, está fundamentada en el artículo 123 de la Constitución, cuyo contenido identifica el Derecho del Trabajo con el Derecho Social. Existiendo actualmente una reforma constitucional de dicho artículo en su fracción XIII, en la que se consigna como obligación, a que las empresas otorguen capacitación y adiestramiento a todos sus trabajadores, y dice así:

- Las empresas o instituciones, cualquiera que sea su actividad, estarán obligadas a proporcionar a sus trabajadores, capacitación o adiestramiento para el trabajo. La Ley reglamentaria determinara los sistemas, métodos y procedimientos, conforme a los cuales los patrones deberán cumplir con dicha obligación.

La obligación de capacitar y adiestrar fue reglamentada oficialmente en el Diario Oficial de la Federación, con fecha del 28 de abril de 1978, entrando en vigor, el mes de mayo de este mismo año, y el texto se transcribe así:

- Todo trabajador tiene el derecho a que su patrón le proporcioné capacitación o adiestramiento en su trabajo, que le permita elevar su nivel de vida y productividad, conforme a los planes y programas formulados en común acuerdo, por el patrón, sindicato y sus trabajadores y aprobados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- Por ley todos los trabajadores tienen el derecho de exigir adiestramiento y capacitación.

La existencia de convenio entre jefes y trabajadores para determinar si la capacitación ha de impartirse dentro de la empresa o fuera de ella, aconsejándose que el trabajador manual lo haga dentro de ella.

La capacitación o el adiestramiento deberá ser impartido durante las horas de la jornada de trabajo, existiendo la posibilidad de que se dé en común acuerdo.

El objeto de la capacitación y el adiestramiento será: la actualización, el perfeccionamiento de conocimientos y habilidades del trabajador en su actividad y aplicación a nueva tecnología, previendo riesgos de trabajo, incrementando la productividad y mejorando las aptitudes del trabajador.

Es de mucha importancia que los trabajadores a quienes se imparte la capacitación, asistan con puntualidad, presten atención a las indicaciones presten sus respectivos exámenes de evaluación.

El éxito o fracaso que pueden tener los programas implantados dependerán del funcionamiento de las Comisiones Mixtas que se formen por

igual número de representantes de trabajadores como de patrones.

En los contratos colectivos de trabajo tendrán que incluirse, la obligación patronal de capacitación y adiestramiento para los trabajadores: también para quienes pretendan ingresar a la empresa.

- Se deberán presentar a la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, para su aprobación, todos los programas y planes de capacitación y adiestramiento.
- Deberán ser registradas y autorizadas ante la Secretaría de Trabajo y Previsión Social las instituciones o escuelas que imparten capacitación o adiestramiento como personal docente mediante las comprobaciones correspondientes.
- Los programas y planes se harán por períodos no mayores de cuatro años incluyendo todos los puestos y niveles, etapas en las que se dará la capacitación o adiestramiento, además de la entidad instructora.
- Deberán entregarse constancias de habilidades laborales con fines de ascenso.
- Tanto patrones como trabajadores han de tener el derecho a ejercitar ante Conciliación y Arbitraje, las acciones individuales y colectivas que se desprendan de la obligación de capacitar o adiestrar.

1.4. LA CAPACITACIÓN EN EL IMSS

En el mundo actual, la capacitación resulta determinante para el desarrollo del hombre del mañana.

Dentro del Seguro Social, según Valencia (1982) y Jurado (1993), se encuentra sustentada en el Contrato Colectivo de Trabajo, en el cual existe un previo acuerdo entre la empresa y el Sindicato, así como también se encuentra sometido a la aprobación de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. El plan integral de capacitación, o adiestramiento, incluye la obligación de capacitar en todos los puestos y niveles existentes en la empresa y se refiere a los períodos en que deberá realizarse, según sea el caso. El plan menciona los aspectos más relevantes de la capacitación dentro del Seguro Social y son los siguientes:

- Todo trabajador que labore dentro del IMSS, tiene el derecho a ser capacitado o adiestrado en su trabajo, que le permita elevar su nivel de productividad, conforme a los programas formulados de común acuerdo con el Sindicato y aprobados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social.
- Las instituciones o escuelas que impartan la capacitación a los trabajadores del Seguro Social, así como personal docente, deberán estar autorizadas y registradas por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Las escuelas de enseñanza podrán impartir capacitación así sean públicas o privadas con su respectiva aprobación.
- Los cursos y programas de capacitación o adiestramiento de los trabajadores podrán formularse respectivamente, con métodos generales o particulares.
- La capacitación o adiestramiento deberá impartirse al trabajador del Seguro

Social, durante las horas de su jornada de trabajo, salvo que, atendiendo a la naturaleza de los servicios, en el contrato colectivo, se estipule que podrá impartirse de otra manera, así como en el caso en el que el trabajador desee capacitarse en una actividad distinta a la de la ocupación que desempeña, en cuyo caso, la capacitación podrá realizarse fuera de la jornada de trabajo.

El Seguro Social en su totalidad, cuenta con Comisiones Mixtas de Capacitación y Adiestramiento, integradas por igual número de representantes sindicales y de la empresa, las cuales vigilan la instrumentación y operación del sistema y de los procedimientos que se impartan para mejorar la capacitación y el adiestramiento de los trabajadores, sugiriendo las medidas tendientes a perfeccionarlos, todo esto conforme a las necesidades de los trabajadores de la empresa.

Existe una correlación exacta de todo lo que se plantea en el Contrato Colectivo de Trabajo del Seguro Social, mencionado con anterioridad, con el Artículo 123 de la Constitución Mexicana, inherente al Derecho del Trabajo con el Derecho Social, de que toda empresa o institución deberá proporcionar capacitación por obligación a todos sus trabajadores, lo cual pone de manifiesto que en el Seguro Social, según Jurado (1993), existe la aspiración de lograr una capacitación integral, que fomente sin distinción, las cualidades que hay en sus trabajadores, que no haga de ellos un esquema trunco en la especialización el cual solo se concrete a la obediencia de reglas mecánicas y automáticas; la enfermera, el psicólogo, el médico, el dietista, el laboratorista, etc., deberán amar su oficio u profesión, como fragmento de un todo de la comunidad donde laboran.

Cárdenas (1994), plantea que, la capacitación en el IMSS, debe conducir al equilibrio entre el ser humano y las técnicas, entre las cualidades de la

inteligencia y las del carácter, entre el pensamiento y la acción, entre el fervor por la libertad para realizar el trabajo y el respeto de las responsabilidades que implica dicha libertad, en fin, entre el desarrollo integral del trabajador, la familia, el país y la solidaridad para todo el linaje humano.

El Seguro Social espera que sus trabajadores no habrán de limitarse a los aspectos técnicos de su profesión exclusivamente, que su finalidad no sea puramente pragmática, sino más amplia, más ambiciosa, de aspiración integral, y que su trabajo no sea una simple cuestión de adiciones con la capacitación, sino de integración, de armonización, de perfeccionamiento, de aplicación de las capacidades creadoras para el bien de la institución y de la sociedad.

Cárdenas (1994) y Jurado (1993), plantean que el Seguro Social, lleva a cabo planeación y desarrollo de programas de capacitación constantemente para todos sus trabajadores, dirigidos a favorecer una preparación más adecuada, capaz de conjugar los adelantos técnicos y científicos de la medicina con las necesidades del servicio del país, estimulando las vocaciones individuales y el interés particular por las nuevas modalidades del ejercicio profesional.

Los objetivos que persigue el Seguro Social con la capacitación de todos sus trabajadores, se correlacionan plenamente con los objetivos que persigue la capacitación a nivel general, planteados con anterioridad por Mendoza (1988) y Siliceo (1989), los cuales también plantean aspectos que cumplen con las normas generales establecidas, para que la capacitación o adiestramiento sea todo un éxito y eleve la calidad de vida del trabajador y el nombre de la institución, siendo dichos objetivos a nivel general dentro del Seguro Social, los siguientes:

- Actualizar y perfeccionar los conocimientos y habilidades del trabajador en su actividad; así como proporcionarle información sobre la aplicación de nueva

tecnología en ella.

- Preparar al trabajador para ocupar una vacante o puesto de nueva creación.
- Prevenir riesgos de trabajo.
- Incrementar la productividad.
- Mejorar las actitudes del trabajador que le ayuden a desenvolverse en su grupo familiar, social y de trabajo.
- Ayudar al trabajador en su desarrollo como persona en relación a su autoestima y conocimientos, que le proporcionen seguridad ante las contingencias de las demandas de trabajo.

García (1993), comenta que, las relaciones humanas son determinantes en el bienestar y desarrollo de los trabajadores del IMSS, en vista de que ellos tienen que luchar constantemente con problemas fuertes para relacionarse en una sociedad que se vuelve cada vez más compleja. Por lo tanto, la capacitación dirigida al desarrollo humano es indispensable dentro del Seguro Social y se debe llevar a cabo constantemente, cursos de capacitación en desarrollo humano, que proporcioné relaciones humanas genuinas, que reúnan un mínimo de características como: enseñanza-aprendizaje vivencial, preocupación por la obtención de metas, reflexión, respeto que ayuden al trabajador a alcanzar su autorrealización personal a través de la satisfacción de sus propias necesidades, y la interacción grata en su grupo laboral.

Las relaciones humanas, existen en cualquier instante de un trabajador del Seguro Social, ya que los niveles de relación se establecen con: el cuerpo de gobierno de la unidad donde se labore, con los compañeros, con los subordinados y con el público en general. Es decir, las relaciones sociales con el cuerpo de gobierno deben ser esencialmente de apoyo, comprensión,

obediencia, información y disciplina; con los compañeros de competencia leal; con los subordinados de desarrollo, estímulo, educación; con el público, de satisfacción y de servicio. Por ello resulta tan necesaria una adecuada capacitación en psicología encaminada al desarrollo humano, que brindé el respeto, la responsabilidad, el conocimiento, el deseo de superación y de pertenencia a un grupo, lo cual implica la aceptación y entendimiento de la personalidad del propio trabajador y de los demás.

C A P I T U L O I I

EL PAPEL DE LA PSICOLOGIA EN LA CAPACITACION ENFOCADA AL DESARROLLO HUMANO EN GRUPOS LABORALES

Para ir a la vanguardia en el mundo competitivo de hoy, es necesario que el ser humano adquiera constantemente conocimientos y habilidades que lo ayuden a obtener disciplina en el carácter y desarrollo profesional, lo cual le proporcionará progreso en su nivel de vida de una manera integral.

Mendoza (1988), comenta que las etapas por las que pasa una persona para alcanzar satisfacción y progreso integral/ principalmente en cuanto a conocimientos, habilidades, y madurez emocional, se le denomina desarrollo humano, el cual puede lograrse, si se capacita constantemente, según los requerimientos que le vaya imponiendo a cada individuo su nivel de vida.

La capacitación psicológica enfocada al desarrollo humano, reviste especial importancia para los individuos que conforman los grupos laborales de una organización, ya que a través de esta es posible alcanzar autorrealización personal, lo cual resulta muy importante, no solo para la organización, sino para el mismo individuo, debido a que un individuo autorrealizado alcanza niveles más altos de productividad en el trabajo, mejor calidad de vida familiar y mayor satisfacción en su vida personal.

Siliceo (1989) y Acevedo (1993), comentan que la capacitación psicológica enfocada al desarrollo humano, responsabiliza a los individuos de sus metas y objetivos a través de un aprendizaje vivo y significativo que origina cambios positivos que se reflejen en el crecimiento interno de cada individuo.

Dentro de los programas de capacitación psicológica enfocada al desarrollo humano en grupos laborales, que han resultado más significativos, se

encuentran según Acevedo (1993) y Rodríguez (1990), "los talleres vivenciales", cuyo objetivo principal de la metodología empleada es proporcionar a los miembros de un grupo laboral: el autoconocimiento, la reflexión, la adquisición de habilidades y actitudes positivas hacia el trabajo y el entorno social, mediante el juego como vehículo didáctico de enseñanza y aprendizaje.

Si se utilizan los talleres vivenciales para capacitar a los grupos laborales de una organización, se hacen emerger experiencias presentes y pasadas que facilitan el aprendizaje y motivan a cada uno de los integrantes a crear un clima psicológico de seguridad, donde gradualmente aparezcan libertad de expresión, liberación de los temores y el derecho al error, lo cual disminuye las actitudes defensivas y proporciona un desarrollo adecuado en cada miembro.

Acevedo (1994) y Rodríguez (1990), comentan que la capacitación psicológica enfocada al desarrollo humano utilizando para tal fin a los talleres vivenciales, reporta muy buenos resultados según la literatura al respecto, siendo las figuras más relevantes en esta área, Carl Rogers, Mauro Rodríguez, Alejandro Acevedo. Todos ellos psicólogos de renombre, quienes basan sus teorías en la corriente humanista y aseguran que en función de su experiencia personal, las posibilidades de alcanzar óptimos resultados en los procesos formativos de grupos laborales encaminados al desarrollo humano, a través de los talleres vivenciales, son múltiples, tales como la optimización de resultados pedagógicos, interiorización emotiva, permanencia del aprendizaje por más tiempo y significativamente en los alumnos, la manifestación de emociones, sentimientos e ideas que incrementen la aceptación entre todos los miembros de un grupo laboral y la posibilidad de hacer frente a las diferencias profundas de la personalidad y habilidades de cada uno de los participantes.

Para lograr óptimos resultados en la capacitación enfocada al desarrollo humano, a través de los talleres vivenciales, es importante, según Mendoza

(1988), conocer los objetivos que persigue la organización, de tal forma que los contenidos temáticos del programa, vayan de acuerdo con las necesidades de dicha organización .

Los temas de los seminarios de los talleres vivenciales, enfocados al desarrollo humano, que generan mayor demanda en la capacitación, dentro de las organizaciones actuales, según, Rodríguez (1990), debido a la importancia que tienen en la integración de un grupo y en la autorrealización personal de los individuos que lo conforman, así como aprendizaje significativo, son: la dinámica de grupos, importancia de los grupos en la vida del hombre, el grupo como lugar óptimo de autorrealización personal, relaciones humanas, liderazgo, comunicación, personalidad, autoestima, motivación, asertividad, creatividad, manejo de estrés. De acuerdo con lo anterior, a continuación se especifican los puntos más relevantes de cada uno de estos temas.

2.1. DINAMICA DE GRUPOS

Los grupos son sin duda alguna, la base de la sociedad actual. Resulta impresionante el tiempo que las personas ocupan en hacer cosas en grupo, ya que casi todas las gentes se reúnen cotidianamente en grupos, como: la familia, el grupo laboral, el grupo de amistades, el grupo religioso, el grupo deportivo, etc. Por ello resulta tan importante analizar y comprender todo lo relacionado con los grupos, en vista de que todo ser humano nace y crece dentro de uno o varios grupos específicos, de tal forma, que la presencia de cada individuo causa cambios diferentes en la estructura de un grupo, debido a que en un grupo determinado, existen características muy particulares como consecuencia de las actitudes y sentimientos de sus integrantes. Por ejemplo: si dentro de un grupo existen individuos competitivos, el grupo va a poseer características muy específicas de competitividad grupal, al igual que sucede en grupos en los cuales se da la antipatía, la sumisión, el autoritarismo, la rivalidad, la solidaridad, la simpatía, etc. Rodríguez (1990), denomina a todas estas características que conforman la estructura de un grupo: "sistema de fuerzas", porque evidentemente tienen el poder de actuar dichas fuerzas, para provocar cambios de desarrollo o deterioro en un grupo de cualquier tipo.

Rodríguez (Op. Cit.) y Acevedo (1994), comentan que, a este sistema de fuerzas que mueven a un grupo, se le llama: "dinámica de grupo", y de acuerdo con la dinámica que posea un grupo, es posible identificar su tipo de estructura particular, la cual lo hará destacar o no. Y lo que resulta más interesante, es que no se trata de fuerzas aisladas, sino de una suma de fuerzas individuales que se combinan y neutralizan para darle personalidad al grupo.

Cartwright (1992) y Rodríguez (1990), mencionan que dinámica proviene del griego "dinamys", que significa fuerza o movimiento. Y según Warren

(1993), grupo es un conjunto de dos o más organismos que se asocian o viven juntos, o que reaccionan uno respecto al otro o ante un estímulo común. Por lo tanto, en función de estas definiciones, la dinámica de grupo, son los sentimientos, personalidad o cualquier otra fuerza que condicione al total de los miembros de dicho grupo para que actúen y determinen su estructura, por ejemplo: la dinámica de un grupo que tiene miembros con sentimientos encontrados o fuera de control y con conflictos internos, será muy particular, en vista de que la fuerza que moverá al grupo será negativa y provocara retroceso en sus actividades o reglamentos que prevalecen en el.

Cartwright (1992), menciona que, quien entra a formar parte de un grupo determinado, está condicionado por sus necesidades, deseos, expectativas y en general por sus experiencias acumuladas por varios años, que hacen que realice junto con los mismos aspectos de los demás miembros del grupo, la dinámica o sistema de fuerzas psicológicas de ese grupo.

Rodríguez (1990), menciona que el primer estudio de dinámica de grupo se realizó por vez primera, en Estados Unidos de Norteamérica, por Kurt Lewin, a fines de los años treinta, y fue el, quien le asigno el término de dinámica de grupo e hizo aportaciones muy importantes y significativas a la investigación de dinámica de grupo, estableciendo en 1945, la primera organización que se dedicaba exclusivamente a investigar los aspectos relevantes de la dinámica de grupo. Otros países del Noroeste Europeo, Israel, Japón e India, también por estas fechas hicieron aportaciones a los avances de la dinámica de grupo, tales como: los factores que la condicionan, el número y el tipo de miembros que la determinan específicamente y su relación con cada integrante de un grupo determinado.

Es importante destacar que la investigación de la dinámica de grupo, no se ha asociado exclusivamente a alguna de las disciplinas científicas sociales, ya

que tanto los sociólogos, los antropólogos como los psicólogos, son quienes más se han dedicado a estudiar la dinámica de grupo, pero no son los únicos, sin embargo, todas estas disciplinas, basan sus estudios en la dinámica de grupo que se da por ejemplo: en las familias, las pandillas, los grupos de trabajo, las unidades militares, las asociaciones voluntarias. IZT.

La política también ha marcado su interés por los grupos, principalmente por los grupos legislativos de presión y por la dinámica de grupo que se da ante la votación que se otorga al pertenecer a un grupo determinado. A1 igual que también los economistas se dedican actualmente a estudiar la forma de tomar decisiones en los grupos familiares, para gastar o ahorrar dinero.

Ante el profundo interés de las diferentes disciplinas científicas que apoyan las investigaciones de dinámica de grupo, resulta claro que estas son importantes a cualquier nivel y que no es de importancia exclusiva de la psicología, estudiar la dinámica de grupo, aunque sí la más importante, ya que la psicología estudia directamente la forma en que los grupos influyen en la conducta y la personalidad de los individuos, así como los efectos de las características individuales sobre el funcionamiento del grupo, lo cual es determinante en grupos laborales de las diversas organizaciones que existen. Es decir, los grupos en la vida del hombre son determinantes para que este no solo alcance su autorrealización personal, sino también para desarrollar al máximo sus capacidades y habilidades, de lo cual se hablará en el siguiente punto más a fondo.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

2.2. IMPORTANCIA DE LOS GRUPOS EN LA VIDA DEL HOMBRE

La vida del hombre va girando en torno a la convivencia, el diálogo y a la participación en grupo, porque el ser humano es un ser social y su sociabilidad lo lleva a formar grupos y a integrarse a los ya formados.

Desde que nace, tiene un sentido innato de afiliación, le agrada sentirse parte de un grupo y satisfacer sus necesidades en el, ya sea en cuestiones laborales, familiares, religiosas, políticas, recreativas o deportivas.

Rodríguez (1990), comenta que grupo es una palabra que se deriva del francés -grupe- y del italiano -gruppo-, que a su vez proviene del antiguo germano -kropf-, lo cual tiene un significado original de bulto o buche, pero socialmente hablando, significa un conjunto de dos o más individuos, que comparten cosas en común, son interdependientes con la finalidad de alcanzar metas u objetivos particulares.

Según Kissen (1990), desde el punto de vista del psicoanálisis, Freud dice que existen dos tipos de grupos: los primarios y los secundarios. Los grupos secundarios son todos aquellos individuos pertenecientes a una organización, ideología o raza, cuya relación no se encuentra bien consolidada, es decir, no existe mucha cohesión entre ellos y pueden ser miles e incluso millones, por ejemplo: grupos de personas desempleadas. Mientras que los grupos primarios son aquellos sujetos que forman conjuntos pequeños de personas, es decir, menos de 25 y que mantienen relaciones muy estrechas y bien consolidadas, por ejemplo: los grupos de trabajo específico de una organización determinada.

Todos los grupos, ya sean primarios o secundarios son regidos por principios sociológicos y psicológicos en relación a la forma como se conducen en general, tomando en cuenta sus relaciones, comportamiento y el tipo de personalidad, ya

sea individual o colectiva, ya que un grupo determinado, siempre tendrá una doble personalidad: la colectiva y la individual.

Los grupos pueden ser formales e informales también, los cuales corresponden a grupos primarios y secundarios respectivamente, ya que los grupos formales al igual que los primarios, son aquellos en los cuales los individuos que los conforman, se rigen por normas, estatutos y reglas permanentes que obedecen a una estructura bien consolidada, como la de una empresa o institución. Mientras que los grupos informales al igual que los secundarios, son aquellos que no obedecen a reglas o normas específicas, sino más bien se dan bajo alianzas informales, donde los individuos se reúnen informalmente y con libertad, solo porque así lo decidieron, como los grupos de amistad o de lectura.

Kissen (1990) y Robbins (1987), comentan que se le pueden denominar a los grupos indistintamente: grupos formales o primarios; informales o secundarios, aunque el término de grupos formales e informales es más utilizado en el ámbito psicológico y resulta más fácil de entender.

El pertenecer a un grupo y desarrollarse dentro de el, sea este formal o informal, resulta muy importante en la vida del hombre, ya que el grupo le permite desarrollar al máximo sus capacidades y habilidades. Rodríguez (1990), comenta que el grupo en la vida del hombre, obedece a un proceso de constante cambio, lo cual ayuda al ser humano a autoevaluarse, autoconocerse y autoaceptarse constantemente a través de los demás y trata de verse en el espejo de ellos, es decir, en torno a las reacciones de los demás miembros a lo que el dice y hace, deduce que imagen está proyectando y somete a juicio su persona y trata de descubrir su yo auténtico. Por otra parte, si la persona se percata de que puede actuar y expresarse libremente respecto a lo que siente y piensa, se sentirá profundamente satisfecho con el grupo en el cual se

desenvuelve, lo cual lo capacita para salir de su egocentrismo y entrar al mundo afectivo de los compañeros, convivir con ellos, sentir empatía por ellos y viceversa, alcanzando de esa forma, metas y objetivos personales, pero también de grupo, lo cual es determinante para que cualquier ser humano tenga una vida plena y auténtica.

Es por eso que resulta tan importante el grupo en la vida del hombre, pues no solo satisface sus necesidades de autoestima, económicas y sociales, sino también genera sentido de pertenencia y seguridad para cualquier individuo, lo cual repercute evidentemente en su personalidad, su vida familiar y su relación social y de trabajo.

Según Robbins (1987), el pertenecer a un grupo cohesivo y bien consolidado que genera cosas agradables en todos los aspectos a un individuo, trae como consecuencia el amor a sí mismo, lo cual garantiza el amor a los semejantes y a todo aquello que se realiza.

El pertenecer a un grupo que genera aceptación, satisfacción de necesidades personales y cosas positivas para el ser humano, propicia autorrealización plena y el grupo se convierte en el lugar óptimo de autorrealización personal para cualquier persona, de lo cual se hablará con mayor detalle en el siguiente punto.

2.3. EL GRUPO COMO LUGAR OPTIMO DE AUTORREALIZACION PERSONAL

Desde el punto de vista de la corriente psicológica humanista, específicamente desde la perspectiva de Maslow (1991), en todo ser humano existe una fuerza poderosa que continuamente lucha por alcanzar su plena autorrealización personal. Esta fuerza se puede describir como un impulso hacia la madurez, la independencia, y la autodirección. Este impulso continua siempre hasta realizarse, pero necesita de un ambiente que favorezca el crecimiento, el cual le proporciona el grupo, ya que es el lugar óptimo para alcanzar dicha autorrealización. Y es que todo ser humano necesita convivir continuamente con sus semejantes e interactuar con ellos, para lograr un pleno desarrollo, tal como una planta necesita del sol, de la lluvia y de una tierra fértil, para poder llegar a su máximo desarrollo, así también el individuo necesita tener la libertad de ser el mismo y de una aceptación total por parte de sí mismo y de los demás.

El desarrollo de un individuo es, según Rodríguez (1990), un proceso de cambio, al cual se le van agregando múltiples experiencias personales que hacen que el cambie en su forma de pensar y ver la vida durante esta etapa de reorganización e integración de sus actitudes, pensamientos, sentimientos y satisfacción de sus necesidades. Este proceso de cambio, ocurre regularmente durante la interacción con otras personas, es decir, dentro de uno o varios grupos, ya que el grupo es un satisfactor de necesidades humanas que genera autorrealización. El grupo proporciona satisfacción en cuanto a la seguridad, ya que pertenecer a un grupo, reduce la inseguridad que genera el estar solo y por parte se tiene mayor tolerancia a los problemas. En el caso particular del grupo laboral, los individuos buscan encontrar apoyo y aceptación en el grupo para sentirse bien.

El grupo es un medio para autorrealizarse, también en función del estatus y la autoestima, ya que según Robbins (1987) y Cartwright (1992), el pertenecer a uno o a varios grupos con razón social importante, genera orgullo en el individuo y por otra parte, eso lo motiva a desempeñar mejor sus funciones y a tratar de alcanzar jerarquías mayores en el trabajo, en el deporte, etc., lo cual trae como consecuencia una autoestima elevada, es decir, una mayor satisfacción y aceptación de sí mismo, y por ende la autorrealización personal en todos los aspectos, principalmente: el laboral, familiar, de amistad, intelectual, etc., y todo esto se logra en función de la interacción con los demás, de una forma adecuada y que proporcioné cosas gratificantes para el individuo.

Otro aspecto muy importante que proporciona el grupo a los seres humanos, es afiliarse a otros e interactuar con ellos, aunque no siempre resulte satisfactorio, ya que en un grupo pueden existir también múltiples conflictos interpersonales, no obstante, las interacciones para los individuos en el grupo, principalmente el de trabajo, constituye su fuente principal para satisfacer sus necesidades de amistad y de relaciones sociales.

Según Maslow (1991), el grupo también proporciona al individuo, la oportunidad de mandar e influir en los demás para el logro de metas, principalmente para aquellos a quienes les agrada y su profesión les permite tener autoridad dentro de una organización, trayendo como consecuencia mayor estatus económico, a través de este tipo de puesto dentro de un grupo, como lo es cualquier supervisor o directivo. Pero no solo el nivel superior dentro de un grupo laboral, proporciona el poder de influir en los demás, sino también pueden surgir en los grupos laborales o de otra índole, que alguien ejerza una marcada influencia sobre los demás miembros, sin que esta tenga que ser desde una postura formal.

La relación individual que se da en todo ser humano hacia el grupo,

puede ser de tres formas: agradable para la persona, si el grupo la motiva a convertirse en parte de dicho grupo, o permanecer en el, si ya pertenecía con anterioridad. La otra forma es cuando al individuo no le agrada pertenecer a un determinado grupo, ya sea por el rechazo de los demás miembros, conflictos internos o porque sencillamente el grupo no satisface sus expectativas. La tercera forma es de tipo neutral, si el pertenecer a un determinado grupo se torna indiferente para el individuo.

El hecho de que un grupo le sea importante a un individuo, resulta muy importante en sus actitudes y comportamiento, principalmente en el grupo laboral, ya que esto tiende a favorecer la productividad del grupo, el espíritu de amistad y la cohesión. Por otra parte, entre los miembros de un grupo que lo encuentran agradable y que proporciona satisfacción de necesidades, se observan rasgos de sociabilidad, camaradería, independencia personal y libertad para expresarse y son aquellos grupos que suelen destacar más dentro de una organización. En cambio, una relación de grupo que no es agradable para sus miembros, sino más bien de rechazo hacia este, tiende a fomentar aspectos negativos entre los individuos que lo conforman, como por ejemplo: los conflictos interpersonales, el ausentismo, la baja productividad y son generalmente grupos que no dan satisfacción a sus miembros y que por lo mismo no destacan en una organización.

A través de las relaciones humanas que se dan en los grupos, le es posible al ser humano alcanzar crecimiento personal, mediante la interacción y satisfacción de necesidades mutuas entre los miembros, esencialmente si las relaciones humanas que imperan, son de tipo agradable e involucran sentimientos, valores, interés mutuo y aceptación recíproca entre ellos, de lo cual se hablará más a fondo en el siguiente punto.

2.4. RELACIONES HUMANAS

El hombre es un ser social por naturaleza, a lo largo de los siglos, la historia humana ha tenido un desarrollo complejísimo de la comunicación. Los antropólogos atribuyen el mérito de la cultura y la civilización al lenguaje, lo cual resulta diferente de los animales inferiores, ya que estos no tienen historia porque no tienen relaciones personales.

Las relaciones humanas no se realizan en abstracto, sino en circunstancias muy concretas de raza, edad, sexo, jerarquía, ideología, normas sociales, épocas históricas, tradiciones, culturales, situaciones ecológicas y expectativas personales. Cada relación humana es única, la relación de un individuo con la persona "X" en el lugar "Y" y en el día "Z" es irrepetible, todo en la relación humana es situacional.

Las relaciones humanas pueden ser de dos tipos: -primarias y secundarias-, las relaciones primarias son aquellas que involucran sentimientos, comunicación e interacciones más profundas, en cambio las secundarias, son aquellas relaciones superficiales que se dan de función a función (por ejemplo taxista pasaje, vendedor-comprador), sin llegar a ser profundas o dejar alguna huella en las personas (Rodríguez, 1989).

En los grupos las relaciones humanas ayudan al individuo a conocerse, ubicarse, disciplinarse, socializarse y superarse.

Las personas no solo ganan dinero en su trabajo o realizan logros tangibles, ya que casi siempre el trabajo satisface su necesidad de interacción social. La actitud social es una combinación más o menos estable de opiniones, sentimientos y tendencias conductuales relacionados con los individuos, objetos o acontecimientos de índole social. Muchas de las actitudes se fundan en las experiencias personales con otros. A medida que el niño crece, se incrementan

las relaciones con otros y participa en más grupos fuera del círculo familiar.

Según Sarason (1992), menciona que, el hombre en su grupo de trabajo no vive aislado, su relación con las demás personas es determinante para desempeñar adecuadamente sus labores. El hombre resulta ente sociable por excelencia, de todos los organismos, el es el único que se da cuenta de su propia existencia, que sabe de su propio vivir y busca cumplir con obligaciones para consigo mismo, su trabajo y la comunidad a la que pertenece, en el afán de hacerse acreedor al respeto y consideración de los demás. A través de sus relaciones compara, forma una característica nueva, informa, va acomodando su conducta y su personalidad al resto de elementos humanos. Puede decirse que la conducta individual en todos los ámbitos, responde al proceso del desarrollo del organismo en cuanto a sus relaciones humanas.

Según Maslow (1991), las relaciones humanas, son básicas para el bienestar y el desarrollo; el hombre contemporáneo tiene que luchar con complicaciones inauditas para relacionarse con una sociedad que se hace cada vez más compleja. La vida moderna provoca situaciones en las que se tiene la sensación de estar acompañando, vinculado, relacionado, pero tal sensación es falsa; se comparte espacio, se participa en un interés común, pero no se establece o entabla relación.

Las relaciones humanas genuinas necesitan reunir un número mínimo de características; advertencia, reciprocidad, preocupación, respeto, grados variables de la inversión del afecto. Por advertencia se entiende el que una persona se da cuenta de la existencia de otra y la diferencie plenamente de sus semejantes. La reciprocidad se manifiesta cuando la significación es mutua, cuando se establece una doble corriente entre los dos seres. En la preocupación en el corte longitudinal de la parte relacionada, encuadra el pasado o la historia, y el corte transversal implica un intento de penetrar en su interioridad. El respeto

se refiere al reconocimiento de la individualidad de la parte complementaria, de sus derechos y su dignidad. La inversión de afecto se mide desde el circunstancias. En instancia última, la relación más exacta es aquella que entraña la más simple fórmula humanística; se necesita dar amor para no estar solos y lograr a la vez que se nos quiera y se nos acepte tal y como somos (Cárdenas, 1994).

Relaciones humanas existen en cualquier sitio y en cualquier instante. En el trabajo los niveles de relación se establecen con el cuerpo de gobierno de la unidad, con los compañeros, con los subordinados y con el público. Del conocimiento satisfactorio surge el respeto, que implica la aceptación y entendimiento de la personalidad de los demás. Hacerse responsable de otras personas es estimular la propia responsabilidad, y estimular esta responsabilidad es desarrollar a quienes nos rodean como personas. Las relaciones humanas se enriquecen cuando se adoptan políticas encaminadas a mantener y elevar la moral del propio trabajador.

Dentro del medio institucional, las relaciones humanas han de verse encaminadas al logro de una máxima armonía. Si se aplican en un régimen democrático auténtico, el rendimiento del personal es mucho mayor (Ibidem).

Caben reglas genéricas de trato en el trabajo y son las siguientes, según Rodríguez (1989).

- Respeto real, sin tomar en consideración sexo, posición económica, clase social, credo religioso o raza.

Establecimiento justo de funciones, obligaciones y responsabilidades, acorde con las aptitudes, experiencias y características psicológicas de cada quien dentro de la categoría que le corresponde.

- Oportunidad similar de progreso.

- Informe oportuno de cambios de procedimientos y métodos.
- Supresión de actitudes de favoritismo que prohíben elementos privilegiados.
- Discreción acerca de cualquier comentario referente a la vida privada del trabajador.
- Represión metódica, aislada, en privado, pretendiendo el convencimiento más que el resentimiento.
- Investigación cuidadosa antes de llevar a cabo la aplicación de un correctivo.

2.5. LIDERAZGO

Los primeros pasos en la vida se realizan en un contexto de liderazgo; los primeros dirigentes buenos o malos, son los padres. La relación mutua entre padres e hijos orienta para siempre el sentido de las nuevas vidas, inculca valores, estilos y estrategias, impulsa a la actividad y pone límites a la conducta, esto lo ha demostrado la psicología moderna. En las escuelas también se desarrollan por igual relaciones de liderazgo, los maestros dirigen a sus alumnos y la administración al personal. Lo mismo en las empresas, fabricas, oficinas, grandes tiendas, iglesias, también en el ejercito, el deporte y en la política. Y es que un buen liderazgo es indispensable para la administración, el gobierno y la infinidad de grupos y organizaciones que configuran nuestro estilo de vida, nuestro trabajo y juegos. El liderazgo es una condición humana universal; una relación que involucra a todos a través de su existencia.

Líder es una palabra sajona. En ingles se dice leader, viene del verbo to lead, que significa: -guiar, dirigir- (Rodríguez, 1994).

El liderazgo, por lo tanto, es la capacidad para influir y guiar o dirigir para la obtención de metas. La fuente de la influencia puede ser formal, como la que proporciona poseer un puesto de mayor nivel en una organización. Dado que dichas posiciones entrañan cierto grado de autoridad formalmente asignada, el sujeto puede asumir un papel de liderazgo a raíz del cargo que ocupa. Pero no todos los líderes ocupan un puesto elevado y, a la inversa, tampoco todos los gerentes son líderes. El simple hecho de que en una empresa o institución se le confiera a sus dirigentes ciertos derechos, no significa que sepan dirigir bien (Ibidem).

El liderazgo sin una sanción formal, es decir la capacidad de influir existe

fuera de la estructura formal de la organización, es tan importante como la influencia formal, y algunas veces, más importante aún. En otras palabras, un líder puede surgir en un grupo por nombramiento formal o sin el nombramiento (Sarason, 1992).

El liderazgo es una acción sobre personas, no sobre máquinas o aparatos, indica manejo de sentimientos, intereses, aspiraciones, valores, actitudes y todo tipo de reacciones humanas.

Un líder, sin duda, debe ser un individuo muy especial, que tenga ciertas cualidades, tales como inteligencia, carisma, determinación, entusiasmo, fuerza, valor, integridad, seguridad en sí mismo, la capacidad de entender por que la gente actúa y saber manejar con destreza las motivaciones humanas, también debe tener la capacidad de predecir las reacciones de la gente (Rodríguez, 1994).

Existen dos tipos de comportamiento en el liderazgo, a los cuales se les considera muy importantes y son: -el autocrático y el democrático-, en el primero el líder toma las decisiones, ordena a sus seguidores y espera que lo obedezcan. En el otro caso, comparte con los subordinados el poder de tomar decisiones, permitiendo a cada miembro del grupo una participación igual, una persona, un voto (Robbins, 1987)

La teoría social del liderazgo presenta tres tipos de líder más o menos invariables y son, según Acevedo (1994), los siguientes:

- Líder carismático, suele encontrarse operando en agrupamientos sociales poco o nada institucionales, mejor conocidos como agrupamientos marginados.
- Líder natural, es aquel que opera en agrupamientos sociales (padre, madre, hermano, primogénito, jefe, cura, etc.), como mediador entre la realidad

familiar (o intrínseca del agrupamiento) y la realidad externa; de aquí que se utilice este término para todo aquel líder institucional que funciona como puente entre el interior del grupo y del mundo externo, o extragrupo.

- Líder estructural, es aquel que normalmente es impuesto por circunstancias fortuitas a un grupo preestablecido y que normalmente detenta con mayor énfasis el binomio autoridad-obediencia. Es a este tipo de líder al que van dirigidos la mayoría de los estudios psicosociales sobre la tipología y estilos del liderazgo.

El liderazgo institucional, dirección o gerencia, no supone el trabajo de un líder o un seguidor, sino el de grupos, equipos y niveles de jerarquía. Es el proceso de trabajo para lograr objetivos en una institución destinado a lograr metas con y por medio de seres humanos, ya que, lo que hace funcionar a una organización es, en primer lugar, sus objetivos, ellos son su razón de ser. Las organizaciones existen porque muchos objetivos valiosos para el ser humano se logran mejor en conjunto que con esfuerzos individuales separados. El principal conductor de ellos, es el jefe, su trabajo exige habilidad para integrar los objetivos del grupo con los de cada individuo, y detrás de los objetivos están los valores, la gerencia como sistema cultural, implica una filosofía de la vida y de la sociedad. El núcleo dinámico de esta filosofía es un conjunto de valores (Robbins, 1987).

El liderazgo es una forma de comunicación interpersonal, un jefe que no es un buen comunicador no funciona. El jefe o líder debe estar bien informado, -la información es la materia prima de la dirección-. Un dirigente debe estar concientizado de las complejidades de la comunicación y de cómo los problemas de la comunicación se originan antes que ésta se establezca, ya que las diferentes personas perciben el mundo de diversas formas. A menudo el

dirigente piensa que ser un buen comunicador consiste en ser un buen emisor. Con esto olvida lo principal: ser un buen receptor. Esto es más difícil, porque exige al sujeto poder captar a los demás, altruismo, respeto y gran habilidad para determinar la personalidad de los seguidores (Robbins, 1987).

Es esencial en el líder, facilitar la comunicación y el entendimiento entre personas con puntos de vista diferentes. De esa manera tiene la capacidad de entenderse con la gente. Las personas tienen sus escalas de valores, se mueven atendiendo a sus percepciones y emociones y rinden por sus capacidades. Y el fin de toda empresa o institución es el bienestar humano.

2.6. COMUNICACION

La comunicación es una actividad siempre presente en la vida del ser humano y es el medio por el cual se comunican unas personas con otras, transmitiendo pensamientos, valores y sentimientos.

Keith (1990), menciona que la comunicación es la transmisión de información y el entendimiento entre las personas y aún cuando se sabe que los seres humanos no son los únicos que se comunican, si puede afirmarse que la comunicación humana es más compleja, pero también la más completa, esencialmente en cuanto al lenguaje oral.

En el caso de los infrahumanos, se sabe que estos, se comunican a través de sonidos y señales mutuas, que llegan a convertirse en verdaderos lenguajes, tales como los maullidos, los bramidos, los relinchos, los ladridos, las manifestaciones de ira, simpatía y de acercamiento que se ven entre perros, gatos y caballos.

Según Rodríguez (1988), la comunicación es un proceso, que se lleva a cabo a través de seis elementos, que son determinantes para que funcione adecuadamente y son:

1. **ELABORACION UNA IDEA.** Consiste en elaborar una idea o un pensamiento que el individuo en calidad de emisor(que transmite información), transmite al receptor(que capta la información enviada).
2. **CODIFICACION.** Consiste en convertir el pensamiento en palabras, gráficas o símbolos adecuados para la transmisión de este, lo cual funciona como mensaje.

3. **TRANSMISIÓN**. Consiste en transmitir el pensamiento elaborado a través del tipo de lenguaje que se desee (mímico, oral, gráfico, corporal, etc.).
4. **RECEPCION**. Se refiere a recibir el mensaje, es decir, la información que el emisor envía al receptor, quien debe estar atento para recibir la información o de lo contrario esta se perderá.
5. **DECODIFICACION**. Se refiere a decodificar o interpretar el mensaje enviado, para que este pueda entenderse.
6. **UTILIZACION DEL MENSAJE**. Se refiere a la acción que se sigue después de recibir el mensaje, lo cual puede implicar que se vuelva a repetir el proceso de comunicación entablándose el diálogo entre el emisor y el o los receptores, completándose así el ciclo de una comunicación adecuada.

Teóricamente una comunicación adecuada, es cuando el mensaje enviado es igual al mensaje recibido, es decir, cuando el mensaje del emisor coincide con el mensaje que tiene el receptor. Esto se logra, si el receptor recibe el mensaje sin interferencias, lo entiende, lo acepta o lo rechaza, hace uso de él y finalmente retroalimenta al emisor, permitiendo que se dé nuevamente el proceso de comunicación (con sus respectivos pasos correspondientes).

Cuando el receptor recibe el mensaje y realiza un esfuerzo genuino por decodificarlo, pero hay cierto número de interferencias que limitan la comprensión del receptor, las cuales también originan la pérdida temporal del mensaje, estas se denominan -barreras de la comunicación- y suelen muchas veces, evitar por completo la comunicación, filtrando parte de ella o le asignan un significado incorrecto.

Robbins (1987), menciona que las barreras de la comunicación más

importantes son: las psicológicas y las físicas.

Las barreras psicológicas son interferencias que impiden que se dé la comunicación adecuadamente, tales como: los sentimientos, los valores, los hábitos de escucha, las emociones.

Son cuatro las barreras psicológicas de la comunicación, que resultan más importantes, que impiden que se lleve adecuadamente y son:

1. **FILTRACION**. Se refiere a la manipulación de la información, en función de intereses personales de quien la transmite, con la finalidad de que esta sea vista más favorablemente o por el contrario inadecuada. Por ejemplo: las ordenes de un jefe superior a uno de menor jerarquía para que este las transmita a los subordinados, pero el, cambia el sentido del mensaje para beneficio propio, con algún propósito determinado, como realizar más trabajo del normal.
2. **PERSEPCION SELECTIVA**. Se refiere a la forma como cada individuo percibe la información y la interpreta de manera selectiva al verla y oírla, de acuerdo con la educación, cultura, experiencia personal, necesidades, motivaciones, y otras características de la personalidad de cada individuo. Por ejemplo: una persona con inseguridad marcada en sí misma, piensa que los comentarios en torno a ella, llevan casi siempre un doble sentido, o son negativos.
3. **EMOCIONES**. Estas se refieren al estado de animo que presentan los individuos cuando se comunican, y que hacen que se dé una interpretación errónea del mensaje, tales como: el gozo, la depresión, la angustia, el dolor. Por ejemplo: un mismo mensaje recibido cuando una persona este enojada o perturbada por la depresión, será interpretado o entendido de forma diferente a cuando su estado de ánimo sea neutral. En el caso del enojo o la depresión

se espera que, la persona se deje llevar más por sus propias emociones que por el proceso de pensamiento racional y objetivo.

4. **Lenguaje.** Se refiere al significado semántico de las palabras y símbolos, ya que estos significan cosas diferentes para cada persona, en función de su profesión, escolaridad, edad, idioma, cultura, estrato social, ya que evidentemente son las variables más óbvias, que repercuten en el lenguaje de las personas, para que estas se puedan entender. Por ejemplo: el lenguaje especializado que se da entre un grupo de médicos, puede causar falta de entendimiento emplea fuera de él.

Las barreras físicas son, interferencias en la comunicación, que pasan en el ambiente, y que impiden que ésta se dé adecuadamente, debido a las sensaciones que causan en los individuos que pretenden entablar la comunicación, esencialmente son 7 las más importantes y son:

1. hambre.

3. sed

4. ruido

5. calor

6. lluvia

7. distancia.

Por ejemplo: un alumno que toma clases en la escuela, el cual no ha comido en varias horas y no está acostumbrado a ello, la sensación del estomago vacío provocara en el debilitamiento físico y malestar psicológico que le impedirá concentrarse en lo que el maestro está diciendo.

Según Robbins (1987), en una organización, es necesaria una

comunicación franca y total, siendo importante que los individuos que la conforman, traten de entender con empatía, lo que sus compañeros intentan transmitirles, permitiendo la libertad para expresar sus sentimientos, valores y pensamientos.

Rogers (1994), desde una perspectiva psicológica humanista, comenta que, es conveniente mantener una adecuada comunicación en el medio organizacional que genere un intercambio auténtico y total de información, de tal forma que se eviten los problemas que causan los conflictos interpersonales. Esto resulta un compromiso, que consiste en un profundo esfuerzo por descubrir y aceptar la propia naturaleza y la de los demás, permitiendo a cada uno de los miembros de la organización, tener la libertad suficiente para suscitar amor, enojo, simpatía, ternura. Es decir, en una organización, se debe tener una comunicación auténtica y objetiva, que genere resultados óptimos, como aquellos que eviten el aislamiento y resentimiento entre los compañeros de trabajo, o que fomenten el equilibrio que regule y apoye la libre expresión del sentir y pensar de cada cual, aún entre jerarquías diferentes.

Rogers (Op. cit.) y Keith (1990), mencionan que para mejorar la comunicación entre los individuos de una organización y en cualquier tipo de relación personal, se deben tomar en consideración, los apartados siguientes:

1. Dejar de hablar durante períodos cortos de tiempo.
2. Hacer que la otra persona con la que se está hablando, se sienta en confianza.
3. Demostrarle a la otra persona con la que se está estableciendo la comunicación, que se está dispuesto a escucharla.
4. Evitar distracciones.
5. Es necesario que exista empatía con la otra persona con la que se está hablando.

6. Se debe ser paciente y no interrumpir constantemente.
7. Dominar las emociones.
8. No hacer juicios ni argumentar en exceso.
9. Preguntar lo que sea necesario para poder retroalimentar.

2.7. PERSONALIDAD

La personalidad de los seres humanos es muy compleja y difícil de entender, y no es posible englobar con ciertas características la personalidad de todos los individuos, sin embargo, es posible dar una definición general de lo que significa la personalidad.

Desde una perspectiva de la corriente humanista Maslow (1991), define la personalidad como: la caracterización o patrón general de la conducta total de un individuo, que incluye tanto su sistema psíquico como físico. Es importante destacar que dichos patrones de conducta provocan que el individuo se comporte de determinada manera al desenvolverse en grupo e interactuar con sus semejantes, ya que existe un vínculo muy marcado entre los patrones de personalidad de los individuos y el comportamiento de un grupo. Por ejemplo: si varios miembros de un grupo tienden a la agresividad, es muy posible que, con el paso del tiempo, el comportamiento del grupo será similar al de dichos miembros, debido a la influencia negativa que los rasgos de su personalidad manifiestan al grupo, al igual que si todos los miembros de un grupo, hacen esfuerzos por llevar a cabo la cohesión y el espíritu de grupo y sentirse bien en el grupo, los resultados posibles serán: que el grupo cuente con individuos sociables, seguros de sí mismos e independientes. En el caso de grupos laborales, el autoritarismo, el dominio o sometimiento y la informalidad, hacen que la personalidad del grupo, sea negativa, por lo general, se darán casos de agresividad, frustración, ausentismo y baja productividad en dicho grupo, debido a la mala influencia que impera en él, por parte de algunos de sus miembros.

Las características de la personalidad de cada individuo son mínimas, pero una vez tomadas en conjunto, forman lo que es la personalidad total de un

grupo.

Robbins (1987), comenta que, la personalidad de un grupo, se compone de la personalidad de cada individuo, que por una parte representa la personalidad de cada uno, y por otra, al formar parte de un grupo, se realiza una uniformidad de los rasgos del grupo, aquella que sacrifica intereses particulares, pero que hace emerger las características generales de la personalidad del grupo. Un grupo si se lo propone, puede destacar o también fracasar, ya que cada grupo posee ciertas tendencias a desviarse de las metas y reglas establecidas, lo cual puede ocasionar una desintegración destructiva de la propia vida del grupo, o bien, una fuente de mejoramiento creador, si cada miembro se concentra en su propia responsabilidad ante su grupo de trabajo.

Kissen (1990), menciona que en una organización, es necesario acoplar las exigencias del puesto con la personalidad de cada miembro que la integra, aumentando con esto, las probabilidades de que el grupo, lleve a cabo sus tareas en forma satisfactoria.

Un grupo funciona adecuadamente, si cuenta con relaciones funcionales, bien establecidas y tranquilas entre sus miembros. Por otra parte, los valores y metas de dicho grupo, deben ser una integración y expresión de las necesidades relevantes de cada individuo, al igual que cada cual, debe tener la suficiente motivación, para participar en todo lo que ayude al grupo a alcanzar sus objetivos centrales.

Los rasgos de la personalidad, son medios explicativos o predictores del comportamiento de los empleados, ya que ciertos rasgos muy marcados en una persona, ayudan a tomar decisiones en cuanto a su contratación, transferencia y promoción para un puesto determinado en el trabajo. Esto, debido a que las características de la personalidad, crean parámetros de la conducta y

proporcionan un marco de referencia para predecir por ejemplo: el comportamiento de un individuo tímido, introvertido y poco espontáneo en situaciones sociales, no será buen vendedor, o las personas sumisas y conformistas, posiblemente no serían muy idóneos para trabajos de publicidad. Por ello, quien se encuentra a cargo de la selección de personal de una organización, debe manejar adecuadamente las características de personalidad idónea para cada uno de los puestos de la empresa, que deben reunir los candidatos, de tal forma que se eviten los posibles errores o inadecuaciones de contratación.

Robbins (1987) y Kissen (1990), comentan que existen 6 tipos de personalidad de los trabajadores de una organización, a nivel general, los cuales corresponden a un ambiente ocupacional propio de cada individuo y son los siguientes:

1. **REALISTA:** incluye conducta agresiva, actitudes físicas que requieren destreza, fuerza y coordinación.
2. **INTELLECTUAL:** incluye actividades que requieren reflexión, organización y comprensión más que sentimientos o emoción.
3. **SOCIAL:** incluye actividades más bien interpersonales que intelectuales o físicas.
4. **CONVENCIONAL:** incluye actividades regidas por normas y sublimación de las necesidades personales.
5. **EMPRENDEDOR:** incluye actividades verbales, que influyen en los demás, a fin de lograr poder y estatus.
6. **ARTISTICO:** incluye la autoexpresión, la creación artística o las actividades emocionales.

La personalidad de un grupo, depende de la satisfacción de las necesidades de cada individuo que lo compone, como: las económicas, de

pertenencia, de aceptación, etc., ya que cada uno intentará satisfacerlas de formas muy diversas, esto debido a que cada sujeto tiene actitudes, objetivos o valores distintos que si no se tratan de unificar, le dará una personalidad muy particular al grupo laboral, debido a la variedad de expectativas de los miembros que lo conforman.

2.8. AUTOESTIMA

La peor desgracia que le puede suceder a un hombre es pensar mal de sí mismo, lo cual equivale a una autoestima pobre.

Desde el punto de vista de la corriente psicológica humanista, Maslow (1991), define la autoestima como la plena expresión de sí mismo, el marco de referencia desde el cual, el individuo se proyecta al medio que le rodea y a sus semejantes.

Es necesario conocerse a sí mismo y pasar por una serie de etapas de análisis de la propia persona, para poder desarrollar una autoestima elevada, a dichas etapas, se les denomina "escalera de la autoestima" y son las siguientes:

1. **AUTOCONOCIMIENTO:** el cual, implica conocer las partes que componen el yo mismo, cuales son sus manifestaciones, necesidades y habilidades, los roles que vive el individuo y a través de los cuales se le conoce, actúa y siente. Y desde luego, todos los elementos que lo integran, no funcionan por separado, sino que se entrelazan para apoyarse uno al otro. Si logra esto, el individuo habrá dado el primer paso en la escalera que lo llevara a una autoestima elevada.
2. **AUTOCONCEPTO:** es la segunda etapa en la escalera de la autoestima e implica una serie de creencias acerca de sí mismo, que se manifiestan en la conducta. Por ejemplo: si alguien se cree tonto, actuará como tonto, si se cree inteligente o apto, actuará como tal, es decir, si a un hombre se le da una autoimagen pobre acabará siendo siervo.
3. **AUTOEVALUACION:** es la tercera etapa en la escalera de la autoestima,

y refleja la capacidad interna de evaluar las cosas como buenas, si lo son para el individuo, le satisfacen, le son interesantes, enriquecedoras, le hacen sentir bien, y le permiten crecer y aprender, considerándolas como malas si lo son para la persona, no le satisfacen, carecen de interés, le hacen daño y no le permiten crecer, haciéndolo sentir devaluado o indeseable, lo cual es, en la mayor la de los casos, la base de los problemas humanos.

4. **AUTOACEPTACION:** es la cuarta etapa en la escalera para alcanzar una autoestima elevada y consiste en admitir y reconocer todas las partes de sí mismo como un hecho de la forma de ser y de sentir, ya que solo a través de la aceptación se puede transformar lo que es susceptible de ello. La actitud del individuo hacia sí mismo, el aprecio de su propio valer, juegan un papel de primer orden en el proceso de alcanzar una autoestima elevada.
5. **AUTORRESPECTO:** es la quinta etapa en la escalera para lograr una autoestima elevada, la cual, es atender y satisfacer las propias necesidades y valores, expresar y manejar en forma conveniente sentimientos, emociones, sin hacerse daño ni culparse. Buscando y valorando todo aquello que haga al propio individuo, sentirse orgulloso de sí mismo.
6. **AUTOESTIMA :** es la última etapa para alcanzar una autoestima elevada, ya que esta, es la síntesis de todas las etapas anteriores. Si una persona se conoce y está consciente de sus cambios, crea su propia escala de valores y desarrolla sus capacidades, se acepta y se respeta, tendrá una autoestima elevada. Por el contrario, si una persona no se conoce, y tiene un concepto pobre de sí misma, o no se acepta ni

respetar, entonces tendrá una autoestima pobre o no tendrá.

Rodríguez (1988), menciona que la autoestima elevada, es un pre-requisito para confiar en el propio organismo, lo suficiente como para que éste sea el foco de su autoevaluación y la guía de su vida. Solo una persona que se ama y respeta, es capaz de realizar todo su potencial en un proceso que cada día la lleva a su total autorrealización personal.

Una autoestima elevada, ayuda al individuo a relacionarse adecuadamente con sus semejantes, lo cual, le brinda satisfacción personal, ya que una persona con autoestima alta, vive, comparte e invita a la integridad, honestidad, responsabilidad, comprensión y amor; siente que es importante, tiene confianza en su propia competencia, tiene fe en sus propias decisiones, y en que ella misma significa su mejor recurso. Al apreciar debidamente su propio valer, está dispuesta a aquilatar y respetar el valer de los demás; por ello solicita su ayuda, irradia confianza y esperanza y se acepta totalmente a sí misma como ser humano.

Según Maslow (1991) y Rodríguez (1988), la autoestima alta, no significa un estado de éxito total y constante; es también reconocer las propias limitaciones y debilidades y sentir orgullo sano por las habilidades y capacidades, teniendo confianza en la naturaleza interna de cada individuo, para tomar decisiones.

En realidad, todo ser humano tiene momentos difíciles, cuando el cansancio le abrumba, los problemas se acumulan y el mundo y la vida le parecen entonces insoportables. Sin embargo, una persona con autoestima alta, toma estos momentos de depresión o crisis como un reto que pronto superara para salir adelante con éxito y más fortalecida que antes, ya que lo ve como una oportunidad para conocerse aún más y promover cambios.

En cambio, cuando una persona sufre de autoestima baja, tiene derrotas constantes se siente desesperada, albergando sentimientos de inferioridad e inseguridad, sintiendo envidia y celos de lo que los otros poseen, en contraposición a una persona con autoestima elevada.

La autoestima es aprendida, y como tal, susceptible de ser modificada o reaprendida. Las experiencias pasadas tienen influencia en el comportamiento de la persona y aunque no pueda cambiarse ese pasado, si puede cambiarse en el ahora lo que se sienta de ello, ya que la barrera principal para la reconstrucción de la autoestima, es vivir en el pasado, y lleno de culpas o resentimientos.

Robbins (1987) y Rodríguez (1988), comentan que, en el grupo, tiene consecuencias significativas el hecho de que las personas tengan una autoestima elevada, porque serán sujetos más seguros de sí mismos, más optimistas, lo cual, en conjunto, logrará grupos más sólidos, más cohesivos y estables, que no solo destacarán, como trabajadores en una organización, siendo mayormente productivos, sino también serán sujetos autorrealizados en su vida personal. Por ello, resulta tan importante la autoestima elevada en cada individuo, que conforma un grupo de trabajo en una organización o en un grupo informal, pues socialmente tiene una gran trascendencia, ya que se ama y respeta a sí mismo tal y como es, es capaz, no solo de desarrollar todo su potencial dentro de un grupo, sino de amar a los demás miembros del grupo, así como a todos sus semejantes que le rodean, lo cual es necesario en la sociedad contemporánea, que requiere sujetos más activos y comprometidos consigo mismos y que respeten a sus semejantes así como a sí mismos y a su grupo de trabajo en el que se desenvuelven.

2.9. MOTIVACION

La motivación es uno de los más valiosos instrumentos para entender a los seres humanos y su relación con otros, ya que actúan siguiendo ciertos móviles y buscando determinados fines, por ejemplo: Al visitar a alguien, comprar algo, emprender un viaje, pedir un favor, siempre se obedece a motivaciones de diversos tipos, porque toda la vida es una motivación constante.

La motivación impulsa al los individuos a autorrealizarse y alcanzar sus objetivos.

Rodríguez (1988), menciona que la motivación proviene de motivo, y motivo viene del verbo latino -movere, motum-, de donde también procede móvil, motor, emoción, terremoto. La palabra designa una fuerza motriz; y psicológicamente ha sido definida como: el conjunto de razones que explican los actos de un individuo o bien, la explicación del motivo o motivos por los que se hace una cosa, propósitos, inquietudes, aspiraciones y deses que mueven a las personas a actuar de determinadas formas.

Para que los individuos puedan ir alcanzando niveles de desarrollo más alto, es necesario que setisfagan sus necesidades básicas de acuerdo a su potencial. Dichas necesidades son satisfechas adecuadamente si el individuo se siente motivado siempre, ordenando dichas necesidades en una jerarquía de mayor o menor prioridad, gratificando primero las más prioritarias y después las menos prioritarias, tal es el caso de hambre, la sed, el frío, la habitación, antes que el prestigio y la fama.

Las motivaciones aparecen en una persona y cobran vida, si esa persona es capaz de dar todo su potencial para satisfacer sus necesidades de cualquier

tipo.

Maslow (1991), desde una perspectiva humanista comenta que existen 5 necesidades básicas que motivan al individuo a alcanzar la autorrealización personal en orden de importancia y son:

- 1. NECESIDADES FISIOLÓGICAS:** este nivel corresponde a la satisfacción del hambre, sed, abrigo, sueño, conservación, sexo, procreación. Una vez satisfecha esta etapa, el individuo busca satisfacer la siguiente, dejando de ser ya la anterior una meta, sino más bien la segunda, donde encontrara otro tipo de satisfacciones.
- 2. NECESIDADES DE SEGURIDAD:** esta etapa corresponde a la satisfacción que el individuo le da a sus necesidades de libertad, justicia, de un trabajo estable, derechos, integridad personal.
- 3. NECESIDADES DE PERTENENCIA:** las cuales se refieren a la satisfacción de necesidades que un individuo le da a la sexualidad, el afecto, la solidaridad, la intimidad y principalmente la aceptación de los demás.
- 4. NECESIDADES DE RECONOCIMIENTO:** las cuales corresponden a la satisfacción de necesidades de un individuo hacia el prestigio, a alcanzar un estatus en la sociedad, sentirse valorado y amado por los demás y por el mismo en función de los propios logros.
- 5. NECESIDADES DE AUTORREALIZACIÓN:** dichas necesidades corresponden a la satisfacción que una persona alcance en su nivel de trascendencia, la creatividad a todo lo que es capaz de dar, y la obtención de puestos de trabajo más elevado y más tendientes a la satisfacción interna que a la económica.

Cada ser humano debe ir alcanzando la satisfacción de necesidades de una forma paulatina hasta llegar a la quinta etapa, donde se supone desarrolla su máximo potencial, fortaleciendo su personalidad. Lo cual ocurre alrededor de los 45 años en la mayoría de los casos y donde la persona no solamente alcanza la autorrealización personal sino que incluso puede seguirla manteniendo hasta el final de sus días.

Rodríguez (1988), comenta que una necesidad que está satisfecha, deja de ser una necesidad, por lo tanto, el organismo está dominado casi siempre por necesidades insatisfechas, es por eso, que aquellos individuos que han privado de sus necesidades básicas, tienden a la frustración y a los mecanismos de defensa hacia los demás, mientras que las personas que trabajan constantemente en la satisfacción de sus necesidades se comportan con madurez y confianza en sí mismos y hacia los demás.

Entre más motivado se sienta un individuo para alcanzar su autorrealización, mayor será su capacidad de interactuar con sus semejantes, principalmente dentro de los grupos.

Maslow (1991), comenta que en un grupo laboral, las personas que alcanzan niveles de satisfacción más elevados, tienden a favorecer las relaciones humanas de grupo, a proporcionar apoyo y afecto a sus compañeros, productividad elevada, y una mejor disposición hacia el cambio y los retos de trabajo que se vayan presentando. Por eso, es tan importante que todos los individuos traten de motivar su vida satisfaciendo sus necesidades, de tal forma que su autorrealización sea plena, no solamente en función de sí mismos, sino también en función de la sociedad, la cual en conjunto desarrolla el potencial de un país, y si a este lo conforman gentes saludables en cuerpo y mente, será fomentado su crecimiento a todo nivel.

2.10. ASERTIVIDAD

La vida de cualquier ser humano, es una larga cadena de interacciones con sus semejantes, ya que de manera cotidiana se relaciona con otras personas, unas con ideologías e intereses semejantes y otras con ambas cosas opuestas. El éxito o fracaso de dichas interacciones con las demás personas, determina en gran medida el grado de felicidad personal que un individuo alcance generalmente, por lo tanto, es necesario que este aprenda a desarrollar habilidades que le permitan no sólo relacionarse adecuadamente con los demás, sino hacer más llevaderos sus propios problemas, siendo optimista y sabiendo actuar de acuerdo a cada circunstancia que se le presente.

Una habilidad que ayuda a cualquier ser humano a actuar con confianza en si mismo, pese a los obstáculos que se le presenten en cualquier área de su vida, es la asertividad.

Según Rimm (1993), asertividad es una palabra que proviene del latín -Asserere, Asertum-, que significa afirmar, y psicológicamente, desde una perspectiva cognitivo-conductual, se define como la conducta interpersonal que impulsa la expresión honesta y relativamente recta de los sentimientos, lo cual implica afirmación de la propia personalidad, confianza en si mismo y una autoestima elevada, satisfacción de necesidades y por ende autorrealización plena.

Las técnicas actuales de entrenamiento asertivo están basadas en gran medida en los escritos de Wolpe y Lazarus (1979), quienes realizaron trabajos con pacientes psiquiátricos en instituciones de salud, alcanzando en la actualidad su mayor auge dicha técnica y desarrollándose de forma cotidiana por cualquier persona, no necesariamente con patologías. De tal forma, que su

entrenamiento asertivo le ayude a mejorar su calidad de vida y a sentirse libre para manifestar sus sentimientos al comunicarse con las demás personas con las que interactúa e incluso con los extraños.

Según Rodríguez (1989), el ser asertivo, implica comunicar adecuadamente los sentimientos y pensamientos, de una forma abierta, directa y franca, evitando los extremos entre agresividad y pasividad, por ejemplo: al externar los sentimientos tales como: ¡te amo mi amor!, ¡detesto la hipocresía!, ¡creo que te equivocaste!, ¡me gusta la sopa que haces!, etc.

Una persona asertiva actúa de forma respetable, expresándose libremente sin llegar a la agresividad, comprende sus limitaciones y sabe que no siempre puede ganar, acepta o rechaza la relación con las demás personas con delicadeza, pero también con firmeza, delimitando quienes son sus amigos y quienes no lo son, manifiesta libremente sus sentimientos en un punto medio, sin llegar a los extremos, entre la represión y la agresividad destructiva. Todo esto significa, que los seres humanos reconocen sus propios derechos y los hacen valer dentro del marco de lucha de la libertad de expresión emocional, ya que, quien no sabe expresar y defender sus propios derechos, tiene poca libertad, alberga muchos temores y, en su necesidad de libertad, puede mostrarse a veces rencoroso y desagradable o con estallidos de agresividad hacia sus semejantes.

Al estar consciente de los derechos propios, el individuo, reconoce también los derechos de los demás y los respeta, ya que cuando se actúa asertivamente, se deben dominar los impulsos y los conflictos internos, tratando de que el temperamento no impida manejar adecuadamente una situación determinada.

Algunos de los derechos asertivos según Rimm (1993), y Rodríguez

(1989), más importantes para los seres humanos son:

1. derecho a ser tratado con respeto y dignidad
2. derecho a rechazar peticiones sin tener que sentirse culpable o egoísta
3. derecho a expresar y experimentar los propios sentimientos
4. derecho a detenerse y pensar antes de actuar
5. derecho a cambiar de opinión
6. Derecho a hacer menos de lo que humanamente se es capaz de hacer
7. derecho a ser independiente
8. derecho a cometer errores -y ser responsable de ellos-
9. derecho a sentirse a gusto consigo mismo
10. derecho a obtener aquello por lo que se paga
11. derecho a tener opiniones y expresarlas
12. derecho a tener derechos y defenderlos
13. derecho a ser escuchado y tomado en serio
14. derecho a estar solo cuando así se escoja
15. derecho a hacer cualquier cosa, mientras no se violen los de las demás personas.

Al estar consciente de los derechos propios, el individuo, reconoce también los derechos de los demás y los respeta, ya que cuando actúa asertivamente, se deben dominar los impulsos y los conflictos internos.

Según Rodríguez (1989), en las organizaciones, si los factores físicos y ambientales, son agradables y cómodos y los trabajadores actúan con asertividad ante sus compañeros de grupo, esto provoca seguridad y rendimiento en el trabajo, disposición en todo el grupo para aumentar la productividad, el compañerismo, la afectividad y la convivencia extra laboral.

El ser asertivo en un grupo de trabajo es muy importante, ya que desde un marco de respeto, un individuo puede manejar adecuadamente cualquier conflicto interno e integrar sus valores, capacidades y experiencia, para alcanzar el desarrollo de sus propias potencialidades, haciéndolo notar a sus compañeros de trabajo, sin reprimirse o llegar a ser agresivo en extremo, sino más bien responsable en cuanto al respeto de los demás, al expresar libremente sus propias ideas y sentimientos, lo cual, por un lado, ayudará a mejorar las relaciones de trabajo y por el otro, formar sujetos más comprometidos y autorrealizados en todos los aspectos.

En la mayoría de las organizaciones, se le está brindando mucha importancia al entrenamiento asertivo, principalmente a nivel gerencial, ya que un individuo dentro de su grupo de trabajo, debe saber comunicar sus sentimientos sin dañar a los demás, ni herir susceptibilidades, al no saber frenar adecuadamente los impulsos, lo cual crea conflictos, dentro de los equipos laborales. Esto, con anterioridad no resultaba tan importante, no obstante a todas las repercusiones que traía consigo, el no ser asertivo, tanto en el trabajo como en los demás ámbitos de la vida de una persona. Por otra parte, a pesar de que los seres humanos que interactúan en grupos de trabajo, a menudo son incapaces de lograr un entendimiento adecuado con sus compañeros, debido a los problemas serios que les aquejan, la importancia que se le brindaba era mínima. Por fortuna, en los últimos años, la sociedad mexicana, se ha preocupado por capacitar a las personas en todos los niveles, no solo para practicar la asertividad, sino para que los grupos de trabajo participantes, experimenten y apliquen este aprendizaje a su propia vida, de tal manera que esto genere un proceso de cambio en las actitudes de conducta personal, lo cual, no sólo traerá a cada individuo autorrealización personal, sino también grupal, formándose grupos más integrados y productivos, y por ende una

sociedad más saludable y consciente de los problemas que se viven en la actualidad.

2.11. CREATIVIDAD

El descubrimiento de Einstein de la teoría de la relatividad, la ley de la gravedad de Newton, las obras de Shakespeare, las pinturas de Picasso, son ejemplos de creatividad. La creatividad consiste en ver las cosas bajo una nueva perspectiva o de ver problemas de cuya existencia nadie se habla percatado antes e inventar luego soluciones nuevas, originales y eficaces (Papalia, 1992).

En consecuencia, el proceso creativo, supone la aparición de un producto original de una relación, que surge, por una parte, de la unicidad del individuo y, por otra, de los materiales, acontecimientos, personas o circunstancias de su vida. La motivación, los conocimientos previos, el aprendizaje, la independencia de carácter y la determinación son elementos que parecen desempeñar un papel importante en la producción de un trabajo creativo (Ibidem).

Todos conocemos personas brillantes que van bien en los estudios o en el trabajo, pero que muestran poca capacidad para hacer mejorar su calidad de vida. Estas personas son inteligentes, pero no creativas. También se conocen personas que realizan mal los tests y van muy apretadas en sus estudios, pero a quienes constantemente se les ocurren ideas originales. Estas personas tienen una elevada puntuación en creatividad, a pesar de que en la inteligencia presenten una baja puntuación.

La gente creativa suele ser relativamente inteligente pero, a partir de cierto nivel un C. I. más elevado no pronostica mayor creatividad.

Un motivo importante para explorar la creatividad es el deseo de animar a los individuos a tener más inventiva en todos los aspectos de la vida, tanto en beneficio de la sociedad como para su propia realización (Rogers, 1993).

Una manera de volverse más creativo, es librarse de los bloqueos conceptuales (muros mentales) que bloquean la habilidad del individuo para percibir un problema o concebir su solución. Un tipo específico de bloqueo es el emocional, en el cual el individuo siente miedo de parecer tonto al decir o sugerir una idea poco corriente o el intelectual o expresivo, como el uso de un lenguaje inadecuado para resolver un problema imaginándoselo o utilizando palabras.

El móvil de la creatividad es una tendencia del hombre a realizarse, a llegar a realizar sus potencialidades, con un impulso de expandirse, crecer, desarrollarse y madurar, que se manifiesta en toda la vida orgánica y humana, es decir, la tendencia a expresar y realizar todas las capacidades de sí mismo. Esta tendencia, puede quedar profundamente enterrada bajo capas y capas de defensas psicológicas sedimentadas o bien ocultarse tras mascarar elaboradas que niegan su existencia, sin embargo, la creatividad existe en todos los individuos, y solo se necesitan las condiciones propicias para liberarse y expresarse (Rogers, 1993).

La naturaleza misma de las condiciones internas de la creatividad implica que estas no pueden forzarse, sino que es necesario aguardar que aparezcan espontáneamente. El campesino no puede hacer que la semilla germine; solo puede proveer las condiciones nutritivas adecuadas para su desarrollo. Lo mismo sucede con la creatividad, en donde se deben crear condiciones de seguridad y libertad psicológica y así elevar al máximo la posibilidad de que surja una creatividad constructiva en los individuos (Ibidem)

El factor principal que contribuye a transformar el trabajo en primera necesidad de la vida es el aumento de la actividad creadora. Una de las diferencias más espectaculares entre el hombre y los animales inferiores, es que

el hombre ha sido capaz de dominar y superar a la naturaleza a través de la cultura. Todos los grandes hombres, aún los más primitivos del centro de Africa y de los montes de Sudamérica, exhiben manifestaciones culturales propias e inconfundibles. Cada cultura es la síntesis de la creatividad innata e implacable del hombre, el cual quiere expresarse, proyectarse, sublimarse, controlar y progresar (Papalia, 1992).

Desafortunadamente en los países de tercer mundo, en este caso en México, se vive un clima de cierta resignación respecto a la creatividad, parece los mexicanos piensan las nuevas ideas, las nuevas tecnologías, los nuevos estilos, pero nacen y se desarrollan en los países poderosos. A México le toca observar e importar o copiar.

En las instituciones existe otro factor desfavorable a la creatividad, esta vez no característico de los países subdesarrollados, sino general y universal, el miedo de los de arriba a la creatividad de los de abajo.

Cuanto más inseguros son los jefes, tanto más necesitan moverse sobre caminos ya probados y trillados y tanto más miedo sufren ante sus colaboradores inquietos, cuestionadores e innovadores: se creen amenazados por ellos y se defienden.

Existen ciertas estrategias para ser más creativo en beneficio de la sociedad y del individuo mismo, estas son, según Rodríguez (1988):

1. Tomar tiempo para entender un determinado problema antes de empezar a resolverlo.
2. Tener todos los datos claros en la cabeza.
3. Identificar los datos que parezcan más importantes.
4. Preparar un planteamiento para abordar el problema.

5. Tratar conscientemente de ser original y de tener ideas nuevas.
6. No preocuparse por el ridículo si se dice o se sugiere algo poco corriente o si se llega a una solución equivocada.
7. Eliminar del pensamiento los tabúes culturales que puedan entorpecer la habilidad para obtener una solución innovadora.
8. Dibujar esquemas que ayuden a visualizar el problema.
- 9.- Escribir las ideas para poder captar los puntos importantes y para buscar modelos y volver a ellos más tarde.

IZT.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTÁCALA

2.12. MANEJO DE ESTRES

En el momento actual se vive en un ambiente lleno de presiones. Por todas partes se levantan exigencias que ponen a prueba la capacidad de adaptación de cada ser humano. Regularmente la sociedad se enfrenta con la publicidad, propaganda política, preocupaciones económicas, bombardeo constante de noticias, es decir la mayoría de la gente vive en constante estrés.

El estrés es la acumulación de las presiones normales y anormales de la vida diaria que ponen a prueba la habilidad del individuo para enfrentarlas (González, 1991).

Existen dos tipos de estrés uno positivo y el otro negativo. El primero se le considera como una oportunidad porque ofrece una ganancia potencial, ya que las personas a menudo se valen del estrés para superarse y dar su máximo esfuerzo. Mientras que en el caso del estrés negativo es intensificado paulatinamente por el sujeto y algunas veces asociado a adicciones, provocando demencia o en casos extremos la muerte por ello en tal caso, el proceso de adaptación entra en las fases siguientes, según Robbins (1987):

- 1. REACCION DE ALARMA:** el cuerpo muestra los cambios característicos de la primera exposición al estresor, al mismo tiempo disminuye su resistencia. Si el estresor es suficientemente fuerte (quemaduras severas, temperaturas extremas, etc.), la muerte puede sobrevenir.
- 2. ETAPA DE RESISTENCIA:** Surge la resistencia si la exposición continuada al estresor es compatible con la adaptación. los signos corporales propios de la reacción de alarma prácticamente desaparecen. La resistencia sube por encima de lo normal.

3. ETAPA DE AGOTAMIENTO: el ser expuesto al mismo estresor en forma continua y prolongada, llega a agotar la energía para la adaptación, no obstante que el organismo se haya adaptado previamente. Los signos de la reacción de alarma reaparecen, pero ahora son irreversibles. En relación a esto, Robbins (1987), comenta que el estrés provoca síntomas, los cuales pueden englobarse de manera general en tres categorías y son las siguientes:

SINTOMAS FISIOLÓGICOS: se observan cambios en el metabolismo de los individuos, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, elevación de la presión sanguínea, cefaleas y ataques cardíacos.

SINTOMAS PSÍQUICOS: se observan estados de tensión, ansiedad, irritabilidad, aburrimiento, aplazamientos, insatisfacción.

SINTOMAS CONDUCTUALES: se observan cambios en la productividad, ausentismo, en los hábitos alimenticios, mayor consumo de cigarrillos o de alcohol, habla rápida agitación y problemas de insomnio.

Ciertos hechos suelen acumular mayor cantidad de presiones en nuestra vida. Los cambios, en general, someten a dura prueba la capacidad de adaptación que hay en el organismo de cada ser humano. Algunos ejemplos son, según González (1991), los siguientes:

- Muerte del cónyuge, divorcio, separación marital, encarcelamiento por condena, muerte de un familiar cercano, herida personal o enfermedad, matrimonio, despido del trabajo, jubilación, reconciliación marital, cambio de salud de un miembro de la familia, ajustes económicos, muerte de un amigo cercano, cambio a otra área de trabajo, cambio en el número de discusiones con la pareja, cambio de casa, violación menor a la ley. En cuanto al estrés laboral, se encuentran dentro de los estresores más importantes: dejar el

cigarro u otra adiccion, hablar ante un público numeroso, problemas cotidianos, fusión de empresas, nueva tecnología en la oficina, adiccion al trabajo (más de 12 horas diarias), el estrés de viajar (más de 4 días al mes), transporte público (más de 5 horas por semana), jefe nuevo.

El estrés tiene importancia para el individuo y para el grupo, así como implicaciones para el sistema de una organización. Ya que el estrés parece estar vinculado al desempeño y satisfacción del empleado, pues el estrés es una condición dinámica en la cual el empleado se halla ante la oportunidad, limitación o exigencia relacionadas con lo que desea de su trabajo y de su grupo y para las cuales, el resultado se considera determinante para su desarrollo.

El estrés que se da en el grupo de trabajo constituye una de las principales causas de la enfermedad de las coronarias, además de su importancia para la calidad de la vida humana, esas consecuencias tienen repercusión directamente en la organización, pues la cardiopatía provocada por el estrés aumenta el ausentismo a corto y a largo plazos y la necesidad de sustituir a los empleados por jubilación o fallecimiento prematuros (Robbins, 1987).

El manejo adecuado del estrés implica tomar en cuenta los diversos aspectos de la vida de un individuo, como lo son: el personal, familiar, social, ambiental y espiritual. Esto es posible llevarlo a cabo mediante los siguientes pasos, según González (1991):

1. **AMOR A SI MISMO:** si el individuo no siente amor por sí mismo, le es muy difícil aprender el manejo del estrés, y para mantenerse dentro de los límites saludables, debe sentir autoaceptación, estima y tener cuidado con el propio yo.

- 2. MEJORES HÁBITOS PERSONALES:** el buen manejo del estrés supone un estilo de vida saludable a través de mejores hábitos personales, siendo un paso hacia la liberación de los excesos, lo cual también implica una mejor integración con el propio cuerpo. Es posible lograrlo mediante el ejercicio físico, ejercicios de respiración profunda, la toma de la consciencia hacia la realidad, alimentación natural balanceada, medio natural saludable, medio social positivo, postura corporal con la columna recta, emociones positivas (amor, alegría, paz, esperanza, etc.), nivel normal de estrés.
- 3. OBJETIVOS SALUDABLES:** un punto muy importante para poder dominar el estrés es tener objetivos y metas claras. Al iniciar una empresa se debe tener claro el fin que se persigue, planteándose cosas concretas, en la línea de la salud, del equilibrio, de la armonía con todos los demás y con la naturaleza entera.
- 4. RELACIONES AMOROSAS CON LOS DEMÁS:** se vive una época diferente, se está acabando el tiempo en que el amor aparecía como asunto romántico y reservado para la intimidad. Hoy, sobre todo en el mundo de las instituciones, se recupera su sentido público y práctico, ya que el amor no solo trabaja para las ganancias de las empresas o instituciones, sino también para beneficio de las personas. El amor y el apoyo familiar alivian la presión del estrés. Y si este aspecto de la vida personal de cada individuo funciona bien, éste habrá dominado la defensa más valiosa que se puede encontrar contra el estrés. Siendo por supuesto igual de importante comprender y amar a las personas o a los grupos que forman el trabajo y la sociedad.

C A P I T U L O I I I

EL MANEJO DE PACIENTES EN ESTADO DE CRISIS EN LA SALA DE URGENCIAS Y HOSPITALIZADOS DEL IMSS.

Acudir a la sala de urgencias del Seguro Social, no siempre se relaciona con un suceso traumático o una crisis de la vida. Mucha gente por lo común, visita la sala de urgencias para tratamiento médico rápido, por ejemplo: para que se le inyecte contra la alergia o para recibir prescripción para un resfriado común. Sin embargo, para muchos otros pacientes, su visita a esta es un suceso ligado muy de cerca a una gran crisis de la vida.

Según Slaikeu (1993), una crisis es un estado temporal de trastorno emocional y desequilibrio, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas y el potencial para obtener un resultado radicalmente positivo o negativo.

Todas las personas se encuentran expuestas a sufrir una crisis en su vida personal. La resolución inadecuada de ésta y sus consecuencias, pueden conducir a los individuos a un deterioro psíquico a corto o a largo plazo.

Las enfermedades o lesiones que traen los pacientes a las salas de urgencias del Seguro Social, a menudo son heridas repentinas o inesperadas, y algunas veces casos de vida o muerte. La crisis psicológica que acompaña a una enfermedad grave o lesión física, se relaciona con frecuencia a la amenaza percibida hacia los propósitos importantes de la vida y pérdida potencial, resultando en sentimientos de impotencia e incapacidad para manejar la situación, usando los mecanismos de resolución de problemas acostumbrados. La visita a la sala de urgencias, por sí misma llega cuando el paciente y su

familia son los primeros que sienten la crisis. El choque emocional, la cólera, la histeria y aún la violencia física no son síntomas raros de pacientes en crisis en la sala de urgencias. En virtud de su presencia en el principio de la crisis, los trabajadores de la sala de urgencias tienen la oportunidad de reconocer las dificultades potenciales en adaptaciones futuras y referir a los pacientes a los servicios de salud mental, si así lo requieren.

La capacidad de las salas de urgencias del Seguro Social para tratar las concomitantes psicológicas de las urgencias físicas varía ampliamente. Por tradición estas salas ofrecen tratamiento médico, de protección a la vida, con poca atención en términos de espacio físico, entrenamiento de personal y política administrativa a los problemas psicológicos de los pacientes y sus familiares.

En las salas de urgencias, la enfermedad física y lesiones, con frecuencia son precipitantes de una crisis psicológica que debe ser atendida regularmente con tratamiento psicoterapéutico, por lo cual dichas salas deben equiparse para ofrecer intervención en crisis tanto a pacientes como a los miembros de su familia más cercanos y amigos, no obstante a que en realidad no todos los hospitales del Seguro Social, cuentan con estas características, para que dentro del tratamiento a seguir, se encuentre como punto principal, la primera ayuda psicológica.

Bellinger (1987), comenta que en la primera ayuda psicológica de los pacientes que visitan la sala de urgencias debido a sucesos precipitantes, cualquiera que sea el tratamiento a elegir, deben encontrarse los objetivos más óptimos para el paciente, proporcionándole apoyo. En vista de que un paciente con estas características, queda sometido a alteraciones emocionales muy variables, y la ayuda terapéutica que se le brindé debe de ser muy específica, de

tal forma, que pueda ajustarse rápidamente a sus nuevas condiciones físicas y a su medio ambiente.

Lo mismo ocurre con los pacientes hospitalizados, para quienes, las lesiones sufridas constituyen una amenaza a la supervivencia, o significan la posibilidad de una alteración física permanente que puede tener como consecuencia la pérdida de su sistema de vida. De ahí la honda sensación de temor que se observa en los pacientes hospitalizados (post-operados o convalecientes en algún piso del hospital). Las lesiones de cara y manos son las generadoras de mayor depresión. Las lesiones de los órganos genitales los hacen sufrir profundamente por la idea de perder la sexualidad y la capacidad para ser amado. Ciertos pacientes están afligidos, sobre todo por la idea de que una incapacidad permanente no les permita valerse por sí mismos y se vean obligados a depender de alguien, puede también aparecer sentimiento de culpa si el enfermo considera que el accidente se debe a negligencia de su parte y puede llegar a considerarlo como un castigo.

Fuente (1989), comenta que a los pacientes hospitalizados les ataca una fuerte depresión debido a que tienen que alterar sus planes trazados y sus metas fijadas para un futuro más o menos próximo se trastornan por completo. La separación del medio familiar les produce angustia y el traslado a ambientes especiales, hacen que falten en el momento más necesario el afecto y la comprensión de los seres queridos. El choque emocional y el miedo a perder órganos importantes para el trabajo, hacen posible la aparición algunas veces, de pérdidas de alguna función sin lesión orgánica. Un aspecto importante es la intensidad del dolor, con frecuencia el dolor físico es tolerable, pero los factores emocionales lo intensifican mucho, incluso puede aparecer sentimiento de hostilidad si el paciente cree que no se le prodigan los cuidados necesarios.

La influencia de los factores psíquicos en la evolución de los daños físicos que sufre el paciente, ha sido poco apreciado, no obstante a que se puede asegurar actualmente, que los factores emocionales tienen influencia considerable en la recuperación del enfermo.

La ayuda psicoterapéutica empieza desde el primer contacto con el paciente, en vista de que es constante su extrema depresión y desconfianza en la capacidad de los que lo atienden, por lo que es preciso que el psicólogo gane su confianza, quien le dará seguridad a él y deberá establecer un contacto directo entre ambos de forma indispensable, dándose con ello, un paso importante en su curación .

Hyman (1992), menciona que psicoterapia es cualquier forma de tratamiento por medios psicológicos que lleva a cabo una persona adiestrada a través de una relación profesional con un paciente, con el propósito de ayudarlo a remover o atenuar síntomas o patrones de conducta indeseables o mejorar el funcionamiento de su personalidad y sus relaciones con los demás. El elemento central en la mayoría de las formas de psicoterapia, es la experiencia interpersonal, mediante la cual, el paciente, con la interacción del terapeuta, logra adquirir una mayor esperanza para mejorar su situación, logra también reorganizar sus percepciones, cierto conocimiento de su problema y, posiblemente, logra también modificar su conducta en un sentido positivo.

Slaikeu (1993) y Bernstein (1991), comentan que la psicoterapia no es una función exclusiva del psicólogo, los psiquiatras se adelantaron al psicólogo clínico en este oficio y en la actualidad, hay otras muchas profesiones que participan en estas actividades, entre estas se hallan los psicólogos asesores, los trabajadores sociales, las enfermeras psiquiátricas, los asesores de rehabilitación, los diversos ministros religiosos, los trabajadores con grupos y

otros.

Por lo tanto, la primera ayuda psicoterapéutica en un proceso de crisis dentro del Seguro Social, la puede brindar cualquier persona que le brindé confianza al paciente, aunque no se encuentre previamente capacitada para ello, basta con escucharlo solamente, y posteriormente derivarlo con el profesional, esencialmente, en los casos de intento de suicidio.

En el caso particular de los psicólogos que prestan sus servicios en los hospitales del Seguro Social, tanto en las salas de urgencias como en hospitalización, estos ejercen la psicoterapia, de acuerdo con su método personal de trabajo, ya que existen múltiples escuelas y corrientes psicológicas para ejercer la psicoterapia, sin embargo, existe cierta unanimidad en cuanto técnicas terapéuticas en los Hospitales de Traumatología y Ortopedia de tercer nivel. En el Hospital de Traumatología y Ortopedia de "Lomas Verdes", se utiliza la intervención en crisis de primer orden o también llamada: primera ayuda psicológica, la cual, se brinda generalmente a los pacientes en la sala de urgencias y con el primer contacto con el paciente y en una sola sesión terapéutica, y su objetivo principal es ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis, es decir, la restauración del equilibrio o la reobtención de la capacidad del individuo para enfrentar la situación.

También se utiliza la intervención en crisis de segundo orden o también denominada psicoterapia breve, la cual se brinda regularmente a los pacientes hospitalizados, y como continuidad de la intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica. Su objetivo principal, se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, y dirige mejor la resolución de la crisis, es decir, en concreto,

persigue la reducción del síntoma, reorganización de la personalidad o cambio conductual. El apoyo psicoterapéutico se brinda durante la estancia hospitalaria del paciente únicamente, la cual es variable y de ello depende el número de sesiones terapéuticas, ya que no se les brinda seguimiento, después de su egreso del hospital. En dichos pacientes, la disposición y capacidad del psicoterapeuta para asumir la psicoterapia, es determinante en el avance positivo o negativo de los patrones o síntomas conductuales indeseables.

Dentro de las técnicas terapéuticas que han sido más efectivas para apoyar la intervención en crisis de segundo orden o psicoterapia breve en el Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, se encuentran: la terapia racional emotiva, la relajación muscular progresiva, la solución de problemas, la terapia ocupacional y la terapia de juego, de las cuales se hablará posteriormente, más ampliamente y por separado.

3.1. INTERVENCIÓN EN CRISIS DE PRIMER ORDEN

La intervención en crisis de primer orden o también denominada: primera ayuda psicológica, persigue como objetivo primordial: ayudar a la persona a que recobre el nivel de funcionamiento que existía inmediatamente antes del suceso de crisis, es decir, ayuda al paciente a la restauración del equilibrio o a la reobtención de su capacidad para enfrentar la situación.

Slaikeu (1993), define que un modelo amplio de intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica, debe hacer algunas distinciones importantes en cuanto a: técnicas, tipo de tratamiento, servicios específicos de rescate, objetivos y entrenamiento. El modelo necesita considerar al individuo como un participante activo en muchos sistemas comunitarios diferentes (familiar laboral, religioso, vecindario). Dicho modelo, debe distinguir a la intervención en crisis de primer orden de la de segundo orden, también llamada psicoterapia breve.

La intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica, implica ayuda inmediata y casi siempre toma una sola sesión, y fundamentalmente proporciona apoyo, reduce la mortalidad y proporciona a la persona en crisis un recurso de ayuda. Además, la pueden y deben brindar las personas que observen primero la necesidad, en el momento y lugar en que se origina. Se puede enseñar a los padres a brindar la primera ayuda psicológica a sus hijos de la misma manera que se les enseña la primera ayuda física en caso de urgencia. Al igual que la policía proporciona la primera ayuda psicológica cuando interviene en riñas domésticas, como lo hacen los abogados cuando se toman el momento para aconsejar a un cliente emocional y luego referirlo a un asesor psicoterapeuta.

Bernstein (1991), comenta que la intervención en crisis de primer orden, es una intervención breve tomándose donde sea, desde algunos minutos hasta horas, dependiendo de la gravedad de la desorganización o trastorno emocional de la persona en crisis y la capacidad del ayudante, siendo más efectivas las intervenciones al principio de la crisis.

Para la persona en crisis, lo esencial del problema es que se siente sencillamente incapaz de tratar las circunstancias abrumadoras confrontadas en ese momento. La finalidad primordial del ayudante es entonces, ayudar a la persona a que tome las medidas concretas hacia el enfrentamiento de la crisis, que incluye el manejo de sentimientos o componentes subjetivos de la situación, e iniciar el proceso de solución de problemas.

Según Slaikeu (1993) y Hyman (1992), existen tres subobjetivos de la intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica, que orienta la actividad del ayudante. El primero, es proporcionar apoyo y descansar sobre la premisa de que es mejor para las personas no estar solas al soportar preocupaciones extraordinariamente agobiantes. Uno de los aspectos más humanos de la intervención en crisis, es dar apoyo y ayuda a la gente cuando la presión está al máximo. Concretamente, significa permitir que la gente hable, brindando cordialidad y preocupación, proporcionando una atmósfera en que puedan expresarse la angustia y la cólera. También significa renovar fuerzas para la gente que está consciente solo de su propia debilidad durante la crisis. Brindar apoyo, no es, sin duda, un concepto nuevo, por el contrario, llega a través de la historia en campos como la medicina, sacerdocio y otros servicios humano-sociales.

Reducir la mortalidad es el segundo de los subobjetivos, el cual se dirige a salvar vidas y prevenir lesiones físicas durante la crisis. No es poco común,

que algunas de ellas conduzcan a una lesión física (maltrato a un hijo o cónyuge) o aún la muerte (suicidio, homicidio), en especial en una sociedad donde la violencia es parte de la vida diaria. La primera ayuda psicológica, entonces, es tomar medidas para reducir las posibilidades destructivas y controlar la situación. Ocurre regularmente que en pacientes hospitalizados que han sido amputados o que sufren lesiones deformantes que les impedirán continuar con su vida normal, se manifieste una fuerte depresión que concluya en intento de suicidio, o agresiones físicas a su persona y a la gente que les rodea en el medio hospitalario.

El tercer subobjetivo de la intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica es proporcionar enlace a recursos de ayuda y se vincula directamente con el momento en que el individuo ha agotado los recursos y suministros personales y en vez de resolver de inmediato el problema total, el psicólogo identifica con precisión las necesidades críticas y luego realiza una referencia apropiada a alguna otra persona asistente o institución. A menudo esta referencia se hará durante la asesoría individual variada a corto plazo (psicoterapia breve o de segundo orden). Otras veces se destinarán a la asistencia legal o ayuda de una institución de servicio social. En cualquier caso, la línea base en la primera ayuda psicológica es proveer de enlace adecuado de modo que la persona empiece a tomar medidas apropiadas hacia el enfrentamiento de la crisis.

La intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica, debe contener 5 elementos indispensables para que esta pueda llevarse a cabo adecuadamente y son, según Slaikeu (1993):

1. HACER CONTACTO PSICOLÓGICO: se describe este componente como empatía o -estar acorde- con los sentimientos de la persona durante una

crisis. Identificada en gran medida con la terapia centrada en el paciente de Carl Rogers, escuchar con empatía es una precondition para cualquier actividad de ayuda. Lo cual significa escuchar hechos y sentimientos (que pasó, además del cómo se siente la persona al respecto), y usar exposiciones reflexivas para que de esa manera la persona sepa que el psicólogo escucha lo que se dijo. En la desorganización y trastorno de la crisis, a menudo la novedad o extraño de la experiencia es la parte más atemorizante. La primera labor del psicólogo, entonces, es la de estar atento a cómo los pacientes visualizan la situación y comunicar cualquier entendimiento que surja. El contacto psicológico no siempre se realiza exclusivamente a través de la comunicación verbal. Algunas veces el contacto físico no verbal es más efectivo, por ejemplo, tocar o abrazar a una persona que está muy trastornada. Los clínicos y pacientes mencionan que un contacto cariñoso o el brazo alrededor de los hombros tienen con frecuencia, un importante efecto tranquilizante además de significar interés humano.

En el contacto psicológico, la persona en crisis debe sentirse escuchada, aceptada, comprendida y apoyada, lo que conduce a la reducción de la intensidad de las emociones. El contacto psicológico sirve para reducir el dolor de estar solo durante una crisis, pero en realidad conduce a más que esto, al reconocer y legitimizar sentimientos de cólera, daño, angustia, etc., y de ese modo reducir la intensidad emocional, la energía entonces, puede reorientarse a efectuar algo sobre la situación.

2. EXAMINAR LAS DIMENSIONES DEL PROBLEMA: el segundo componente de la intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica, implica estimar las dimensiones o parámetros del problema. La investigación se enfoca sobre tres áreas; pasado, presente y futuro inmediatos. El pasado inmediato se refiere a los sucesos que culminan en el estado de crisis, en especial el suceso específico que desató o precipitó la crisis (la muerte de un

ser querido, daño físico, desempleo, separación del cónyuge, etc.). También es importante determinar el funcionamiento de la persona antes de la crisis. Sin emplear una investigación sistemática, el psicólogo puede estar atento a las características sobresalientes de la vida conductual, afectiva, somática, interpersonal y cognoscitiva. Aquí, la intervención se dirige por la premisa de la teoría de la crisis, que para la mayoría de la gente, el estado de crisis tiene un suceso precipitante (¿cual es?), una incapacidad para enfrentar lo que conduce a la crisis (¿por que no lo puede enfrentar ahora?). El objetivo principal de este segundo aspecto de la primera ayuda psicológica es: trabajar hacia un ordenamiento del grado de las necesidades de la persona dentro de dos categorías (1) problemas que deben tratarse de inmediato, y (2) problemas que se pueden posponer. Un papel importante para el psicólogo, es apoyar es este proceso de ordenamiento.

3. EXPLORAR LAS SOLUCIONES POSIBLES: el tercer componente de la primera ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden, implica identificar un rango de alternativas de soluciones para necesidades inmediatas y las posteriores identificadas previamente.

El psicólogo hace preguntas, preguntando acerca de lo que el paciente ya ha intentado, luego consigue que la persona en crisis genere alternativas seguidas por otras posibilidades que proponga el psicólogo. Se exploran pros y contras de cada una de las soluciones. Entonces, se resumen y categorizan como adecuadas a las necesidades inmediatas y posteriores identificadas. Y solo después de explorar las sugerencias hechas por el paciente, el psicólogo participa en el proceso de inspiración súbita para generar otras soluciones al problema, es decir, deben identificarse algunas soluciones factibles para dirigir las necesidades más apremiantes. En la mayor parte de los casos (exceptuando un paciente demasiado confundido que sea incapaz de participar en el proceso),

habría un acuerdo entre el paciente y el asesor sobre la aceptación de las soluciones elegidas, si esto no se ha realizado, entonces algún "obstáculo" probablemente no se ha explorado, e indicar la necesidad de hablar más sobre los parámetros del problema, soluciones, y/o contienda entre los dos.

4. AYUDAR A TOMAR UNA ACCIÓN CONCRETA: relaciona directamente la acción con la orientación del propósito de la intervención en crisis de primer orden, el cuarto componente de la primera ayuda psicológica involucra ayudar a la persona a tomar alguna acción concreta para enfrentar la crisis. Es importante recordar que el paciente debe tomar una solución concreta como sea capaz. Solo cuando las circunstancias dañan con gravedad la capacidad del paciente para actuar, el psicólogo toma el papel activo, y aún entonces esto se realiza en un modo gradual. Dependiendo de dos factores principales (mortalidad y capacidad de la persona en crisis para actuar en su propio beneficio), el psicólogo toma una actitud facilitadora o directiva para ayudar al paciente a abordar la crisis. Si la situación es alta en mortalidad (peligro para el paciente, el mismo o alguien diferente), o si la persona no es capaz de cuidarse a sí misma (ebria, con lesión física o tan perturbada emocionalmente como para estar incapacitada), entonces la actitud del psicólogo será directiva. Cuando no hay peligro para sí mismo u otros o para la persona, aunque esté perturbada emocionalmente y desorganizada, es capaz aún de hacer cosas como conducir hacia su hogar, llamar al cónyuge, soportar un largo fin de semana, entonces el papel del psicólogo es más falicitador que directivo. El enfoque facilitador puede clasificarse desde el escuchar activo hasta el consejo. Muchas veces el consejo tiene tanto que hacer con los pensamientos y la conducta, así como cuando el psicólogo proporciona nuevas clasificaciones o formas para definir el problema. Para la mayoría de la gente la desorganización y el trastorno excesivos, característico de la crisis, son aterradores y nuevos. Al

carecer de caminos para conceptualizar y comprender la experiencia, muchos pacientes en crisis dicen tener miedo de "volverse locos", "perder la cabeza", "perder el control", como si sus sentimientos fueran un signo de enfermedad mental. El terapeuta tiene entonces la oportunidad/responsabilidad de proporcionar clasificaciones precisas y facilitadoras para la resolución de la crisis.

5. SEGUIMIENTO: El último componente de la intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica implica deducir información y establecer un procedimiento que permita el registro para revisar el progreso. La actividad principal del psicólogo aquí es, especificar el procedimiento para el paciente y el terapeuta que estará en contacto con él en un momento después. El registro puede ocurrir a través de un encuentro cara a cara, o por teléfono. Es importante especificar quien llamara a quien, como también el momento y el lugar del contacto. El objetivo de seguimiento es ante todo completar de nuevo la retroalimentación o determinar si se han o no realizado los propósitos de la primera ayuda psicológica: proporcionar ayuda, reducir la mortalidad, enlazar los recursos consumados. Además, el seguimiento facilita otras etapas hacia la resolución de la crisis. Esto permite al psicoterapeuta operacionalizar las soluciones posteriores descritas previamente (como referencias para la terapia en crisis subsecuente). En cada caso, existe un control sea o no la solución particular inmediata que fuese apropiada para este tipo de necesidad. Si las necesidades inmediatas se encontraron por una de las soluciones inmediatas convenidas, seguidas por pasos de acción concretos, y si el enlace para necesidades posteriores se realizó, entonces el proceso es completo y la responsabilidad del psicólogo asesor termina. Si, por otro lado, estas condiciones no se han encontrado (por ejemplo, la acción convenida no ayudó en la forma en que se intentaba), entonces el psicólogo regresa a la etapa 2

(explorar las dimensiones del problema) y reexamina la situación como de apoyo presente. Entonces el proceso continua a través de posibles soluciones, acciones concretas y seguimientos,

La primera ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden, principalmente proporciona apoyo, reduce la mortalidad y vincula a la persona en crisis con otros recursos de ayuda, como la intervención en crisis de segundo orden o psicoterapia breve, la cual se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, y dirige mejor la resolución de la crisis, ya que requiere más tiempo que la primera ayuda psicológica y también de más habilidades y entrenamiento sobre la participación del psicoterapeuta que hace la primera ayuda psicológica, es decir, la psicoterapia breve es una empresa a corto plazo, dura algunas semanas o meses y puede ser la continuidad de la intervención en crisis de primer orden. Por otra parte, la primera ayuda psicológica difiere de la psicoterapia breve. En tanto la primera ayuda psicológica puede proporcionarse casi en cualquier lugar (teléfono, estación de autobuses, hogar, en la calle, oficina), la psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden tiene los mismos requerimientos de espacio físico como cualquier otra forma de asesoría o psicoterapia (cuarto privado en el que el psicoterapeuta y paciente o familia pueden hablar/trabajar una hora o más por sesión).

3.2. INTERVENCIÓN EN CRISIS DE SEGUNDO ORDEN

La intervención en crisis de segundo orden o también llamada psicoterapia breve, a diferencia de las intervenciones que van de meses a años en la psicoterapia a largo plazo, dura poco tiempo y casi siempre, es la continuidad de la intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica.

Según Slaikeu (1993), la intervención en crisis de segundo orden o psicoterapia breve, se refiere a un proceso terapéutico a corto plazo, que va más allá de la restauración del enfrentamiento inmediato, y dirige mejor la resolución de la crisis, es decir, intenta reducir el síntoma, reorganizar la personalidad o provocar un cambio conductual. Esto implica ayudar a la persona a enfrentar la experiencia de crisis (expresando sentimientos, obteniendo dominio cognoscitivo de la situación, etc.), de modo que el suceso llegue a integrarse en la estructura de la vida. El resultado deseado para el individuo es surgir listo y mejor dotado para enfrentar el futuro. Explicado de otra forma, la intervención en crisis de segundo orden o psicoterapia breve, busca reducir la oportunidad de que la persona se convierta en una casualidad psicológica del suceso de crisis, ya sea por la crisis del desarrollo (transición de madurez), o circunstancial (muerte inesperada de un ser querido o accidente del propio paciente). Como proceso terapéutico, la intervención en crisis de segundo orden o psicoterapia breve, es mejor comprendida como empresa a corto plazo (algunas semanas o meses), idealmente, se acompañara de un periodo de seis semanas más durante el que se restaura el equilibrio después de la crisis.

La intervención en crisis de segundo orden, no solo requiere de más tiempo que la primera ayuda psicológica, sino también de más habilidades y

entrenamiento sobre la participación del ayudante que hace la primera ayuda psicológica. -Psicoterapeuta-, es quizá, la mejor categoría general, bajo la que se incluye a psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, asesores pastorales, enfermeras psiquiátricas, orientadores escolares y otros que tienen entrenamiento formal, en terapia a corto plazo o intervención en crisis de segundo orden.

Según Knober (1990), en la intervención en crisis de segundo orden o psicoterapia breve, los modelos técnicos más estudiados, ofrecen una ampliación de la capacidad operativa del terapeuta, que puede hacer mucho por un gran número de pacientes que atraviesan por una situación difícil. No obstante a ello, la intervención en crisis de segundo orden, tiene tiempo y objetivos limitados. Pero no por ello, resulta menos completa que la psicoterapia a largo plazo. La psicoterapia breve, debe ser a todos los niveles sociales muy accesible, y no se puede constituir en criterio de aplicabilidad, el ofrecer una psicoterapia más cara a quien no puede solventar el tratamiento. Es decir, el costo psicoterapéutico, no debe variar de acuerdo a la posición social o características intelectuales del paciente, debido a que por generalidad, la intervención en crisis de segundo orden o psicoterapia breve, debe ser como una tentativa de seguimiento de la primera ayuda psicológica en pacientes que han sufrido una crisis y que requieren restaurar el equilibrio para enfrentar la situación. Al tener pocas sesiones (más de seis), se obtienen claras ventajas económicas y por otra parte, brindar terapia directa durante la crisis, no obstante a que el paciente se encuentre dentro del hospital. También tiene ventajas adicionales, ya que aumenta las oportunidades del paciente, para crecer a través de la crisis, al asistirlo y ayudarlo para que domine la situación y se traslade hacia la reorganización de una vida desorganizada.

Slaikeu (1993), dice que, si un paciente tiene que esperar horas, días o

semanas para recibir ayuda, el factor de peligro puede aumentar la crisis, resultando en pérdida de la vida (suicidio u homicidio en los casos extremos). Otro de los peligros, es que, los hábitos y los patrones disfuncionales de pensamiento pueden arraigarse profundamente en la vida del paciente y llegar a ser en extremo difíciles de cambiar más tarde.

La psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden puede llevarse a cabo en pacientes hospitalizados que han sufrido alguna crisis, no obstante a que las salas de hospitalización con frecuencia están mal equipadas para brindar apoyo psicoterapéutico. Por otra parte, a los médicos y paramédicos, se les conoce por su aversión al trabajo de este tipo, ya que ante este tipo de pacientes responden con ansiedad, desempeño deficiente, y aún evitación fóbica. Estos fracasos para proporcionar el cuidado adecuado a los pacientes en términos emocionales, se atribuyen fundamentalmente a la ignorancia del personal sobre el apoyo requerido en un estado de crisis de un paciente y a la desorganización del hospital; en vista de que por lo general, el personal está orientado a tratar urgencias médicas diagnosticables y deben trasladarse rápido a los pacientes o darlos de alta para tener espacio para otros, y por lo tanto no se les brinda el cuidado psicoterapéutico necesario en una crisis. Por otra parte, en el caso de los servicios de urgencias no están hechos para el seguimiento de los pacientes en el caso de no ser hospitalizados en los pisos de hospitalización.

Puesto que la enfermedad física y lesión con frecuencia son precipitantes de una crisis psicológica, las salas de urgencias deben equiparse para ofrecer intervención en crisis tanto a pacientes como a los miembros de su familia más cercanos.

Aunque en ocasiones las familias acuden a urgencias quejándose

explícitamente de un problema familiar, lo más habitual es que identifiquen a uno de sus miembros (el designado como paciente) como la persona necesitada de ayuda. Sin embargo, cuando un individuo acude a urgencias (en casos de intento de suicidio u homicidio) acompañado de sus familiares, suele suceder que los problemas del paciente reflejan los de la familia, aún si el problema es sustancialmente un problema individual los familiares pueden proporcionar una inapreciable ayuda al psicólogo en una situación de crisis, sobre todo cuando el paciente es una mala fuente para la realización de la historia. Asimismo, cuando la familia participa en el sufrimiento del individuo al que acompañan a urgencias, una entrevista familiar durante la psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden, puede proporcionar a los miembros la oportunidad para expresar su punto de vista, constatar su preocupación y formular preguntas. Este procedimiento puede disminuir por sí mismo el estrés familiar y estimular a los familiares a colaborar en la resolución de la crisis, además los familiares constituyen a menudo un aspecto decisivo de la solución, (Alonso, 1988).

Ahora, bien en lo referente al alcance de los objetivos de la psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden, éstos se darán siempre en base a la confianza que el sujeto deposita en el psicoterapeuta, sus expectativas para recibir ayuda, las técnicas terapéuticas empleadas en el tratamiento, una adecuada evaluación, la empatía existente entre paciente y psicoterapeuta, etc.

La psicoterapia breve tiene que basarse en el diagnóstico del problema y hacer uso de las técnicas más idóneas que ayuden al paciente a salir de su estado de crisis. Dichas técnicas existen en variadas y diversas modalidades y dependen de cada psicoterapeuta y de su formación profesional, sin embargo, las técnicas más manejadas en psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden, tomando en cuenta el espacio físico, los costos materiales y la disponibilidad humana y el enfoque que maneje el psicoterapeuta, principalmente

aquellos que difieren de las posturas psicodinámicas y que en función de dar mayor beneficio al paciente operan de acuerdo a las circunstancias siendo un tanto eclécticos dentro de un marco de referencia que vaya de acuerdo con una sala de urgencias u hospitalización del paciente, son: la relajación progresiva, la cual no es impedimento para utilizarse en el contexto de cualquier tipo de psicoterapia a corto o a largo plazo y combinada con otra técnica terapéutica; otra, como la terapia ocupacional, la cual por un lado, distrae la mente del paciente y por otro le ayuda a la reeducación y, además, le puede suministrar un nuevo oficio o profesión. La solución de problemas, la cual ayuda al paciente a que adquiera cierta habilidad en la resolución de sus problemas personales, pero principalmente como ayuda idónea en el momento de la crisis por la que atraviesa en el momento actual. La terapia de juego es otra de las técnicas que son utilizadas en problemas de niños, ya que aunque para realizar ésta dentro de un hospital resulta difícil debido al espacio físico, resulta de mucha ayuda para que el niño que atraviesa por una crisis logre expresar sus sentimientos, problemas y temores por medio del juego. La terapia racional emotiva, la cual por sí misma, resulta de mucha ayuda para el paciente que atraviesa por una crisis, ya que lo educa para que supere sus sentimientos y conductas inapropiados en un tiempo razonablemente breve, por otra parte, todas estas técnicas antes mencionadas, no solo se utilizan en la psicoterapia breve, sino que, se puede hacer uso de ellas en cualquier tipo de psicoterapia. Sin embargo, en la psicoterapia breve resultan indispensables para el psicoterapeuta que trabaja en un hospital, con servicios de urgencias y hospitalización. Los puntos más relevantes de dichas técnicas se tratan a continuación.

3.3. TERAPIA RACIONAL EMOTIVA

La terapia racional emotiva se deriva directamente de una teoría que supone que los desórdenes psicológicos surgen de patrones erróneos o irracionales de pensamiento. Los patrones de pensamiento que típicamente se manifiestan por sí mismos en cadenas de verbalizaciones preconscientes implícitas, surgen de suposiciones que comprenden el sistema de creencias básico del individuo.

Ellis y Abrahms (1989), mencionan que la terapia racional emotiva, es una técnica ideada por Albert Ellis en 1973 y es una variante cognitivo-conductual. Dicha técnica resulta un apoyo muy importante para los profesionales de la salud en pacientes hospitalizados, ya que muchas de las complicaciones y exacerbaciones de las enfermedades proceden de reacciones emocionales a acontecimientos que se producen en el curso de la vida cotidiana.

Cuando las personas están enfermas o lastimadas tienden a experimentar simultáneamente cambios psicológicos de diferentes grados de intensidad. Tales cambios son a veces más importantes que la propia enfermedad, y con frecuencia dan a los pacientes la motivación primaria para buscar tratamiento médico. Es bien sabido que muchos pacientes (no solo niños) se hallan más asustados que enfermos y que, cuando se les asegura que su trastorno físico no es serio, su alivio emocional les permite reducir sus quejas a un mínimo. La mayoría de los profesionales de la salud están bastante conscientes de que su adiestramiento no los ha equipado muy bien para tratar trastornos emocionales con el mismo grado de competencia con que pueden tratar los físicos. De manera comprensible, muchos de ellos se sienten impreparados y aún temerosos de enfocar los problemas de sus pacientes, aún cuando los mismos solo sean

ligeramente psicológicos. Asimismo, la mayoría de los profesionales de la salud simplemente no tienen el tiempo para sentarse y discutir los problemas personales de sus pacientes. Muchos de los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud en la actualidad, deberían estar preparados para ayudar a aliviar las ansiedades de los pacientes, en vista de que, muchos de ellos, en realidad piensan que, aliviar la inquietud y la depresión es casi su primera obligación. Desgraciadamente, también se dan cuenta de que a menudo, al no estar preparados para ello, es muy poco lo que pueden hacer a este respecto, salvo poner a sus pacientes bajo tratamientos antidepresivos con pastillas, las cuales, suelen crear hábito en dichos pacientes.

Ellis y Abrahms (1989), y Pérez (1988), mencionan que la terapia racional emotiva, es una técnica que puede ser utilizada en la mayoría de los trastornos emocionales. De manera específica, ha sido diseñada para ser una forma de intervención psicológica, que constituye un tratamiento de elección para intensos y profundos sentimientos de ansiedad, depresión, inadaptación, hostilidad y baja tolerancia a la frustración, ayuda también a pacientes que tienen las más severas clases de perturbaciones y aquellos con alteraciones menos graves.

La terapia racional emotiva, puede ser utilizada para ayudar a que los pacientes superen sus sentimientos y conductas inapropiados, en un tiempo razonablemente breve, porque constituye un enfoque que por una parte, es amplio y múltiple, es decir, emplea varios métodos cognoscitivos, emotivos y conductuales en forma integral y, por otra parte, es asimismo, una técnica filosófica y teórica, que pone de manifiesto las ideas esenciales creadoras de trastornos, que parecen ser la base de sus actos contraproducentes y, esto muestra claramente a estas personas, como fijar la atención en sus actos negativos y como proceder a desarraigarlos. Es una técnica realista, que a nada

compromete, así como directiva-activa y está diseñada para tener eficacia terapéutica y estimula de modo particular la psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden, como apoyo psicoterapéutico, por otra parte, no solo ha demostrado considerable efectividad clínica, sino que está respaldada por una gran cantidad de investigación experimental y se está convirtiendo rápidamente en parte importante de la psicoterapia científica moderna.

Ellis y Abrahms (1989), y Fadiman y Frager (1989), y Pérez (1988), comentan que, la esencia de la terapia racional emotiva, es representada por el modelo -A-B-C-D-E-, donde A se refiere a cierto suceso real y extenso al que un individuo se expone durante su vida cotidiana. B, se refiere a la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que utiliza como respuesta a A (suceso real que le ocurrió). C simboliza las emociones y conductas que son consecuencia de B (pensamientos o autoverbalizaciones). D se refiere a los esfuerzos del terapeuta para modificar lo que ocurre en B (pensamientos y autoverbalizaciones). E se refiere a las consecuencias presumiblemente benéficas después del tratamiento.

Todo esto debido a que, la terapia racional emotiva, se deriva directamente de una teoría que supone que los desórdenes psicológicos, surgen de patrones erróneos o irracionales de pensamiento. Los patrones de pensamiento que típicamente se manifiestan por sí mismos en cadenas de verbalizaciones preconscientes implícitas, surgen de suposiciones que comprenden el sistema de creencias básico del individuo.

La intervención del terapeuta (D), está integrada por esfuerzos directos, para hacer que el paciente examine de una manera científicamente crítica la validez o la racionalidad de las declaraciones hechas por sí mismo en el punto (B). En particular, se ayuda al paciente, a efectuar una discriminación crítica

entre aquellas declaraciones en (B), que son objetivamente verdaderas, por ejemplo: -ya no me ama- y aquellas que pueden ser irracionales, por ejemplo: -no valgo nada-. Tarde o temprano, el paciente, comprenderá lo irracional de sus pensamientos negativos y experimentará emociones más positivas y conductas consecuentes, simbolizadas en el punto (E), lo que representa, los resultados benéficos obtenidos durante el tratamiento.

En resumen, el evento A (un acontecer objetivo), lastima al individuo, dando origen a autoverbalizaciones en B, algunas de las cuales son irracionales y autoderrotantes y conducen a emociones negativas y conductas relacionadas con C. El terapeuta racionalmente, en el punto D, ayuda al paciente a examinar las relaciones lógicas, entre sus autoverbalizaciones en B, lo que conduce a la eliminación del pensamiento irracional y una consecuente mejoría del sufrimiento en el punto E.

Mientras el terapeuta le proporciona el tratamiento, el paciente puede señalar con fuerza, que está convencido de la naturaleza irracional y autoderrotante de algunas de sus autoverbalizaciones, indicando también algunas formas alternativas más saludables de pensar. Y, a pesar de todo, es probable que el paciente tienda a regresar a sus patrones de tipo meditativo entre sesiones de terapia (especialmente en la parte temprana de la terapia), y el terapeuta de terapia racional emotiva, puede dar algunos pasos para reducir este punto. Una táctica, implica que el paciente verbalice la manera en que el manejarla los sentimientos negativos, cuando el terapeuta no esté presente.

3.4 RELAJACION MUSCULAR PROGRESIVA

Una de las técnicas terapéuticas más importantes en psicología es sin duda alguna la relajación muscular progresiva, la cual resulta un gran apoyo psicoterapéutico en pacientes en la sala de urgencias y hospitalizados, a quienes se les brinda psicoterapia de intervención en crisis de primer orden y psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden.

La relajación muscular progresiva fue instituida por Wolpe y Lazarus en 1966. Si bien es una parte importante de otras técnicas psicoterapéuticas, como la desensibilización sistemática, la terapia racional emotiva, etc., puede utilizarse por sí misma como una herramienta terapéutica poderosa. Es frecuente que los terapeutas la empleen por sí misma en el tratamiento de una extensa variedad de problemas psicológicos (incluyendo la ansiedad generalizada, insomnio, depresión, dolores de cabeza, cuello y espalda y formas benignas de depresión agitada, así como estrés). Además, no hay nada en la naturaleza de este procedimiento que prohíba su utilización dentro del contexto de las psicoterapias más tradicionales o durante el transcurso del asesoramiento a corto plazo (Fadiman y Frager, 1989).

La premisa fundamental es que la tensión muscular se relaciona de alguna forma con la ansiedad y que un individuo experimentará una confortante y marcada reducción de la ansiedad sentida si puede lograr que los músculos tensos se aflojen y se pongan flácidos, principalmente después de haber sufrido algún percance acompañando de una crisis emocional. Un método poderoso y eficaz para producir dicho estado de relajación muscular, consiste en la tensión y la relajación sucesivas de los músculos disponibles en una secuencia ordenada, hasta que todos los principales grupos musculares del cuerpo se

relajen.

A lo largo de esta introducción y el procedimiento restante, un modo de hablar tranquilo y que denote seguridad en sí mismo facilitara la relajación.

Como medida de precaución, el psicoterapeuta deberá investigar si el paciente ha sufrido algún daño (por ejemplo, tortícolis o lesión en la espalda) o tiene otro malestar físico que pudiera dar como resultado dolor o mayores lesiones, en donde se tensaran los grupos musculares asociados y el psicoterapeuta debe tener especial cuidado al tratar con estos grupos de músculos, ya sea limitando la cantidad y prontitud del procedimiento de tensión o dejándolos completamente fuera de la inducción a la relajación.

Dentro de las indicaciones más importantes que se le deben dar al paciente durante la aplicación de la técnica de relajación progresiva, se encuentran, que se ponga cómodo, que afloje la ropa apretada, que no cruce las piernas y que todas las partes del cuerpo deben descansar en donde se encuentre apoyado, que realice una aspiración profunda y que expela el aire lentamente, presentando luego el primer ciclo de tensión-relajación.

Esto debido a que, con gran frecuencia, cuando se pide a los pacientes tensar un grupo de músculos, proceden a tensar automáticamente otros grupos, por consiguiente, después del primer ejercicio, es bueno sugerir al paciente que tense solamente el grupo de músculos que se le pide tensar, haciendo esfuerzo consciente para no tensar otros. Esto es especialmente difícil después de que se han relajado varios grupos de músculos, ya que sin darse cuenta, el paciente puede tensar músculos que ya han sido sometidos al ciclo tensión-relajación, lo cual debe señalarse comentando que aún cuando es común el hábito de tensar músculos que no son los del grupo pretendido, es importante reaprenderlo.

Al terminar el ultimo grupo de músculos bajo tensión-relajación, el

terapeuta puede determinar el grado de eficacia, pidiendo al paciente que indique en una escala de 10 puntos como se siente, representando 10 el máximo de ansiedad que jamás haya sentido, 1 indicando una completa relajación, como si estuviera a punto de entrar en un sueño confortable. La mayoría de los individuos que experimentan la relajación inducida por vez primera, manifiestan niveles de tensión relativamente bajos, por lo común 3 o menos en la escala de 10 puntos. Al aumentar la práctica, la escala de ansiedad cae más abajo, y después de unas cuantas sesiones no es raro que el paciente manifieste una puntuación de 1.

Puesto que la finalidad del terapeuta es enseñar al paciente a relajarse por sí mismo, debe pedírsele que practique la técnica por su cuenta, quizá por las noches en la cama. Si el paciente informa tener dificultad para dirigir su propia relajación, el psicólogo puede grabar una sesión de relajación que el paciente podrá escuchar ya en su casa y en sus ratos de ocio. No obstante, si la meta terapéutica es enseñarle al paciente a relajarse en situaciones en que sería inapropiado escuchar una cinta, se le debe estimular para que abandone la grabadora una vez que domine la técnica.

Los individuos que se someten a la técnica de relajación muscular progresiva tienden a ser altamente peculiares respecto de donde experimentan la tensión muscular inducida mediante el esfuerzo. Algunos pacientes pueden experimentar una tensión dolorosa regular solo en los hombros, la frente y quizá en el cuello. Por consiguiente, en la mayoría de los casos, una vez que el paciente ha recibido el procedimiento completo de inducción-relajación varias veces, y el proceso aprendido para identificar donde siente generalmente la mayor tensión, quizá no sea necesario que experimente todos los ejercicios para obtener un bajo nivel de tensión. Es probable que sea capaz de lograr un estado de relajación profunda en cuestión de solo algunos minutos, concentrándose

únicamente en aquellos grupos de músculos que normalmente se ponen tensos. Esto es importante porque el procedimiento completo puede durar 40 minutos, y si el paciente considera que le lleva tanto tiempo y esfuerzo para lograr la relajación, este hecho puede desanimarlo (Rimm y Masters, 1994).

Los terapeutas de la conducta difieren un tanto respecto del orden en que deben relajarse los músculos, la duración de la flexión y relajación. Sin embargo, conviene subrayar que las diferencias son mínimas y que cualquiera de las formas utilizadas provoca muy buenos resultados en el paciente.

Esta técnica de relajación involucra el entrenamiento de contraste para tensión-relajación. Se entrena al paciente a alternar la tensión con la distensión de cada área muscular principal: manos, brazos, pecho, hombros, espalda alta, espalda baja, abdomen, glúteos, muslos, músculos de las pantorrillas, pies, cuello, garganta, mandíbula, ojos y frente. La relajación progresiva se realiza por lo común en una silla reclinable o en algunos casos como en los pacientes hospitalizados en posición de decúbito y con entrenamiento previo, en el cual se le provee al paciente de información continua en relación con la actividad.

Durante las sesiones de entrenamiento, el psicoterapeuta debe comenzar dando una explicación razonada de la relajación progresiva, de acuerdo con la sofisticación del paciente. La tensión (ansiedad, agitación, incomodidad) que el paciente experimenta es más un estado físico que mental. Proviene de músculos tensos, aunque él ni se percate de ello, sólo que dicho malestar lo hace sentirse incomodo. El psicoterapeuta debe enseñarle a relajar en forma sistemática los músculos tensos, de modo que se sienta calmado en lugar de ansioso, de tal forma, que una vez que aprenda el método, sea capaz de aplicarlo por sí mismo en cualquier momento que comience a sentirse tenso (Slaikeu, 1993).

El método requiere poner en tensión un músculo o grupo de músculos en

particular, y luego relajarlos, después tensar y relajar el grupo de músculos opuestos. (El psicoterapeuta puede demostrar lo que quiere decir cerrando un puño, relajando la mano, extendiendo los dedos y relajando otra vez, para ejemplificar lo que quiere decir con grupo de músculos opuestos, indicando lo mismo para brazos, hombros, y así sucesivamente hasta que el cuerpo entero se haya relajado.

3.5. SOLUCION DE PROBLEMAS

La solución de problemas es una técnica psicológica, la cual se ubica dentro de una corriente cognitivo-conductual, no obstante, es utilizada por otros enfoques psicológicos, tales como el humanismo, el psicoanálisis, etc., en apoyo a la psicoterapia contemporánea.

Para dicha técnica, según, D' Zurrilla y Goldfried, (1981), su objetivo principal, es llevar a cabo un procedimiento para resolver problemas funcionalmente y ofrecer al paciente la posibilidad de adquirir habilidades que lo ayuden a superar sus conflictos o conductas problema. Los enfoques y métodos de psicoterapia han utilizado esta técnica, principalmente con personas con problemas de desadaptación social hacia el medio en que se desenvuelven. En consecuencia, cualquier enfoque o corriente psicológica ha llegado a identificarse con dicha técnica utilizándola sin importar hasta que punto puede corresponder a una corriente diferente. Resulta claro que la técnica de solución de problemas, conforma habilidades enfocadas directamente a la psicoterapia, por lo cual cualquier psicoterapeuta puede hacer uso de ella y manejarla en el área clínica.

El entrenamiento para solución de problemas es una parte importante de cualquier intervención en crisis de primer o de segundo orden, puesto que la crisis presenta trastornos en el enfrentamiento directo del paciente en la solución de sus propios problemas, y es que en lugar de enfocar únicamente en el problema presente, el terapeuta enseña un grupo de habilidades de enfrentamiento más generales que habilitan al paciente para tratar más eficazmente también sus problemas futuros.

Slaikeu (1993), menciona que la solución de problemas, es una técnica

psicoterapeuta que también brinda al paciente un papel activo durante la terapia, lo cual le ayuda a contrarrestar las tendencias de dependencia y en su crecimiento interior.

D' Zurrilla y Golfried (1981), Y Strickler (1991), comentan que en general, la técnica de solución de problemas para llevar a cabo la psicoterapia, abarca cinco componentes básicos y son los siguientes:

1. **ORIENTACION.** Durante la cual se exploran actitudes hacia los problemas y se ayuda al paciente a reconocer que las situaciones problemáticas son un aspecto normal de la vida que existe en muchas formas de la existencia personal y que es importante abstenerse de responder impulsivamente para enfrentar un problema.
2. **DEFINICION.** Son los diversos aspectos de una situación problema dada, los cuales se delinear en términos concretos y específicos.
3. **SOLUCIONES ALTERNATIVAS.** Una vez que el problema está claramente definido, se generan soluciones alternativas utilizando las habilidades del propio paciente.
4. **EVALUACION.** Las soluciones alternativas generadas se evalúan entonces en cuanto a su utilidad, sopesando los aspectos positivos contra los negativos.
5. **DETERMINACION.** En este aspecto se anima al paciente a actuar sobre su decisión y a evaluar hasta donde se resolvió la situación problema. En caso de que el problema no se haya resuelto satisfactoriamente, se aconseja al paciente retornar a la etapa de definición del problema y enfrentar todos los

pasos otra vez.

Es muy frecuente que el paciente invente caminos para solucionar un problema y que no sea consciente de como llego a la solución en cuestión. Por ello el psicoterapeuta, debe dar dirección y mostrar los pasos mencionados con anterioridad como modelo para abordar el problema, para que sea el propio paciente quien alcance sus propias soluciones, sin que se llegue a involucrar directamente en la solución el terapeuta o que el paciente se haga dependiente de éste.

La técnica psicoterapéutica de solución de problemas, está fundamentada principalmente, por una parte por el aprendizaje y por otra por el razonamiento. El primero es un proceso que ocurre por la asociación de experiencias previas, el segundo es la deducción de experiencias previas, las cuales tienen que ser adaptadas a las circunstancias y a las habilidades, de tal manera que pueda vencerse una determinada dificultad en la vida del paciente.

Según Slaikeu (1993), en la técnica de solución de problemas, se debe evitar que el psicoterapeuta cuente su propia historia o ignore hechos o sentimientos o intentar resolver todo en el momento inmediato, porque muchas veces, cuando los pacientes sienten que no se les está escuchando o comprendiendo en medio de una situación penosa, se resistirán a las tentativas para resolver el problema. Por lo cual se recomienda al psicoterapeuta escuchar cuidadosamente, reflejar sentimientos y hechos de aceptación y ser directivo, si y solo si se debe serlo. En resumen todo esto ayuda a que los pacientes se trasladen a soluciones sencillas para problemas complejos

3.6. TERAPIA OCUPACIONAL

La incapacidad física y la enfermedad grave son una amenaza capital para el individuo y pueden precipitar una crisis vital. Antes de que una persona sufra un traumatismo o enfermedad que lo deje impedido, es capaz de trabajar, amar, ir y venir libremente y sin restricciones, tener escapes para la tensión física, los instintos agresivos y la creatividad. Pero después de un traumatismo físico o del ataque de una dolencia crónica, el paciente puede quedar con múltiples incapacidades que desorganizan su vida familiar y sus planes futuros, alteran la imagen de su cuerpo, acaban con su posición en el trabajo y disminuyen su amor propio, su seguridad y su independencia. Además se reducen sus oportunidades para los contactos sociales, su integridad emocional se ve amenazada y el paciente puede perder el control sobre sus funciones físicas íntimas.

En el hospital, el paciente puede ser tratado en un ambiente restrictivo impersonal que es eficiente para satisfacer sus necesidades médicas, pero que fomenta sus sentimientos de desamparo y dependencia. El paciente puede llegar a identificarse en el papel de una persona incapacitada o enferma. Al enfrentarse a una nueva integración, a realidades amenazantes y al tener que considerar espantosas implicaciones en cuanto al futuro, el paciente está en grave peligro de sentirse abrumado, por lo tanto debe desarrollar, bien o mal adaptadas ciertas defensas para las cuales pueda escudarse de la realidad y ganar tiempo para realizar ajustes. Es posible que al ser dado de alta, fracase al enfrentarse a las realidades de la vida comunitaria y vuelva a ser hospitalizado (Versluys, 1990)

La terapia ocupacional viene a ser sin duda alguna, el arma más

indispensable para proporcionar rehabilitación física y psíquica a los pacientes con enfermedades graves o incapacitados físicamente por accidentes sufridos o bien aquellos que pasan por una crisis diferente de la vida. El psicólogo que presta sus servicios dentro de un hospital que atiende a este tipo de pacientes puede hacer uso de dicha técnica y alcanzar óptimos resultados en el apoyo psicoterapéutico que brindé a la población atendida. Ya que la terapia ocupacional puede ser utilizada en pacientes en los cuales, se les proporciona intervención en crisis de segundo orden dentro de un hospital donde estos se encuentran convalecientes, al igual que el tratamiento puede tener continuidad en el hogar del paciente.

La terapia ocupacional, según Bellinger (1987), es una técnica psicoterapéutica en la cual se enseña al paciente a ser útil y a sentirse bien, ya que en ella se efectúan ejercicios recreativos y productivos, que sirven para que un individuo haga objetos útiles para él y para los demás, como: la fusiocinesiterapia, en la cual se le proporciona rehabilitación a los pacientes con lesiones motoras u otros estados de minusvalidez mediante ejercicios y aparatos especiales, otros como: la lectura, pintura, dibujo, cerámica, tejidos, trabajos en mimbre, tipografía, exposiciones artísticas, juegos (cartas, ajedrez, tómbolas), cine, recitales, excursiones, etc.

La terapia ocupacional, por un lado, distrae la mente del paciente y por el otro, le ayuda a la reeducación y, además, y tal vez, lo más importante es, que le puede suministrar un nuevo oficio o profesión.

Versluys (1990), y Nicola (1992), comentan que es de gran ayuda para el paciente en estados de crisis y con periodo de adaptación inicial inmediato a hospitalización, iniciar aprendizajes que le resulten productivos, no solamente en su vida personal y familiar, sino también a la sociedad, porque el objetivo de la

terapia ocupacional, es capacitar al paciente para vivir de manera satisfactoria e independiente, reintegrarse a su familia y comunidad y una vez ahí, asumir funciones autosatisfactorias a través de la actividad voluntaria o retribuida, en materias tales como: taquigrafía, mecanografía, telegrafía, prácticas manuales como: bolear zapatos, armado de pequeños modelos de aviones o barcos, bordados, etc. Además el paciente en estado de crisis y convaleciente que permanece largas horas encamado, puede leer también obras que no solo distraigan su mente, sino también aquellas que le ayuden a formarse un concepto nuevo de la vida, o le modifiquen el actual siempre mejorándolo.

Knobel (1990), comenta que como apoyo psicoterapéutico, la terapia ocupacional es de mucha ayuda para el psicólogo en los casos de intervención en crisis de segundo orden o psicoterapia breve, ya que desde el momento en que un individuo sufre una crisis, queda sometido a alteraciones emocionales muy profundas que se reflejan en su conducta, estas alteraciones pueden ser sobrellevadas adecuadamente, si el paciente se siente productivo a pesar de sus incapacidades físicas, lo cual le devuelve la confianza en sí mismo, con una luz de esperanza de ser autosuficiente y no depender de nadie, no obstante a las carencias físicas que existen en los casos de personas accidentadas que pierden alguna parte de su humanidad, que se encuentran hospitalizados por lo mismo.

La ayuda del psicólogo que proporciona terapia ocupacional empieza desde el primer contacto con el paciente, quien debe decidir que actividades desea realizar, de acuerdo al tipo de problema y preferencias personales. Y por otra parte, es preciso que el psicoterapeuta se gane su confianza, debido a la constante y extrema depresión que presenta, dándole seguridad en el sentido de aliento y esperanza, haciéndole notar la importancia que reviste para el propio paciente, su participación activa en la realización de las actividades en cada una de las sesiones de trabajo, e incluso, en las tareas asignadas, entre una sesión y

otra, tratando también de mantener siempre su mente ocupada, por lo menos durante lo más profundo de la crisis, en tanto el paciente recobre la calma.

La terapia ocupacional corresponde a un enfoque dinámico, activo y funcional, que tiene la responsabilidad, desde el momento que inicia la crisis existencial del paciente, hasta la reintegración social de dicho paciente, principalmente aquellos pacientes que han que han sufrido daños físicos y que quedarán con secuelas para el resto de su vida. De lo que se trata, es pues, de adecuar las posibilidades reales de cada paciente a la situación apropiada para desarrollar sus aptitudes, según sus propios intereses que vayan acorde con su realidad social. Y es menester del psicoterapeuta motivar lo y encaminarlo adecuadamente, incidiendo principalmente en lograr el equilibrio psíquico del paciente, lo cual le ayudará a restablecerse en todos los aspectos.

3.7. TERAPIA DE JUEGO

Si los adultos aprendieran a responder de manera efectiva a los niños en los momentos de crisis en su vida, que los llevan a buscar apoyo, y en momentos críticos subsecuentes que son parte del crecimiento, se salvarían muchos de ellos de convertirse en clientes del psicoterapeuta durante el resto de su vida (Winnicott, 1984).

No es raro encontrar frecuentemente niños que están enfrentando el divorcio de sus padres, el desempleo del padre, maltrato de un padre, la muerte de un padre o hermano, o el trastorno psicológico ocasionado por una enfermedad física o traumatismo, lo cual se manifiesta en un estado de crisis emocional, ya que resulta difícil para el niño enfrentar una situación de esta naturaleza, que se traduce en estados emotivos de enojo, frustración, incapacidad para concentrarse, aislamiento, trastornos emocionales, disminución en el desempeño académico, conducta agresiva, desorientación cognoscitiva, y que evidentemente requieren tratamiento psicoterapéutico para enfrentar la crisis, pero que la mayoría de las veces, los propios padres no le dan la importancia necesaria en los momentos más difíciles, ya sea porque se encuentran concentrados en el problema que se olvidan del niño o por ignorancia y apatía hacia lo que no consideran de importancia, sin embargo, la tiene en sobremanera.

La terapia de juego es un auxiliar excelente en el manejo adecuado de niños que atraviesan por una crisis existencial de cualquier tipo. West (1994), Axline (1992), y Rogers (1989), opinan que, la terapia de juego es un método de ayuda para el niño, que se basa en el hecho de que el juego es el medio natural de autoexpresión que utiliza el niño para manifestar sus sentimientos. En

él, los pequeños ponen de manifiesto en su mundo, las ideas y sentimientos que han asimilado en su contacto con el medio natural y con otras personas, y como las palabras son cosas inadecuadas y fastidiosas para el niño, éste posee sentimientos que no puede expresar con palabras, entonces utiliza el juego como algo que si puede manejar de forma apropiada para manifestarse, de la misma manera que un individuo puede verbalizar sus dificultades en ciertos tipos de terapia con adultos.

La terapia de juego se llevo a cabo por primera vez, durante la segunda guerra mundial, entre 1939 y 1945, por Mary Swainson, con niños que sufrían devastación por bombardeo. La mayor parte de los problemas tratados, surgieron de crisis agudas, traumas por los bombardeos, la separación de familias y en particular la ausencia de los padres, lo cual apoya las investigaciones realizadas ese tiempo.

La terapia de juego está basada en los trabajos de autores estadounidenses, tales como Frances Wickes, Virginia Axline, Carl Rogers. Proviene de la escuela humanista y en esencia se centra en el niño, puede ser directiva o no directiva, es decir, el niño juega en presencia de un adulto dispuesto y permisivo que dirige o no el juego con objetivos curativos. Ambas pueden ser utilizadas indistintamente, y de acuerdo con el tipo de problemática que el niño presente y el enfoque que maneje el psicoterapeuta (West, 1994).

La terapia no-directiva, se basa en la suposición de que cada individuo lleva dentro de sí mismo, no solo la habilidad para resolver sus propios problemas de una manera efectiva, sino también el impulso de crecimiento que hace que la conducta madura llegue a ser más satisfactoria que la conducta inmadura. Este tipo de terapia comienza en la etapa en que el individuo se encuentra y basa el proceso en la configuración presente, permitiendo que los cambios ocurran, durante el contacto terapéutico, y ofrece al niño la

oportunidad de experimentar crecimiento, ya que el juego constituye su medio natural de autoexpresión, porque el niño tiene la oportunidad de actuar por este medio todos sus sentimientos acumulados, de tensión, frustración, inseguridad, agresión, temor, perplejidad, confusión, etc. Y según Axline (1992) y Rogers (1989). -Los principios básicos que guían al terapeuta en todos sus contactos con la terapia de juego no-directiva, son los siguientes:

1. El terapeuta debe desarrollar una relación interna y amigable con el niño, mediante la cual se establece una armonía lo antes posible.
2. El terapeuta acepta al niño tal como es.
3. El terapeuta crea un sentimiento de actitud permisiva en la relación, de tal forma que el niño se siente libre para expresar sus sentimientos por completo.
4. El terapeuta está alerta a reconocer los sentimientos que el niño está expresando y los refleja de nuevo hacia él de tal forma que logra profundizar más en su comportamiento.
5. El terapeuta observa un gran respeto por la habilidad del niño para solucionar sus problemas, si a éste se le ha brindado la oportunidad para hacerlo. Es responsabilidad del niño decidir y realizar cambios.
6. El terapeuta no intenta dirigir las acciones o conversación del niño en forma alguna. El niño guía el camino; el terapeuta lo sigue .
7. El terapeuta no pretende apresurar el curso de la terapia. Este es un proceso gradual y, como tal, reconocido por el terapeuta.
8. El terapeuta establece solo aquellas limitaciones que son necesarias para conservar la terapia en el mundo de la realidad y hacerle patente al niño de su responsabilidad en la relación

El terapeuta conviene en que la terapia no-directiva no es una panacea. Admite que, como todas las cosas, esto también tiene sus limitaciones, no obstante a que resulta mayormente recomendable que la terapia de juego directiva. Esto es, porque las implicaciones de la terapia no-directiva, son un reto para aquellos que están interesados en los problemas de adaptación o crisis existencial. El contacto inicial con el niño, resulta de gran importancia para el éxito de la terapia, porque es durante ese contacto cuando se prepara el escenario, por así decirlo, ya que la estructuración de la terapia es presentada al niño, no solamente por medio de palabras, sino también con la relación que es establecida entre la terapia y el niño. En cambio, en la terapia de juego directiva, reviste especial énfasis en el papel que juega el terapeuta, en el sentido de que este mantiene al niño con la suficiente disciplina para frenar cualquier impulso que surja espontáneamente, asumiendo la responsabilidad de ser él mismo quien dirija la terapia de juego, sin permitir al niño ser autodirectivo o expresarse sin reservas, siendo el propio terapeuta quien encamina el rumbo que seguirá la terapia de juego, marcando hasta cierto punto la libertad de expresión del niño, con el propósito de alcanzar los objetivos planteados, haciendo que el niño se desarrolle internamente.

La terapia de juego no-directiva por su parte tiene la capacidad de hacer actuar los sentimientos del niño, haciendo que emerjan a la superficie expresándolos abiertamente, así el niño puede enfrentarse a ellos, aprendiendo a controlarlos o a rechazarlos. Por lo tanto, la terapia de juego no-directiva es la que se usa más en la intervención en crisis de segundo orden o psicoterapia breve en niños hospitalizados por haber sufrido alguna crisis de la vida, ya que con ella, los pacientes logran alcanzar una relajación emocional, que les ayuda a darse cuenta del poder interno que se tiene, con derechos propios y que puede pensar por sí mismo y tomar sus propias decisiones, logrando el crecimiento

interno (Axline, 1992, Erikson, 1989, West, 1994, Rogers, 1989).

CAPITULO I V

METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION

La ciencia es la actividad humana creativa, cuyo objetivo es la comprensión de la naturaleza y cuyo producto es el conocimiento que aspira a alcanzar el mayor consenso posible.

Metodología es la parte de una ciencia, que estudia los métodos que ella emplea (Pérez, 1992).

Investigación, en general, es el proceso de producción de nuevos conocimientos científicos y no científicos, es decir, no obstante a las múltiples controversias que causa que la investigación solo equivale a la indagación empírica que investiga en el terreno de las ciencias experimentales, se sabe que existe investigación humanística también. Ya que, la reducción de la investigación solamente a la búsqueda experimental de los hechos o datos, evitaría conocer aspectos de trascendencia humanística y social, lo cual perjudicaría enormemente a la sociedad contemporánea (Schutter, 1994).

La metodología de la investigación, es por lo tanto, la organización y sistematización de los diversos métodos y técnicas apoyados en teorías que permiten hacer predicciones más acertadas, que generen conocimiento.

La metodología de la investigación, es una parte esencial en la vida del ser humano, ya que en función de ésta, es posible conocer, comprobar y realizar un avance en todo aquello que resulta productivo y de trascendencia para el hombre, pero que de alguna forma, muchas veces él desconoce, independientemente del área en que se incurcione.

La metodología de la investigación, le da la oportunidad al ser humano,

de elegir los métodos adecuados para realizar sus investigaciones, de acuerdo con el tipo de investigación que vaya a realizar, es decir, es necesario que los métodos empleados, tengan coherencia con los temas que se manejan en la búsqueda de conocimientos, así como en cuanto a la sustentación teórica, debido a que existe un método para cada tipo de investigación.

Definitivamente, el o los métodos utilizados en una investigación determinada, no pueden ser independientes de los campos o áreas científicas a los que se les aplican dichos métodos, en vista de que, cada uno de los métodos que se utilizan para realizar investigación posee sus propias características, siendo estas muy específicas, tal es el caso de los métodos utilizados en el área médica, no se utilizan en igual forma en el área social, porque cada uno de los métodos proviene de una disciplina autónoma y con diferencias notables. Esto implica, ejercer un control normativo en cada uno de los métodos para realizar investigación y crear conocimiento (Ramírez, Guerrero, Altamirano, 1994).

Las ciencias, según Schutter (1994), se clasifican en dos grupos, según sus métodos para realizar investigación y crear conocimientos, y son:

- 1. LAS CIENCIAS FORMALES.** En las cuales, su método es la deducción y su criterio es la consistencia de sus enunciados, los cuales son analíticos, es decir, que se deducen de postulados o teoremas, por ejemplo: las matemáticas.
- 2. LAS CIENCIAS FACTICAS.** En las cuales, su método para realizar investigación y obtener conocimiento, es de tipo material y se basan en la observación y la experimentación, aunque también en la deducción, pero en segundo término. Y su criterio y su verdad, es la verificación, a nivel analítico, descriptivo y explicativo. Dentro de este marco de referencia, se

encuentran todas las ciencias naturales y sociales, por ejemplo: la medicina y la psicología.

La investigación en términos generales, no puede ser casual o accidental, puesto que es una actividad que se conforma de la búsqueda de información, observación selectiva y específica de un fenómeno, hecho o proceso. Y siempre desde una comparación con un marco de referencia, ya sea constituido por experiencias anteriores o por una teoría, obtenidas por un método o métodos de recolección de conocimientos.

La metodología de la investigación, posee un sinnúmero de métodos para realizar investigación dentro de las ciencias fácticas, tales como la medicina y la psicología. Dentro de los más importantes y conocidos para abordar la investigación en dichas ciencias, según Schutter (1994) y Ramírez, Guerrero, Altamirano (1994), se encuentran los siguientes:

- 1. METODO HISTORICO.** El cual, estudia los procesos de las civilizaciones, con el fin de encontrar orígenes o antecedentes de la vida social contemporánea, y de esa forma, entender su naturaleza y funcionamiento, partiendo de la idea de que las costumbres y formas de vida social, tienen sus raíces en el pasado. Es muy utilizado en las ciencias sociales.
- 2. METODO EXPERIMENTAL.** El cual, se diseñó a partir de las investigaciones en las ciencias naturales. Se caracteriza por la manipulación de una o varias de las variables independientes, por parte del investigador, para estudiar los efectos de estas variaciones, en las variables dependientes. En el método experimental, se trabaja a través de hipótesis bien precisas para descubrir relaciones causales. Es muy utilizado en medicina y en psicología .

3. **METODO COMPARATIVO.** El cual, involucra la comparación de diversos fenómenos, para analizar y sintetizar sus diferencias, así como similitudes, para tener conocimientos precisos. Es utilizado en cualquier área indistintamente.
4. **METODO CUANTITATIVO.** El cual, mide matemáticamente, los fenómenos sociales, para analizar sus relaciones y así llegar a generalizaciones, sobre su naturaleza y significado. Muy utilizado en la Sociometría.
5. **METODO DE ESTUDIO DE CASOS.** El cual, puede ser empleado para el estudio de una situación, una comunidad, un grupo, una institución o un individuo. Dicho método es descriptivo y se manejan un gran número de variables e indicadores. Generalmente, no se parte de un problema definitivo, ni de hipótesis, sino más bien, se intenta lograr una descripción precisa de una realidad limitada, sobre una variedad de fenómenos, estructuras y procesos en los que se hace resaltar sus características particulares. En este caso, se parte de la idea de que, un caso particular, es representativo para muchos otros casos similares que hacen posible una generalización. Es utilizado en cualquier área indistintamente.

Según Pérez (1992), el método que más se utiliza en las ciencias naturales, es el método experimental, en el cual, el investigador, puede modificar intencionalmente una o más variables, ya que éstas son las que causan variaciones entre otras, en las que intervengan otros factores o variables que produzcan efectos sobre la relación que existe entre las variables a ser investigadas. En todos los procesos sociales, es imposible modificar todas las variables que el investigador quisiera, ni crear siempre una situación aislada de otras influencias, por lo mismo, el método experimental, encuentra poca aplicabilidad en: la sociología, la economía y en general en todas las ciencias

sociales. No obstante, éste ha gozado de largos períodos de popularidad en la psicología, en la educación y obviamente en la medicina.

El método cuantitativo, según Schutter (1994), es más comprensivo que el método experimental, y por ello, puede aplicarse a análisis globales de casos específicos, en tanto que el método experimental es más parcial, pues estudia aspectos particulares o generaliza, pero desde una sola perspectiva, al estudiar un fenómeno determinado.

El método cuantitativo, se utiliza en cualquier tipo de ciencia, es muy utilizado tanto en la medicina como en la psicología, éste hace énfasis en la precisión de los procedimientos de la medición, el representante más destacado del método cuantitativo, es la encuesta

La encuesta, se considera como un método de investigación, compatible con el empleo de varias técnicas e instrumentos de recolección de datos, como son: la entrevista, el cuestionario, la observación, el test cuyas características son:

LA ENTREVISTA. Se utiliza fundamentalmente para realizar estudios de carácter exploratorio, ya que permite captar información abundante y básica sobre el problema. Asimismo, se emplea cuando no existe suficiente material informativo sobre ciertos aspectos que interesa investigar, o cuando la información no puede conseguirse a través de otras técnicas. La entrevista puede ser estructurada o no estructurada, es decir, la entrevista puede contar con una guía con preguntas o temas a tratar previos, los cuales se derivaran de los indicadores que deseen explorarse, o todo lo contrario permitir que el informante no se encuentre bajo ninguna guía para explorar cuestiones concretas relacionadas con algo específico del problema.

EL CUESTIONARIO. La construcción de éste presupone seguir una metodología sustentada en: el marco conceptual en que se apoya el estudio, las hipótesis que se pretenden probar y los objetivos de la investigación. Y en función de esto, se lleva a cabo el conjunto de preguntas que se pretenden formular en el cuestionario de investigación.

LA OBSERVACIÓN. Permite proporcionar información del comportamiento de los individuos o grupos sociales tal como ocurre, en comparación con otras técnicas que captan información sobre conductas pasadas o que supuestamente se presentarán en el futuro. Para registrar: en la observación se emplea un diario de campo y, cuando la situación lo permite, una cámara fotográfica o para cine, será de suma ayuda para ilustrar el trabajo de investigación.

EL TEST. Es una prueba estandarizada que se utiliza para medir aspectos relativos a la conducta de los individuos con los que se llevara a cabo la investigación. El test se estandariza con una parte de la población que tenga ciertas características socioculturales, que siguen un patrón específico de conducta. El test se construye con una larga lista de elementos o items, inventando nuevos items u otros que ya contengan otros tests, pero que se ajusten al propósito de la investigación. Para su aplicación como para su puntuación, en todos los casos y para todos los sujetos, a los que se administra el test, se dan las mismas instrucciones, los mismos materiales y las mismas demostraciones y se exigen los mismos límites de tiempo.

Ramírez, Guerrero, Altamirano (1994), mencionan que, la encuesta no es un método, sino una técnica para indicar que el investigador, no se guía por sus propias suposiciones y observaciones, sino prefiere dejarse guiar por las

opiniones, actitudes o preferencias de la sociedad para lograr ciertos conocimientos. La encuesta también permite explorar sistemáticamente, lo que las personas saben, profesan o creen y con un lapso grande de tiempo y con un buen equipo de investigadores, la encuesta puede ser una buena estrategia para la recopilación y análisis de los datos, no obstante a que el método experimental, pone en duda muchos resultados del método de la encuesta, debido a que se le considera disminuído en objetividad, validez y confiabilidad de las técnicas e instrumentos a utilizarse. Y se agudiza el problema, según los métodos científicos experimentales, ya que en los métodos de la encuesta, especialmente, existe una relación del investigador con sujetos (siendo el investigador un sujeto más, influído por valores sociales, de los cuales, el puede estar más o menos consciente) a quienes resulta difícil convertir en objetos de investigación (a través del control completo de todas las variables independientes). Justamente por ser el investigador, un sujeto inserto en un sistema social, él no tiene que perder de vista las consecuencias practicas de su actuación como científico.

Sin embargo, no obstante a que la medicina, es una ciencia natural, cuyo principal método a utilizar es la investigación es el experimental, también hace uso del método de la encuesta, para lograr principalmente conocimientos de la realidad social que se vive, dentro de las instituciones como el IMSS. En el caso particular del Seguro Social, el punto de partida de la investigación, es que todos los trabajos de investigación, tienen objetivos internos, pero también tienen que servir a propósitos externos. Por lo tanto, la opción metodológica, o sea la selección de un método de investigación en el Seguro Social, no es casual, ni depende solamente del buen juicio del investigador, ni de la acertada aplicación de criterios, sino más bien, el mantener las normas de investigación, vinculadas con los hechos, ya que los buenos métodos impiden que la

investigación médica caiga en la trampa de las falsas generalizaciones, que la mantengan arraigada en situaciones que no son de trascendencia para la medicina.

Es por ello, que en el Seguro Social, los métodos que se utilizan en la investigación, principalmente en la médica, son indistintos, dependiendo de las características específicas de la investigación, siempre y cuando estos, reúnan las normas o lineamientos de científicidad impuestos por las Jefaturas de Educación Médica e Investigación, de cada hospital, que operan dentro del Seguro Social.

4.1. LA INVESTIGACIÓN EN EL IMSS

El Seguro Social, tiene como finalidad garantizar el derecho humano a la salud, la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios sociales necesarios, para el bienestar individual y colectivo. Es un servicio público, por ello, la gente que labora dentro de éste, requiere estar bien preparada, especialmente hoy en día, en que la movilidad y el cambio, están surgiendo constantemente, esencialmente el cambio que se desarrolla en cada uno de los trabajadores, quienes están conscientes de que los conocimientos, las herramientas técnicas y científicas, estrategias de trabajo e investigación, son instrumentos de ayuda, en la formación de cada uno de ellos.

La investigación, como parte especial, se realiza en términos amplios y generales, que dan un valor relevante al Seguro Social. Porque la investigación en éste, se encuentra estrechamente vinculada a la práctica profesional de sus trabajadores, con los cambios del fenómeno salud-enfermedad, así como a las modalidades del ejercicio profesional y la organización de atención a sus derechohabientes.

El Seguro Social, cuenta con un servicio específico de Enseñanza e Investigación, en cada una de sus unidades de salud, y con una Jefatura de Investigación Médica, la cual, en una estrecha correlación con la Jefatura de Servicios de Educación Médica, planea, organiza, implanta, supervisa y evalúa los programas de investigación científica, a través de los cuales, se aportan elementos para la solución de los problemas de salud que afectan a la población mexicana, que es la fuente que genera, enriquece y modifica el conocimiento, propiciando así, la toma de decisiones, sobre bases más empíricas y menos intuitivas.

Bajo dicha premisa, el Seguro Social, promueve y apoya la investigación biomédica, clínica, psicológica, epidemiológica, educativa y de servicios de salud, creando y fortaleciendo la imagen de la institución.

El Seguro Social, cuenta con unidades de investigación regional, en el Centro Médico Nacional Siglo XXI, así como en occidente (Jalisco) y el noreste (Nuevo León), dentro de los campos de educación médica, salud mental, reproducción, nutrición y crecimiento humanos; infecciones y enfermedades parasitarias; enfermedades oncológicas enfermedades genéticas; bases neurofisiológicas del dolor y los fenómenos convulsivos; patología experimental, etc. paralelamente a su labor asistencial y de enseñanza, las propias unidades de educación médica, constituyen centros donde se desarrollan diversos proyectos de investigación, principalmente de educación médica, cuyo objetivo fundamental, es formar profesionales del área médica, más preparados y crear en ellos un espíritu de compromiso y dedicación hacia el binomio salud-enfermedad de la población mexicana que se atiende en forma directa, de tal manera, que se promueva la salud, se prevengan las enfermedades, se curen los padecimientos, y se dé la rehabilitación integral.

Acosta y Ruvalcaba (1994), mencionan que la investigación en el IMSS, en el área de educación médica, plantea una de las necesidades más urgentes de nuestro tiempo, ya que la medicina impone por una parte, la necesidad intelectual de saber, y por la otra, la necesidad moral de no privar a los enfermos de los beneficios novedosos de la ciencia, que solamente un personal altamente calificado puede brindar.

La investigación educativa promueve programas, dirigidos a favorecer una preparación más adecuada de los profesionales, capaz de conjugar los adelantos técnicos y científicos de la medicina con las necesidades de servicio

del país y de estimular las vocaciones individuales, y el interés particular de los médicos en formación principalmente, por las nuevas modalidades de ejercicio profesional.

García (1993), comenta que en cada una de las unidades de atención médica del Seguro Social, se realiza investigación de cualquier área, a través de la Jefatura de Educación Médica e Investigación.

La investigación en psicología, no es tan relevante en los centros de salud, sino más bien en las Unidades de Investigación Regional, en donde la investigación en salud mental, tiene una contribución muy importante no solo para los derechohabientes, sino para la población en general. En estas unidades, se llevan a cabo investigaciones en psicomotricidad, se elaboran programas de atención psicológica integral, programas para establecer mejoras en la calidad de atención de la población atendida, en salud mental de los trabajadores, neuropsicología, capacitación y desarrollo.

Mientras que, en cada una de las unidades de atención médica, la participación del psicólogo en la investigación es poco relevante, ya que generalmente, las investigaciones que realiza el psicólogo, se deben desarrollar como complemento académico de otras actividades que realiza, o también participa como colaborador con el médico, pero no existe un psicólogo en los centros de salud, que realice actividades exclusivamente de investigación en psicología. Y los psicólogos que participan en las Unidades de Investigación Regional, como el Centro Médico Siglo XXI, deben poseer un grado académico superior a la licenciatura y son trabajadores de confianza que el profesiograma los designa como investigadores. Las plazas que existen de investigador en psicología son muy pocas y se adquieren conforme al nivel curricular y por oposición al puesto.

En el Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS, se llevan a cabo investigaciones en todas las áreas de la medicina, pero se le da mayor peso a las investigaciones en la especialidad de Traumatología y Ortopedia así como a la investigación educativa, la cual se concreta fundamentalmente a investigar las mejoras y fortalecimiento de los programas educativos del personal médico y paramédico en servicio dentro del hospital. Siendo el objetivo principal: mantener la mayor excelencia posible en personal, a nivel individual y colectivo, que labora en este hospital, condicionada por una mayor exigencia en la calidad de los servicios de salud y una creciente expansión del conocimiento y de la tecnología en medicina que operan a nivel mundial y obligan a los médicos y paramédicos de todas las instituciones de salud en México a ir a la vanguardia.

4.2. LA PARTICIPACION DEL PSICOLOGO EN LA INVESTIGACION EDUCATIVA EN EL AREA MEDICA DEL IMSS

Los campos de la atención a la salud y la educación médica, están fuertemente vinculados. En el IMSS, esta relación se ve forzada por la evolución del sistema asistencial de salud y por el papel que asume el profesional de la medicina, el cual debe ir a la vanguardia siempre .

La sociedad contemporánea se vuelve cada vez más demandante de un buen servicio de atención médica, por lo cual, existe una lucha constante para que en el Seguro Social, se alcancen día a día mejores niveles de salud. Y para lograrlo, debe impulsarse la búsqueda de calidad en la educación médica, ya que es en el acto médico-docente, donde debe iniciarse el proceso de cambio.

Según Narro (1994), una forma de acercarse a los niveles óptimos de este proceso, es la investigación educativa en el área médica, la cual establecerá estrategias, que conjuntamente han de emprender las instituciones educativas y las de atención a la salud, para mejorar los programas de enseñanza-aprendizaje, en vista de que el paso del tiempo, ha demostrado que la verdadera práctica médica se funda en dos elementos esencialmente: el conocimiento científico y la actitud de comprensión de los problemas de los pacientes.

La investigación educativa en el área médica dentro del IMSS, contribuye a reafirmar el papel del médico en la tarea asistencial, que regula la practica sin limitar la creatividad del profesional, que favorezca la relación médico-paciente, que norme el ejercicio y al mismo tiempo estimule el desarrollo pleno de las capacidades del médico. En síntesis, la investigación educativa en el área médica, contribuye a transformar los esquemas de organización de la atención médica y, sobre todo, mejora los niveles con que se prestan los servicios. Todo

a través del conocimiento científico, el cual es transmitido inicialmente por los estudiantes de medicina, mediante las ciencias básicas y se sigue cultivando durante la enseñanza clínica, la formación de postgrado y la propia práctica profesional dentro del IMSS. Los avances científicos de la medicina y los desarrollos y aplicaciones tecnológicas a la misma, no tienen precedente en la historia. Para que el médico no permanezca ajeno a esta realidad, o que en el mejor de los casos actúe como un simple utilizador de los recursos disponibles, debe fomentarse la investigación educativa en el área médica.

Según Ramírez (1993), la investigación educativa en el área médica, se fundamenta en un proceso de transformación, así como también en la planeación y la toma de decisiones, que tienen como sustento el conocimiento de la realidad de la salud dentro del IMSS, lo cual debe servir para aumentar la cobertura, mejorar los servicios y elevar los niveles de salud física y mental de la población mexicana.

El trabajo del psicólogo en todo esto, se centra en los problemas derivados de la conducta humana. Es por eso que el psicólogo que trabaje en la investigación educativa en el área médica, debe ser un universitario con una formación adecuada de calidad humana, conocimientos y el dominio de habilidades para trabajar en la investigación de campos clínicos de educación.

La participación del psicólogo en la investigación educativa en el área médica del IMSS, es muy importante, ya que participa en la elaboración de los planes y programas académicos de los médicos en formación en el aspecto psicológico, a fin de mantenerlos actualizados hasta donde sea posible.

El psicólogo investigador en educación médica, se encuentra trabajando principalmente en los Centros Médicos Regionales de Investigación en el IMSS, aquí en el distrito federal, en la Jefatura de Educación Médica e Investigación,

en el Centro Médico Siglo XXI en el cual, su participación fundamental está orientada, hacia la investigación que proporcioné mejoras de los planes de estudio, la orientación y la organización de la enseñanza, las formas de selección, la evaluación del rendimiento y el perfil profesional de los médicos en formación, para que éstos adquieran un mayor número de destrezas en el dominio de nuevas técnicas y aplicación de metodologías novedosas, de tal forma que se desarrollen efectivamente las áreas cognoscitiva, psicomotora y afectiva (Jasso, 1993).

Dichas investigaciones, el psicólogo las lleva a cabo principalmente, mediante encuestas que exploren la información relacionada con los objetivos que persigue el IMSS.

Dentro de los Centros de Atención de Salud del IMSS, también se lleva a cabo investigación educativa en el área médica, en la cual, el psicólogo participa como colaborador, realizando principalmente las encuestas.

En el caso particular del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, no existe una plaza de psicólogo que se dedique exclusivamente a esta labor. Los psicólogos de base, que trabajan en dicho hospital, están asignados para trabajar exclusivamente en el campo clínico, directamente con los pacientes, no obstante a que el profesiograma del Contrato Colectivo de Trabajo de los trabajadores del Seguro Social, menciona que el psicólogo debe participar en la investigación de la salud mental. Sin embargo, por políticas internas del hospital, esto no se lleva a cabo, a no ser que el jefe inmediato del psicólogo se lo solicite, o que éste, por su propia cuenta desee llevar o participar en alguna investigación, no sólo educativa en el área médica, sino de cualquier índole, pero desde luego, esto debe llevarse a cabo, sin descuidar sus actividades asignadas en el campo clínico.

C A P I T U L O V

CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGÍA Y ORTOPEDIA DE LOMAS VERDES DEL IMSS. Y LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO DENTRO DE ESTE

5.1. CARACTERÍSTICAS DEL HOSPITAL

El hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS, es todo un equipo humano con visión especial y directrices planeadas, que se moviliza para proporcionar, las piezas que transformen en: orientación, apoyo, comprensión y resultados positivos, las problemáticas múltiples, derivadas del proceso patológico del enfermo, a quien se atiende íntegramente, mediante acciones de profesionistas, técnicos y de todo el personal de la salud, quienes actúan sobre los pacientes en forma directa, promoviendo la salud, la prevención de las enfermedades, la cura de los padecimientos y la rehabilitación integral.

La estructura organizacional, muestra que el organigrama del hospital (ver apéndice # 1), está compuesta por una Dirección General y dos Subdirecciones, una Médica y otra Administrativa. De la Subdirección Médica, se derivan tres Jefaturas de División: 1. Jefatura de Ortopedia, 2. Jefatura de Cirugía Traumatológica y 3. Jefatura de Educación Médica e Investigación. De cada una de éstas, se deriva a su vez, una Jefatura de Departamento Clínico. De la Jefatura de Departamento Clínico, que a su vez, se deriva de la Jefatura de División de Cirugía Traumatológica, provienen las relaciones de mando hacia el psicólogo que labora dentro de este hospital. El psicólogo, al igual que los médicos de base, reciben ordenes del Jefe de Departamento Clínico, el cual, solo puede ser un médico con especialidad de Traumatología y Ortopedia.

Según Cárdenas (1994), en este hospital, se concentran los pacientes de toda una región, la cual corresponde a todo el Estado de México y algunas zonas foráneas del interior de la República Mexicana, que son derivados de Hospitales Generales de Zona, o que llegan en forma espontánea porque sufrieron algún percance.

El hospital se considera de tercer nivel, debido a que atiende problemas que requieren atención muy especializada como consecuencia de accidentes que limitan a los pacientes para continuar con su vida normal (tales como: amputaciones, lesiones medulares, neurológicas, traumatismos simples o múltiples, quemaduras o cualquier otro tipo de lesiones que corresponden a la especialidad de traumatología y ortopedia).

Se atienden también las urgencias médico-quirúrgicas de pacientes derivados de los Hospitales Generales de Zona, o aquellas que se encuentran bajo su propio control.

Se brinda también, servicio de Medicina Física, Rehabilitación y Reeduación para el Trabajo.

La atención la otorgan: médicos, psicólogos, técnicos y personal paramédico y auxiliar altamente especializado, tanto en consulta externa de varias subespecialidades, como en hospitalización en camas organizadas, de acuerdo a los problemas específicos, que se derivan de la especialidad de traumatología y ortopedia, como: cirugía maxilofacial, cirugía general, medicina física, rehabilitación, cirugía plástica y reconstructiva, ortopedia pediátrica, neurocirugía, terapia intensiva, etc.

Según Ramos (1981), el hospital tiene 266 camas censables y 96 no censables de hospitalización, es decir, que requieren ser ocupadas por derechohabientes o gente que pague el costo de la hospitalización en el caso de

las censables, o por el contrario, que puede ocuparlas cualquier persona aunque no sea derechohabiente y sin ningún costo, como es el caso de las no censables, las cuales, se encuentran casi todas en la sala de urgencias, unidad de choque y terapia intensiva del hospital.

Cuenta con seis pisos y un sótano con estacionamiento y helipuerto. En el sótano se encuentran: el estacionamiento para 404 automóviles, la subestación eléctrica, la entrada de personal, baños y vestidores del personal, abastecimiento de cocina y almacén por medio de montacarga, andén de ambulancias, oficina del Ministerio Público, helipuerto para ambulancias aéreas.

En la planta baja del hospital, se encuentran los servicios de farmacia, laboratorio de análisis clínicos, patología, rayos "x", tomografía computarizada, ultrasonido, electromiografía, mielografía, medicina física y rehabilitación, medicina del trabajo, fomento a la salud, urgencias (donde se otorga la primera atención de urgencia, tanto médica como psicológica, de todos los pacientes, los cuales, son derivados, ya sea al quirófano, unidad de choque, terapia intensiva u hospitalización, extensión urgencias, según sea el caso, admisión hospitalaria). En la unidad de choque, cuidados intensivos y extensión urgencias, se encuentran los pacientes en estado de choque, o que presentan un estado de salud crítico (gravedad), que han perdido el sentido permanentemente (estado de coma), que están entubados para que puedan respirar o para la extracción de algún líquido, o con lesiones graves del cerebro (llamado traumatismo craneoencefálico), o que presentan graves problemas respiratorios o de otro tipo, debido al accidente que sufrieron. En la planta baja, también se encuentra trabajo social, orientación y quejas, quirófanos, ceye, cocina y comedor.

El primer piso, cuenta con los servicios de: educación médica e

investigación , en donde el psicólogo que labora en el hospital, registra sus proyectos y posteriormente sus trabajos terminados de investigación, así como también los programas de capacitación dirigidos al personal, en los cuales participa o presta apoyo solamente, según reciba indicaciones de su jefe inmediato, subdirector médico o incluso del director. En el primer piso, se encuentra también, el cuerpo de gobierno, la biblioteca, dibujo y diseño gráfico, fotografía y video, fotocopiado y aulas de enseñanza.

En el segundo piso, se encuentran los pacientes hospitalizados, en camas divididas por subespecialidades de neurocirugía (pacientes que sufrieron daños a nivel del sistema nervioso central y periférico, traumatología y ortopedia (pacientes polifracturados, con múltiples lesiones en todo el cuerpo), cirugía general (pacientes que requieren intervenciones quirúrgicas generales). Dichos pacientes, son los mayormente prioritarios, para que se les proporcioné atención psicológica, ya sea intervención en crisis o psicoterapia breve, según sea el caso y el tiempo de hospitalización de cada paciente.

En el tercer piso, se encuentran los pacientes hospitalizados que sufrieron daños por quemaduras. Del lado "A", se encuentran los pacientes aislados por quemaduras graves y que requieren injertos en alguna zona del cuerpo por lo que se encuentran hospitalizados, para la reepitelización de su piel o convalecientes. Del lado "B", se encuentran los pacientes con quemaduras menos graves, y que también presentan daños maxilofaciales, o que requieren cirugía plástica o reconstructiva, de las partes del cuerpo que sufrieron daños irreversibles o que requieren prótesis, debido a alguna amputación de cualquier miembro. Los pacientes quemados en general, son igualmente prioritarios que los polifracturados, para recibir atención psicológica, ya que presentan daños emocionales muy severos. El psicólogo que labore dentro de este hospital, debe poner especial cuidado al proporcionar la intervención psicológica, ya sea en la

primera ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden, así como en la psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden, según el problema y el tiempo de hospitalización de cada paciente.

El cuarto piso, también es de hospitalización, en el se encuentran del lado "A", los pacientes que presentan problemas de columna de cualquier tipo, tales como: cáncer medular, dolores lumbociáticos, tuberculosis vertebral, fracturas o hernias de alguna vértebra de la columna, lesionados medulares (es decir, minusvalías físicas y motoras que le impiden al paciente alguna o todas las extremidades, incluido el cuerpo). Y del lado "B", se encuentran los pacientes niños, que presentan cualquier tipo de lesión que corresponda a traumatología y ortopedia. A todos estos pacientes que se encuentran hospitalizados en el cuarto piso, se les da mucha importancia, para proporcionarles ayuda psicológica, ya que, presentan problemas emocionales muy graves al igual que los pacientes quemados o polifracturados. El psicólogo que los atiende, regularmente debe darles un trato especial durante la intervención en crisis de primer orden y psicoterapia breve o intervención crisis de segundo orden.

El quinto piso, es también, para atender pacientes hospitalizados. Del lado "A", se encuentran, aquellos que han sufrido fractura de una o de ambas caderas, la mayoría de ellos, son pacientes geriátricos que sufrieron alguna caída o accidente. Del lado "B", se encuentran los pacientes con problemas de tórax, es decir, que se lesionaron la parte superior del cuerpo, así como aquellos que tienen lesiones en los brazos o en las manos, o bien que requieren amputaciones de estos miembros de su cuerpo, como dedos, manos, brazos y que por alguna razón, no se pueden salvar. A todos estos pacientes, al igual que los pacientes del sexto piso, no se les da mucha importancia para la atención psicológica, debido a la falta de personal en esa área, en vista de que el hospital sólo cuenta

con dos psicólogos y un psiquiatra, y ellos laboran solamente en el turno matutino. Salvo casos totalmente excepcionales, principalmente porque el médico lo solicite, se le proporciona atención psicológica a algún paciente que presente alguna crisis emocional.

El sexto piso, es también de hospitalización y en el se hospitalizan del lado "A", a los pacientes que sufren problemas específicos de rodilla (como: fracturas, injertos de hueso, etc.). Y del lado "B", se encuentran los pacientes hospitalizados, que presentan problemas específicos de tobillo, (tales como: fracturas, deformación del hueso, etc.).

A la mayoría de los pacientes hospitalizados, se les cita en la consulta externa, la cual se encuentra en una extensión de la planta baja del hospital, ésta cuenta con consultorios, en los que se les dan las últimas indicaciones a los pacientes así como el alta. Se les proporcionan otros servicios, como retiro de suturas, de yeso, incapacidad, etc. En el caso de la consulta externa del servicio de psicología, también se les atiende para darles el alta definitiva y las últimas indicaciones o recomendaciones a los pacientes, en vista de que, la atención psicológica es exclusivamente para los pacientes hospitalizados dentro del hospital, pero sin proporcionarles seguimiento o alguna atención posterior, debido a la carga de trabajo y falta de personal en esa área.

5.1. LAS FUNCIONES DEL PSICÓLOGO

El Contrato Colectivo de Trabajo, para los trabajadores del Seguro Social, cuyas normas rigen al Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, menciona dentro del profesiograma, para la categoría de psicólogo, las siguientes funciones:

- Realizar e integrar estudios psicodiagnósticos de asegurados y beneficiarios, aplicando instrumentos para la obtención de formulaciones psicodiagnósticas que servirán de base para su tratamiento y manejo posterior de acuerdo con la técnica más avanzada.
- Instituir y vigilar tratamientos, cooperando para su mejor solución, con los servicios de neurología, psiquiatría, rehabilitación y médicos en general del instituto.
- Auxiliar a los servicios de trabajo social, en el estudio preventivo y en la reincorporación de los asegurados a sus labores, analizando factores del medio ambiente, familiares y del trabajo.
- Determinar las necesidades de aplicar cursos-taller de capacitación del personal en relación con la psicología.
- Planear y aplicar programas de cursos-taller de capacitación al personal, de acuerdo con las necesidades requeridas, en relación al desarrollo humano, desde el punto de vista de la psicología.
- Diseñar y aplicar proyectos de investigación de las áreas de mayor relevancia para la institución (Manual Interno de las Normas y Procedimientos que rigen la Categoría de Psicólogo y Contrato Colectivo de Trabajo para los Trabajadores del IMSS, 1993-1995).

En relación a las funciones específicas de mi desempeño como psicólogo a través de doce meses, dentro del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS, éstas consistieron en el trabajo encaminado a tres áreas potenciales, de la siguiente manera:

1. AREA DE CAPACITACIÓN. En la cual, mi trabajo como psicólogo, consistió en proporcionar 10 cursos encaminados al desarrollo humano, al equipo médico y paramédico que labora en este hospital y que requiere preparación constante, para estar a la vanguardia en el mundo competitivo de hoy, de tal forma que, el personal capacitado en esa área, fuera capaz de alcanzar su autorrealización personal y de trabajo, a través de dichos cursos, cuyo objetivo primordial fue: "promover las relaciones constructivas y ampliamente satisfactorias, tanto para el individuo, como para su grupo de trabajo". Para ello, utilicé herramientas teóricas y metodológicas, que me ayudaron a llevar a cabo la enseñanza-aprendizaje vivencial y significativa, para hacer emerger experiencias y reflexiones en los participantes.

Cada uno de los cursos tuvo una duración de 30 horas, y se llevaron a cabo en diferentes tiempos y horarios, dentro del mismo hospital, tanto en las aulas de la Jefatura de Educación Médica, como en las aulas de la Jefatura de enfermería.

Dentro de mi papel como instructor, dirigí las técnicas metodológicas que se llevaron a cabo en cada sesión, utilizando películas, audiovisuales, material didáctico, transparencias, rotafolios, e invite a cada uno de los participantes a responsabilizares de su propio aprendizaje y asistencia personal.

Cada uno de los programas, contenía 12 temas potenciales, y apliqué uno

por sesión, los cuales presentó a continuación:

- * **dinámica de grupos**
- * **importancia de los grupos en la vida del hombre**
- * **el grupo como lugar óptimo de autorrealización personal**
- * **relaciones humanas**
- * **liderazgo**
- * **comunicación**
- * **personalidad**
- * **autoestima**
- * **motivación**
- * **actividad**
- * **creatividad**
- * **manejo de estrés**

Para llevar a cabo la evaluación que determinó si se cumplieron o no los objetivos planteados, se utilizó un cuestionario ya estructurado, con preguntas cerradas, el cual apliqué al inicio del curso a cada uno de los participantes individualmente, y posteriormente al final de dicho curso (pretest-postest). Esto fue con la finalidad de obtener información referente a los conocimientos de los participantes antes de iniciar el curso, inherentes a los temas del contenido del programa, y poder así determinar también, si es que hubo alguna variación de estos conocimientos al finalizar dicho curso. Como complemento para realizar la evaluación, también utilicé la observación directa hacia el desempeño, integración y disposición de los participantes respecto al desarrollo del programa, lo cual funcionó como un apoyo al cuestionario de evaluación. Como otra alternativa de apoyo en la evaluación, utilicé las opiniones y

sugerencias verbales y por escrito, de cada uno de los participantes, referentes al curso y al desempeño del instructor, lo cual me sirvió de retroalimentación como instructor.

- 2. ÁREA CLINICA.** En esta área, estuve directamente relacionada con los pacientes que se atienden en este hospital, los cuales, cursan con lesiones físicas graves, que traen como consecuencia, problemas psicológicos, principalmente, crisis existenciales, que requieren apoyo psicoterapéutico breve y muy específico, durante su estancia intrahospitalaria, a consecuencia de haber sufrido algún accidente, para que logren su equilibrio psíquico, a través de la autoaceptación, ya que la inestabilidad emocional, se refleja en su conducta, esencialmente, en los pacientes quemados, polifracturados, con lesiones traumáticas y medulares, que además han perdido uno o varios miembros de su humanidad, e incluso la capacidad sexual. El apoyo psicológico brindado, no solo fue para el paciente, sino el caso de familiares muy directos, como el cónyuge, hijos o padres. Atendí un total de 400 pacientes, proporcionándoles apoyo psicoterapéutico, mediante intervención en crisis de primer y segundo orden. La intervención en crisis de primer orden o primera ayuda psicológica, consistió en ayudar a la persona a que recobrar su estabilidad emocional que existía inmediatamente antes del suceso de la crisis, de tal forma que pudiera reobtener su capacidad para enfrentar la situación, y fue durante una sola sesión. Mientras que la intervención en crisis de segundo orden o psicoterapia breve, consistió en dar continuidad a la primera ayuda psicológica, a los pacientes hospitalizados, en la cual, pretendí, que el paciente a través de una psicoterapia a corto plazo (mínimo 8 sesiones), reducir el síntoma, provocando un cambio conductual, lo cual implicó enfrentar a la persona la experiencia de crisis, tratando de expresar sus

sentimientos y obtener dominio de la situación.

Mi rutina diaria de trabajo, consistió en: pasar visita por todos los servicios del hospital, junto con todo el equipo médico, para seleccionar a los pacientes que consideré como casos más urgentes, para proporcionarles apoyo psicoterapéutico, según mi propio criterio, o que el médico tratante, por medio de una solicitud impresa, pedía una interconsulta, al servicio de psicología para algún paciente que lo requiriera desde el punto de vista médico.

- 3. ÁREA DE INVESTIGACIÓN.** En este campo, mi participación como psicólogo del hospital, consistió en colaborar con el área médica, para llevar a cabo 2 trabajos de investigación orientada hacia la educación médica, lo cual ayudó a mejorar y a modificar los programas de educación de los médicos residentes en formación, esto, trajo como consecuencia, no sólo beneficios institucionales, sino también profesionales para mi misma, ya que me actualicé y aprendí de estas experiencias. Estos tipos de investigación, se llevaron a cabo mediante el método de la encuesta, a través de cuestionarios estandarizados, para llevar a cabo las entrevistas de evaluación, en dichas investigaciones.

Mi trabajo en el área de investigación, también consistió, en elaborar un proyecto de investigación en geriatría, cuyo objetivo fue: "conocer de que manera influyen los talleres vivenciales de autoestima en pacientes geriátricos hospitalizados", el cual no concluí, solamente apliqué un plan piloto a 8 pacientes hospitalizados, a los cuales, les apliqué, el programa de un taller vivencial, para elevar su autoestima. Dicho taller, se llevo a cabo dentro de las salas de hospitalización, juntando 4 pacientes en sus respectivas camas, en una sólo sala, y posteriormente, otros 4. Los temas potenciales, fueron los siguientes: autoconocimiento, autoaceptacion,

autocontrol y terapia ocupacional. El taller tuvo una duración de 20 horas, las cuales fueron distribuidas en 8 sesiones de trabajo de 2.5 horas cada una. Para llevar a cabo la evaluación, apliqué un cuestionario de evaluación, estandarizado, antes y después del taller (pretest-posttest), el cual, contenía preguntas inherentes a los temas del programa, lo cual determinó el logro de los objetivos generales. Como otro medio de apoyo, utilicé la observación directa, tratando de abarcar, cada una de las conductas que los participantes presentaron, al ser confrontados consigo mismos a través de las técnicas vivenciales de aprendizaje. Como apoyo metodológico, utilicé rotafolios, esquemas ilustrativos (dibujos), y material didáctico el cual proporcioné a cada participante, (como: listón, cartulina, plastilina, pinturas, etc.).

RESULTADOS

Respecto al área de capacitación, mi desempeño como psicólogo, consistió en elaborar y aplicar 10 programas de cursos de capacitación enfocados al desarrollo humano, al personal médico y paramédico del Hospital.

Encontrando en el proceso de evaluación: pretest-postest (cuestionario con preguntas inherentes a los temas del programa), observación directa y la retroalimentación verbal y por escrito de los participantes, los siguientes resultados:

En el curso "A", encontré que, todos los participantes aprobaron en postest con una calificación mayor que la obtenida en el pretest. El porcentaje global de aprovechamiento en el pretest fue de 73.6% y en el postest de 86.4% (ver tabla #1 y gráfica #1).

Lo anterior indicó que el nivel global de aprendizaje fue de un 12.8% (ver tabla #2 y gráfica #2) .

La observación directa reportó que se dió la amistad y compañerismo más profundos entre los participantes al conocer más de sí mismos y de los demás.

La retroalimentación verbal y por escrito de los participantes, indicó que el curso les sirvió para conocerse y reflexionar acerca de su vida pasada, presente y futura, cumpliéndose con esto, los objetivos del curso.

Por otra parte, de ese grupo apoyé con orientación psicológica, a 5 de los participantes posteriormente al término del curso.

En el curso "B", encontré que todos los participantes aprobaron el postest, con una calificación mayor que la obtenida en el pretest. El porcentaje global de aprovechamiento en el pretest, fue de un 71.8% y en el postest de un 92.5% (ver tabla #1 y gráfica #1)

Lo anterior indicó que el nivel global de aprendizaje, fue de un 20.7 % (ver tabla #2 y gráfica #2).

La observación directa reportó que, la mayoría de los participantes, lograron una actitud emotiva, al expresar sus sentimientos ante las actividades, lo cual provocó cambios favorables en sus conductas iniciales de pesimismo y apatía hacia el trabajo.

La retroalimentación verbal y por escrito de los participantes reportó que, les agradó el curso, el cual, les ayudó a reflexionar acerca de sus debilidades, de su relación interpersonal con los demás, tanto en el trabajo como en su vida personal, así como la comunicación inadecuada, que se da cotidianamente, y que no les permite, un acercamiento más profundo con todos sus semejantes, lo cual indica que, los objetivos del curso si se cumplieron.

Resulta importante destacar que, de ese grupo, proporcioné ayuda psicológica a 2 de los integrantes del curso.

En el curso "C", encontré que, todos los participantes aprobaron el postest con una calificación mayor que la obtenida en el pretest. El porcentaje global de aprovechamiento fue de un 70.7 % y en el postest de un 89.2 % (ver tabla # 1 y gráfica # 1).

Lo anterior indicó, que el nivel global de aprendizaje, fue de un 18.5 % (ver tabla # 2 y gráfica # 2).

La observación directa reportó que, se dió entre los participantes, una

profunda reflexión, un trato más cordial y la amistad con mayor compromiso.

La retroalimentación verbal y por escrito de los participantes, indicó que la mayoría de los integrantes opinaron que, el curso fue muy bueno y que les ayudó en su desempeño laboral, así como en la interrelación con sus semejantes en general, lo cual, les proporcionó mayor seguridad en sí mismos, para alcanzar sus metas personales. Ellos opinaron también que, los objetivos del curso fueron cubiertos, casi en su totalidad, ya que faltó tiempo para desarrollar más los temas.

Cabe señalar que, les proporcioné apoyo psicológico a 8 de los participantes, posteriormente al término del curso.

En el curso "D", encontré que, todos los participantes aprobaron el postest con una calificación mayor que la obtenida en el pretest. El porcentaje global de aprovechamiento en el pretest fue de, 67.1 % y en el postest de 85.5 % (ver tabla # 1 y gráfica # 1).

Lo anterior indicó, que el nivel global de aprendizaje, fue de un 18.4 % (ver tabla # 2 y gráfica # 2).

La observación directa reportó que, se dio la amistad y el compañerismo más profundos entre los participantes, así como la reflexión y la motivación personal muy marcadas durante todas las sesiones de trabajo.

La retroalimentación verbal y por escrito de los participantes indicó que todos los integrantes del curso opinaron que, el curso fue muy provechoso en su vida personal, así como en el trabajo, que les ayudó a reflexionar acerca de la importancia de alcanzar un buen desarrollo personal, que proporcioné plenitud, realización de logros y motivación en todo lo que emprendan, opinaron también que, faltó tiempo para desarrollar mejor las actividades, pero, que no obstante a

ello, se alcanzaron los objetivos del curso.

Es importante señalar que, proporcioné atención psicológica a 4 de los participantes, posteriormente al término del curso.

En el curso "E", se encontró que, todos los participantes aprobaron el postest con una calificación mayor a la obtenida en el pretest. El porcentaje global de aprovechamiento en el pretest fue de 89.7 % y en el postest de un 93.7 % (ver tabla # 1 y gráfica #1)

Lo anterior indicó que el nivel global de aprendizaje fue de un 4 % (ver tabla # 2 y gráfica # 2).

La observación directa reportó que en el curso se dio la amistad y se logró una actitud emotiva y de sensibilidad entre todos los participantes, al expresar sus sentimientos, durante todas las sesiones del curso, lo cual provocó cambios favorables en sus conductas iniciales de pesimismo, apatía y rechazo hacia el trabajo y hacia los compañeros del mismo, tales como el compañerismo y la amistad más profundas entre todos los participantes.

La retroalimentación verbal y por escrito de los participantes, indicó que los integrantes opinaron que el curso les agradó mucho, ya que a través de él tuvieron la oportunidad de sensibilizarse y reflexionar acerca de sí mismos, y de la importancia que reviste, sentirse motivado y relajado en su vida personal, para alcanzar un buen desarrollo integral, tanto en el trabajo como en la familia, lo cual muestra que, los objetivos del curso si se cumplieron, no obstante a que faltó tiempo para desarrollar más todos los temas.

Por otra parte, cabe destacar que 2 de los participantes, requirieron apoyo psicológico, el cual brindé al término del curso.

En el curso "F", encontré que, todos los participantes aprobaron el

postest, con una calificación mayor que la obtenida en el pretest. El porcentaje global de aprovechamiento en el pretest fue de 62.2% y en el postest de 93.5% (ver tabla # 1 y gráfica # 1).

Lo anterior indicó que el nivel de aprendizaje global, fue de 31.3 % (ver tabla # 2 y gráfica # 2).

La observación directa reportó que, la mayoría de los participantes manifestaron emotividad y reflexión, al expresar sus sentimientos, durante todas las sesiones del curso, lo cual provocó cambios favorables en sus conductas iniciales de rechazo, apatía y pesimismo hacia sus compañeros de trabajo y hacia sí mismos, tales como la comunicación, el compañerismo y la amistad más profundas entre los participantes.

La retroalimentación verbal y por escrito de los participantes, indicó que a los integrantes les sirvió el curso, para conocerse y reflexionar acerca de su vida pasada, presente y futura, y de la importancia que tiene alcanzar un buen desarrollo personal, que motive y proporcione autorrealización y logro de metas, por lo cual, ellos opinaron también que, si se alcanzaron los objetivos del curso.

Por otra parte, en este grupo, proporcioné apoyo psicológico a 6 de los integrantes, posteriormente al término del curso.

En el curso "G", encontré que, todos los participantes aprobaron el postest, con una calificación mayor que la obtenida en el pretest. El porcentaje global de aprovechamiento en el pretest fue de 67.4 %, y en el postest de 93.5 % (ver tabla # 1 y gráfica # 1).

Lo anterior indicó que el nivel de aprendizaje global fue de 26.1 % (ver tabla # 2 y gráfica # 2).

La observación directa reportó que, la mayoría de los participantes, dió

muestras de compañerismo y amistad más profunda, al conocer más acerca de sí mismos y de sus compañeros, ya que manifestaron sensibilidad y reflexión acerca de los temas del programa del curso, durante todas las sesiones.

La retroalimentación verbal y por escrito de los participantes, indicó que a los integrantes, les agradó mucho el curso, ellos opinaron que, deberían promoverse más este tipo de cursos, ya que, en función del curso en que participaron, reflexionaron, acerca de sí mismos, de la interrelación con sus compañeros, de su trabajo y de la importancia de alcanzar un buen desarrollo como profesionistas y como personas, que les motive a alcanzar la autorrealización y el logro de las metas personales. También opinaron que, faltó más tiempo para dedicarlo al curso, ya que les quedaron dudas y deseos de continuar desarrollando más a fondo, los temas del programa, sin embargo, ellos consideraron que sí se alcanzaron los objetivos del curso.

Por otra parte, brindé apoyo psicológico a 4 de los integrantes, posteriormente al término del curso.

En el curso "H", se encontró que, todos los participantes aprobaron el postest, con una calificación mayor que la obtenida en el pretest. El porcentaje global de aprovechamiento en el pretest fue de 77.5 %, y en el postest de 93.7 % (ver tabla # 1 y gráfica # 1).

Lo anterior indicó que el nivel global de aprendizaje fue de un 16.2 % (ver tabla # 2 y gráfica # 2).

La observación directa mostró que, la mayoría de los participantes, se involucraron activamente en el curso y lo llevaron a cabo con mucho entusiasmo, reflexionando y sensibilizándose, respecto a los sentimientos propios y de los demás. Hicieron muchas preguntas y, fue notorio el cambio de actitud inicial de apatía, pesimismo y desconfianza hacia el instructor, en

contraste con el interés hacia los temas del curso y la confianza hacia mi desempeño como instructor. Por otra parte, se dio el compañerismo y la amistad más profundas entre todos los participantes.

La retroalimentación verbal y por escrito, por parte de los participantes, mostró que, a todos ellos les agradó el curso, el cual, les ayudó para que reflexionaran acerca de sí mismos y de sus semejantes, de la importancia de sentirse motivado en el trabajo y de alcanzar un buen desarrollo personal, que traiga consigo, el logro de metas y aspiraciones, opinaron también que, el curso debería hacerse extensivo a todo el hospital, en vista de que existe una gran cantidad de problemas, frustración personal y apatía. Los participantes, consideraron también que, si se cumplieron los objetivos que perseguía el curso.

Cabe señalar que, uno de los participantes de este grupo, requirió apoyo psicológico, el cual le brindé posteriormente al término del curso.

En el curso "I", encontré que, todos los participantes aprobaron el postest con una calificación mayor que la obtenida en el pretest. El porcentaje global de aprovechamiento en el pretest fue de un 67.1 %, y en el postest de un 96.2 % (ver tabla # 1 y gráfica # 1).

Lo anterior indicó que el nivel global de aprendizaje, fue de un 29.1 % (ver tabla # 2 y gráfica # 2).

La observación directa reportó que, se dio la amistad y el compañerismo, más profundos entre todos los participantes, ya que éstos se involucraron activamente en todos los temas del curso, reflexionando y sensibilizándose respecto a su vida personal y la de sus semejantes.

La retroalimentación verbal y por escrito de los participantes, indicó que para todos los integrantes fue bueno el curso, el cual les sirvió para reflexionar

más acerca de sí mismos, de la comunicación con sus compañeros, el desempeño de su trabajo y acerca de la importancia de sentirse pleno y autorrealizado en la vida. Opinaron también que, los objetivos del curso si se cubrieron en su totalidad. De este grupo, surgió la inquietud de crear un manual de procedimientos de camillería, el cual no existe dentro de la institución, solicitando mi apoyo como psicólogo, para que les orientara, respecto a la metodología, que deberían emplear, para realizar las investigaciones para elaborar dicho manual de procedimientos, es decir, un manual de normas establecidas, acerca de cómo se debe tratar por el servicio de camillería a los pacientes que se encuentran hospitalizados en este hospital, de acuerdo con la lesión orgánica con que estén cursando.

De este grupo, les proporcioné apoyo psicológico a 2 de los participantes, posteriormente al término del curso.

En el curso "J", se encontró que, todos los participantes aprobaron el postest, con una calificación mayor que la obtenida en el pretest. El porcentaje global de aprovechamiento en el pretest fue de 83.1 %, y en el postest de 92.2 % (ver tabla # 1 y gráfica # 1).

Lo anterior indicó que, el nivel de aprendizaje global, fue de un 9.1 % (ver tabla # 2 y gráfica # 2).

La observación directa reportó que, el curso propició la reflexión y la sensibilización de los participantes, hacia sí mismos y hacia los demás, ya que se dio entre ellos, un trato más cordial y una amistad y compañerismo más profundos, además, mostraron una conducta de emotividad, al manifestar sus sentimientos, durante las actividades del curso, lo cual, provocó cambios favorables, en sus conductas iniciales de pesimismo, rechazo y apatía hacia sus compañeros y hacia el trabajo, las cuales se convirtieron en manifestaciones de

camaradería, afecto y confianza hacia los demás y hacia su trabajo.

La retroalimentación verbal y por escrito de los participantes, indicó que a todos los participantes les agradó el curso, porque les ayudó a reflexionar acerca de su desempeño laboral, la interrelación con sus semejantes, y la importancia de sentirse autorrealizado integralmente, lo cual, les proporcionó mayor seguridad en sí mismos, para alcanzar sus metas personales. Opinaron también que, los objetivos del curso, fueron cubiertos casi en su totalidad, ya que faltó más tiempo para desarrollar más los temas.

Cabe señalar que en este grupo le proporcioné apoyo psicológico a 3 de los participantes, el cual fue brindado posteriormente al término del curso.

Por otra parte, es importante destacar que, la mayoría de los participantes que atendí como psicólogo, presentaron problemas de conducta muy específicos, principalmente de pareja, de relación con los compañeros de trabajo, cleptomanía, de familia, depresión, estrés. Como psicólogo instructor de los cursos, no me fue posible proporcionar terapia a todos los participantes que me lo solicitaban, a algunos de ellos, fue necesario derivarlos con otro psicólogo del Hospital General de Zona, que le correspondiera como adscripción, de acuerdo a su domicilio para ser atendidos por el servicio de psicología. Sin embargo, la primera atención y evaluación para llegar a un diagnóstico concluyente, sí se las proporcioné a todos ellos. A otros, les proporcioné solamente orientación durante tres o cuatro sesiones terapéuticas. Y a la gran mayoría, les proporcioné apoyo psicológico durante todo el tratamiento, que duro entre 8 y 12 sesiones, hasta ser dados de alta.

Cabe señalar también, que el nivel de asistencia de todos los participantes a los cursos fue excelente debido al interés que casi todos mostraron, sin embargo, causó múltiples problemas entre sus compañeros de

trabajo que no asistieron, ya que ante la falta de personal, tenían que sustituirlos, todo el tiempo del curso, y la sobrecarga de trabajo provocó conflictos entre ellos, así como entre los jefes de servicio, quienes a pesar de todo, tuvieron que afrontar el compromiso de permitir la salida de los participantes, aún con la falta de personal y la carga de trabajo.

En lo que respecta al área clínica, atendí un total de 400 pacientes, proporcionándoles apoyo psicoterapéutico, mediante intervención en crisis de primer y segundo orden.

Mediante la primera ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden, atendí un total de 139 pacientes.

Y mediante psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden, como continuidad de la primera ayuda psicológica, (es decir, se les proporcionó tanto ayuda psicológica de primer orden como de segundo orden), atendí un total de 261 pacientes (ver tabla # 3 y gráfica # 3).

Para llevar a cabo la primera ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden, utilicé la entrevista en la evaluación inicial y final. El apoyo psicoterapéutico, se basó en los pasos que se siguen en una intervención en crisis de primer orden, según Slaikeu (1993): 1. Contacto psicológico. 2. Examinar las dimensiones del problema. 3. Explorar las dimensiones posibles. 4. Ayudar a tomar una acción concreta. 5. Seguimiento.

Para llevar a cabo la psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden, como continuidad de la primera ayuda psicológica, utilicé como apoyo psicoterapéutico, las siguientes técnicas psicológicas: terapia racional emotiva, relajación por grupos, solución de problemas, terapia ocupacional, terapia de juego, aplicadas indistintamente, según el problema en cuestión.

En los 139 pacientes a los cuales les proporcioné solamente la primera

ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden, no hubo seguimiento posterior, ya que todos egresaron del hospital, por haber sido dados de alta o por traslado a otro hospital el mismo día de la intervención psicoterapéutica. La evaluación final de estos pacientes, se basó en la evolución que mostraron, conforme a sus conductas iniciales, y posteriormente al ser dados de alta, así como lo que manifestaron verbalmente al ser entrevistados por mí, respecto a su estado emocional al ingresar y egresar del hospital, es decir si se sentían igual, mejor o habían empeorado, emocionalmente al ser dados de alta. En todos ellos, observé un avance positivo al egresar del hospital, que se observó en muestras de optimismo, tranquilidad, dinamismo, gusto por la vida, planes a corto plazo, en contraste con las conductas iniciales que casi todos ellos presentaron, como: autocompasión, llanto, angustia, temor, desesperación, depresión, apatía.

En el caso de la psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden, tampoco hubo seguimiento posterior al egreso del paciente. La evaluación se realizó en función del avance positivo (dejar atrás conductas de autocompasión y autoderrota), retroceso (es decir, después de evolucionar positivamente, regresar a las conductas iniciales), o estancamiento (permanecer con las mismas conductas y pensamientos al inicio y término de la psicoterapia), del estado emocional del paciente, durante las sesiones de trabajo psicoterapéutico, en su estancia hospitalaria y al ser dados de alta.

De los 261 pacientes atendidos con psicoterapia breve, 32 de ellos murieron, debido a sus problemas orgánicos, 29 egresaron antes de concluir la psicoterapia, por mejoría o traslado a otro hospital, y solamente 200 la llevaron a cabo, por lo menos, durante 8 sesiones, de los cuales, 15 de los atendidos fueron familiares de los mismos pacientes que también mostraron crisis existencial.

De los 200 pacientes en total (familiares y pacientes), 50 de ellos no evolucionaron positivamente, ya que en 30 casos hubo retroceso, es decir, el paciente cayó en un estado depresivo muy profundo, mayor que el inicial, sin querer hablar con nadie, sin comer casi nada, ni cooperar con el psicólogo, cayendo en un mutismo total. 10 de ellos, fueron pacientes amputados de 2 o 3 miembros de su humanidad, 10 cursaban con quemaduras graves por todo el cuerpo y con deformaciones en cara y manos, 10 fueron parapléjicos (pérdida de la capacidad de hacer movimientos voluntarios de los miembros inferiores o de la sección inferior del cuerpo) con pérdida de la capacidad sexual (ver tabla # 5 y gráfica # 5)

En 20 casos, hubo estancamiento del paciente, es decir, sus conductas iniciales, de autocompasión, autoagresión verbal, lagrimas, pensamientos irracionales, no se modificaron en nada. Cabe señalar que 6 de estos pacientes fueron amputados de uno o dos miembros de su humanidad, 9 de ellos fueron hemipléjicos (pérdida de la capacidad para hacer movimientos voluntarios que afecta a un lado del cuerpo) con pérdida de la capacidad sexual, y 5 fueron pacientes con quemaduras graves en cuerpo y extremidades y con una amputación asociada (ver tabla # 5 y gráfica # 5).

En 150 casos, se observó un avance positivo en el estado emocional del paciente, lo cual fue manifestado por el mismo, con conductas positivas durante la entrevista final al ser dado de alta, lo cual, funcionó como: agradecimiento al psicólogo por la ayuda brindada, optimismo, alegría por estar vivo, planes hacia el futuro, buen apetito, muestras de cariño y aceptación a las visitas de familiares y amigos. Es importante destacar que, 50 de éstos fueron pacientes geriátricos, hospitalizados por fractura de cadera, 20 casos, fueron pacientes polifracturados (es decir, con varias fracturas por todo el cuerpo), 30 casos, fueron pacientes con quemaduras graves en cara y extremidades superiores o

inferiores, pero sin deformaciones ni amputaciones asociadas, 20 casos, fueron pacientes amputados de un sólo miembro de su humanidad, 10 casos, fueron niños con problemas diversos, 10 pacientes fueron pacientes hemiplejicos sin pérdida de la capacidad sexual, 10 fueron paraplejicos con pérdida de la capacidad sexual (ver tabla # 5 y gráfica # 5).

En síntesis, en un 75 % del total de pacientes atendidos con psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden, hubo un avance positivo, en un 15 %, hubo retroceso y en un 10 %, hubo estancamiento (ver tabla # 4 y gráfica # 4).

En lo que respecta al área de investigación educativa en el área médica, participé como colaborador en 2 proyectos de investigación, realizados por la Jefatura de Educación Médica e Investigación, cuyo objetivo fue encaminado a mejorar los programas educativos de los médicos en formación. Por otra parte, también elaboré un proyecto de investigación en geriatría, siendo el objetivo: conocer de que manera influyen los talleres vivenciales de autoestima en pacientes geriátricos hospitalizados, el cual no concluyó su aplicación, únicamente apliqué un plan piloto a 8 pacientes hospitalizados.

El proyecto "A", perseguía con esta investigación: conocer las necesidades de cursos de capacitación del personal médico de base y en formación. La investigación se realizó bajo el método de la encuesta, realizándose 100 encuestas a los médicos de los tres turnos, encontrándose los siguientes resultados: (ver tabla # 6 y gráfica # 6).

- La totalidad de los médicos encuestados opinaron que son muy importantes los cursos de capacitación.
- La totalidad de los médicos opinó que, la capacitación es la forma ideal de

estar actualizado continuamente y en cualquier área del conocimiento, para poder prestar un servicio de primera calidad al derechohabiente.

- El 97 % opinó que ,los cursos de capacitación, motivan al personal en el trabajo y le dan satisfacción.
- El 3 % opinó que, los cursos de capacitación, no motivan al personal, pero que si le proporcionan satisfacción.
- El 92 % opinó que, los cursos de capacitación deben ser obligatorios e indispensables intrahospitalariamente para todo el personal que labora en la institución.
- El 8 % opinó que, ellos solamente se capacitan en el extranjero o con gente extranjera, fuera del país, pero de ninguna manera por mexicanos ni intrahospitalariamente.
- Los médicos encuestados opinaron que, en las áreas en las que les gustaría capacitarse son las siguientes:

20 % educación didáctica para profesores.

20 % Adiestramiento en servicio.

20 % Comunicación.

10% Integración de Grupos.

10 % Computación.

10 % Desarrollo personal.

10 % Estadística.

- El 100 % de los encuestados opinó que, los servicios que más requieren capacitación, son las asistentes médicas, los administrativos y los médicos en general.

El proyecto "B", perseguía con esta investigación: "conocer si el método

de enseñanza-aprendizaje utilizado en el Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS, para la educación de los médicos en formación, resulta adecuado para los educandos". La investigación se realizó bajo el método de la encuesta, realizándose 100 encuestas a los médicos residentes en la etapa de formación académica, encontrándose los siguientes resultados: (ver tabla # 7 y gráfica # 7).

- El 70 % de los encuestados opinó que el sistema de enseñanza es el adecuado y resulta provechoso para ellos.
- El 30 % de ellos, opinó que el sistema de enseñanza tiene muchas carencias y que no les ayuda en su preparación.
- El 80 % opinó que sus profesores discuten los casos clínicos con ellos, y les aclaran sus dudas, mientras que un 20 % opinó que no.
- El 97 % opinó que, sus profesores los apoyan con bibliografía y los motivan a continuar con la especialidad, mientras que un 3 % opinó lo contrario.
- El 70 % opinó que su aprendizaje con el sistema actual de enseñanza es excelente, 20 % es bueno y 10 % es deficiente.
- El 80 % opinó que los exámenes que se aplican son excelentes, 20 % son deficientes.
- El 100 % opinó que, el Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS, es una buena escuela para llevar a cabo su formación profesional.
- El 90 % opinó que, las reseñas bibliográficas con que cuenta la biblioteca del hospital son las adecuadas, mientras que un 10 % opinó que, tiene carencias y que le hace falta más material didáctico y más variado.

El objetivo de la investigación "C", fue conocer de que manera influyen los talleres vivenciales de autoestima en pacientes geriátricos hospitalizados, de acuerdo al sexo y a la edad. No concluí mi trabajo psicológico en el taller de autoestima, ya que solamente apliqué un plan piloto a 8 pacientes geriátricos hospitalizados (4 mujeres y 4 hombres), dos mujeres y dos hombres con edades de 65 años y dos mujeres y dos hombres con edades de 80 años. El programa del taller contenía temas de autoconocimiento, autoaceptación, autocontrol y terapia ocupacional, encaminados a la elevación de la autoestima de los pacientes. La evaluación se llevó a cabo mediante un cuestionario de evaluación estandarizado de la autoestima de Rodríguez (1989), pretest-posttest, encontrándose los siguientes resultados (ver cuadro #1).

- Los 4 pacientes de 65 años, tanto hombres como mujeres reflexionaron y modificaron sus conductas de depresión, debido a la vida activa anterior que tenían, la disminución de sus fuerzas físicas, el sentimiento de soledad y la proximidad de la muerte.
- Se observó más la modificación de estas conductas en las mujeres que en los hombres de esta edad.
- Los 4 pacientes de 80 años, tanto hombres como mujeres, reflexionaron, pero no modificaron sus conductas de depresión, debido a la vida activa anterior que tenían, la disminución de sus fuerzas físicas, el sentimiento de soledad y la proximidad de la muerte.
- Los pacientes de 80 años, hombres y mujeres, tenían más temor a la proximidad de la muerte que los de 65 años de ambos sexos.
- Tanto las mujeres de 65 años como las de 80, se ocupaban de sus necesidades físicas (comida, casa, bañarse, etc.), mientras tanto los hombres de 65 años como los de 80, eran auxiliados por sus esposas o

hijos para comer, bañarse, labores domésticas, etc.

EVALUACION CRITICA

Resulta claro que el psicólogo que labora dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social, debe conocer los campos en los que aplicará su bagaje de conocimientos teóricos y prácticos. Debe estar consciente de sus recursos y limitaciones, de los principios de ética que gobiernan el ejercicio de su profesión, así como de la necesidad de una continua capacitación, que su joven ciencia le demanda. Y es de la actitud que asuma el psicólogo frente a su responsabilidad social, que dependerá su eficiencia profesional y realización personal.

En el Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS, el trabajo que realicé como psicólogo, posee una relevancia social muy importante, ya que trasciende no solo a los derechohabientes, sino a la sociedad en general.

Mi desempeño como psicólogo en el área de capacitación fue fundamentalmente importante, no obstante a que el nivel de aprendizaje global que se dio en cada uno de los cursos, no fue muy representativo, sin embargo, los resultados cualitativos, muestran que el aprendizaje no sólo fue de tipo intelectual, sino más bien encaminado hacia las vivencias que se dan en la vida cotidiana, tanto en el trabajo y la familia, como en la convivencia con los seres que conforman la sociedad en general, lo cual apoya el desarrollo personal de los individuos que participaron en cada uno de los cursos y los prepara para una vida mejor, esto representa el resultado esperado, que cubre las expectativas que se tenían en cuanto al logro de los objetivos de la capacitación psicológica, enfocada al desarrollo humano.

Como puede observarse en la tabla # 1, gráfica # 1, el nivel de aprovechamiento de todos los grupos, fue mayor en el postest que en el pretest. El grupo que obtuvo mayor nivel de aprovechamiento global en el pretest, fue el

grupo "E", el cual fue de un 89.7 %. Y el grupo que obtuvo mayor nivel de aprovechamiento global en el postest, fue el grupo "I", el cual fue de un 96.2 %. La tabla # 2 y gráfica # 2 muestran, que la evaluación que determinó, el nivel global de aprendizaje de todos los grupos, al realizar la comparación cuantitativa entre el pretest y el postest, reportó que, el grupo "A", alcanzó un nivel global de aprendizaje intelectual de un 12.8 %. El grupo "B", alcanzó un nivel global de aprendizaje intelectual de un 20.7 %. El grupo "C", alcanzó un nivel global de aprendizaje intelectual de un 18.5 %. El grupo "D", alcanzó un nivel de aprendizaje intelectual de un 18.4 %. El grupo "E", alcanzó un nivel global de aprendizaje intelectual de solo un 4 %. El grupo "F", alcanzó un nivel global de aprendizaje intelectual de un 31.3 %. El grupo "G", alcanzó un nivel de aprendizaje intelectual de un 26.1 %. El grupo "H", alcanzó un nivel de aprendizaje intelectual de un 16.2 %. El grupo "I", alcanzó un nivel de aprendizaje intelectual de un 29.1 %. El grupo "J", alcanzó un nivel de aprendizaje intelectual de un 9.1 % solamente. Esto indica que el nivel global de aprendizaje intelectual de todos los grupos, oscila entre un 4 % y un 31.3 %, siendo el grupo que menor nivel de aprendizaje global obtuvo, el grupo "E", el cual fue de un 4 % y el que más obtuvo, fue el grupo "F", siendo este de un 31.3 %, dentro de los grupos que mayor nivel de aprovechamiento obtuvieron, se encuentran los grupos "I", "G", "B", los cuales alcanzaron un 29.1 %, 26.1 %, y un 20.7 %, respectivamente, mientras que, dentro de los grupos que menor nivel global de aprendizaje obtuvieron, se encuentran los grupos "J", "A" y "H", los cuales alcanzaron un 9.1 %, 12.8 % y un 16.2 %, respectivamente.

Como puede observarse en la tabla # 2 y gráfica # 2, en todos los grupos fue mínimo el nivel global de aprendizaje intelectual, aunque exista una diferencia marcada entre unos grupos y otros, no resulta muy representativo ningún porcentaje. Sin embargo, la evaluación del cuestionario (pretest-postest),

no indica los resultados definitivos, en vista de que, también se evaluaron los cursos, en función de la observación directa, por parte del psicólogo, así como también la retroalimentación verbal y por escrito de los participantes, de cada uno de los cursos.

Es posible que, el nivel mínimo de aprendizaje global, se deba a que el grado intelectual de los participantes, haya ayudado en la resolución del cuestionario, ya que, casi todas las licenciaturas encaminadas a las ciencias de la salud, tienen materias de psicología, esto puede apreciarse en el grupo "E", el cual obtuvo el nivel global de aprendizaje, menos representativo de todos los grupos, y dicho grupo, correspondió a un curso, cuyos participantes, fueron médicos y paramédicos de base, con grados mínimos de licenciatura y máximos de especialidad en medicina y algunas maestrías. Mientras que el grupo que obtuvo el nivel máximo de aprendizaje global, fue el grupo "F", cuyos participantes fueron todos camilleros, con una preparación inferior o igual a la instrucción preparatoria. Pero, afortunadamente, la evaluación en general no solo reporta cifras, sino también reporta resultados cualitativos, los cuales indican que, los objetivos de dichos cursos casi alcanzaron a cubrirse totalmente, ya que los temas del programa, fueron elaborados de tal forma, que hicieron reflexionar a los participantes y provocaron en ellos, el aprendizaje vivencial y significativo, lo cual originó cambios positivos de conducta, lo que, a su vez, repercutió en su grupo de trabajo, familia y sociedad en general, y aunque no hubo seguimiento, más que en un sólo curso, la observación directa y los comentarios de los participantes en relación, a lo que le pareció el curso, se encaminaron hacia la eficacia de éste, mencionando la trascendencia positiva que tuvo en su vida personal, al hacerlos reflexionar en cada uno de los temas, lo cual provocó, el inicio de cambios en la forma de actuar, de pensar y del trato personal con los derechohabientes del hospital, su familia, compañeros de

trabajo, la pareja y las amistades, que hicieron mejorar su propia vida. Por otra parte, los comentarios también fueron enfocados hacia el desempeño del psicólogo ante el grupo. La mayoría de ellos, mencionaron que el psicólogo posee la capacidad y la habilidad de coordinar y asistir a los participantes de un curso de este tipo, para que en estos operen cambios en la organización de la propia vida, sin que surjan resistencias al cambio, sino dejar libremente los procesos de reflexión, autoconocimiento, autoaceptación, automotivación y autorrealización personal. Los participantes me auguran un buen futuro como psicólogo, porque desempeño bien su trabajo, lo cual, me sirvió de retroalimentación para mejorar, tanto mi desempeño como mis técnicas metodológicas en el área de capacitación.

Por lo tanto, los programas de los cursos de capacitación en psicología, enfocados al desarrollo humano, no sólo favorecieron a la institución, sino que a los propios trabajadores y derechohabientes. Esto puede observarse, en la gran cantidad de participantes que solicitaron ayuda psicológica, después de haber participado en alguno de estos cursos, a quienes, seguramente, los contenidos temáticos, removieron el aspecto emocional de cada uno de ellos, lo que provocó, el deseo y la confianza, para solicitar ayuda profesional, en problemas de conducta muy específicos, que aquejan a la mayoría de los trabajadores del IMSS, como: de relación de pareja, con los compañeros de trabajo, de familia, de cleptomanía, de depresión y estrés. Lo que demuestra, que son muy necesarios este tipo de cursos dentro del Seguro Social, ya que esto, también indicó que los participantes tuvieron oportunidad de reflexionar, acerca de sí mismos, de su relación con los demás, así como de la importancia de autorrealizarse integralmente, alcanzando un desarrollo total, que ayuda a cada individuo a progresar en su nivel de vida, a alcanzar niveles de productividad más altos, que no solo lo benefician a él, sino también al IMSS, y a la sociedad

en general, pues una persona que alcanza un buen nivel de desarrollo integral, es más comprometida con ella misma y con su entorno social, ya que realiza sus actividades de trabajo y en general, con mayor entrega, dedicación y compromiso.

Por otra parte, dichos cursos abrieron posibilidades de mejoras en cuanto al desempeño laboral, lo cual puede observarse en el curso que se le otorgó al grupo de camillería, quienes se sintieron sumamente motivados para realizar investigación encaminada a la realización de un manual de camillería, que posea normas para trasladar mejor a los pacientes, el cual sólo existe más que en un hospital de especialidades del Centro Médico "Siglo XXI" lo cual habla de la necesidad de autorrealización en el trabajo.

El uso de los recursos materiales didácticos empleados, fue muy limitado, ya que el Seguro Social, no cuenta con el capital económico suficiente para abastecer de material didáctico al instructor. Por otra parte, aunque el Contrato Colectivo para los trabajadores del IMSS, marque por ley la capacitación, no siempre es posible dentro de esta institución, principalmente en psicología, no obstante a que ésta es la base de un equilibrio físico y mental de los trabajadores de cualquier institución. Además, por políticas propias del hospital, por falta de personal y la carga de trabajo, no existe un psicólogo asignado exclusivamente a realizar el trabajo de capacitación, ni tampoco puede asistir todo el personal a estos cursos, porque debido al tiempo, a la falta de personal y la carga de trabajo, si asistieran, en el caso que hubieran más cursos, dejarían descubiertas las áreas y esto podría repercutir seriamente en los pacientes hospitalizados, ya que el servicio sería pésimo y podrían ocurrir accidentes, por la ausencia temporal del personal, porque cada vez es mayor la falta de personal y por consecuencia la carga de trabajo para todo el personal del IMSS.

Por otra parte, aunque el profesiograma de la categoría de psicólogo, menciona que este debe participar en cursos de capacitación como instructor, la realidad es que aunque es muy importante la capacitación en psicología, enfocada a cualquier área (desarrollo humano, integración de equipos, autocontrol, manejo de personal, etc.), y el IMSS, puede tal vez, ser de la misma opinión, sin embargo, los hechos marcan lo contrario, ya que no se le da la importancia adecuada, porque no promueve dichos cursos con la frecuencia necesaria, no obstante a que, los problemas serios que aquejan al IMSS, se refieren al factor humano. Esto puede observarse, en las personas que laboran dentro de la institución, quienes a menudo, son incapaces de lograr un entendimiento con sus compañeros de trabajo, con sus semejantes e incluso consigo mismos, lo cual crea muchos conflictos internos en los individuos, que les impiden tener una vida plena y de autorrealización personal.

Estos cursos, no se habían dado, al menos en dicho hospital, desde hacia 5 años. Se dan con alguna frecuencia por períodos durante el año, pero a nivel delegacional, es decir, se reúne gente de todos los hospitales a tomarlos por cuenta propia, si así lo desean, dentro de las instalaciones del Sindicato de los trabajadores del IMSS, pero, no en su unidad de trabajo, ni con su propio grupo de trabajo, lo cual es sumamente importante, ya que, lo que motiva a los trabajadores del IMSS, a tomar los cursos de capacitación, es no tener que desplazarse mucho de su área de trabajo, así como, la integración, reflexión y aceptación del mismo grupo en el que se desenvuelve para realizar su trabajo.

Los 10 cursos que proporcioné como psicólogo en esta área a médicos y paramédicos del hospital, fueron posibles, debido a que mi trabajo fue en calidad de pasante y nivelado como sustituto del psicólogo de base, lo cual apoyó las políticas del hospital, acerca de rolar a los psicólogos sustitutos por las áreas que el jefe inmediato de éste, considere pertinente, por ello, se realizaron dichos

cursos, ya que, al brindar los primeros tres cursos, las peticiones de los diferentes jefes de servicio, no se hicieron esperar, principalmente en el área de enfermería y medicina, quienes solicitaron directamente a mi jefe inmediato, que deseaban para su servicio, un curso de esta naturaleza, sin embargo, no fue posible cubrir todas las demandas de estos cursos para todos los servicios solicitantes, debido a que fuí rolando a otras áreas de trabajo, y no obstante a que había disponibilidad y capacidad por mi parte no me fue posible brindar más cursos, ya que el tiempo, la asignación de otras actividades por parte de mi jefe inmediato y la sobrecarga de trabajo, lo impidieron.

Es importante destacar que, actualmente hubo la oportunidad de tener seguimiento del grupo "A", mediante retroalimentación verbal, con todo el grupo de 23 participantes (médicos residentes de segundo año de la especialidad de traumatología y ortopedia actualmente y de primer año, cuando se les proporcionó el curso de capacitación en psicología enfocado al desarrollo humano), los cuales afirman, que después de un año y 8 meses de trabajo juntos, el curso que les proporcioné al inicio de su especialidad, repercutió positivamente en su conducta, no sólo de grupo, sino en su entorno familiar, social y personal. Los comentarios al respecto, son en contraste con el nuevo grupo de residentes que ingresó a primer año hace 8 meses, a quienes no les proporcioné el mismo curso que a ellos, y durante estos 8 meses juntos, tienen muchos problemas y conflictos interpersonales entre ellos, no existe apoyo de ninguna índole de unos a otros, tampoco existe la adecuada comunicación ni la confianza en todo el grupo, lo cual repercute evidentemente en sus calificaciones, familia, amistades y sobre todo en los pacientes. El grupo "A", admite, que gracias al curso, todos los participantes se conocieron y entablaron muy buenas amistades entre ellos mismos muy precozmente, que desde entonces, se ayudan siempre en todo mutuamente y que la amistad se ha hecho

externa (convivencia fuera del hospital), que tienen un equipo de trabajo muy er, con muy pocos conflictos interpersonales con sus compañeros, que se sienten con mucha confianza y que todos ellos, se han tomado afecto, lo cual les ayuda a no externar problemas a su familia, pareja, amistades, y a la sociedad en general, lo cual no sucede en el nuevo grupo de residentes.

El seguimiento del grupo "A", y la comparación con el otro grupo de residentes con las mismas características, pero que no tomaron el mismo curso, indican, que este tipo de cursos, son necesarios dentro del Seguro Social, y que se les debe dar mayor importancia. Por lo cual, mi propuesta de trabajo como psicólogo en el área de capacitación, es en función de:

- Que se promuevan más, los cursos de capacitación en psicología, enfocados al desarrollo humano.
- Se amplíe la plantilla para psicólogos, que trabajen en el área de capacitación no sólo del personal sino también de los derechohabientes, o en su defecto, promuevan la aceptación de estudiantes avanzados de psicología de la ENEP Iztacala, para cubrir esta área, ya que es una escuela que forma psicólogos, con bases teóricas y metodológicas opcionales en 7º y 8ª semestres, que hacen posible, enlazar dichos conocimientos con las necesidades de la institución, de tal forma que los estudiantes puedan realizar sus prácticas profesionales.
- Propongo un programa para los cursos de capacitación en psicología enfocados al desarrollo humano, que los contenidos temáticos, sean con temas como: dinámica de grupos, importancia de los grupos en la vida del hombre, el grupo como lugar óptimo de autorrealización personal, relaciones humanas, liderazgo, comunicación, personalidad, autoestima, motivación, asertividad, creatividad, manejo de estrés. Los cuales, por

experiencia propia del psicólogo, ayudan a alcanzar óptimos resultados en el logro de los objetivos.

- Propongo que se brindé el apoyo económico necesario por parte de la institución, para el fortalecimiento de los recursos materiales y didácticos, que se requieren en los cursos de capacitación en psicología en cualquier área.
- Propongo, la contratación de un psicólogo exclusivo para proporcionar apoyo psicológico en el área clínica, a los trabajadores del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes.

Ahora bien, en lo referente al área clínica, mi trabajo como psicólogo posee una relevancia social muy marcada, ya que presté apoyo psicoterapéutico a un total de 139 pacientes, con la primera ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden y 261 pacientes con psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden, de los cuales 32 murieron y 29 egresaron antes de concluir el tratamiento (ver tabla # 3 y gráfica # 3).

El apoyo psicoterapéutico, provocó un cambio en las conductas iniciales de los pacientes, de autocompasión, autoderrota, pesimismo, baja autoestima, por conductas de gusto por la vida, amor a sí mismos, optimismo, dinamismo, lo cual manifiesta que, la intervención en crisis de primer y segundo orden, como ayuda psicoterapéutica en la sala de urgencias y pacientes hospitalizados del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, si funciona adecuadamente. Las estadísticas del total de los pacientes atendidos, muestran que la primera ayuda psicológica fue eficaz en un 100 % y en la psicoterapia breve, en un 75 %, ya que en un 15 % hubo retroceso y en un 10 % hubo estancamiento en los pacientes atendidos , como lo muestra la tabla #4 y la gráfica #4.

Haciendo un análisis minucioso, lo anterior, puede deberse, en el caso de la primera ayuda psicológica, a que en el paciente, que atraviesa por una crisis existencial, hay una necesidad profunda e imperiosa de afectividad, aceptación, de ser escuchado y comprendido, lo cual, al ser brindado esto por el psicólogo, durante la primera ayuda psicológica o intervención en crisis de primer orden, hace que el paciente responda en la mayoría de los casos, adecuadamente a la ayuda brindada, ya que esto cubre sus necesidades y expectativas emocionales más prioritarias. Por otra parte, es muy importante, el compromiso, responsabilidad y preparación del psicólogo, quien debe hacer sentir bien, en estos casos al paciente, ya que de la actitud que el psicólogo tome, dependerá en gran medida, el avance positivo que en este caso, hubo en los pacientes atendidos. Es importante destacar que, en la primera ayuda psicológica que se les brindó a dichos pacientes, no hubo seguimiento y que la evaluación final, se llevó a cabo, en función de la retroalimentación, que el propio paciente proporcionó al psicólogo, así como de la observación directa hacia las conductas iniciales y posteriores del paciente, al ingresar y egresar del hospital. El porcentaje de pacientes con una evolución adecuada, manifiesta que la calidad y eficacia de la primera ayuda psicológica fue muy buena, pero, sin ser demasiado optimistas, sino más bien realistas, es muy posible, que al no haber seguimiento, los pacientes hayan vuelto a caer en un estado de crisis existencial, al enfrentarse nuevamente con su entorno familiar, social y de trabajo, e incluso, los pacientes que fueron trasladados a otro hospital, tal vez ya no tuvieron una atención psicológica en el otro hospital y es muy posible que también hayan caído en crisis nuevamente. Sin embargo, no se puede descartar totalmente la posibilidad de que efectivamente, el apoyo psicoterapéutico haya sido bueno, no obstante a, la carga de trabajo y condiciones en que se le brindó al paciente, ya que tanto el área de hospitalización como la sala de urgencias, no cuentan con

privacidad, ni la más remota posibilidad de que exista. Por otra parte, el tiempo que se le brinda al paciente, no siempre es suficiente, así como el apoyo del personal médico y paramédico, no siempre es el adecuado, ya que debido a las políticas del hospital, los empleados no siempre están entrenados, ni dispuestos a cooperar, con los cuidados necesarios, que se les debe brindar a este tipo de pacientes, ya que la institución, no le brinda mucha importancia a la actitud que su personal tome ante los problemas de crisis emocionales que sufran los pacientes que atienden, o lo que es peor, el IMSS, no se ocupa muchas veces ni de la salud mental de sus propios trabajadores. Como lo muestra la tabla #5 y gráfica #5, en lo que respecta a la psicoterapia breve o ayuda psicológica de segundo orden, es posible que el porcentaje de pacientes atendidos que evolucionaron positivamente, un 75 %, haya sido debido, al tipo de problemáticas que estos pacientes presentaban, tales como: pacientes geriátricos con fractura de cadera, a los cuales con un poco de cariño y atención es posible sacarlos adelante; pacientes con varias fracturas por todo el cuerpo, a los cuales con un poco de paciencia es posible devolverles la calma, siempre y cuando no queden con secuelas importantes; pacientes con quemaduras graves en cara y extremidades, pero sin deformaciones ni amputaciones asociadas, a los cuales, es muy difícil tratar psicológicamente, sin embargo si es posible ayudarlos con una buena preparación a salir adelante de su estado de crisis emocional, pacientes amputados de un solo miembro, a quienes aunque les cuesta trabajo aceptar la pérdida de su humanidad, se comparan con quienes han perdido más miembros y es posible sacarlos adelante mediante el tratamiento psicoterapéutico; pacientes niños con diversos problemas, los cuales con cariño y apoyo familiar, salen rápidamente de su estado emocional, sin importar el tipo de padecimiento; pacientes con parálisis de un lado del cuerpo, sin la pérdida de la capacidad sexual, lo cual ayuda a los pacientes

emocionalmente a salir adelante en su vida personal, no siendo igual en el caso de los pacientes en que hubo retroceso, constituyendo estos, un:15% del total de pacientes atendidos, ya que este tipo de pacientes presentó problemáticas muy severas, como parálisis de la mitad inferior del cuerpo o de un lado de éste, pero con pérdida de la capacidad sexual, otros pacientes con varios miembros amputados, otros con quemaduras graves en todo el cuerpo y con deformaciones en cara y manos. Lo cual, genera en los pacientes un estado emocional de angustia, depresión, autocompasión, autoderrota, que es muy difícil controlar, debido a las secuelas posteriores que este tipo de padecimientos, trae consigo, y en el caso de que el tratamiento psicoterapéutico sea un éxito, los pacientes, regresan a su estado emocional anterior, como ocurrió en estos pacientes, en los que hubo un retroceso. Esto indica, que el tipo de problema que el paciente tenga, es muy importante para que evolucione adecuadamente al tratamiento psicoterapéutico, lo cual se puede corroborar, contrastando los pacientes en los que hubo un avance positivo y en los que hubo ya sea retroceso o estancamiento, en los que hubo avance positivo, no hubo padecimientos muy graves o que dejaran secuelas posteriores, como pérdida de la capacidad sexual o deformaciones en cara y extremidades, mientras que en el caso de los pacientes en los que hubo retroceso o estancamiento, sus padecimientos fueron muy graves y dejaron secuelas como: pérdida de la capacidad sexual debido a la parálisis, o pérdida de uno más miembros de su humanidad por amputaciones, o deformaciones en cara, cuerpo y extremidades. En el caso de los pacientes en los que hubo un estancamiento en su padecimiento, durante todo el tiempo que estuvieron hospitalizados, no evolucionaron positivamente, estos pacientes constituyeron un 10 % del total de pacientes atendidos con psicoterapia breve (ver tabla # 5 y gráfica # 5).

Es importante destacar, que en ninguno de los pacientes atendidos con

psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden, hubo seguimiento posterior, ya que, debido a las políticas internas del hospital, la atención psicológica y psiquiátrica, es solo para pacientes que se encuentran hospitalizados en cualquier área del hospital, sin que exista la consulta externa, para realizar un seguimiento posterior al tratamiento psicoterapéutico. Esto, no solo entorpece el manejo adecuado de estos pacientes, a los que se debe necesariamente, seguir tratando, aunque sea esporádicamente, sino que también, no es posible, afirmar que en realidad, el tratamiento fue el adecuado, ya que al no existir el seguimiento posterior de estos pacientes, es posible, que alguno de ellos, sino es que todos, vuelvan a caer en su estado de crisis inicial, no obstante a su evolución positiva dentro del hospital. Ya que, es al enfrentarse con su entorno social, familiar y de trabajo, cuando es posible valorar si, el tratamiento, tuvo una evolución positiva o si hubo estancamiento o retroceso en el paciente.

Por lo cual, aunque si se realizó la evaluación final al ser dados de alta estos pacientes, mediante la entrevista y la observación directa del cambio de conductas iniciales y posteriores, y obteniendo el psicólogo retroalimentación positiva, no se puede asegurar que fuera del hospital, el paciente continuará con las mismas conductas que presentó al ser dado de alta del hospital. Por ello, se debe tomar con cierta reserva, el porcentaje (75 %), de pacientes con evolución positiva, al igual que el porcentaje de los pacientes con retroceso (15 %), y estancamiento (10 %), en los cuales, tampoco se tiene la certeza de que mejorarán o empeorarán, al estar fuera del hospital. Sin embargo, siendo un poco optimistas, es posible mencionar, que la psicoterapia breve o intervención en crisis de segundo orden, tiene un porcentaje elevado de eficacia en este tipo de pacientes que se atienden dentro del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes.

En lo referente a las técnicas metodológicas empleadas, para llevar a cabo la psicoterapia breve, éstas fueron muy efectivas al ser empleadas en la psicoterapia, ya que me proporcionaron habilidades clínicas básicas. Dichas técnicas, fueron seleccionadas en base a un diagnóstico clínico inicial. Por lo que cada una de las técnicas se dirige a liberar emociones y se utilizaron con pacientes víctimas de un suceso traumático. Y es en función de esto, que fueron empleadas en mi trabajo como psicólogo.

Sin embargo, el suministro de materiales para llevarlas a cabo con eficacia, no fueron cubiertos en su totalidad, debido a la falta de recursos económicos de la institución para este fin. En el caso de la terapia de juego, hicieron falta juguetes y un cuarto privado en el módulo de pediatría, para poder llevarla a cabo bajo mejores condiciones y resultados más óptimos. En la terapia ocupacional, hicieron falta mayores recursos didácticos, como materiales específicos para poder brindar la terapia con más eficacia. En el caso de la relajación por grupos, la institución no cuenta con una grabadora especial y música adecuada para llevarla a cabo. Sin embargo, eso no resulto ser un obstáculo para mi desempeño como psicólogo, ya que implementé mis propios materiales y utilicé los que ya tenía de mi pertenencia, Y no obstante, a que solicité material de apoyo aunque no me fue negado, nunca fue provisto al departamento de psicología. Pero, por otra parte, el servicio de psicología cuenta con algunas pruebas psicométricas para llevar a cabo la evaluación psicológica, tales como: El MMPI (Inventario Multifasético de la Personalidad), El Raven para niños y adultos (para evaluar inteligencia), Test del Arbol (para evaluar personalidad), WAIS (para evaluar inteligencia). Los cuales no siempre es posible usar, debido a la carga de trabajo y la falta de tiempo para llevarlos a cabo, ya que todos estas pruebas, requieren una cantidad de tiempo considerable para resolverlas. Por lo cual, se considera que es bueno tenerlas de

apoyo, pero la psicoterapia sería más adecuada, si se contaran con materiales que vayan de acuerdo con las necesidades del hospital, para que este pueda brindar una mejor atención a los derechohabientes, lo cual está, evidentemente, en función de las bases teóricas y metodológicas de la formación profesional de los psicólogos que trabajan en él.

Es necesario mencionar que, la falta de personal y la gran carga de trabajo, impidieron que la calidad de la atención psicológica se enriqueciera más, en vista de que existen solamente dos psicólogos y un psiquiatra, para brindarle atención a todo el hospital, en los diferentes servicios de hospitalización con que cuenta, por lo que, hace falta más tiempo para lograr mejores resultados en cada atención psicológica, ya que si se le brinda más tiempo a cada paciente, entonces son menos los atendidos, o viceversa, si se atienden más pacientes, es menor el tiempo y la calidad de la atención para cada paciente, debido a las políticas del hospital, el cual exige, cierta productividad, por lo que si se cumple en cantidad, entonces disminuye la calidad y si se cumple en calidad, entonces se disminuye en cantidad la atención a los derechohabientes. Pero no obstante a ello, el psicólogo trato de mantener un equilibrio entre ambas, por lo que, los resultados, fueron moderadamente aceptables.

Por otra parte, el trabajo que realicé en el área clínica, posee una relevancia social muy marcada, ya que si se tiene éxito en la intervención psicoterapéutica, es decir, si los pacientes evolucionan positivamente, la organización de la vida del paciente, se estabilizará de tal manera, que permita un funcionamiento conductual, en equilibrio para enfrentar el futuro. Y el índice de suicidios será menor, pero si por el contrario, el suceso de crisis no evoluciona positivamente, sino que hay un estancamiento o retroceso de éste, entonces, las repercusiones de alcoholismo, drogadicción y muerte serán mayores. Es por eso, que resulta tan importante, el mantener un seguimiento

posterior con este tipo de pacientes, y por otra parte, contar con un buen nivel académico en esta área, además de poseer una profunda calidad humana como profesional de la psicología, para llevar a cabo la intervención en crisis de primer y segundo orden, no solo en el Seguro Social, sino en cualquier institución de salud.

Por todo lo anterior, mis propuestas de trabajo para el área clínica del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, son las siguientes:

Se propongo que se promueva la aceptación de estudiantes avanzados de psicología de la ENEP Iztacala, para prestar un servicio social o practicas profesionales, ya que sus bases teóricas y metodológicas se enlazan con las necesidades del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS. Para que con este apoyo se beneficie no solo la institución, sino también los derechohabientes y el personal mismo, así como también los estudiantes, quienes tendrán la oportunidad de aplicar su bagaje de conocimientos y adquirir experiencia en esta área.

- Propongo, que se implemente un consultorio con privacidad, en todos los servicios del hospital, exclusivo para el servicio de psicología, ya que no existe privacidad, en las camas de hospitalización, y es muy necesaria en una atención psicoterapéutica de crisis.
- Propongo que se aumente la plantilla, para contratar más psicólogos que trabajen en el área clínica, por lo menos uno por cada servicio del hospital, ya que solo, existen dos plazas de psicólogos de base, y son 12 servicios prioritarios para atención psicológica.
- Propongo que se otorgue más recursos económicos, para el suministro de material de apoyo en el área clínica, en vista de que, el material con que cuenta el servicio de psicología, no es suficiente, ni tampoco el

adecuado, para desarrollar las técnicas psicoterapéuticas.

- Propongo, que haya un seguimiento de los pacientes egresados, que son atendidos por el servicio de psicología, al menos en un 50 % de los casos, de acuerdo con el criterio del psicólogo para elegir, aquellos pacientes que más lo requieran.

En lo que se refiere al área de investigación, mi trabajo como psicólogo fue muy importante, no obstante a que en dos de las investigaciones, solamente, brindé apoyo, pero no fungí como autor de las mismas. Solamente en una de las tres investigaciones en que participé, realicé mi propio proyecto de investigación y la aplicación del mismo, no obstante a que no fue concluida, porque solo apliqué el plan piloto.

La investigación "A", demostró que los cursos de capacitación, son indispensables, para todos los trabajadores del Seguro Social, especialmente para los médicos, que laboran dentro del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, a quienes sus necesidades de cursos de capacitación son acerca de temas como: educación didáctica para profesores, lo cual indica que los médicos desean, otorgar una enseñanza más sólida a sus estudiantes. Otro tema como: el adiestramiento en servicio, lo cual habla, de que, el personal médico, desea estar siempre a la vanguardia en el mundo competitivo de hoy. Otros temas de psicología, como: el desarrollo humano, la comunicación y la integración de grupos, lo cual habla, de existe una gran demanda en cuanto a cursos de capacitación, que apoyen la autorrealización personal de los médicos del hospital, en vista de que en conjunto, estos temas, alcanzan un 30 % del total de temas seleccionados, como necesidades prioritarias para realizar la capacitación, siendo éstos, el porcentaje más elevado, lo cual reafirma que la salud mental del individuo es lo más importante en su vida personal (ver tabla #

6 y gráfica # 6).

En cuanto a la investigación "B", ésta reportó un nivel elevado de alumnos que opinaron que el sistema educativo, en el Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, es el adecuado a sus necesidades y que sus profesores, les aclaran sus dudas y existe la retroalimentación entre alumnos y profesores, en el área médica. Esto indica que, el sistema educativo de este hospital, posee una relevancia social muy importante en relación, a la formación de médicos especialistas, ya que, sin duda, muchos de los problemas que conducen a críticas e inconformidades de la atención dentro del Seguro Social, son en relación a los médicos que proporcionan la medicina institucional, por lo cual, es necesario que existan escuelas como este hospital, donde se formen profesionales de la medicina, que proporcioné no solo un buen desarrollo académico, sino que regule la practica del médico, sin limitar su creatividad, y que también favorezca la relación médico paciente, que norme los conocimientos y al mismo tiempo estimule el desarrollo pleno de las capacidades del médico. En vista de que, el trabajo del médico, se centra en el paciente y sus condiciones de salud, es por eso que el médico, debe ser un profesional, con una cultura que le permita adentrarse en el conocimiento del ser humano y su preparación debe permitirle relacionarse con personas con distintas formaciones, orígenes y niveles de educación. El Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS, según los resultados obtenidos, forma profesionales en medicina que, son capaces de ayudar a un enfermo, con los conocimientos que obtienen en esta institución, por otra parte, su formación profesional, les permite tener capacidad de juicio, el dominio de ciertas habilidades y la capacidad de entender la dimensión del padecimiento, su génesis, su manejo y su probable evolución. Y profesionales como estos, son aquellos, que requiere principalmente la población mexicana y el Seguro Social,

para enaltecer su equilibrio institucional, por ello, resulta de tanta relevancia social, el hecho de que este hospital posea un sistema educativo en el área médica, de esta naturaleza (ver tabla #7 y gráfica #7).

Los resultados del plan piloto, de la investigación "C", muestran que, los talleres de autoestima, aplicados a pacientes geriátricos hospitalizados, son eficaces, como apoyo para que dichos pacientes reflexionen y modifiquen su conducta de depresión, lo cual observé más en mujeres que hombres de 65 años. Observé también que los pacientes de ambos sexos, de 80 años de edad, reflexionaron, pero no modificaron sus conductas de depresión y temores marcados. También observé que tanto las mujeres de 80 como de 65 años de edad, se ocupan de sus necesidades primarias, como comer, bañarse, vestirse, mientras que tanto los hombres de 65 años como los de 80, son apoyados por sus familiares en estas labores. Lo cual muestra, que aún en la tercera edad, la educación y la cultura impera, en cuanto a las costumbres de que las labores domésticas son ocupación exclusiva de la mujer (ver cuadro # 1).

Estos resultados, poseen una relevancia social muy importante, ya que, generalmente, los ancianos son personas con baja autoestima, mucho sufrimiento debido pérdida de las fuerzas físicas, soledad constante, tanto interna como externa, y una profunda depresión, debido a la probabilidad más tangible de la proximidad con la muerte, así como enfermedades más serias que en la juventud, problemas económicos, para pagar la comida y la vivienda. Todo esto, asociado, a la gran necesidad de apoyo social, hace que, un taller de elevación de la autoestima de los pacientes ancianos, tenga características muy importantes, socialmente hablando, debido, a que si dicho taller, se perfecciona, es posible que el logro de objetivos sea más elevado aún, debido que en él, se pretende habilitar a los ancianos para llevar vidas plenas y activas, mitigar el sufrimiento debido a alguna incapacidad física y enfermedad, y de esa forma

minimizar la dependencia de los últimos años de vida. Lo cual es muy importante no solo para el propio anciano, sino para su familia que lo atiende, el Seguro Social, y la sociedad en general, debido a que los ancianos que ingresen al Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, y en general extensivo a todos los ancianos de México, serán personas más optimistas, con mayor autoaceptación, autoconocimiento, menor grado de depresión y en general con una autoestima más elevada y autosuficiencia personal, en contraste, con un tipo de conductas muy específicas que poseen casi todos los ancianos, que por alguna patología orgánica ingresan al hospital, acompañada de: apatía, tristeza y llanto constantes, deseos de morir ya, aislamiento. Por todo ello, es muy importante que se siga investigando en esta área dentro del hospital, ya que, el servicio donde se atienden un mayor número de ancianos, está totalmente descubierto del apoyo psicológico, debido a que por políticas propias del Seguro Social, el Hospital de Traumatología, solo cuenta con dos psicólogos para atender a todo el hospital, lo que ocasiona una sobrecarga de trabajo constantemente e impide que se le atención psicológica a los ancianos, debido a que se consideran más prioritarios otros servicios para brindarles dicha atención. Siendo que la atención psicológica para los ancianos, es determinante en su vida personal y por lo tanto, el hospital debería contar con un psicólogo exclusivo para el servicio que más pacientes ancianos atiende.

Es muy importante destacar, que tampoco existe un psicólogo que se dedique exclusivamente al área de investigación, para que apoye los proyectos de investigación en psicología, para establecer mejoras y brindar un mejor servicio al derechohabiente, que el personal de psicología es muy reducido como ya se había mencionado con anterioridad, y los pocos psicólogos con que cuenta, se dedican exclusivamente al área clínica, a proporcionar apoyo psicológico estrictamente, como actividad principal. Y si alguno de los psicólogos desea

realizar investigación, debe hacerlo por su propia cuenta, y no como actividad cotidiana de trabajo, no obstante a que su profesiograma lo marca como actividad, sin embargo, si lo realiza como actividad, entonces descuida el área clínica, en la cual labora exclusivamente y puede llegar a tener problemas de productividad. Es por eso, que la investigación en psicología casi no se promueve dentro del hospital, a no ser que el psicólogo desee correr los riesgos que trae consigo realizarla dentro de su jornada de trabajo. En el caso particular de mi trabajo como psicólogo, que elaboré en el presente reporte de trabajo, pude dedicarme exclusivamente a trabajar dentro del área de investigación, porque no fungí como psicólogo de base, sino por medio de una nivelación a plaza superior y como pasante de psicología, por lo cual fui rolando por tres áreas diferentes dentro del hospital, por ordenes de mi jefe inmediato, que fue quien ordeno el tiempo para cada rol de trabajo durante los 12 meses de trabajo que estuve laborando dentro del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes. Por todo lo anterior, mis propuestas de trabajo como psicólogo en el área de investigación, en el Hospital de Traumatología y Ortopedia del IMSS, son las siguientes:

- Que se continúe con la investigación del taller de elevación de la autoestima en geriatría, que inicié en mi trabajo como psicólogo, y que que presentó este reporte de trabajo.
- Que se promueva la investigación en aspectos psicológicos de geriatría en general.
- Que se contrate un psicólogo, que se dedique exclusivamente a brindarles atención a pacientes geriátricos.
- Que se contrate un psicólogo, que se dedique exclusivamente a la investigación en psicología en el área de la salud.

- Que se le brindé tiempo suficiente al psicólogo que labora dentro del hospital, para realizar investigación, pero dentro de su jornada de trabajo.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

El presente reporte de trabajo, cumplió con su objetivo inicial de: integrar y analizar el trabajo del psicólogo, dentro del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS, cuyas necesidades, es posible enlazarlas perfectamente con los aspectos teóricos y metodológicos que rigen al profesional en psicología que se forma en la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de la UNAM.

El psicólogo que se forma en esta escuela, puede cubrir perfectamente, con sus conocimientos, los aspectos más relevantes que se requieren en la práctica profesional de cada una de las áreas en las que laboré. En mi caso particular en el área de capacitación, pude desempeñar adecuadamente mi trabajo, debido a que, llevé dos semestres, la materia optativa de psicología industrial, en la cual, se aprenden, tanto la teoría como las habilidades que se requieren para llevar a cabo la práctica de la capacitación. Ya que alumno de la ENEP Iztacala, realiza sus prácticas profesionales en séptimo y octavo semestres, optativamente en el área de capacitación, debiendo cubrir, determinado número de horas de trabajo práctico en ésta, lo cual le proporciona experiencia y lo prepara para enfrentarse al desarrollo de su profesión más tarde, como ocurrió conmigo, quien presenta este reporte de trabajo, ya que yo contaba con dicho entrenamiento, que me sirvió como herramienta para poder desenvolverme en el ámbito laboral, del Hospital de Traumatología y Ortopedia del IMSS, proporcionando 10 cursos de capacitación al personal médico y paramédico que trabaja dentro de él. Esto resulta alentador para los estudiantes de psicología de la ENEP Iztacala que vengan atrás de mi, ya que resulta muy difícil, que actualmente, en que el pueblo de México, es protagonista

involuntario de una etapa crucial en todos los ámbitos y aspectos, exista un perfil profesional de psicólogo, que pueda enlazarse con las necesidades de una institución tan importante como lo es el IMSS.

Resulta importante reconocer que, en México, ha habido un gran crecimiento universitario en psicología, cuantitativo más que cualitativo, con un enfoque ecléctico, que produce un egresado, con un perfil social y profesional amorfo. Además debe reconocerse, que los niveles de enseñanza de la psicología, son relativamente pobres y cualquier esfuerzo por elevarlos, requiere de un esfuerzo nacional y regional por parte de las instituciones involucradas, por eso, es que, resulta tan marcadamente importante, la vinculación que se da, entre la formación académica del egresado de la ENEP Iztacala, y las necesidades más apremiantes que tiene del trabajo psicológico dentro del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes del IMSS. Y por otra parte, la psicología en México, está luchando enormemente por tener una identidad propia ante las otras profesiones, y esto, es un preciado trofeo, ante dicho esfuerzo.

En lo referente al área clínica, desempeñé mi trabajo, utilizando la intervención en crisis de primer y segundo orden, es decir, la primera ayuda psicológica y la psicoterapia breve como continuidad de la misma, a pacientes en estado de crisis existencial. Lo cual, tiene un nexo muy importante con mi formación académica, ya que ésta, se sustenta con dos semestres, el séptimo y el octavo, en donde se le proporciona al alumno de la ENEP Iztacala, una materia de psicología clínica, en la cual, durante un semestre, se ven todos los aspectos teóricos, de las diferentes técnicas utilizadas en psicología clínica, que incluye la primera ayuda psicológica, la psicoterapia breve, la terapia racional emotiva, relajación por grupos, solución de problemas, terapia ocupacional, terapia de juego, etc., y en el otro semestre, todo esto se lleva a la práctica, al enfrentarse

con los pacientes al realizar sus prácticas profesionales, lo cual apoya, una vinculación muy estrecha entre la formación académica y el trabajo del psicólogo dentro del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes.

Lo cual pone de manifiesto que el perfil profesional del psicólogo egresado de la ENEP Iztacala, apoya al profesionista para poder desenvolverse en el área clínica, dentro del Seguro Social. No obstante a que, la participación de la psicología en el desarrollo del conocimiento que la medicina requiere como profesión, ha crecido enormemente, sin embargo, su proyección profesional no ha estado al mismo nivel, esto quiere decir, que la disciplina psicológica, en el nivel de la formación profesional tiene carencias. A su vez, la definición del campo de aplicación no se ha logrado con completa claridad, y con la especificidad necesaria. El denominado sector salud todavía no se ha sacudido del enfoque tradicional que le otorga a la participación del psicólogo poca importancia, por ello se encuentra en proceso de reestructuración, lo cual, agrega dificultades a las que la psicología como profesión aún no termina de resolver. Por ello, resulta tan importante, que exista una institución, en la que el psicólogo pueda aplicar su bagaje de conocimientos en el área clínica, al desempeñar su trabajo, y que además, sea precisamente, su preparación académica, la que se pueda vincular con las necesidades de la institución. Lo cual enaltece los programas educativos de la ENEP Iztacala, los cuales son subestimados o devaluados por algunos estudiantes, que preferirían que éstos estuvieran encaminados a otras áreas, que se vincularan con el campo ocupacional. Sin embargo, haciendo un análisis profundo de esto, se debe reconocer, que gracias a dichos programas educativos, es posible actualmente, vincular el ejercicio profesional con las necesidades que tiene la sociedad mexicana, en el desempeño del trabajo de psicólogo, debido a que, optimistamente, se puede decir que la gran mayoría de psicólogos muy

competentes en su área de trabajo, son egresados de la UNAM, especialmente de la ENEP Iztacala.

En cuanto al área de investigación, mi trabajo como psicólogo dentro del Hospital de Traumatología y Ortopedia de Lomas Verdes, solamente fue como colaborador del médico en las investigaciones, ya que en dicho hospital, debido a las políticas del mismo, no se le da mucha importancia a la investigación en el área psicológica, aunque deberla tenerla. No obstante a ello, se sabe que, la investigación en psicología, dentro del Seguro Social, es muy importante, pero esencialmente a nivel de los Centros Médicos del país, donde existe una Jefatura de Investigación, que se encarga de coordinar todo tipo de investigaciones en el área de la salud, y es aquí, donde la capacidad del psicólogo como investigador se reconoce ampliamente. Dentro del Seguro Social, la investigación aplicada en el desarrollo de tecnologías psicológicas se inicio recientemente y su potencialidad hasta hace algún tiempo estaba en duda. Sin embargo, en años recientes se han desarrollado líneas de investigación. Esta tecnología incluye temas como: estimulación temprana, rehabilitación de pacientes mentales crónicos, rehabilitación y reeducación de niños con problemas de aprendizaje, rehabilitación de farmaco-dependientes, de esta manera se considera al psicólogo como un tecnólogo. Pero existen pocas plazas de éstas, para investigador en psicología, por eso la investigación para el desarrollo de tecnología psicológica no se lleva a cabo, las herramientas de trabajo para los egresados de la ENEP Iztacala, serán reducidas. Debe entonces, generarse mayor apoyo a la investigación aplicada, que persiga el desarrollo de nueva tecnología, cuya eficiencia se evalúe constantemente. Ya que la ENEP Iztacala, forma psicólogos con las herramientas necesarias, para incursionar en la investigación a cualquier nivel de la psicología, en vista, de que su formación académica, se encuentra sustentada esencialmente sobre bases muy firmes de

la metodología de la investigación, durante toda la carrera profesional, lo cual prepara al psicólogo egresado de esta escuela, para enfrentarse al campo de trabajo en investigación, en este caso, dentro del Seguro Social, en el área de salud. Y es importante identificar el enlace del trabajo del psicólogo egresado de la ENEP Iztacala con el gremio del Seguro Social, porque existe una estrecha vinculación entre ambos, independientemente de las técnicas de investigación utilizadas, ya que, el alumno de psicología de esta escuela, posee inmensos recursos a lo largo de su carrera, que lo adiestran para llevar a cabo diferentes tipos de investigación, con diversas metodologías de investigación en psicología dentro del área de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Acevedo, I. A., (1992), "Espacio y Dominios de los Talleres Vivenciales", en: APRENDER JUGANDO. Ed. Limusa, México, (Tomo 1), p. 5
- Acevedo, I. A., (1993), "La Capacitación en Grupos Laborales", en: APRENDER JUGANDO. Ed. Limusa, México, (Tomo 2), 28-33
- Acevedo, I. A., (1994), "La Dimensión Grupal", en: APRENDER JUGANDO. Ed. Limusa, México, (Tomo 3), p. 15, 18, 27
- Acosta, A. E., y Ruvalcaba, C. V., (1993), "Características, Estructura y Organización del IMSS", en: INFORMACION PARA EL AREA DE LA SALUD SOBRE EL IMSS. Editado por el IMSS, México, p. 1
- Acosta, A. E., y Ruvalcaba, C. V., (1994), "La Investigación Institucional en Nuestro País", en: LA INVESTIGACION EN EL SEGURO SOCIAL. Editado por el IMSS, México, p. 32-37
- Alonso, F. F., (1988), "Psicoterapia Breve", en: COMPENDIO DE PSIQUIATRIA. Ed. Oteo, Madrid, p. 629-643
- Axline, G. R., (1992), "Los Principios de la Terapia de Juego", en: TERAPIA DE JUEGO. Ed. Diana, México, p. 84-104

Beveridge, W. A., (1990), "La Seguridad Social en México", en: LAS BASES LA SEGURIDAD SOCIAL. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, p. 11-14

Bellinger, W. F., (1987), "Cuidado del Psiquismo del Paciente Lesionado", en: QUEMADURAS. HERIDAS Y LESIONES. Ed. Interamericana, México, p. 19-22

Bernstein, D. A., (1991), "Enfoque Sobre la Intervención en crisis" en: INTRODUCCION LA PSICOLOGIA CLINICA. Ed. McGraw-Hil p. 497-516

Calderón, C. H.,(1990), "Glosario de Términos y Conceptos de la Capacitación", en: MANUAL PARA LA ADMINISTRACION DEL PROCESO DE CAPACITACION PERSONAL. Ed. Noriega-Editores, p. 1-2

Cárdenas, P. E., (1994), DOCTRINA E HISTORIA DE LOS SERVICIOS MEDICOS DEL IMSS. Editado por el IMSS, México, Copts. II, III y IV

Cartwright, D., (1992), "Orígenes de la Dinámica de Grupo", en: DINÁMICA DE GRUPOS. Ed. Trillas, México, p. 17-46

"Contrato Colectivo de Trabajo". IMSS, SNTSS, México, Edición 1993-1995

D' Zurrilla, T. J., y Goldfried, M. R., (1981), "Solución de Problemás y Modificación de Conducta", en: PROCESOS DE PSICOTERAPIA. Ed.McGraw-Hill, México, p. 197-206

Ellis, A., y Abrahms, E., (1989), "Teoría de la Terapia Racional Emotiva y Problemas Relacionados con la Salud", en: TERAPIA RACIONAL EMOTIVA. Ed. Pax, México, p. 30-58

Erickson, G. D., (1989), "Terapia de Juego", en: TEORIA Y PRACTICA DE PSICOTERAPIA DE JUEGO. Ed. El Manual Moderno, México, p. 311

Fuente, D. R., (1989), "La Psicoterapia en la Medicina", en: SALUD MENTAL. (Vol. 12), No. 1, Marzo, p. 1-5

Fadiman, J., y Frager, R., (1989), TEORIAS DE LA PERSONALIDAD. Ed. Harla, p. 277-279, 348

García, C. M., (1993), "Datos Relevantes de la Seguridad Social en México", en: LAS BASES _ LA SEGURIDAD SOCIAL. Ed. Fondo de Cultura Económica, México, p. 10-17

García, C. M., (1993), "Estrategias de Calidad y Calidez", en: LA SEGURIDAD SOCIAL EN MÉXICO. Editado por el IMSS, México, p. 3456

Gascón, M. J., (1988), "Sociología Médica de la Medicina Obrera", en: SOCIOLOGIA MEDICA. Editor Francisco Méndez Oteo, México, p. 29-32

González, L. J., (1991), "Naturaleza del Estrés", en: LIBERTAD ANTE EL ESTRÉS. Ed. Font, México, p. 17-42

Hyman, S. E., (1992), "Tratamiento Familiar del Paciente en Urgencias", en: MANUAL DE URGENCIAS PSIQUIATRICAS. Ed. Salvat-Editores, Barcelona, p. 62-69

Jurado, M. J., (1993), "La CAPACITACION en el IMSS", en: MOTIVACION E INTEGRACION A LA MISION INSTITUCIONAL. Editado por el IMSS, México, p. 9-11

Jasso, N. C.,(1993), "Futuro y Presente de los MEDICOS en las Instituciones Públicas", en: GACETA MEDICA MÉXICO. (Vol. 128), No. 2, mayo, p. 52-57

Kolb, A. D., y Rubin, M. I., (1987), "CAPACITACION y Solución de Problemás en las Organizaciones", en: PSICOLOGIA DE LAS ORGANIZACIONES. Ed. Prentice-Hall Hispanoamericana, S. A., México, p. 18-25

Keith, D., (1990), "Comunicación del Empleado", en: EL COMPORTAMIENTO HUMANO EN EL TRABAJO. Ed. Limusa, México, p. 424-427

Kissen, M., (1990), "Algunos Aspectos de la Dinámica de Grupo", en: DINÁMICA DE GRUPO Y PSICOANALISIS DE GRUPO. Ed. Limusa, p. 53-59

Knobel, M., (1990), "Psicoterapia Breve y Focal", en: PSICOTERAPIA BREVE. Ed. Paldos, Buenos Aires, p. 61-76

"Ley del Seguro Social", (1994), Editada por el IMSS, México, p. 11-16

Maslow, A. H., (1991), MOTIVACION Y PERSONALIDAD. Ed. Díaz de Santos, S. A., México, Cpts. V, VI, VII, XIV

Maslow, A. H., (1991), EDUCACION HUMANISTICA. Ed. Santa Ana, C. A., Madrid, p. 13-26, 143-153

Mendoza, N. A., (1988), MANUAL PARA DETERMINAR NECESIDADES DE CAPACITACION. Ed. Trillas, p. 21-32, 64-78

Narro, J., (1994), "Desafíos de la Educación Médica en México", en: LATROGENIA ETICA MEDICA. UNAM, México, p. 25-41

Narro, J., (1994), "Nueve Reflexiones sobre la Salud y la Educación Médica en México", en: LA REFORMA DE LA EDUCACION MEDICA. Editado por el IMSS, México, p. 210-217

Nicola, L. M., (1992), "La Crisis de la Terapia Ocupacional", en: PROGRAMAS TERAPIA OCUPACIONAL. Ed. Prentice-Hall, México, p. 652-661

Papalia, D. E., (1992), PSICOLOGIA. Ed. McGraw-Hill, México, p. 307-311, 364-367

Pérez, G. A., (1988), "Terapia Racional Emotiva", en: PSICOLOGIA CLINICA. Ed. Trillas, México, p. 233-236

Pérez. T. R., (1992), "Algunos Aspectos de la Ciencia", en: COMO ACERCARSE A LA CIENCIA. Ed. Limusa, México, p. 43-45

Ramírez, M. I., y Guerrero, N. D., y Altamirano, M. L., (1994), EL PROTOCOLO DE INVESTIGACION. Ed. Trillas, México, 210 pp .

Ramírez, R. A., (1993), "La EDUCACION del Médico y su Influencia en la Salud", en: REVISTA MEDICA DEL IMSS. (Vol. 3), mayo, p. 319-323

Ramos, O. J., (1981), CONJUNTO HOSPITALARIO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia: "MAGDALENA DE LAS SALINAS D. F." y HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEdia: "LOMAS VERDES". Editado por el IMSS, México, 51 pp.

Rimm, D. C., (1993), "Entrenamiento Asertivo", en: TERAPIA DE LA CONDUCTA. Ed. Trillas, México, p. 101-107

Rimm, D. C., y Masters, J. C., (1994), "Relajación Muscular Progresiva", en: TERAPIA E INVESTIGACION DE LA CONDUCTA. Ed. Prentice-Hall, México, p.105-119

Robbins, S. P., (1987), COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL. Ed. Prentice-Hall, México, 566 pp.

Rodríguez, E. M., (1988), "Fines de la CAPACITACION", en: PLANEACION VIDA Y TRABAJO. Ed. El Manual Moderno, México, p. 24-35

Rodríguez, E. M., (1990), INTEGRACION EQUIPOS. Ed. El Manual Moderno, México, 90 pp.

Rodríguez, (1990), MANEJO DE CONFLICTOS. Ed. El Manual Moderno, México, 101 pp.

Rodríguez, E. M., (1979), RELACIONES HUMANAS. Ed. El Manual Moderno, México, 69 pp.

Rodríguez, E. M., (1994), LIDERAZGO. Ed. El Manual Moderno, México, 80 pp.

Rodríguez, E. M., (1989), AUTOESTIMA: CLAVE DEL EXITO PERSONAL. Ed. El Manual Moderno, México, 83 pp.

Rodríguez, E. M., (1988), MOTIVACION AL TRABAJO. Ed. El Manual Moderno, México, 91 p.

Rodríguez, E. M., (1989), "Que es la Asertividad", en: ASERTIVIDAD PARA NEGOCIAR. Ed. McGraw-Hill, México, p. 2-19

Rodríguez, E. M., (1988), "Dominantes y Sumisos", en: PSICOLOGIA DEL INDIVIDUO EN LA ORGANIZACION. Ed. Edicol, p. 79-82

Rodríguez, E. M., (1988), "La Capacitación", en: MANEJO DE PROBLEMAS Y TOMA DE DECISIONES. Ed. El Manual Moderno, México, p. 1

Rogers, R. C., (1994), "Un Taller Centrado en la Persona", en: EL PODER DE LA PERSONA. Ed. El Manual Moderno, México, p. 100-110

Rogers, R. C., (1989), "Una Fundamentación Teórica de la Terapia Centrada en el Cliente", en: TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE. Ed. Prentice-HALL, México, p. 21, 95-103

Rogers, R. C., (1993), "Una Teoría de la Creatividad", en: EL PROCESO DE CONVERTIRSE EN PERSONA. Ed. Paldos, México, p. 301- 305

Sarason, I., (1992), PSICOLOGIA FRONTERAS DE LA CONDUCTA. Ed. Harla, México, p. 700, 785

Siliceo, A. A., (1989), CAPACITACION Y DESARROLLO DE PERSONAL. Ed. Limusa, México, p. 13-20, 38-56

Slaikou, A. K., (1993), INTERVENCION EN CRISIS. Ed. El Manual Moderno, pp. 313

Spritchard, M. P., (1992), "Seguridad Social", en: ATENCION MEDICA BASICA. Editado por el IMSS, México, pp. 31-38

Strickler, M., (1991), "Trabajos de Intervención en Crisis Utilizando la Solución de Problemas", en: INTERVENCION CRISIS DE PRIMER SEGUNDO ORDEN. Ed. McGraw-Hill, Madrid, p. 77-82

Valencia, A., (1982), "Marco Legal en Materia de CAPACITACION", en: EVALUACION DE LA CAPACITACION. Editado por la Secretaría de Trabajo y Previsión Social y el Instituto Nacional de Estudios del Trabajo, México, p. 46-72

Versluys, P. H., (1990), "Adiestramiento Ocupacional", en TERAPIA OCUPACIONAL PARA ENFERMOS INCAPACITADOS FISICAMENTE. Ed. La Prensa Médica Mexicana, México, p. 637- 656

Warren, H. C., (Compilador), DICCIONARIO DE PSICOLOGIA, Ed. Fondo de Cultura Económica, México, p. 109, 210

West, M. J., (1994), "Juego y Terapia de Juego", en: TERAPIA DE JUEGO CENTRADA EN EL NIÑO. Ed. El Manual Moderno, México, p. 13-21

Winnicott, C., (1984), "Cara a Cara con el Niño", en: JUEGO Y REALIDAD. Ed. El Manual Moderno, México, p. 19-23

Wolpe, J. y Lazarus, A. A., (1979), "Behavior Therapy Techniques": en: BEHAVIOUR RESEARCH AND THERAPY, Nueva York, (Vol. 4), p. 2730

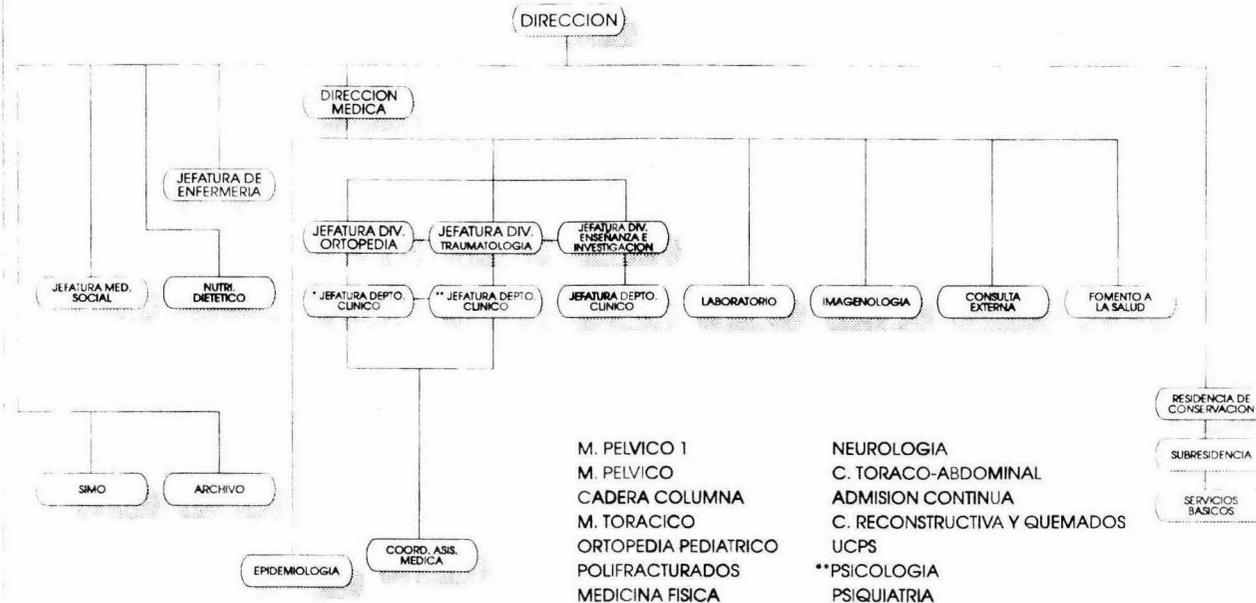
Wolpe, J. y Lazarus, A. A., (1966), "Psychotherapy and basis of effects psychotherapeutic", en: JOURNAL OF BEHAVIOR THERAPY AND EXPERIMENTAL PSYCHIATRY. (Vol. 2), p. 133-135

A P E N D I C E S

Y

A N E X O S

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL CUERPO DE GOBIERNO H.T.O.L.V.

A P E N D I C E # 1

CUADRO #1

RESULTADOS COMPARATIVOS DE LA FORMA COMO INFLUYEN LOS TALLERES DE AUTOESTIMA EN PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS DE ACUERDO AL SEXO Y A LA EDAD

MUJERES DE 65 AÑOS	HOMBRES DE 65 AÑOS	MUJERES DE 80 AÑOS	HOMBRES DE 80 AÑOS
NO REFLEXIONARON Y NO MODIFICARON SU CONDUCTA DE DEPRESION	REFLEXIONARON Y MODIFICARON SU CONDUCTA DE DEPRESION	REFLEXIONARON PERO SIN MODIFICAR SU CONDUCTA DE DEPRESION	REFLEXIONARON PERO SIN MODIFICAR SU CONDUCTA DE DEPRESION
NO MODIFICARON LA CONDUCTA DE DEPRESION DE LOS HOMBRES DE 65 AÑOS	MODIFICARON LA CONDUCTA DE DEPRESION EN MENOR GRADO QUE LAS MUJERES DE 65 AÑOS		
PRESENTARON MENOS TEMOR A LA PROXIMIDAD DE LA MUERTE QUE LOS HOMBRES Y MUJERES DE 80 AÑOS	PRESENTARON MENOS TEMOR A LA PROXIMIDAD DE LA MUERTE QUE LOS HOMBRES Y MUJERES DE 80 AÑOS	PRESENTARON MAS TEMOR A LA PROXIMIDAD DE LA MUERTE QUE LOS HOMBRES Y MUJERES DE 65 AÑOS	PRESENTARON MAS TEMOR A LA PROXIMIDAD DE LA MUERTE QUE LOS HOMBRES Y MUJERES DE 65 AÑOS
NO SON AUXILIADOS POR SU ESPOSA, HIJOS O FAMILIARES EN SUS NECESIDADES PERSONALES (CASA, COMIDA, LABORES DOMESTICAS, COMER, BAÑARSE, ETC.)	SON AUXILIADOS POR SU ESPOSA, HIJOS O FAMILIARES EN SUS NECESIDADES PERSONALES (CASA, COMIDA, LABORES DOMESTICAS, COMER, BAÑARSE, ETC.)	SE OCUPAN DE SUS NECESIDADES PERSONALES (CASA, COMIDA, LABORES DOMESTICAS, COMER, BAÑARSE, ETC.)	SON AUXILIADOS POR SU ESPOSA, HIJOS O FAMILIARES EN SUS NECESIDADES PERSONALES (CASA, COMIDA, LABORES DOMESTICAS, COMER, BAÑARSE, ETC.)

TABLA #1

NIVEL GLOBAL DE APROVECHAMIENTO, OBTENIDO EN LA EVALUACION (PRETEST-POSTEST),
DE 10 CURSOS DE CAPACITACION ENFOCADA AL DESARROLLO HUMANO, APLICADOS A GRUPOS
LABORALES DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS

GRUPO	PORCENTAJE GLOBAL DEL PRETEST	PORCENTAJE GLOBAL DEL POSTEST
A	73.6	86.4
B	71.8	92.5
C	70.7	89.2
D	67.1	85.5
E	89.7	93.7
F	62.2	93.5
G	67.4	93.5
H	77.5	93.7
I	67.1	96.2
J	83.1	92.2

GRAFICA #1

NIVEL GLOBAL DE APROVECHAMIENTO, OBTENIDO EN LA EVALUACION (PRETEST-POSTEST), DE 10 CURSOS DE CAPACITACION ENFOCADA AL DESARROLLO HUMANO, APLICADOS A GRUPOS LABORALES DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS

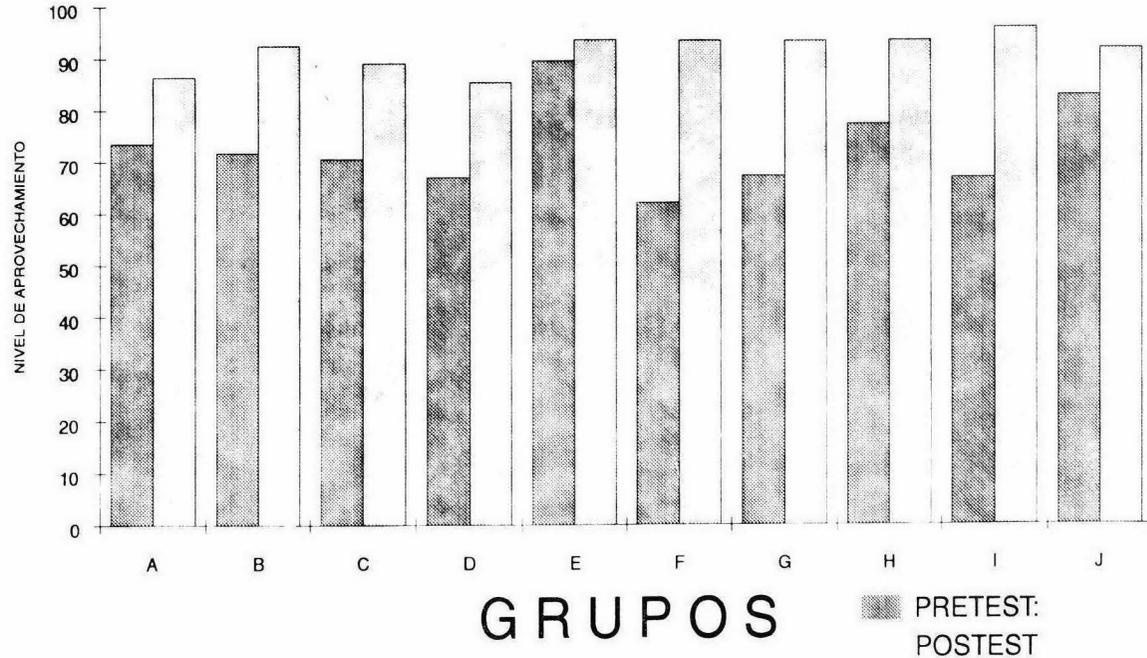


TABLA #2

EVALUACION DEL NIVEL GLOBAL DE APRENDIZAJE DE 10 CURSOS DE CAPACITACION ENFOCADA AL DESARROLLO HUMANO, APLICADOS A GRUPOS LABORALES DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS.

GRUPO	NIVEL GLOBAL DE APRENDIZAJE
A	12.8%
B	20.7%
C	18.5%
D	18.4%
E	4%
F	31.3%
G	26.1%
H	16.2%
I	29.1%
J	9.1%

GRAFICA #2

NIVEL GLOBAL DE APRENDIZAJE DE 10 CURSOS DE CAPACITACION, ENFOCADA
AL DESARROLLO HUMANO, APLICADOS A GRUPOS
LABORALES DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS

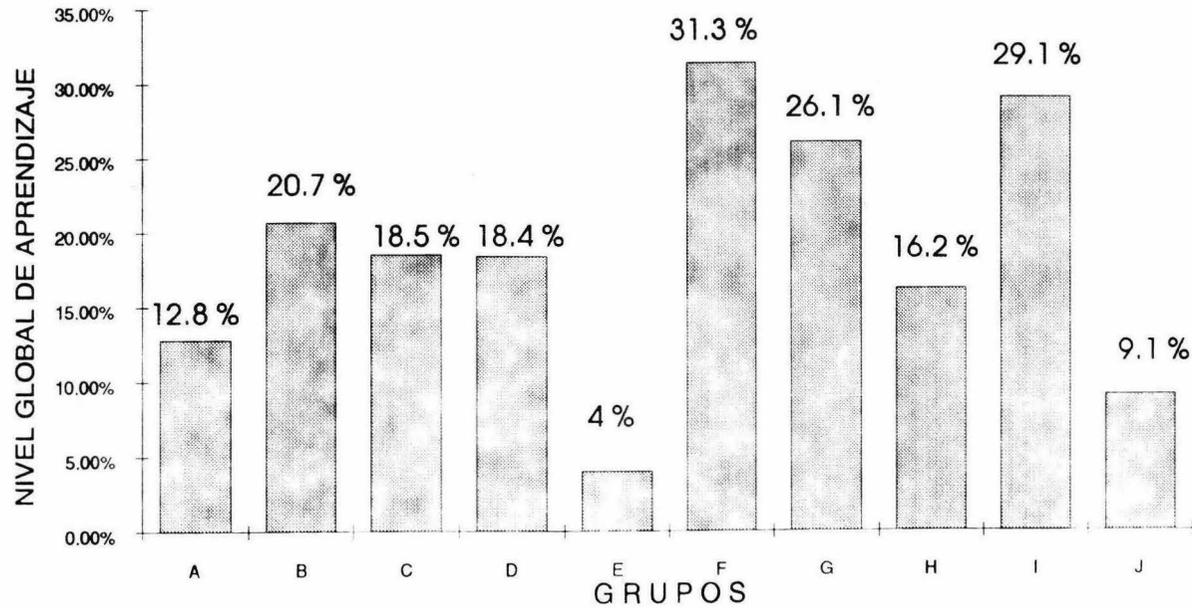


TABLA #3

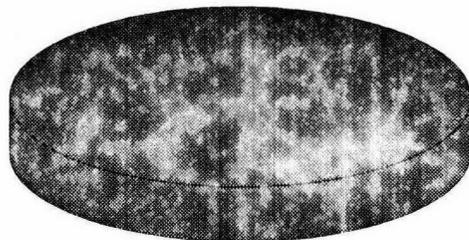
TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA CLINICA, EN EL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS, BAJO TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO DE PRIMER Y SEGUNDO ORDEN

TIPO DE APOYO PSICOTERAPEUTICO	N° DE PACIENTES ATENDIDOS	N° DE PACIENTES NO ATENDIDOS	
		EGRESOS ANTES DE LO PREVISTO	MUERTE
APOYO PSICOLOGICO DE PRIMER ORDEN O PRIMERA AYUDA PSICOLOGICA	139	0	0
APOYO PSICOLOGICO DE SEGUNDO ORDEN O PSICOTERAPIA BREVE	261	29	32

GRAFICA #3

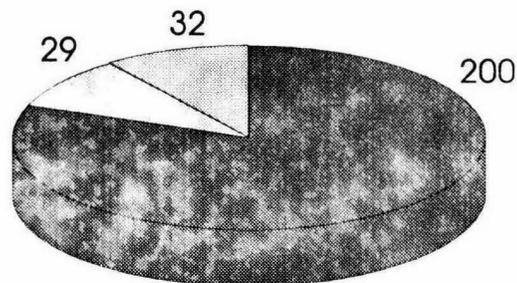
TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA CLINICA, EN EL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS, BAJO TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO DE PRIMER Y SEGUNDO ORDEN

139



**DE PRIMER ORDEN
O PRIMERA AYUDA
PSICOLOGICA**

261



**DE SEGUNDO ORDEN
O PSICOTERAPIA BREVE**

PACIENTES NO ATENDIDOS
POR EGRESO IMPREVISTO

PACIENTES NO ATENDIDOS
POR MUERTE

PACIENTES ATENDIDOS POR
MAS DE 8 SESIONES

TABLA #4

EVOLUCION DE 200 PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA CLINICA, BAJO TRATAMIENTO DE SEGUNDO ORDEN O PSICOTERAPIA BREVE, EN EL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS

EVOLUCION	PORCENTAJE
AVANCE POSITIVO	75 %
RETROCESO	15 %
ESTANCAMIENTO	10 %

GRAFICA #4

EVOLUCION DE 200 PACIENTES ATENDIDOS EN EL AREA CLINICA, BAJO TRATAMIENTO DE SEGUNDO ORDEN O PSICOTERAPIA BREVE, EN EL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS

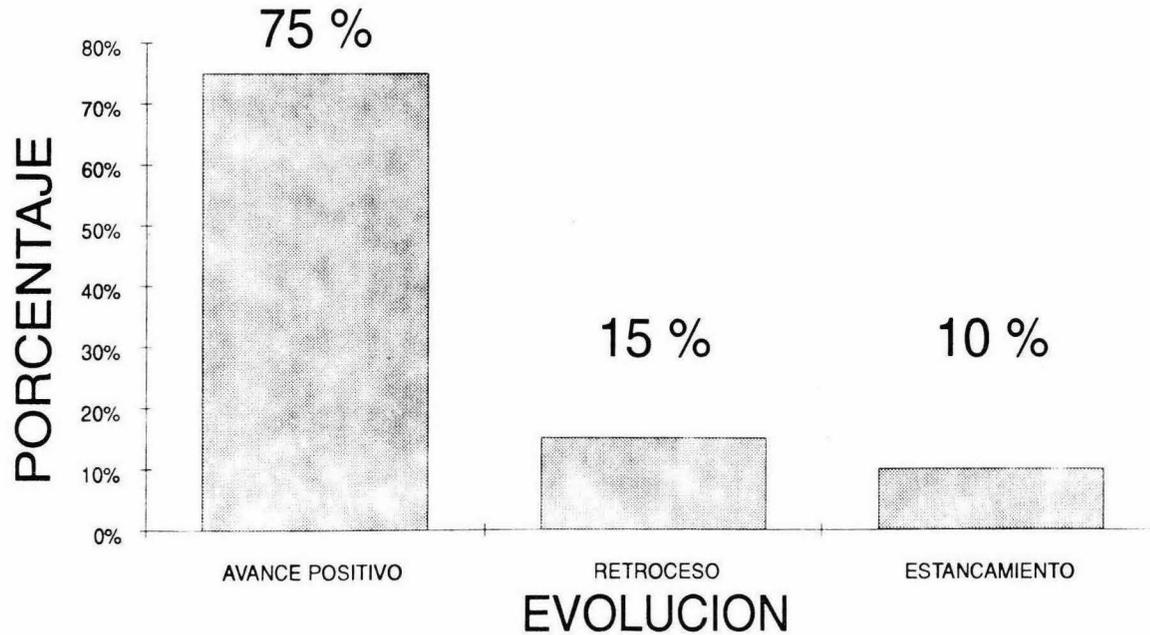


TABLA #5

TIPO DE DIAGNOSTICO Y EVOLUCION DE 200 PACIENTES ATENDIDOS CON
PSICOTERAPIA BREVE, EN EL
HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS

TIPO DE DIAGNOSTICO DE LOS PACIENTES ATENDIDOS CON PSICOTERAPIA BREVE	EVOLUCION Y NUMERO DE PACIENTES		
	AVANCE POSITIVO	RETROCESO	ESTANCAMIENTO
PACIENTES GERIATRICOS HOSPITALIZADOS POR FRACTURA DE CADERA	50	0	0
POLIFRACTURADOS (VARIAS FRACTURAS POR TODO EL CUERPO)	20	0	0
QUEMADURAS GRAVES EN CARA Y EXTREMIDADES SUPERIORES E INFERIORES SIN DEFORMACIONES O AMPUTACIONES ASOCIADAS	30	0	0
AMPUTACIONES DE UN SOLO MIEMBRO	20	0	0
NIÑOS CON PROBLEMAS DIVERSOS	10	0	0
HEMIPLEJICOS SIN PERDIDA DE LA CAPACIDAD SEXUAL	10	0	0
PARAPLEJICOS CON PERDIDA DE LA CAPACIDAD SEXUAL	10	10	0
AMPUTACIONES DE UNO O DOS MIEMBROS	0	0	6
HEMIPLEJICOS CON PERDIDA DE LA CAPACIDAD SEXUAL	0	0	9
QUEMADURAS GRAVES EN CUERPO Y EXTREMIDADES CON UNA AMPUTACION ASOCIADA	0	0	5
AMPUTACIONES DE 3 MIEMBROS	0	10	0
QUEMADURAS GRAVES POR TODO EL CUERPO Y CON DEFORMACION EN CARA Y MANOS	0	10	0

TIPO DE DIAGNOSTICO Y EVOLUCION DE 200 PACIENTES ATIENDIDOS CON PSICOTERAPIA BREVE, EN EL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS

GRAFICA #5

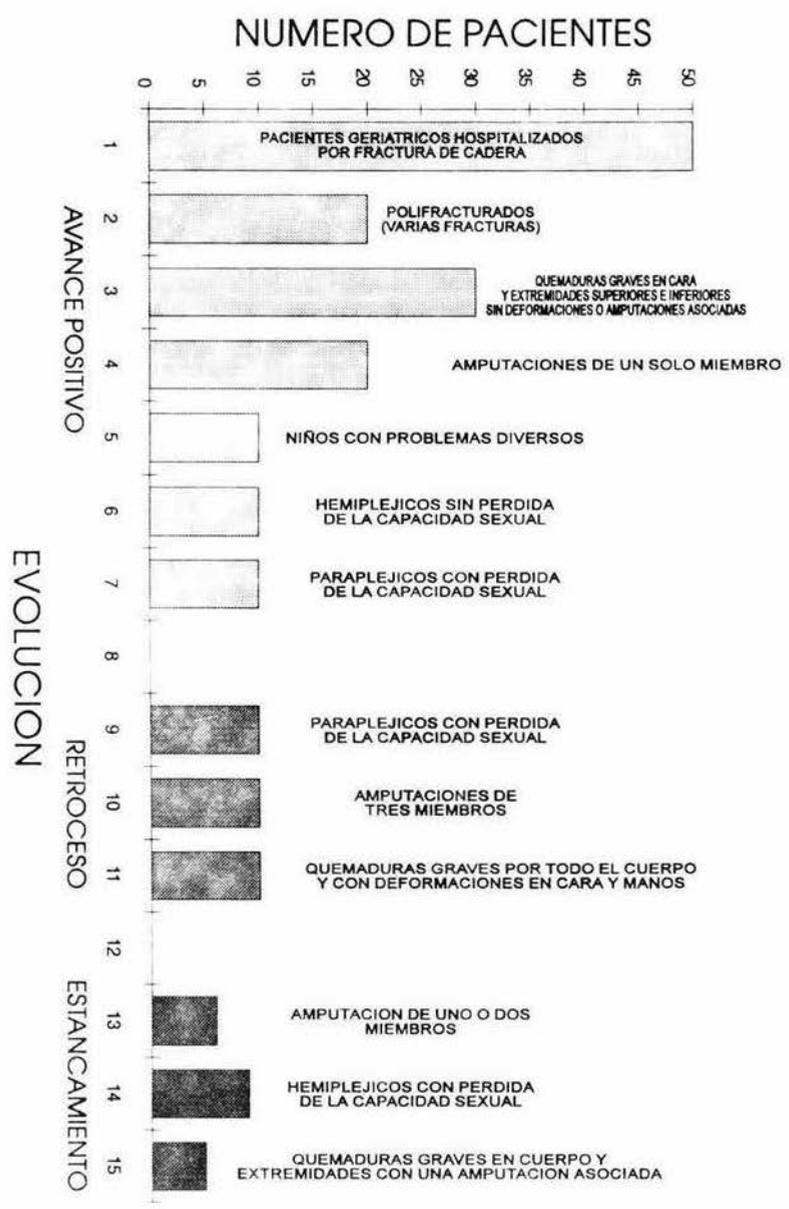


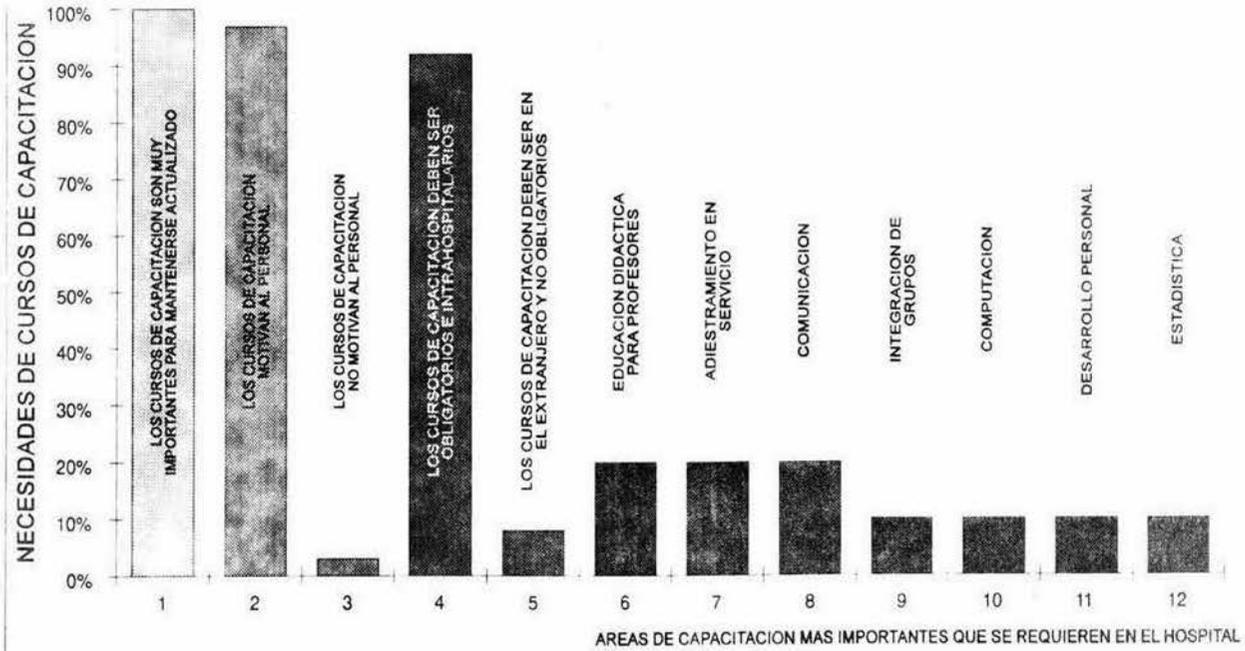
TABLA #6

OPINIONES DE 100 MEDICOS ENCUESTADOS, DE BASE Y EN FORMACION, PARA DETECTAR EL TIPO DE NECESIDADES DE CURSOS DE CAPACITACION DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS

OPINIONES DEL TIPO DE NECESIDADES		PORCENTAJE GLOBAL DE LAS NECESIDADES DE CURSOS DE CAPACITACION
LOS CURSOS DE CAPACITACION SON MUY IMPORTANTES PARA MANTENERSE ACTUALIZADO		100 %
LOS CURSOS DE CAPACITACION MOTIVAN AL PERSONAL		97 %
LOS CURSOS DE CAPACITACION NO MOTIVAN AL PERSONAL		3 %
LOS CURSOS DE CAPACITACION DEBEN SER OBLIGATORIOS E INTRAHOSPITALARIOS		92 %
LOS CURSOS DE CAPACITACION DEBEN SER EN EL EXTRANJERO Y NO OBLIGATORIOS		8 %
AREAS DE CAPACITACION MAS IMPORTANTES QUE SE REQUIEREN EN EL HOSPITAL	EDUCACION DIDACTICA PARA PROFESORES	20 %
	ADISTRAMIENTO EN SERVICIO	20 %
	COMUNICACION	20 %
	INTEGRACION DE GRUPOS	10 %
	COMPUTACION	10 %
	DESARROLLO PERSONAL	10 %
	ESTADISTICA	10 %

GRAFICA #6

OPINIONES DE 100 MEDICOS ENCUESTADOS, DE BASE Y EN FORMACION, PARA DETECTAR EL TIPO DE NECESIDADES DE CURSOS DE CAPACITACION DEL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS



OPINIONES

TABLA #7

OPINIONES DE 100 MEDICOS EN FORMACION (RESIDENTES), ENCUESTADOS PARA DETECTAR, EL GRADO DE ACEPTACION DEL METODO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE, POR PARTE DE ELLOS, QUE SE UTILIZA EN EN HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS

OPINIONES	PORCENTAJE DEL GRADO DE ACEPTACION DEL METODO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE
EL SISTEMA DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE ES ADECUADO Y PROVECHOSO PARA LOS RESIDENTES	70 %
EL SISTEMA DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE TIENE MUCHAS CARENCIAS Y NO AYUDA A LA PREPARACION DE LOS RESIDENTES	30 %
LOS PROFESORES DISCUTEN LOS CASOS CLINICOS CON LOS RESIDENTES Y LES ACLARAN SUS DUDAS	80 %
LOS PROFESORES NO DISCUTEN LOS CASOS CLINICOS CON LOS RESIDENTES NI LES ACLARAN SUS DUDAS	20 %
LOS PROFESORES APOYAN A LOS RESIDENTES CON BIBLIOGRAFIA Y LOS MOTIVAN A CONTINUAR CON LA ESPECIALIDAD	97 %
LOS PROFESORES NO APOYAN A LOS RESIDENTES CON BIBLIOGRAFIA NI LOS MOTIVAN A CONTINUAR CON LA ESPECIALIDAD	3 %
LOS EXAMENES QUE SE APLICAN SON EXCELENTES	80 %
LOS EXAMENES QUE SE APLICAN SON DEFICIENTES	20 %
EL HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DE LOMAS VERDES, ES UNA BUENA ESCUELA PARA ADQUIRIR FORMACION PROFESIONAL	100 %
LAS RESEÑAS BIBLIOGRAFICAS CON QUE CUENTA LA BIBLIOTECA SON LAS ADECUADAS	90 %
LAS RESEÑAS BIBLIOGRAFICAS CON QUE CUENTA LA BIBLIOTECA NO SON LAS ADECUADAS PORQUE TIENEN MUCHAS CARENCIAS Y LES HACE FALTA MATERIAL DIDACTICO MAS VARIADO	10 %

GRAFICA #7

OPINIONES DE 100 MEDICOS EN FORMACION (RESIDENTES), ENCUESTADOS PARA DETECTAR, EL GRADO DE ACEPTACION DEL METODO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE, QUE SE UTILIZA EN EN HOSPITAL DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL IMSS

