



UNIVERSIDAD DE SOTAVENTO A.C

**ESTUDIOS INCORPORADOS A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**”INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN EL ÁREA DE URGENCIAS
DEL HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS**

“DR. VALENTIN GÓMEZ FARÍAS”

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

MARÍA GUADALUPE VICENTE CARRIÓN

ASESOR:

LIC. MARÍA ANTONIA RODRÍGUEZ MILLÁN

COATZACOALCOS, VER.

2011

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Que me ha heredado el tesoro más valioso que puede dársele a una hija:
"sus padres".

A mi papá, mamá y hermano:

Quienes me han heredado el tesoro más valioso que puede dársele a una
hija/hermana: amor.

Ustedes que sin escatimar esfuerzo alguno, han sacrificado gran parte de su
vida para formarme y educarme para que sea una persona de provecho. A
quienes nunca podré pagar todos sus desvelos ni aún con las riquezas más
grandes del mundo.
Por esto y más... Gracias.

A mis familiares:

Como una muestra de mi cariño y agradecimiento, por todo el amor y el
apoyo brindado. Porque hoy alcanzo una de las metas de mi vida, les
agradezco la orientación que siempre me han otorgado. Gracias.

A mis amigos:

Gracias a su cariño, guía y apoyo he llegado a realizar uno de los anhelos más grandes de mi vida. Terminar mis estudios profesionales que constituyen el legado más grande que pudiera recibir y por lo cual, les viviré eternamente agradecida.

Con cariño y respeto:

Al Dr. José Luis Lihaut Bramardi y personal del Hospital Regional de Coatzacoalcos:

Como una muestra de mi agradecimiento por todo el apoyo, orientación y dedicación brindada.

A mi asesora de tesis la Profesora María Antonia Rodríguez Millán:

Por ser parte de mi formación profesional. Por su cariño, guía y apoyo. Este trabajo simboliza mi gratitud por toda la invaluable ayuda que siempre me ha proporcionado.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
ÍNDICE GENERAL	3
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
1.1 Justificación	11
1.2 Planteamiento del problema	14
1.3 Objetivos	16
1.4 Hipótesis y variables de Estudio	17
1.5 Delimitación de la investigación	19
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	
2.1 La Psicología como ciencia	20
2.1.1 La Psicología clínica en la investigación	24
2.2 Técnicas de la Psicología clínica	25
2.2.1 La historia clínica	28
2.2.1.1 La Intervención en crisis	32
2.2.1.2 Influencias teóricas	35
2.2.1.3 Variables que influyen en el desenlace de una crisis	37
2.2.1.14 Duración de una crisis	39
2.2.1.5 Tipos de crisis	40

2.2.1.6 Fases de una crisis	41
2.2.1.7 Como intervenir en una crisis	44
2.3 Tratamiento de apoyo	45
2.4 La Fe y la esperanza	46
2.5 Las emociones: Sorpresa, Miedo, Rabia, Asco, Angustia, Alegría e Interés	49
2.5.1 Función y expresión de la emoción	60
2.5.2 Funciones sociales de la emoción	61
2.6 Salud y enfermedad	62
2.6.1 Lo que significa estar enfermo	66
2.6.2 Enfermedad y padecimiento	67
2.6.3 Modelos explicativos de los pacientes	68
2.6.4 El médico y el enfermo ante el sufrimiento	69
2.6.5 La experiencia de estar enfermo	70
2.6.6 El papel del enfermo	73
2.6.7 Los enfermos de difícil manejo	74
2.6.8 La familia del enfermo	76
2.7 La urgencia medica	78
2.7.1 La relación médico-paciente	80
2.7.2 Modelos de relación médico-paciente	83
CAPITULO III. METODOLOGÍA Y RECOLECCIÓN DE DATOS	
3.1 Población y muestra	87

3.1.1 Antecedentes del Hospital Regional de Coahuila de Coahuila "Dr. Valentín Gómez Farías"	89
3.2 Instrumento de recolección de datos: la observación, la entrevista, el cuestionario.	95
3.3 Tipo y diseño de investigación	97
CAPITULO IV. ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS	
4.1 Análisis cualitativo	98
4.2 Análisis cuantitativo	100
CAPITULO V. CONCLUSIÓN	124
BIBLIOGRAFÍA	136
ANEXOS	138

INTRODUCCIÓN

Este tema de investigación surge por la necesidad que se genera en el área de urgencias del hospital Dr. Valentín Gómez Farías, espacio donde la gente llega por diferentes dolencias, sobretodo físicas, y en el que se ha observado que el aspecto emocional del enfermo, y del familiar que lo acompaña, queda sin ser atendido. El médico es quien detecta en primera instancia la salud en la que se encuentra el usuario y su atención va dirigida a restablecerla en cuanto a lo físico, sin dejar por ello de detectar el estado emocional por el que pasa el paciente.

Con fundamento en hechos como este nace la preocupación de abordar de manera simultánea el aspecto emocional del paciente y del familiar. La gran demanda de usuarios del servicio de urgencias con estados emocionales alterados planteó la idea de un estudio más profundo del tema.

Por ello esta investigación se enfoca a establecer los fundamentos teóricos y metodológicos de la intervención psicológica, en la que sin duda el psicólogo juega un papel importante, ya que ante la crisis emocional que una persona enfrenta, muchas veces de manera sorpresiva e inesperada, presentando emociones como la angustia, el enojo, la frustración, el miedo e

incertidumbre, es el profesional más adecuado para brindar las herramientas necesarias para enfrentar positivamente esta situación.

Considerando que habitualmente en el área de urgencias se necesita que un familiar este presente, ante cualquier eventualidad que pueda ocurrir, se establece que este también asume y vive emociones parecidas a las del paciente, por lo que igualmente debe realizarse la intervención del psicólogo para ayudarle a enfrentar la situación de la mejor manera, con lo cual pueda tomar decisiones con mayor estabilidad y entereza.

Vale destacar que el psicólogo forma parte de un equipo multidisciplinario, en el que cada uno de sus integrantes aporta un saber y un beneficio para la pronta recuperación de la salud física y emocional tanto del paciente como de los familiares. De ahí la importancia de la intervención psicológica, y de ahí la pertinencia de esta investigación.

En cuanto a la organización de la investigación, ésta se presenta en cinco capítulos. En el primero se desarrolla la problemática que se observo en el área de urgencias. Tomando como base la carencia emocional y la crisis presente tanto en el paciente como en el familiar surge la idea de realizar una intervención psicológica en dicho área, así mismo se formula la hipótesis de trabajo estableciéndose de la siguiente manera: *“La intervención psicológica mejora el estado emocional en las personas ingresadas en el*

Área de Urgencias del Hospital Regional de Coahuila de Coahuila, Dr. Valentín Gómez Farías”.

En el capítulo dos se encuentra la información recabada de manera teórica para validar y profundizar en el tema de investigación, estableciéndose los fundamentos teóricos que hacen posible la intervención psicológica. Algunos temas son: abordar el concepto de psicología; para fundamentar el método utilizado en el proyecto se define la técnica de intervención en crisis, incluyendo las emociones que afectan o se presentan en el paciente y familiar; el papel que juega el paciente en el hospital; salud y enfermedad y los factores que influyen para intervenir de manera adecuada.

El capítulo tres se ocupa de los aspectos metodológicos como son: el diseño de la investigación, los instrumentos, la población de estudio y la muestra, por mencionar algunos.

Mientras que en el capítulo cuatro se realiza el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos y la información obtenida a través de los instrumentos de medición, los cuales son la encuesta y la guía de observación, que al analizarse validan o refutan la hipótesis de trabajo, para dicho análisis se utilizó la prueba estadística llamada C de Pearson y la Ji Cuadrada para correlacionar las variables de estudio.

Finalmente se presentan las conclusiones a las que el investigador ha llegado, partiendo de la información recabada y del análisis estadístico utilizado. Las conclusiones más destacadas incluyen: la relación con la parte estadística, se seleccionaron preguntas que aportan resultados favorables a la hipótesis formulada, donde se establece que la intervención psicológica mejora la recuperación del paciente y apoya emocionalmente al familiar.

La finalidad de esta investigación es que el contenido que en ella se presenta resulte de interés y utilidad para el personal de la salud, para los estudiantes de psicología que deseen incursionar en los ambientes hospitalarios y para los psicólogos, que de una u otra forma, ya son parte de este sistema, esperando que sirva como un exhorto a tomar acciones o realizar las propuestas necesarias para atender a los pacientes y a los familiares que requieran de una intervención psicológica en el área de urgencias.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 JUSTIFICACIÓN

En la actualidad, diversas son las situaciones que afectan la integridad física y emocional de los seres humanos, lo que conlleva a generar en el individuo un desequilibrio en los ámbitos físico, psicológico, social y espiritual.

Es por ello que la función del psicólogo implica un papel activo e indispensable para el buen desarrollo personal, dando una intervención oportuna y eficaz, en el momento requerido o de crisis. Tomando en cuenta que el psicólogo clínico ha llevado un entrenamiento terapéutico para poder realizar la intervención, es capaz de brindar el apoyo emocional que el paciente requiere, sin juzgar las acciones como inadecuadas ni sentir lástima y sin asumir una posición de superioridad; sino aceptando y respetando a la persona en su proceso y búsqueda del bienestar.

La clínica es una de las áreas más extensas de la psicología; sin embargo, cuando se aplica al campo de trabajo en un hospital, se hace referencia a la labor desde un consultorio atendiendo a los pacientes que solicitan el servicio de psicoterapia. Las labores principales del psicólogo clínico son entrevistar, realizar la historia clínica, llevar el expediente del caso

y proporcionar la consulta en día y hora acordada; hasta lograr un cambio terapéutico en el paciente para que afronte de manera diferente su realidad.

Al realizar las prácticas profesionales en el área de Urgencias del Hospital Regional de Coatzacoalcos, Veracruz, y estando en contacto directo con las diversas situaciones que ahí se presentan, se logro observar la necesidad de contar con un psicólogo, surgiendo dos cuestiones que se consideran relevantes ¿cómo podría intervenir en esta área? y ¿Cuál sería la intervención con los pacientes en urgencias?

En el área de urgencias llegan personas que requieren atención médica inmediata ya sea por enfermedades o lesiones físicas provocadas por accidentes, que en ocasiones pueden originar daños severos y alteran el estado emocional tanto del paciente como el de los familiares. El médico desempeña la función que le corresponde: revisa al paciente, realiza los estudios pertinentes y otorga el tratamiento inmediato para restablecer la salud. Sin embargo ¿Qué ocurre con el aspecto emocional del paciente y el familiar? ¿Quién atiende este aspecto cuando se trata de una enfermedad o accidente grave?

El *apoyo emocional* tiene que ver con: lograr que el paciente asuma una posición activa ante la enfermedad, que acepte y cambie el modo de pensar ante la situación experimentada, tome conciencia de ella y siga el

tratamiento médico estipulado, que entienda la naturaleza de la enfermedad, causas y consecuencias que de ella emanan. Lo anterior, le servirá al paciente en la toma de decisiones.

El apoyo que se le brinda al paciente en el área de urgencias le permite sentirse fuerte internamente, factor determinante para la recuperación y posteriormente para retomar y mejorar la calidad de su vida cotidiana.

En este contexto se hace relevante destacar la labor del psicólogo, ya que al brindar el apoyo emocional se pueden prevenir trastornos mentales como: depresión, esquizofrenia, un brote psicótico o intentos suicidas, estabilizar emocionalmente al paciente y al familiar, ya que cuando el paciente no acepta la situación acontecida se puede generar una crisis emocional ya sea personal o familiar, lo cual valida y justifica el papel del psicólogo en el área de urgencias, también se da a conocer que el área de urgencias cuenta con el servicio de psicología dando realce al hospital y a la labor que desarrolla el terapeuta mencionando las aportaciones que desarrolla como la atención oportuna para mejorar las condiciones emocionales del paciente o del familiar, creando la demanda del servicio para seguir un proceso terapéutico, ya que se ha visto durante la investigación.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Supóngase que está en un hospital, específicamente en el área de Urgencias; allí se encuentran los médicos urgenciólogos, las enfermeras y la trabajadora social. Son las 12:00 horas, de un día cualquiera, en ese momento llega la ambulancia con un paciente policontundido muy grave; instantes después la trabajadora social avisa a los familiares que su familiar se encuentra internado en el hospital; acto seguido llega la familia y el médico les informa sobre el estado de salud del paciente, su diagnóstico es muy grave: sufre de Traumatismo Craneoencefálico Severo. Simultáneamente el Neurólogo, valora al paciente realizando un estudio llamado Tomografía Axial Computarizada (TAC), que confirma el resultado del estado de salud y finalmente se proporcionan los resultados a los familiares.

Al enterarse de la gravedad de la situación, los familiares se alteran y no saben qué decisión tomar sobre el tratamiento que el médico y el neurólogo sugieren. Un cuadro de crisis, ansiedad, desamparo e impotencia acoge a los familiares, dado el impacto de la noticia recibida. En ese momento: ¿a quién recurrirían los familiares? ¿Quién podría ayudarlos a sobrellevar esa situación? ¿La presencia e intervención de un psicólogo ayudaría en una situación como ésta?

En toda intervención el psicólogo debe partir de aceptar que el paciente tiene la capacidad de decidir sobre su futuro, aunque se le puede ayudar a modificar aquellos aspectos de su proceder que desea cambiar, orientándole sobre las distintas opciones que tiene para elegir frente a una situación poco clara, acompañándole en la revisión de sus experiencias y en la forma de valorar las mismas. Si bien, se le puede cuestionar en algunos aspectos, al final siempre se respetarán sus decisiones.

La finalidad de una intervención psicológica es dar “Apoyo Emocional” tanto a las personas enfermas como a los familiares, constituyéndose en un complemento indispensable en el tratamiento médico. Es, por así decir, la *otra medicina* para aquellas enfermedades que ponen en riesgo la vida. Tal es el caso de las personas que ingresan por primera vez con síntomas como síndrome febril, gastroenteritis infecciosa, cefalea, desnutrición, y que con los análisis realizados el diagnóstico dado es VIH. En situaciones como esta, ¿De qué manera se da el apoyo emocional al paciente? ¿Es ahí donde se da la intervención psicológica? Al familiar ¿de qué manera se le puede apoyar?

La intervención es de gran relevancia para apoyar a los pacientes y familiares a tomar la decisión adecuada y oportuna ante los eventos que se le presenten. Evidentemente, debe hacerse contando con el apoyo de un psicólogo. Por ello, la pregunta de investigación que se busca resolver en esta investigación es: ¿Cuáles es la utilidad de la intervención psicológica en

el área de urgencias de un hospital? A lo largo de este trabajo se darán los argumentos para fundamentar una respuesta a esta interrogante.

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

En base a lo establecido en los apartados anteriores, en esta investigación se pretende como objetivo general:

Fundamentar la utilidad de la intervención psicológica brindada a los pacientes y familiares ingresados en el área de Urgencias del Hospital Regional de Coahuila de Coahuila Dr., Valentín Gómez Farías.

Quedando como objetivos específicos, los siguientes:

- Establecer los fundamentos teóricos y metodológicos de la psicología clínica.
- Destacar las características y funciones de un psicólogo clínico.
- Mostrar el aporte del psicólogo clínico en el área de urgencias de un hospital.
- Describir las características, formas y métodos de una intervención psicológica como medio para el apoyo emocional en situaciones de crisis
- Registrar, mediante la observación, casos de intervención psicológica en el área de urgencias del hospital Valentín Gómez Farías

- Analizar estadísticamente los datos obtenidos y contrastarlos con la teoría planteada.
- Validar la presencia de un psicólogo en un hospital, como parte fundamental del equipo del área de urgencias

1.4 HIPÓTESIS Y VARIABLES DE ESTUDIO

En el marco de la problemática planteada, la pregunta de investigación y los objetivos a lograr, este trabajo tiene como eje la siguiente hipótesis:

“Si se realiza la intervención psicológica de manera oportuna ante una crisis emocional en el área de urgencias de un hospital, entonces los pacientes y familiares enfrentaran de mejor manera la situación, al sentirse apoyados emocionalmente”

De la cual se derivan las variables independiente y dependiente, siendo la primera: *la intervención psicológica*, y la dependiente, *el apoyo emocional*.

- Definición conceptual de la variable independiente:

Intervención psicológica: se establece en un principio con el acercamiento del terapeuta hacia el paciente con el fin de obtener un dialogo que proporcione fundamentos necesarios para conocer el por qué de su padecimiento y posteriormente utilizar la técnica adecuada, que en esta

situación será la intervención en crisis para estabilizar el estado emocional y físico del paciente ante la problemática que presente.

- Definición operacional de la variable independiente:

Con la intervención psicológica se consigue la estabilidad emocional que el paciente y familiar requieren para tomar la decisión correcta ante una situación de crisis, así mismo se brinda orientación al paciente sobre el tratamiento y todo lo relativo para restablecer su salud física. Cabe mencionar que en la intervención psicológica es fundamental una escucha atenta de todo lo que le angustia al paciente y familiar, siendo un apoyo relevante en el apoyo psicológico, el que se valida registrando en instrumento lo observado por parte del psicólogo; así como con el uso del cuestionario en el cuál se registra la opinión del paciente y del familiar acerca del trabajo realizado por el psicólogo.

- Definición conceptual de la variable dependiente:

El *apoyo emocional* tiene que ver con: lograr que el paciente y familiar asuman una posición activa ante la enfermedad, que acepten y cambien el modo de pensar ante la situación experimentada, que tomen conciencia y sigan el tratamiento médico estipulado, logrando que entiendan la naturaleza

de la enfermedad, causas y consecuencias que de ella emanan. Lo anterior, servirá tanto al paciente como el familiar en la toma de decisiones.

- Definición operacional de la variable dependiente:

El apoyo emocional se refiere a la actitud con que el paciente asume y entiende la urgencia médica, a la relajación que muestra al externar sus emociones con el psicólogo, en la capacidad para entender la situación en la que se encuentra y en la toma de decisiones, evaluando los aspectos relacionados a su enfermedad o accidente.

1.5 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación acerca de la intervención psicológica en el área de urgencias del hospital: Valentín Gómez Farías, se realizó en la ciudad de Coatzacoalcos, Veracruz, durante el periodo que va de septiembre del 2010 a diciembre del 2011.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 LA PSICOLOGÍA COMO CIENCIA

Desde que se estableció el primer laboratorio de psicología en Leipzig Alemania en 1879 la psicología adquiere el rango de ciencia. Pero ¿por qué la importancia de ser considerada ciencia?, ¿qué es la ciencia?

La ciencia puede ser definida como un conjunto de conocimientos racionales, sistemáticos, exactos, verificables y falibles. (Bunge, 1970)¹.

Es racional porque se expresa en forma de conceptos, juicios y raciocinios, que dan lugar a la estructuración de ideas que obedecen a ciertas leyes lógicas, produciendo nuevas ideas.

Es Sistemática porque los conocimientos científicos se ordenan de tal manera que tienden a conformar estructuras coherentes.

Es exacta porque busca un máximo de precisión, disponiendo para ello de por lo menos cuatro estrategias: 1. La formulación clara del problema a estudiar, 2. La definición operacional de los conceptos, 3. La utilización de un lenguaje simbólico y 4. La medición.

¹ Pérez Gómez, Augusto, Psicología Clínica, Problemas Fundamentales, Edit. Trillas Pág. 28

La ciencia es verificable, tradicionalmente, la experimentación ha sido considerada como el método de verificación por excelencia, pero este método no siempre es aplicable, ya que existen diferentes tipos de obstáculos, entre ellos el tipo de medios disponibles, el objeto de estudio, la clase de hipótesis empleada, etc.

Es Falible por ser un sistema abierto, en donde a través de mecanismos especiales se llevan a cabo autocorrecciones y se integran los nuevos descubrimientos a las estructuras previas, que por tanto se modifican.

Esta definición de ciencia muestra los elementos necesarios para poder darse cuenta de lo que la psicología tuvo que conseguir para que sus postulados, fueran aceptados y considerados como válidos.

En cuanto a la clasificación de las ciencias existen muchas, dependiendo desde dónde se les mire, se pueden clasificar por su objeto de estudio, por su método y por su enfoque.²

Wolman (1973) clasifica las ciencias en tres grupos:

² Cf.: Tamayo y Tamayo, Mario. El proceso de la investigación científica. páginas de la 25 -28

Primer grupo: Ciencias empíricas o descriptivas, las cuales estudian los objetos o cosas, sucesos y eventos, proponiendo luego afirmaciones que pueden ser consideradas como falsas o como verdaderas.

Segundo grupo: Ciencias praxológicas: aun cuando se refiere a objetos o eventos, estas ciencias no los describen; las formulaciones a propósito de los hallazgos realizados no pueden ser consideradas como verdaderas o falsas, pues trata más bien de sugerencias, instrucciones, creencias o normas.

Tercer grupo: Ciencias formales las cuales abordan símbolos, signos, proposiciones o significados.

En la opinión de Wolman, la categoría de “ciencias praxológicas” describe adecuadamente el carácter aplicado de la psicología clínica.³ Rama de la psicología en la cual esta investigación se realiza. Analizaremos pues como el trabajo del psicólogo clínico se encuentra estrechamente asociado a la estructura y evolución de la sociedad en el campo de los valores, en cuanto a la apreciación y tratamiento de los comportamientos calificados como anormales.

³ Pérez, A. Loc. Cit.

Por lo que se deriva que en la actualidad, no se ha formulado una teoría integrada y coherente del comportamiento “patológico”.

A nivel de método, la diferencia fundamental entre las ciencias fácticas y las ciencias formales radica en la necesidad de seguir un proceso exclusivamente deductivo o un proceso de doble inducción-deducción.

El método inductivo busca la generalización a partir de datos particulares. Los principios o leyes resultantes no describen comportamientos individuales, sino más bien tendencias globales y propiedades colectivas que permiten prever relaciones de causalidad o relaciones funcionales, facilitando, por consiguiente las predicciones.

Partiendo de un proceso totalmente inductivo el método de las ciencias empíricas utiliza la deducción al buscar los principios generales establecidos, a casos particulares. La psicología clínica como disciplina, se sitúa primordialmente en este nivel.

La idea central de lo expuesto anteriormente es que el saber científico consiste en descubrir las regularidades causales y funcionales que permiten explicar los fenómenos observados y prever las condiciones y las formas de sus futuras manifestaciones. ¿Cómo aplicar todo esto a la psicología clínica?; en el ámbito de la conducta humana existen relaciones de causa a efecto.

Esta afirmación permite pensar que la metodología científica puede ser empleada con el fin de determinar cuáles son las relaciones, cómo y cuándo se presentan, cuáles son sus variaciones, etc. Pero por otra parte, cabe preguntarse si estas relaciones pueden determinarse y especificarse en todos los dominios de la Psicología.

El objetivo del trabajo científico no consiste en adscribir racionalidad al hombre sino estudiar racionalmente las manifestaciones conductuales humanas, por irracionales que sean; el hecho de que el comportamiento humano sea en ocasiones irracional y contradictorio no hace irracional la psicología clínica, pues es el método, y no el objeto de estudio, lo que define a la ciencia.

2.1.1. LA PSICOLOGÍA CLÍNICA EN LA INVESTIGACIÓN

Los que se dedican a la psicología clínica no hacen observaciones sistemáticas, ni realiza medidas controladas sobre un número previamente especificado, ni propone formulaciones explícitas o sistemáticas de leyes operacionales y de sus interrelaciones, ni trata de verificar postulados hipotéticos; en otras palabras, las condiciones de un auténtico trabajo científico no parecen interesar particularmente al psicólogo clínico.

Lo que sí hace el psicólogo clínico en su práctica profesional es provocar una mejoría en su cliente sin importar los medios y afirmando que

fue su acción la que provocó la mejoría, pero tal afirmación no está necesariamente respaldada por pruebas, ni se esfuerza por descubrirlas; mientras que, por el contrario, el objetivo primordial del investigador científico en esta área es el de demostrar que los eventuales cambios comportamentales observados tienen una verdadera relación con el conjunto de operaciones que, hipotéticamente, han provocado el cambio; esta demostración tiene la propiedad de contribuir a determinar el valor de una teoría.

En los siguientes temas se aborda lo que realiza la psicología clínica para explicar los fenómenos que a ella incumben.

2.2 TÉCNICAS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

En la psicología científica el método esencial es el experimental, y para auxiliar a este método, y también para ampliar el campo de la disciplina psicológica se emplean variadas técnicas y procedimientos, aquí las más utilizadas:

La entrevista. Watson (1963), afirma:

“una entrevista es una conversación cara a cara entre un clínico y un paciente, en donde ambos están tratando de llegar a una solución de las

dificultades de este último. La meta primaria de la entrevista, como la de otras técnicas es la de ayudar al clínico a entender al paciente”⁴.

Fensterheim (1983), escribe:

“el objeto de la entrevista inicial es doble. En primer lugar, arreglar la atmósfera, el tono de la situación terapéutica como un procedimiento colaborativo y de trabajo continuo. En segundo lugar, es para obtener la información necesaria de manera sistemática. Esta información se refiere a la presentación del problema”⁵.

La entrevista clínica, es en efecto, una técnica o procedimiento que tiene una larga historia. Se trata casi siempre del primer contacto personal entre los pacientes y los psicólogos clínicos, la cantidad de información que se puede obtener en estas circunstancias es inmensa, pero tanto la cuantía como la calidad de la información va depender, de las áreas que deberán observarse, de la experiencia y de la capacidad de comprensión empática del entrevistador.

⁴ Díaz-Guerrero Rogelio, Díaz-Loving Rolando, Introducción a la Psicología, Un Enfoque Sistémico, Edit. Trillas, p. 64

⁵ Ibid. Pag. 64

Los aspectos a observar dentro de una entrevista son: la vestimenta, la manera de caminar, de sentarse; los gestos, la forma y tono de hablar y en general la impresión que produce el comportamiento total.

Mediante las preguntas adecuadas y las respuestas del paciente, el psicólogo debe determinar cómo percibe el ambiente en que se desarrolla y cuál es el grado de alerta. En ciertos casos, es necesario establecer si el paciente está orientado con respecto al lugar en que se encuentra y la fecha.

Además es necesario determinar si su inteligencia es de acuerdo a la edad. Se observa también la capacidad de memoria, el grado de organización de su pensamiento, la facilidad o dificultad de comunicación, el tipo de lenguaje que utiliza, las reacciones emotivas durante la entrevista, el nivel de excitación, el grado de tensión o relajación, el grado de energía en sus movimientos y acciones, el nivel de expresividad en el rostro y del cuerpo, la manera en que se relaciona con otras personas y consigo mismo; sus metas e ideales y el nivel de entusiasmo o de desmoralización.

La entrevista clínica constituye apenas el inicio de lo que puede ser una o varias sesiones en las cuales se desarrollará la historia clínica del caso.

2.2.1 LA HISTORIA CLÍNICA

Consiste en una exploración sistemática y secuencial de muchos de los aspectos de primera impresión obtenidos en la entrevista.

La asistencia a los pacientes tanto hospitalizados como ambulatorios genera una serie de información médica y administrativa sobre los mismos. Dicha información se registra en varios documentos, siendo el conjunto de estos documentos lo que constituye la historia clínica. Debe ser única, integrada y acumulativa para cada paciente, debiendo existir un sistema eficaz de recuperación de la información clínica.

La principal función es la asistencial ya que permite la atención continuada a los pacientes por equipos distintos. Otras funciones son: la docencia, el permitir la realización de estudios de investigación y epidemiología, la evaluación de la calidad asistencial, la planificación y gestión sanitaria y su utilización en casos legales en aquellas situaciones jurídicas en que se requiera.

Para cumplir estas funciones la historia clínica debe ser realizada con rigurosidad, relatando todos los detalles necesarios y suficientes que justifiquen el diagnóstico y el tratamiento, ésta debe estar escrita con letra legible; también debe tener un formato unificado y una ordenación de los documentos.

La historia clínica⁶ incluye:

1.- El recuento minucioso de lo que se ha llamado la “enfermedad presente”, es decir, lo que ha llevado al paciente a consulta.

Al elaborar la historia clínica, la actitud del psicólogo debe ser de interés y aceptación. Aunque en sus notas considere el grado de certeza en las afirmaciones del paciente. También debe notar si existen exageraciones o minimizaciones de los síntomas o quejas.

2.- A esta sección de la historia clínica se le ha denominado “examen mental”. En ella se anotan datos relativos a la apariencia, comportamiento en general y actitudes del paciente.

Se explora el contenido del pensamiento, el trasfondo cultural y socioeconómico, las creencias personales y del grupo social al que pertenece. Es el momento en el que se detecta el pensamiento anormal, por ejemplo: interpretaciones falsas y deformadas de la realidad, delirios, expectativas ilusas y en algunos casos hasta alucinaciones.

También se explora el estado de actividad emocional, por ejemplo: estado de ánimo, la intensidad y lo apropiado de las respuestas emocionales;

⁶ Castro I., Gámez M. Historia Clínica. Recuperado desde <http://www.sefh.es/bibliotecavistual/fhtomo1/cap22.pdf>

sus capacidades intelectuales, la ubicación en el tiempo (hora del día, día de la semana, mes, y aun el año en que vive) y la ubicación en el espacio (el lugar donde se encuentra, edificio, ciudad, estado, y quienes son las personas que le rodean).

Se observa además la capacidad de memoria inmediata (habilidad para retener y recordar una serie de dígitos o sucesos recientes) y de memoria remota.

Finalmente, se explora la capacidad de juicio y hasta qué punto y con cuánta claridad comprende la situación en la que se encuentra.

3.- La historia clínica. En esta sección las preguntas se dirigen a obtener la biografía del paciente, además de la historia personal; es necesario recabar información acerca del ambiente en el que creció y de los aspectos socioculturales experimentados.

En la historia personal, es importante registrar los primeros recuerdos del individuo, así como posibles evidencias de perturbaciones emocionales durante la infancia, la niñez o la adolescencia; se incluye también la historia escolar, la ocupacional y la sexual; para el caso de individuos casados, la historia marital también debe ser explorada.

4.- Un aspecto sumamente relevante de la historia clínica son las sesiones de pruebas y test psicológicos, y los diagnósticos obtenidos a partir de los mismos. En este punto del procedimiento de la historia clínica entra la técnica psicométrica.

En ocasiones, para el psicólogo es importante que los sujetos a los que se les elabora la historia clínica sean examinados por un médico. Los resultados de tal examen, así como de los estudios de laboratorio se anexan a la historia clínica.

Otro aspecto de la historia clínica consiste en establecer el diagnóstico, es decir, precisar el padecimiento, queja, síntoma o problema al que se enfrenta el paciente.

Y por último, está el pronóstico, aquí el clínico debe puntualizar la impresión acerca del futuro del paciente en cuanto a si el problema podrá resolverse o el paciente “curarse” del padecimiento, síntoma, queja o problema.

En algunos casos se indica el tipo de tratamiento que conviene al sujeto.

2.2.1.1 LA INTERVENCIÓN EN CRISIS

Para abordar este tema iniciaremos definiendo el concepto de *crisis*.

Slaikau (1984), menciona:

"Es un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas"⁷.

Para L. R. Brito(1984)

"La crisis se siente como un abismo entre el pasado que ya no es vigente y un futuro que todavía no está constituido"⁸.

Para Jerry Long Jr.

"La persona está en crisis cuando sufre una pérdida severa que no está manejando exitosamente, y siente

⁷Soto Hernández G. Instituto orienta ser, recuperado desde: <http://gruposserhumano.com/crisis.htm>

⁸ Ibid

ira sublimada, está estancada en la etapa de depresión, y sufriendo un vacío existencial⁹.

Los estudiosos coinciden en que toda crisis conlleva peligro y oportunidad. Y es casi siempre, necesaria una intervención, lo que hace la diferencia en las decisiones que toma la persona.

Por otro lado, la *intervención en crisis* es definida por Slaikeu (1940) como:

"un proceso de ayuda dirigida a auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático de modo que la probabilidad de efectos negativos como daños físicos o emocionales se aminore y la probabilidad de crecimiento se incremente"¹⁰.

En cuanto a los *antecedentes* la intervención en crisis se remonta a los trabajos de Eric Lindemann y sus colaboradores, tras el incendio del centro nocturno Coconut Grove en Boston, el 28 de Noviembre de 1942. En lo que fue el más grande incendio de un solo edificio en la historia del país hasta entonces, 493 personas perecieron cuando las llamas cubrieron a la multitud concentrada en el Coconut.

⁹ Ibid, p.1

¹⁰ Slaikeu Karl, *Intervención en Crisis*, 2da Edición, Manual Moderno, pág. 16

Lindemann y otros colaboradores del Hospital General de Massachusetts desempeñaron un papel activo en la ayuda a los sobrevivientes y de aquellos que perdieron a un ser querido en el desastre.

Su informe clínico acerca de los sobrevivientes fue la piedra angular para teorizaciones subsecuentes sobre el proceso de duelo (una serie de etapas mediante las que, el doliente progresa en el camino de aceptar y resolver la pérdida).

Lindemann llegó a creer que el clero y otros asistentes comunitarios podrían tener un papel determinante en la ayuda de la gente afligida durante el proceso de duelo, de modo que se previnieran dificultades psicológicas posteriores.

A partir de los principios teóricos de Lindemann, Gerald Caplan, también miembro del Hospital General de Massachusetts y de la Escuela de Salud Pública de Harvard, fue el primero en concebir la trascendencia de las crisis vitales en la psicopatología de los adultos.

Estableció el asunto de modo muy breve:

“un examen a la historia de pacientes psiquiátricos muestra que, durante ciertos periodos de crisis, el individuo parece haber salido menos saludable de lo que había sido hasta antes de la crisis”. (Caplan, 1964, p.35).

A principios de 1960, el movimiento de prevención del suicidio creció con rapidez en E.U.A., al apoyarse en parte sobre la teoría de la crisis de Caplan.

Centros como: *Prevención del Suicidio y Atención en Crisis en los Ángeles y Erie County (Búfalo)*, ofrecían los 365 días del año, las 24 horas; líneas telefónicas directas para la prevención de suicidios.

Vinculados a la mentalidad activista social de la época, los centros se apoyaron en los esfuerzos de voluntarios no profesionales y paraprofesionales para sus programas de orientación por teléfono.¹¹

2.2.1.2 INFLUENCIAS TEÓRICAS

Retomando a Moos (1976) quien identifica cuatro influencias teóricas en la Teoría de la Crisis. La primera es la Teoría de Charles Darwin sobre la evolución y adaptación de los animales a su ambiente. La idea de Darwin de la supervivencia del más apto, analiza la lucha por la existencia entre los organismos vivos, en relación con su medio (Moos, 1976, pag. 6).

La segunda influencia se origina en la teoría psicológica que considera la realización y el desarrollo del ser humano. Las preguntas básicas

¹¹ Ibid, p. 6

conciernen a la motivación y el impulso: ¿Qué mantiene activa a la gente? y ¿Con qué fin?

La idea de Freud de que la motivación es un intento por reducir la tensión, fundamentada en impulsos sexuales y agresivos, fue desafiada años más tarde por teóricos como Carl Rogers(1961), y Abraham Maslow (1954), quienes hicieron énfasis en la realización y el crecimiento positivo del ser humano. Ambos se enfocaron en la tendencia de éstos a la autorrealización y necesidad de enriquecer sus experiencias y ampliar sus horizontes.

El enfoque de Erikson (1963), del ciclo vital del desarrollo proporcionó una tercera influencia capital para la teoría de la crisis. La visión de Erikson en cuanto a ocho etapas de desarrollo, en la que cada una presenta un nuevo reto, transición o crisis, proporcionó una alternativa para la teoría psicoanalítica, que sugiere que la vida se basaba esencialmente en los sucesos de la infancia y la niñez temprana.

La cuarta influencia surgió de datos empíricos sobre como los humanos lidian con el estrés vital extremo. Los estudios en este ámbito incluyen luchar con traumas de los campos de concentración, la muerte

repentina del cónyuge o parientes, cirugía mayor, la lenta agonía de un niño y los desastres.¹²

Cada una de estas posturas teóricas proporciona información para comprender mejor y desde varias perspectivas lo que es atravesar por una crisis.

2.2.1.3 VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL DESARROLLO DE LA CRISIS

¿Por qué unas personas se observan más fuertes ante una crisis y otras se desboronan y conforme pasa el tiempo, la situación en vez, de mejorar, empeora?, ¿cuál es la diferencia entra una persona y otra?

Tres son las variables que influyen en si una persona afronta de mejor manera una crisis, o si por el contrario, la lleva a un sufrimiento excesivo:

La severidad del suceso precipitante: Hay sucesos que son devastadores en sí mismos por lo que casi siempre dan lugar a una crisis, por ejemplo: la muerte o pérdida de un ser amado, una violación, desastres naturales, secuestro, entre otros.

Algunas crisis se desencadenan con severidad dependiendo del significado que se elabore, influye también el momento en el que se presenta

¹² Ibid. Pág. 9

y la cantidad de sucesos inesperados o desagradables a los que esté sometida la persona.

Los recursos personales: Lo que conforma a un ser humano le ayuda en el momento de afrontar una crisis; por el contrario, todo de lo que carece puede agudizar la crisis. En cuanto a los recursos a los que se recurren antes en ese momento se mencionan los siguientes: la personalidad, el nivel de conciencia, el manejo de la libertad, de la voluntad y de la responsabilidad, la postura existencial, las actitudes personales, los valores, la autoestima, la capacidad de tomar distancia, el sentido del humor y la resolución adecuada o no de crisis anteriores.

En cuanto a las carencias se pueden incluir: la no aceptación de situaciones límites o de difícil afrontamiento, el no ser capaz de encontrar sentido al sufrimiento, el ser excesivamente apegado a personas y/o objetos, ya que cuando se pierden o se alejan, no se está psicológicamente listo para ello.

Los pocos recursos personales pueden provocar que la crisis (duelo) sea difícil y hasta imposible de resolver adecuadamente sin ayuda profesional.

Recursos sociales: Estos recursos son importantes porque le otorgan a la persona un ambiente de apoyo y solidaridad. La persona no se siente sola ni abandonada, por el contrario, la familia y los amigos suelen hacerse presentes en el momento de la crisis, atenuando de alguna u otra manera su dolor y sirviéndole de contención y desfogue de emociones; en el momento de la crisis, durante y después de ella.

Este auxilio incluye además la atención médica, la asesoría legal, el apoyo emocional, los grupos de autoayuda y en general cualquier red social de la que disponga para obtener cualquier tipo de beneficio ante una crisis.

2.2.1.4 DURACIÓN DE LA CRISIS

La terapia breve, de tiempo limitado, es el tratamiento que se elige en situaciones de crisis. Se sugiere que el proceso de ayuda debería llevarse tanto tiempo como el que toma la mayoría de las personas recuperar el equilibrio después de un incidente de crisis, o alrededor de seis semanas, según Caplan (1964). La mayoría de los escritores describe a la intervención en crisis como algo que se lleva, en cualquier parte, de una a seis semanas (Aguilera y otros, 1974; Burgess y Baldwin, 1981), como distinción de las intervenciones que continúan por meses o años en la llamada: psicoterapia a largo plazo.

Como se puede observar el tema de la duración de la crisis va desde un extremo a otro, percepciones de la crisis desde corta a prolongada; los teóricos aun no concuerdan en una idea común. Quizá es conveniente a este respecto, mencionar la diferencia entre lo que se entiende por la restauración del equilibrio y la resolución de la crisis.

Restaurar el equilibrio se refiere a la reducción de los síntomas y los signos, pero no es equivalente a que se haya resuelto constructivamente la crisis. Si hay un equilibrio momentáneo, pueda causarle después un mayor daño.

2.2.1.5 TIPOS DE CRISIS

La clasificación que a continuación se describe, se retoma de Du Ranquet¹³:

Crisis naturales. Son crisis que surgen en toda etapa del desarrollo, de la pareja o de la familia. Son crisis inherentes al ser humano.

Crisis circunstanciales. Esta tipo de crisis se origina por la pérdida de algo o alguien, por ejemplo: bienes materiales, un ser querido, la inocencia, un trabajo que represente seguridad, la fe o la confianza.

¹³ Experta en Psicología Social y Terapia Familiar, de nacionalidad francesa autora del libro: “Los Modelos en Trabajo Social. Intervención con Personas y Familiares”.

Crisis existenciales. Estas surgen cuando la persona se ve en la necesidad de optar entre dos valores importantes.

Crisis totales. Son crisis que afectan varias áreas importantes de la persona, por ejemplo, el área económica, la emocional, la salud, el área familiar, laboral, etc. En el peor de los casos, ante una crisis, la vida total de la persona se puede ver afectada.

2.2.1.6 FASES DE UNA CRISIS

Horowitz (1976) propone las siguientes reacciones de una persona ante una situación de crisis¹⁴.

La definición de las reacciones pertenece a la autora Gabriela Soto¹⁵

El llanto se refiere a las reacciones inmediatas al impacto del suceso, estas reacciones van desde: nudo en la garganta, llanto silencio y gritos (los cuales pueden ser llenos de angustia y desesperación). El llanto puede persistir y agudizarse después de la primera noticia o situación inicial de la crisis. Y tiende a ser controlado hacia el final.

¹⁴ Soto Hernández G., Intervención en Crisis, Grupo Ser Humano. Desde <http://gruposerhumano.com/crisis.htm>

¹⁵ Ibid. p. 2

La negación es una respuesta que conlleva el bloqueo del impacto emocional, se puede acompañar de “bloqueo emocional”, no pensar en lo que pasó y realizar actividades como si nada hubiera pasado.

La negación suele estar vinculada desde el principio de la crisis y, a veces, como un velo delgado, durante todo el proceso. La negación es un recurso del yo para no desplomarse, ni "volverse loco".

La intrusión se refiere a que en la mente de la persona surgen persistentemente ideas, imágenes o sueños del suceso. Estas ideas recurrentes agotan emocionalmente a la persona. Habitualmente se viven en silencio y no son expresadas o compartidas con alguien más. Su tinte es negativo o riesgoso para el bienestar.

Algunas personas pasan directamente de la fase del llanto a la intrusión, sin pasar por la negación; otras en la fase de intrusión buscan la negación, deseando y tratando de olvidar, esto puede ser porque el dolor aumenta en la fase de intrusión y desean evitarlo.¹⁶

La fase de penetración es cuando la persona reconoce sus emociones, las acepta y expresa, y cada vez que esto ocurre, la emotividad se equilibra.

¹⁶ Ibid, p. 3

En la consumación se integra la crisis a la experiencia ya que se acepta lo sucedido. Se reconoce que se estuvo en desequilibrio y en la persona se observa la capacidad de encontrar una oportunidad de crecimiento a partir de la crisis.

Los sentimientos con respecto a la crisis (tristeza, soledad, añoranza, etc.) no desaparecen totalmente, pero la diferencia substancial es que estos no desequilibran a la persona; reflejándose aquí la aceptación de lo acontecido. Lo que le permite enfrentar de una mejor manera la vida y las futuras crisis, de las cuales, nunca se está exento.

Cuando las personas logran la fase de *consumación* se dice que han resuelto la crisis. Cuando esta no es resuelta, las personas pueden sufrir alteraciones físicas, emocionales, y/o mentales. Pueden además, presentar actitudes negativas, usar mecanismos de defensa, tornarse resentidos, agresivos, desconfiados, inseguros, soberbios y egoístas, mostrarse con máscaras de: dureza, frialdad, indiferencia; experimentar soledad, amargura e infelicidad. Asumir el papel de víctima o de victimario, estar incapacitadas para establecer relaciones interpersonales sanas y profundas. Bloquear su voluntad de sentido, su intuición, su libertad y su responsabilidad, por lo que muy probablemente llegan a sentir un vacío existencial.

Estas fases se proponen como un orden lógico, pero en realidad no acontece así. Cada persona pasa por una u otra fase de acuerdo a los recursos que se mencionaron en páginas anteriores. Y en cuanto a la duración, tampoco se tiene claro un tiempo para cada una, sería difícil definirlo en términos tan concretos.

2.2.1.7 ¿CÓMO INTERVENIR EN UNA CRISIS?

Es indispensable saber cómo intervenir. La persona debe estar capacitada para tales circunstancias ya que debe identificar los signos que presenta la persona que está viviendo una crisis y brindarle la atención más precisa.

El Psicólogo clínico debe sentir un genuino interés de atención hacia las personas que experimentan una crisis pero el interés sin el conocimiento nunca es suficiente.

En cuanto a lo que el Psicólogo clínico debe observar se señalan los siguientes puntos:

En el aspecto físico se debe observar si su rostro denota cansancio, si presenta ojeras, mirada sin brillo, piel poco humectada, si tiene dolores de cabeza y/o garganta, si tiene gastritis o colon irritable; y en general, si se siente enfermo.

Sondear si presenta trastorno alimentario (poco apetito o comer compulsivamente) o del sueño (insomnio o ganas de dormir todo el tiempo).

Se indaga ampliamente sobre cómo se siente (si experimenta desamparo, soledad, desesperación, aislamiento, impotencia, ira contenida o expresada, desesperanza; si está confundida, ansiosa, desorientada o angustiada).

Se le cuestiona sobre cambios en el comportamiento, las relaciones interpersonales y en sus actividades cotidianas.

Toda esta información, le proporcionarán al psicólogo una idea concreta del estado físico y emocional en que se encuentra la persona¹⁷.

2.3 TRATAMIENTO DE APOYO

La psicoterapia de apoyo se usa para suprimir o disminuir la angustia de una persona que está pasando por una crisis, para lograrlo, el primer objetivo es tranquilizar al paciente, al que se le dicen cosas como: “el problema puede resolverse”, “en unos días usted se sentirá mucho mejor”, etc.

¹⁷ Ibid, Pag. 2

Otro recurso es crear un el ambiente social armónico, que le permita relajarse y sentir respaldado. Aquí interviene la familia, las amistades y las personas o profesionales involucrados en grupos de autoayuda, que en general forman una red social de apoyo a la persona en crisis.

Esta terapéutica puede ser prolongada o breve, según la naturaleza del problema del paciente.

2.4 LA FE Y LA ESPERANZA

En la alianza que forman el curador y el enfermo con el propósito de lograr la curación de este último, hay dos componentes generalmente considerados de naturaleza primitiva y arcaica que ejercen una influencia poderosa y a los cuales se les ha prestado poca atención dentro del marco científico; ambos son componentes activos en las acciones médicas. La fe puede formularse en términos de confianza en el médico y en la medicina que práctica, y a la esperanza podría llamársele pronóstico favorable, pero no por eso cambia su naturaleza esencial. Tanto la fe como la esperanza están presentes en las acciones psicoterapéuticas y ningún clínico con experiencia dejaría de reconocer su poder.

La fe presupone una imagen interna de algo o de alguien en que se puede creer. Esta imagen puede ser la de una entidad suprahumana o puede referirse a la ciencia o a la técnica. La fe ilimitada que algunas personas tiene en la técnica no es muy diferente de la que otras personas tienen en fuerzas

extranaturales. La fe puede basarse también en experiencias y en hechos establecidos; lo importante es que opera independientemente de su contenido. Su eficacia no depende tanto de su verdad, sino del hecho mismo de tener fe.

El tema de la esperanza es tan complejo como el de la fe. Esta se centra en la idea que la persona tiene acerca del pronóstico favorable de su enfermedad, independientemente del hecho objetivo, entiéndase aquí que el dictamen médico puede ser –en algunos casos- radicalmente diferente a la sensación de esperanza del paciente.

La esperanza es también un componente arcaico y fundamental de la naturaleza humana. En efecto, la inclusión del futuro en la conciencia, es decir, tener expectativas acerca del curso de eventos futuros, es un rasgo único del hombre. La esperanza y las expectativas sobre el futuro son parte del presente e influyen en el funcionamiento de la mente y el cuerpo. Una forma de inducir o fortalecer la esperanza de un paciente es precisamente hacerle un buen pronóstico. Con o sin advertencia de ello, los médicos actúan de tal forma que despiertan expectativas favorables, es decir, avivan en los pacientes la esperanza. Despertar la esperanza de los enfermos es un ingrediente que suele estar presente en los sistemas de curación.

La esperanza y la fe compartidas por el enfermo y por quien cura son elementos inespecíficos que operan en el contexto de la magia, el curanderismo, los sistemas paralelos de medicina, el efecto placebo y también la psicoterapia. El poder terapéutico de la esperanza y de la fe se manifiesta en el efecto placebo.

Cada sistema de psicoterapia cuenta con un marco propio de orientación y referencia: un esquema conceptual más o menos explícito que sirve para asignar significados a los síntomas, a la enfermedad y a la conducta. Asignar significados a conductas, experiencias y estados psicológicos que en apariencia no los tiene responde a una necesidad humana fundamental. Si bien las aclaraciones que se dan a los sujetos varían entre lo simplista y lo muy elaborado, su objetivo es ayudarles a encontrar sentido a sus síntomas, a sus sufrimientos, reducir la discrepancia entre su mundo subjetivo, el padecimiento y la realidad objetiva de la enfermedad. La asignación de significados dentro de un marco de referencia coherente contribuye a que los efectos de la fe y la esperanza, compartidas y avaladas por el grupo, se mantengan vivos.

Como ocurre en otras relaciones humanas, lo que confiere a una persona, el terapeuta, el poder de influir en los pensamientos, sentimientos y decisiones de otro, el paciente, es la gratificación de deseos básicos de ser

amparado, que son universales y están arraigados en experiencias infantiles propias de la condición humana¹⁸.

El análisis de la fe y la esperanza en una tesis de licenciatura, parecería fuera de lugar, porque tradicionalmente estos dos aspectos de la vida humana son generalmente considerados de naturaleza subjetiva. También se piensa que ejercen una influencia poderosa en las personas, sin vislumbrar o explicar cuál es su actuar. Estos temas han logrado poca atención dentro del marco científico; aunque se piensa que son componentes activos en los procesos de salud.

En síntesis el tema de la fe y la esperanza es un tema no abordado con científicidad, pero siempre presente en los sistemas de salud.

2.5 LAS EMOCIONES

Las emociones son fenómenos multidimensionales y sumamente complejos, su estudio ha ido abarcando poco a poco todos los aspectos pero, aun con el avance que se ha logrado, no se puede afirmar de manera contundente por ejemplo: qué es una emoción y en dónde reside ésta, ¿qué hace que las personas sientan de manera en concreta, por ejemplo: ira o felicidad?

¹⁸ De la Fuente, Ramón, Psicología Médica, Edit. Fondo de Cultura económica, México, pp. 496-498

Las emociones son respuestas biológicas, reacciones que preparan al cuerpo para la adaptación. Cuando se siente una emoción, los cuerpos entran en un estado de activación; el corazón empieza a latir con fuerza, los músculos se tensan y la respiración acelera su ritmo; considérese también que las emociones son funcionales, por ejemplo: la rabia, la cual prepara para la lucha contra un enemigo y otro ejemplo es el miedo el cual prepara para huir del peligro. En otro aspecto se observa también que las emociones son fenómenos sociales, ya que producen expresiones faciales y corporales las cuales comunican experiencias internas a los otros miembros del grupo en que el que se desenvuelve el individuo.

Dado que las emociones pueden ser fenómenos subjetivos, fisiológicos, funcionales y sociales, está claro que el concepto de emoción se resiste a encajar dentro de una definición clara y unánime. El término “emoción”¹⁹ (McNaughton, 1989) es el constructo psicológico que une cuatro aspectos de la experiencia que se suelen dar conjuntamente. El primer aspecto es el componente cognitivo subjetivo, el cual constituye el estado afectivo y proporciona una experiencia dotada de significado personal. El componente fisiológico incluye la actividad de los sistemas autónomo y hormonal, la actividad fisiológica está tan unida a la emoción que es casi imposible imaginarse una persona enfadada que no esté activada.

¹⁹ Marshall Reeve, J., Motivación y Emoción, Edit. Mc Graw Hill, p. 320-420

El componente funcional plantea la cuestión de cómo se beneficia la persona de la emoción.

El componente expresivo de la emoción es su componente conductual y social, las posturas, los gestos, las vocalizaciones y especialmente con la conducta facial, las emociones son expresadas y comunicadas a los demás. Al enviar señales emocionales a los otros significativos se infieren los sentimientos privados a través de las expresiones públicas.

En su conjunto, las emociones implican la persona en su totalidad: sus sentimientos, sus pensamientos, su fisiología, sus intenciones, sus propósitos y su conducta.

En el siguiente apartado se analiza una a una las emociones:

SORPRESA

La sorpresa es la más breve de las emociones. Neurológicamente, la sorpresa la activa un aumento repentino en la tasa de descarga neuronal. Acontecimientos repentinos e inesperados como un trueno, petardos, una pasta aparentemente dulce de sabor salado o una celebración no anunciada producen sorpresa. Los acontecimientos cognitivos también causan sorpresa. Cuando de repente se recuerda que no se ha acudido a una cita importante o que se ha olvidado del cumpleaños de la pareja se siente

rápidamente sorprendido²⁰. La sorpresa se da también después de que se produzcan consecuencias o resultados inesperados u interrupciones de la actividad en curso.

Por ser de duración tan breve, suele convertirse rápidamente en otra emoción. La sorpresa que produce olvidar una cita o el cumpleaños de la pareja se transforma rápidamente en angustia; su significado funcional es el de preparar al individuo para afrontar de forma efectiva los acontecimientos repentinos e inesperados y sus consecuencias.

La sorpresa limpia el sistema nervioso central de la actividad en curso, preparando a la persona para que dedique toda su atención al objeto, de hecho, prepara a la persona para tener emoción en general y provoca un rápido aumento de la actividad cognitiva. Cuando la persona está sorprendida, la memoria a corto plazo queda libre de pensamientos que ocupaban la conciencia en los segundos previos al acontecimiento inesperado.

Desde un punto de vista evolutivo, puede ser extremadamente adaptativa por ejemplo, cuando motiva a renunciar a una conversación tranquila y dedicar toda la atención a la camioneta que en ese momento se dirige directamente hacia la persona.

²⁰ Ibid, p. 385

MIEDO

Se activa por la percepción de peligro hacia aspectos físicos o psicológicos. El daño físico producido por quemaduras, heridas y enfermedades, llegan a producir miedo, mientras que los insultos a la autoestima o la amenaza de pérdida de una amistad, son ejemplos de daño psicológico. Muchas veces la percepción de que un objeto ambiental es peligroso se adquiere por medio del condicionamiento clásico.

El miedo confiere a las personas una sensación de tensión nerviosa que les permite protegerse o desarrollar una tendencia a la acción evitativa. La motivación de protección se manifiesta típicamente mediante la huida y retirada frente al objeto o mediante respuestas de afrontamiento que no permiten encararse con el objeto temido. Si la huida no es posible, o quizás no es deseada, entonces el miedo motiva a la persona a afrontar los peligros.

A nivel positivo, el miedo facilita el aprendizaje de nuevas respuestas que apartan a la persona del peligro.

RABIA

La rabia²¹ es la emoción más caliente y pasional. La rabia puede ser activada de diversas maneras pero su antecedente principal es el control, sea físico o psicológico. El control físico sería, que alguien retuviera a una

²¹Término utilizado por el autor John Marshall Reeve, también puede utilizarse: Ira o Enojo.

persona en contra de su voluntad tras unos barrotes. El control psicológico se manifiesta mediante las reglas, las normas o las propias limitaciones. La rabia también activa la frustración que produce la interrupción de la conducta dirigida hacia una meta.

A nivel neurológico, la rabia es una emoción de alta densidad que se caracteriza por una tasa persistentemente alta de descarga neuronal. La inhabilidad de resolver un problema difícil a pesar del esfuerzo cognitivo sostenido pronto altera a la persona y se torna en rabia. A veces a las personas “se les cruzan los cables”²² y empiezan a comportarse de una manera violenta y descontrolada. A las personas se les suelen “cruzar los cables”, gritar, lanzar maldiciones, tirar cosas contra la pared; cuando no encuentran una manera de reducir la tasa de descarga neuronal. La sensación de rabia continúa hasta que la persona logra encontrar una manera de reducir la alta densidad de su descarga neuronal.

La rabia es también la emoción potencialmente más peligrosa, ya que su propósito funcional es el de destruir las barreras en el ambiente. A veces la rabia provoca desastre y daños innecesarios como cuando se empuja a un niño, se insulta a un compañero de equipo o se le dan patadas a una puerta

²²En México se acostumbra a decir: “se me cruzaron los cables” cuando se está confundido.

cerrada. En otras ocasiones, sin embargo, se puede decir que la rabia resulta altamente productiva cuando energiza los intentos de recuperar el control perdido sobre el ambiente, que al final se rescata. Asimismo, desde una perspectiva evolutiva, la rabia moviliza la energía hacia la autodefensa, una defensa caracterizada por el vigor, la fuerza y la resistencia. Por esta razón, la rabia puede considerarse una navaja de doble filo.

ASCO

El asco es, relativamente hablando, una emoción compleja. El asco implica una respuesta de huida o de rechazo ante un objeto deteriorado o pasado. Acontecimientos físicos como comida u olores corporales, contaminación, sabores amargos, acontecimientos psicológicos como los chistes de mal gusto y los valores morales repugnantes activan impulsos de repudio y la emoción de asco.

El significado funcional del asco es el rechazo. La persona asqueada es una persona dispuesta a eliminar y apartar objetos impresentables o poco higiénicos, la persona asqueada también está dispuesta a cambiar sus costumbres y hábitos personales si es que se da el caso de que la fuente de su asco se encuentra entre sus hábitos y aptitudes personales. Por lo tanto, el asco es una emoción que mantiene y promueve la salud. La expulsión de bebidas y comidas deterioradas conserva el bienestar corporal mientras que la exclusión de pensamientos deteriorados y valores conserva el bienestar

psicológico. La anticipación de una sensación de asco además anima a la persona a conservar un entorno sanitario: limpiar los platos, los dientes, ducharse.

La anticipación de asco también inhibe el deterioro físico y psicológico como en el caso en que una persona empieza a hacer ejercicio para liberarse de un cuerpo en baja forma y asqueroso.

ANGUSTIA

Es la emoción más negativa y aversiva. Los activadores principales de la angustia son la separación y el fracaso. La separación, la pérdida de un ser querido por causa de muerte, divorcio, circunstancias o una discusión es angustiante. Las personas también pueden ser separadas de un trabajo, posición o estatus que valoran. El fracaso también activa la angustia como cuando se suspende un examen, se pierde un concurso o se sufre un rechazo amoroso.

El fracaso provocado por circunstancias fuera del propio control también puede causar angustia, como sería el caso de la guerra, la enfermedad, los accidentes y la recesión económica. Finalmente, el dolor activa la angustia.

A nivel neurológico, la angustia implica una tasa de descarga neuronal sostenida moderadamente alta. Su activación neurológica se distingue de la ansiedad en cuanto a la intensidad de la estimulación neurológica sostenida. En comparación con el funcionamiento habitual, sin embargo, la densidad neurológica de la angustia es relativamente alta. La angustia motiva a la persona a realizar cualquier conducta necesaria para aliviar las circunstancias que la han provocado. Dicho de otra manera, esta emoción hace que la persona cambie las circunstancias y vuelva al estado en que estaba antes de producirse. Por ejemplo: ante la angustia de una derrota reciente, el atleta entrena para recuperar la confianza.

Desgraciadamente, muchas veces se da el caso de que no es posible volver la al estado anterior y si la angustia persistente conduce a la aflicción y a la más aversiva de las experiencias humanas, la depresión.

ALEGRÍA

Se activa neurológicamente mediante un fuerte descenso en la tasa de descarga neuronal. El alivio del dolor físico, de los problemas, resolver un problema difícil y ganar un concurso que provocaba ansiedad son ejemplos de un patrón descendiente de la activación neurológica de la alegría. Además del alivio derivado del logro de metas, también la activan los acontecimientos positivos como por ejemplo: una cita, además de las sensaciones placenteras, como el ser acariciado. Un tercer tipo de activación

de la alegría se deriva de aquellos acontecimientos que confirman el concepto de autovalía de la persona.

El significado funcional de la alegría es doble. Por una parte, es una sensación positiva derivada de una sensación de satisfacción y triunfo. Al ser una sensación intrínsecamente positiva, hace que la vida resulte agradable. Lo agradable, por tanto, contrarresta las experiencias vitales inevitables de frustración, decepción y afecto negativo en general. Facilita también la voluntad de las personas de participar en actividades sociales. Hay pocos estímulos tan potentes y gratificantes como la sonrisa humana. Por lo tanto, expresada es un pegamento social que establece uniones como las de madre-hijo, amantes, compañeros de trabajo y compañeros de equipo.

INTERÉS

Es la emoción que más presente está en el funcionamiento día a día de las personas. A nivel neurológico, implica un leve incremento en la tasa de descarga neuronal. Los acontecimientos ambientales como el cambio, la novedad, el desafío; la experiencia de aprender, de lograr cosas; los actos de descubrimiento inician un incremento de la actividad neuronal y activan el interés.

Por ser tan común, existen continuos incrementos o decrementos en los objetos o situaciones de interés, suelen implicar el cambio del foco de un

acontecimiento, pensamiento o acción. Dicho de otro modo no es que se pierda el interés sino que está siendo siempre redirigido de un objeto u acontecimiento a otro.

El interés motiva las conductas de exploración, tanto ambientales como epistémicas. Quizá si las personas vivieran en un mundo monótono que no cambiara nunca no haría falta la emoción de interés.

Las personas y los animales, sin embargo, viven en un mundo lleno de novedad y cambio. El cambio provoca la curiosidad, produce interés, lo que a su vez invita a la persona a que explore, investigue y manipule el ambiente. El interés es lo que hace que la persona desee explorar dándole la vuelta a las cosas, mirándola de arriba hacia abajo y de dentro para afuera; aquí también subyace el deseo de ser creativos, de aprender, de desarrollar competencias y habilidades.

Todas estas emociones están presentes en la vida cotidiana de las personas, algunas las experimentan con mayor intensidad o persistentemente, para algunas son totalmente funcionales y proporcionan “sabor” a la vida; para otros, debido a que la expresión de la emoción es desbordada o disfuncional, han acarreado problemas serios en los ambientes en que se desarrolla.

2.5.1 FUNCIÓN Y EXPRESION DE LA EMOCIÓN

El análisis de la función de la emoción plantea la cuestión de ¿qué propósitos tienen las emociones? El trabajo sobre el significado funcional de las emociones parte del trabajo de Charles Darwin titulado: “La expresión de las emociones en el hombre y los animales”²³, las características expresivas físicas tenían un significado funcional para el mecanismo que se estaba adaptando.

Para poder sobrevivir, los animales tiene que explorar su entorno, vomitar sustancias dañinas, desarrollar y mantener relaciones, atender las emergencias de forma inmediata, evitar el daño, reproducirse, luchar, recibir cuidados. Cada una de estas conductas es producida por la emoción y cada una facilita la adaptación del individuo a los cambios del entorno.

De acuerdo con Robert Plutchik (1970,1980), la conducta emocional tiene ocho propósitos distintos, los cuales son: protección, destrucción, reproducción, reintegración, afiliación, rechazo, exploración y orientación.

De acuerdo con el propósito de protección, el miedo prepara el cuerpo para la conducta de retirada y huida o para destruir algún aspecto del ambiente, como por ejemplo: un enemigo, por otra parte la rabia prepara el

²³ Publicado en 1872 y trata sobre la manera en que los humanos y los animales -principalmente pájaros y mamíferos- expresan sus emociones. Representa, junto a: “El origen del hombre y de la selección en relación al sexo” (1871), la intención de Darwin de enfocar cuestiones relativas a la evolución del hombre y su psicología usando la perspectiva de su teoría de la selección natural.

cuerpo para el ataque. Para explorar el entorno, la anticipación provoca una situación de curiosidad y prepara al cuerpo para que investigue.

Se nota que para cada situación ambiental, los seres humanos han desarrollado una reacción emocional adaptativa correspondiente.

El significado funcional de la emoción sería entonces la preparación corporal de las respuestas apropiadas a exigencias concretas. La función de la emoción, es, por tanto, la de preparar al ser humano a dar una respuesta conductual apropiada a la situación.

2.5.2 FUNCIONES SOCIALES DE LA EMOCIÓN

Además de facilitar la adaptación del individuo a su entorno físico, las emociones facilitan la adaptación del individuo al entorno social. Carroll Izard (1989) ha hecho un listado de las funciones sociales de la emoción. De acuerdo con este autor la expresión de las emociones:

- 1) Facilitan la comunicación de los estados afectivos y son potentes mensajes no verbales.
- 2) Regulan la manera en que los otros responden, muestra cómo la expresión emocional de una persona puede provocar reacciones conductuales específicas en otra persona.
- 3) Facilitan las interacciones sociales ya que a menudo son motivadas socialmente y no emocionalmente. Esta idea suena extraña porque en

general se da por sentado que las personas sonrían cuando sienten alegría y fruncen el ceño cuando se sienten tristes. Sin embargo, las personas muchas veces sonrían cuando no sienten alegría, a veces las personas sonrían sólo para facilitar la interacción social; y

4) Promueven la conducta pro-social, bajo la influencia del afecto positivo, las personas tiene significativamente más probabilidades de ser pro-sociales, es decir, más sociables, cooperativas y ayudar a los demás.

Las emociones son parte fundamental de la vida animal y humana, se experimentan y se reconocen como parte de la personalidad, su estudio es desde diversas perspectivas y el análisis de cada una de ellas, atisba su complejidad.

En seguida se aborda el tema de la salud y la enfermedad, situaciones humanas en que varias emociones entran en juego.

2.6 SALUD Y ENFERMEDAD

La organización mundial de la salud (O.M.S) define la salud como: “estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”²⁴

²⁴ Organización Mundial de la Salud, Salud mental un estado de bienestar, desde: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

La constitución de la OMS define la salud, de una manera integral que va más allá de la idea arraigada de que la salud es sólo la ausencia de malestares físicos.

En cuanto al concepto de enfermedad, se puede definir como un proceso y el estatus consecuente de afección de un ser vivo, este proceso puede ser provocado por factores intrínsecos o extrínsecos.

Como es bien sabido la medicina se enfoca a todos los aspectos de la enfermedad en sus distintas áreas de especialización, la medicina ha realizado un enorme trabajo y ha proporcionado alternativas para aliviar la enfermedad de las personas.

En cuanto a la salud mental ésta se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Cada uno de estos conceptos son en sí mismos complejos y muy amplios, en esta investigación sólo se retoman aspectos esenciales para resaltar la importancia dentro del tema central de la tesis.

Consideremos que el ambiente también es determinante en la salud de los individuos y que matiza las enfermedades, las actitudes hacia ellas, la relación que se establece con los enfermos y en general con los sistemas de salud.

Nadie niega los aspectos medio ambiental y social de la enfermedad y de la salud, además de los procesos biológicos.

En cuanto a los problemas de la salud mental son mejor comprendidos si se les examina en relación con el ambiente físico y social en que la persona se halla inmersa. De hecho, no sólo la salud sino la supervivencia de la especie dependen de la adaptación. En el proceso de adaptación a un ambiente insano el hombre puede sufrir la pérdida de los atributos que son parte esencial de su condición.

La salud mental es un aspecto de la salud integral e inseparable del resto. No es únicamente la ausencia de enfermedades o trastornos, sino de desarrollo óptimo de las potencialidades para la vida. De hecho, la causa de muchos problemas de salud no sólo se encuentra en el conflicto entre el área biológica y natural, sino también entre la psicológica y la social.

Las situaciones estresantes, infiltradas en la trama de la vida diaria de los individuos, generan desesperanza o sentimientos de incapacidad que dañan la salud mental.

Un hecho establecido es que distintos tipos de personalidad reaccionan al estrés en forma diferente. Las reacciones psíquicas y corporales dependen de las situaciones y también de los recursos biológicos, psicológicos y sociales que disponen las personas para contender con las situaciones estresantes.

Un hecho importante es que las pérdidas psicológicas son un eslabón importante en la cadena de eventos que culmina con la aparición de un trastorno. La carencia de un respaldo familiar o social ante las situaciones adversas de la vida confiere a esas pérdidas un papel patogénico mayor.

En efecto, el apoyo social juega un papel central en la preservación de la salud mental. Tener alguien en quien confiar, estar íntimamente ligado con familiares o amigos, ser parte de una comunidad que responde en caso de necesidad; protege la salud mental de los individuos. Las personas de bajo nivel socioeconómico no solo están sujetas a un estrés mayor, sino que cuentan con menos recursos internos y externos para luchar con las adversidades.

A la consulta externa de los hospitales y centros de salud llegan, en número cada vez mayor, personas cuyos problemas son trastornos afectivos, disfunciones somáticas, abuso de bebidas embriagantes o drogas peligrosas. Todas relacionadas con aspectos sociales

Parte del cambio social en las últimas décadas incluye modificaciones profundas en la estructura de la familia. Como en otros países, la familia ha perdido cohesión, sus miembros se dispersan, las tasas de divorcio y la prevalencia del amor libre aumentan. La emigración del campo a la ciudad sustituye a la familia extensa rural por la familia nuclear propia de las sociedades industrializadas.

La salud mental es un tema de gran interés y el psicólogo clínico es el profesionalista que lo aborda, el que tiene la responsabilidad de brindar a las personas alternativas de acción ante la difícil situación de la pérdida de la salud.

2.6.1 LO QUE SIGNIFICA ESTAR ENFERMO.

La experiencia del médico y el paciente ante la enfermedad surge en contextos diferentes y sucede a menudo que en la práctica ambos se encuentren discutiendo cosas distintas. De tal manera que el enfermo percibe su estado como grave, y experimenta una alteración de su existencia en la que se hacen explícitos sus valores personales. El individuo interpreta

su situación de acuerdo con los principios que dan sentido a su vida, y a veces experimenta las cosas de manera muy diferente a como las percibe el médico.

Puede ocurrir que el enfermo no esté de acuerdo con su médico, pero no se atreve a rebatirle porque teme perder su protección y piensa que su opinión carece de fundamentos.

Algo que es esencial en la medicina clínica es cruzar el abismo entre la explicación científica que el médico tiene para sí mismo la enfermedad del paciente, la experiencia del paciente y construir un puente transitable en ambas direcciones.

2.6.2 ENFERMEDAD Y PADECIMIENTO

La enfermedad es vista como el mal funcionamiento de procesos biológicos y psicofisiológicos, excluyendo el conjunto de reacciones personales y culturales ante la enfermedad, es decir, el padecimiento. Con lo cual se entiende que la experiencia del enfermo es fuertemente moldeada por los factores culturales que orientan la percepción, la conceptualización, la explicación, las expectativas y la evaluación de la enfermedad

Se podría afirmar que lo que determina la conducta del enfermo no es tanto la enfermedad sino el padecimiento.

Es por ello que la desatención del padecimiento sea en buena parte responsable de que los pacientes no cumplan con las indicaciones de los médicos, se sienten insatisfechos con el cuidado profesional de su salud, y no pocos salgan de un consultorio a otro o bien recurran a sistemas populares de curación.

2.6.3 MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS PACIENTES

Algunos enfermos se resisten a comunicar a los médicos la explicación que ellos dan a la enfermedad que padecen, y por ello el médico necesita aprender a formular preguntas y a expresar opiniones en forma adecuada a las características cognitivas del paciente y al escenario cultural en que se da la acción médica.

Si el enfermo percibe que sus opiniones son vistas con interés por el médico, estará más dispuesto a comunicar sus pensamientos de manera más honesta.

La adecuada práctica profesional, considera que un elemento importante es indagar lo que el paciente piensa acerca de la naturaleza, causa y significado de su enfermedad, también cuestiona sobre las expectativas acerca de su curso y desenlace.

Esta información se obtiene en el examen médico general, formulando al paciente algunas preguntas en forma directa, por ejemplo:

¿Qué piensa acerca de las causas de su padecimiento?, esta pregunta ayuda a elucidar el significado personal, social y cultural que tiene para él la enfermedad y también que es lo que espera de la intervención del médico.

Es claro que el buen clínico nunca niega al paciente la oportunidad de manifestar sus explicaciones y su perspectiva. Su buen juicio indica al médico si es o no pertinente intentar persuadir a su paciente de lo erróneo de sus creencias, pero en todo caso, podrá comunicar su pensamiento en los términos que le sean comprensibles al enfermo y susciten el apego al tratamiento.

2.6.4 EL MÉDICO Y EL ENFERMO ANTE EL SUFRIMIENTO

Aliviar el sufrimiento es un fin de la medicina, por lo tanto, comprender su naturaleza y ayudar a los enfermos son obligaciones primarias de los médicos²⁵.

Fenomenológicamente, el dolor y el sufrimiento no son la misma cosa. Un enfermo puede sufrir intensamente sin tener dolor y el médico puede llevar a cabo acciones médicas que, aun siendo técnicamente correctas, pueden no causar dolor, pero si sufrimiento.

²⁵ De La Fuente Ramón., Psicología Médica, Biblioteca De Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis, Edit. Fondo De Cultura Económica, México, p.p. 177-217

Un enfermo de cáncer puede no tener dolor, pero sufrir porque está temeroso de su futuro. El sufrimiento puede definirse como un estado persistente de alteración severa del bienestar, asociado con la percepción de eventos actuales o posibles que afectan o amenazan a la persona. Es la sensación motivada por cualquier condición que someta al sistema nervioso al desgaste.

El sufrimiento, como cualquier otra sensación, puede ser consciente o inconsciente. Cuando se manifiesta de forma consciente lo hace bajo la condición de dolor o infelicidad y cuando es inconsciente se nota por el agotamiento o cansancio de la persona.²⁶

El sufrimiento no sólo es causado por la enfermedad y los problemas relacionados con ella, sino también por el tratamiento, y está poderosamente influido por la percepción que el enfermo tiene de su futuro.

2.6.5 LA EXPERIENCIA DE ESTAR ENFERMO

La enfermedad es una situación objetiva, pero también es una experiencia personal que el paciente entiende a través de la autoreflexión y de la autocrítica; cuando se comunica el médico es necesario que éste le escuche, le interroge y le comprenda para facilitar este proceso de aceptación de la enfermedad.

²⁶ Wikipedia, la enciclopedia libre, tomado de: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sufrimiento>

Si bien la experiencia de una persona cuando enferma es única, hay ciertos elementos que son comunes a muchos enfermos que sufren un trastorno severo²⁷, los cuales se mencionan a continuación:

- Estrechamiento del campo de interés en los demás
- Fijación de la atención en las percepciones corporales
- Temor ante el significado y las consecuencias de sus síntomas
- Anhelo de ser apoyado y protegido.

Algunas personas sensibles perciben las sensaciones somáticas más agudamente que otras, unas se alarman desmesuradamente ante los primeros indicios de enfermedad, en tanto que otras no prestan atención a síntomas que en realidad son alarmantes. Algunos pacientes describen sus síntomas en términos escuetos o muy inadecuados; otros necesitan comunicar sus síntomas con gran minuciosidad y nunca están seguros de haber sido suficientemente explícitos. Otros más expresan su angustia y su depresión en términos corporales, por ejemplo, dolor, espasmos, trastornos digestivos, etc.

Una respuesta universal ante la enfermedad es el intento, por parte del enfermo, de explicar el origen de su sufrimiento. La creencia que el enfermo

²⁷ Op. Cit. De La Fuente Ramón, p. 210

tiene acerca de la causa de su enfermedad varía entre creencias racionales e irracionales.

La capacidad de los enfermos para describir la experiencia de enfermedad y la reacción ante los exámenes, exploraciones y tratamientos a los cuales se siente vinculado, está influida por factores subjetivos. Cuando una persona sufre o piensa que sufre una condición patológica que representa una amenaza para su vida o que implica riesgo de invalidez, no puede dejar de usar la imaginación y prever las consecuencias económicas, familiares, sociales, etcétera, de su enfermedad.

Hay personas que contemplan la enfermedad como un evento desafortunado inherente a la condición humana. Otras personas la perciben como un castigo por transgresiones morales, y otras más se avergüenzan de estar enfermas o viven la enfermedad como una injuria a la dignidad. Hay personas para quienes lo importante es: “no causar molestias a los demás”, para otras, la enfermedad puede significar ventajas psicológicas, económicas o sociales.

Estar enfermo puede favorecer la solución de un conflicto o facilitar la evasión de una responsabilidad y ser razón suficiente para evitar compromisos, eludir contacto con la gente, etcétera y, sobre todo, asegurar

la atención y el apoyo de los demás. Un enfermo que sufre un trastorno raro o infrecuente puede atraer sobre sí mucha atención de los médicos.

2.6.6 EL PAPEL DEL ENFERMO

Un enfermo es alguien que no puede evitar la situación de tener una enfermedad, ni aliviarse por su voluntad, es una persona que quiere sanar tan pronto como le sea posible, para lo cual busca ayuda apropiada y coopera en la curación. A cambio de ello, y tomando en cuenta la clase y severidad de la enfermedad, la sociedad le examine por un tiempo de algunas o todas sus responsabilidades.

Algunas personas se apropian del papel de enfermo y fingen sufrir una enfermedad para ganar atenciones e indulgencias, o bien para justificar su falta de logros o evadir sus responsabilidades. Otras, cuando enferman, no pueden aceptar su papel social de enfermos; lo rechazan y experimentan la enfermedad como una degradación. En general, los enfermos que se culpan a sí mismos o a otros de su enfermedad pierden el apoyo emocional de quienes conviven con ellos.

La culpa tiene un efecto corrosivo en las relaciones del enfermo con la familia; vivir entre acusaciones hace imposible mantener un buen espíritu, mismo que es necesario ante la amenaza que representa la enfermedad.

Un enfermo debe tratar de mejorar lo antes posible, cooperar con el tratamiento, hay enfermos ejemplares que obedecen todas las reglas, esperan ser promovidos por la salud, paso a paso y por méritos. En contraste con estos pacientes, hay otros que no tienen el deseo de aliviarse, abandonan la meta de recuperarse y no tienen prisa por volver a la vida activa, se puede decir que aceptan un papel de enfermos crónicos o incurables, no obstante que podían no serlo. Lo importante es que con el transcurso del tiempo les resulta cada vez más difícil abandonar ese papel que ellos mismos se ha asignado.

2.6.7 LOS ENFERMOS DE DIFÍCIL MANEJO

Ante ciertos enfermos los médicos reaccionan con irritación o con desaliento y prefieren eludirlos. Son pacientes difíciles, no precisamente por el esfuerzo técnico que requiere hacer el diagnóstico o instituir el tratamiento indicado, sino porque al médico le resulta difícil establecer con ellos una buena relación. A menos que el médico comprenda la forma como estas personas interpreta y viven su enfermedad e identifique sus tendencias y móviles neuróticos, es improbable que sea tolerante con ellas. A veces, son los propios médicos quienes contribuyen a convertir a algunos pacientes enfermos de manejo difícil.

Dentro de este grupo están los enfermos que intentan imponer tercamente su opinión, así como los que sufren trastornos psicopatológicos no identificados y que, por tanto, han sido adecuadamente abordados, por otro lado en este grupo también se encuentran los que desean continuar enfermos debido a que su enfermedad les compensa de severas privaciones de afecto.

Otro tipo de pacientes de difícil manejo son los que sufren depresión no identificada. Algunos enfermos deprimidos o ansiosos mezclan en forma sutil, hechos reales, apreciaciones falsas e induciendo al médico a admitir como objetiva y real su visión pesimista. Un médico que comprende la depresión en su dimensión humana ve sin dificultad los síntomas que son equivalentes depresivos e identifica la depresión subyacente a crisis existenciales, vocacionales, conyugales, etc. El camino se abre cuando desde un principio el médico identifica como depresivos los cambios persistentes en el humor vital de una persona.

Hay otra clase de enfermo difícil, el que asegura tener una confianza ilimitada en el médico, pero a quien cualquier medicamento que se le prescribe le causa efectos desfavorables e inesperados. Son personas exageradamente sensibles a los efectos de cualquier medicamento.

2.6.8 LA FAMILIA DEL ENFERMO

En algún grado, la relación del médico con el enfermo es también una relación con los familiares. En principio, el médico asume alguna responsabilidad hacia la familia inmediata del paciente.

La familia influye de modo favorable o desfavorable en las actitudes del paciente hacia su enfermedad y en su adhesión al tratamiento. A esto habría que agregar que en la vida familiar suelen encontrarse algunos de los elementos que permiten comprender la naturaleza de los problemas de la persona que hace la consulta. El papel de la familia se hace también aparente en el impacto que tiene en ella la enfermedad de uno de sus miembros.

Con frecuencia es conveniente discutir con un pariente responsable la enfermedad de un paciente, especialmente si ésta es severa o si el tratamiento implica riesgos importantes. En general la explicación franca favorece la adopción por parte de los familiares de actitudes realistas y moviliza positivamente los recursos emocionales y psicológicos de la familia.

Sin embargo, también es frecuente encontrar situaciones en las que en ningún momento se habló claramente a los familiares. La falta de información puede generar en ellos angustia y sentimientos de culpa. Aun en

los casos desesperados, el tratamiento puede ser visto por los familiares como un esfuerzo racional a favor del enfermo.

Consideremos ahora como la enfermedad de una madre puede privar de apoyo al marido y a los hijos, la enfermedad de un padre puede socavar la posición social y económica de la familia y absorber totalmente la atención de la esposa. La enfermedad aguda o crónica de un hijo puede generar tensiones familiares poderosas.

Como consecuencia de la enfermedad de uno de sus miembros ocurren cambios en la familia, tales como pasar de una menor responsabilidad a una mayor responsabilidad en la economía y administración del hogar, cambios de funciones sociales, la supresión de actividades recreativas, la necesidad de que la madre busque un empleo, cambios en los planes para la educación de los hijos, cambios en el nivel de vida, etc.

De esta manera, es notorio como la dinámica de la familia se perturba cuando un miembro de la familia se enferma, más aún si los demás piensan que el miembro enfermo está usando su enfermedad para evadir obligaciones.

Es claro que la intervención del médico en la familia, cuando está indicada, debe dirigirse a inducir en sus miembros una respuesta comprensiva y generosa.

2.7 LA URGENCIA MÉDICA

Una urgencia médica es toda situación que requiera una actuación médica inmediata.

Los sucesos que precisan de una atención de urgencia hospitalaria inmediata son los siguientes:

- La parada cardiorrespiratoria
- El taponamiento cardiaco
- La rotura de un gran vaso sanguíneo
- La hemorragia intraabdominal
- La dificultad severa para respirar
- El traumatismo importante (habrá hemorragia visible o pérdida de conciencia)

Fuera de estos casos, el resto pueden esperar unos segundos o minutos, sin que por ello empeore significativamente el pronóstico, mientras se establece el diagnóstico.

Situaciones que al no ser diagnosticadas precozmente ponen en peligro vital a la persona son:

- Apendicitis
- Intoxicaciones
- Desorientación en tiempo espacio o no reconocimiento a familiares, etc.

Otras circunstancias son las que pueden ser atendidas por otros recursos, por ejemplo:

1.- Situaciones sin peligro en plazo breve pero en las que es importante el diagnóstico precoz por la epidemiología. Por ello es urgente diagnosticar una tuberculosis en una hemoptisis.

2.- Situaciones banales en las que el médico debe actuar para tranquilizar al enfermo y familiares, evaluando si los síntomas carecen o no de importancia (fiebre, dolor de garganta, dolor de espalda, erupción cutánea, vómitos, golpes no intensos sin herida, molestias de oído, tos, diarrea, irritabilidad, dolor abdominal no intenso, conjuntivitis, estreñimiento)

3.- Urgencia social. A veces esta es la justificación única de la asistencia por no haber otros medios (no sanitarios) de solución a un problema.²⁸

²⁸ Salud.com, Primeros Auxilios, Urgencias Medicas, desde: <http://www.salud.com/primeros-auxilios/urgencias-medicas.asp>

2.8 LA RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

En la práctica de una medicina centrada en el enfermo, el médico aborda los problemas poniendo énfasis en los aspectos humanos de sus pacientes, es decir, en su experiencia interna y en su relación con los demás. La relación médico-paciente emerge entonces como un tema central. La naturaleza de esta relación, sus componentes, sus modalidades e implicaciones destacan como algo que, siendo esencial en el arte médico, tiene relevancia científica.

Es pertinente preguntarse por qué se tiene actualmente tanto interés en el componente interpersonal, sin duda el más antiguo de los actos médicos. Es de pensarse que la importancia de la relación médico-paciente se ha hecho más aparente porque hoy en día experimentan cambios profundos que la afectan en su ausencia, y en este hecho radican muchas de las insatisfacciones tanto de los enfermos como de los médicos.

El desarrollo de una tecnología cada vez más especializada y la necesidad de proporcionar asistencia médica a una población creciente hicieron indispensable nuevas formas de organización y sistemas de operación. Una consecuencia ha sido que los médicos se encuentren bajo cargas excesivas de trabajo rutinario.

Otra consecuencia es que la relación entre médico -enfermo se ha vuelto menos íntima y satisfactoria, en términos de las expectativas y necesidades emocionales de uno y otro.

Los enfermos dudan del interés que por ellos sienten los médicos. A muchos médicos les falta entusiasmo y se limitan a cumplir, y muchos enfermos no siguen con fidelidad las indicaciones que les dan los médicos o bien abandonan los tratamientos.

Se ha escrito y se ha dicho que el núcleo del problema es que la medicina está perdiendo su sentido humano, que a los médicos les falta vocación y compasión. Existen suficientes razones para pensar que así es y que estas pérdidas representan el lado negativo de tan notables avances científicos y sociales que ocurren en el campo de la salud.

Un hecho de mayor importancia es que la tecnificación y la burocratización de la medicina han interpuesto entre el médico y el enfermo demasiados aparatos y muchos trámites, se ha introducido entre estos dos un elemento nuevo: la institución.

La divulgación de información sobre las enfermedades contribuye al cambio. La salud es hoy un tema popular y la gente sabe más acerca de las enfermedades, de sus tratamientos y de las limitaciones de la medicina. En

otras palabras, el misterio se ha develado, las debilidades han quedado al descubierto y los médicos han perdido su prestigio y autoridad.

Venturosamente, la salud se ha convertido en un derecho universal y esta influye en los sentimientos de los enfermos. Quien antes aceptaba su sufrimiento como irremediable y se plegaba a la voluntad divina, hoy exige justicia al médico y el cumplimiento de sus obligaciones para con él.

Las personas que tienen fe en la ciencia, que conocen sus derechos y que le exigen a los médicos que se les atienda con prontitud y eficacia, son las mismas que están dispuestas a reclamarles sus errores, atribuirles actitud negligente y falta de interés en la atención hacia su padecimiento.

Un problema no resuelto es el de encontrar formas de obtener la expansión de los servicios sin sacrificar innecesariamente la calidad de la atención individual. Una respuesta en esa dirección puede ser el retorno del médico a la medicina general y retornar, con mejores recursos, a la interioridad de la familia.

Este regreso a la medicina general y a la familia requiere otras modalidades del ejercicio profesional, pero más que nada un marco de orientación humanístico, es decir, una medicina cuyo centro está en las necesidades y expectativas personales de los enfermos.

Parece necesario que el médico reflexione acerca del verdadero significado e importancia de su relación con los enfermos. Que tome realmente a la persona enferma como centro de sus acciones, esto sólo es posible si tiene interés genuino por los problemas humanos, si tiene la sensibilidad y la imaginación para percibir en las situaciones clínicas las fuerzas interpersonales que son operantes y poderosas.

No hay que perder de vista que el buen clínico no se limita al análisis circunscrito de los síntomas y de la enfermedad, sino que intenta comprender el padecimiento, es decir, la parte subjetiva de estar enfermo. La parte medular es precisamente que el médico pueda formarse juicios objetivos acerca de la subjetividad de sus pacientes.

2.8.1 MODELOS DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

La relación médico-paciente es una transacción, es también un sistema de interacción, tanto intelectual como emocional. En general, cuando una persona enferma se experimenta a sí mismo disminuida en su poder e indefensa ante las fuerzas misteriosas de la enfermedad busca el auxilio del médico, a quien atribuye los conocimientos, el poder y la voluntad de ayudarlo a restaurar su salud.

A cambio de recibir ayuda, en algún grado el paciente se somete a la autoridad del médico y retribuye sus servicios. Las circunstancias, la personalidad, las actitudes y la educación de ambos determinan el contenido, el curso y el destino de esta relación, que puede denominarse “una alianza terapéutica” en la que ambos unen sus fuerzas para lograr un mismo fin: la salud del enfermo.

En los diversos escenarios: hospitales, centros de salud, consultorios, domicilio, etc., lugares donde tienen lugar las acciones clínicas es posible identificar dos modelos de relación: un modelo técnico y un modelo humanístico.

En el modelo técnico, el médico aborda al enfermo como un objeto al que hay que examinar y manipular; su relación con él es impersonal, porque al médico no le atañe investigar la experiencia íntima del paciente. Su interés se circunscribe al problema técnico-científico.

En el modelo humanístico, el enfermo es visto como una persona. El médico está interesado en la subjetividad del enfermo, y su relación con él tiene un componente afectivo importante. Ambos modelos representan formas polares de la relación terapéutica.²⁹

²⁹ De la Fuente Ramón, Psicología Médica, Edit. FCE, p. 180

Desde otro punto de vista, pueden distinguirse tres tipos de interacción adecuados a la naturaleza de la situación clínica.³⁰ El primero se caracteriza por la pasividad del paciente; el médico hace algo por el paciente sin que este participe en la acción. Nada más apropiado que el médico asuma el control total cuando se trata de un paciente grave que sangra profusamente o está en coma.

Otro tipo de interacción puede identificarse cuando una persona padece un estado patológico de causa desconocida que le hace sufrir. El paciente está consciente de que sufre, de que siente temor, y su actitud es de cooperación con el médico, en el cual reconoce sabiduría y capacidad para ayudarlo a entender y afrontar la enfermedad. En este tipo de interacción, a diferencia de la anterior, ambos participantes son activos. El médico es el guía y el enfermo acepta sus indicaciones. La autoridad del médico está racionalmente justificada.

Existe otro tipo de relación en la cual tanto el médico como el paciente se distribuyen la responsabilidad. Este tipo de relación es la más conveniente cuando se trata de enfermos crónicos. El médico actúa como un guía experimentado pero toma muy en cuenta los deseos y las opiniones del enfermo.

³⁰ Ibid. p. 181

¿Cuál modelo de relación es el mejor?, depende de varios factores, que van desde la personalidad del médico, pasando por la carga de trabajo, la formación recibida, las actitudes del enfermo y las características propias de la enfermedad. En todo caso el médico es consciente de que como profesional juega un papel importantísimo en la salud de una persona, y no de un “sujeto x” al cual solo hay que brindarle medicamentos, reconoce lo importante de ser algo más que solo sanador físico, reconoce que el trabajo interdisciplinario es importante para alcanzar la salud.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 POBLACIÓN Y MUESTRA

Las personas a las cuales se les aplicó el tratamiento experimental fueron pacientes y familiares que ingresaron en el Hospital Regional de Coatzacoalcos, Dr. Valentín Gómez Farías, cuyas edades oscilaban entre los 15 y 50 años, y que acudieron a este hospital durante la semana en el turno matutino, horario en que se encontraba en servicio la tesista.

Se menciona que esta investigación incluye a los familiares que acompañaban en ese momento al enfermo, ya sea la: esposa o esposo, el papá, la mamá, el hermano o hermana, el primo o prima y, en general, a la persona responsable en el momento de la urgencia médica.

Se establece que la mayoría de estas personas pertenecen al sector o clase media, media baja, siendo trabajadores o asalariados que no cuentan con cobertura de la seguridad social estatal (IMSS, ISSSTE, PEMEX); adultos con el grado de madurez correspondiente y que ya lograron plenamente su desarrollo físico e intelectual.

En el caso del personal del hospital mencionado, se establece que estos son profesionistas con estudios en el área de la salud, esto es,

médicos generales, médicos especialistas, enfermeros, trabajadores sociales y psicólogo.

En esta investigación se utilizó el muestreo no probabilístico³¹ casual, a juicio del investigador, puesto que únicamente se tomó en cuenta a las personas que ingresaron a urgencias en el horario en que la tesista estuvo realizando la intervención, destacándose que en algunos casos no se dio la posibilidad de realizar un seguimiento de los sujetos, por el espacio y por el área en cuestión. Este tipo de muestreo se refiere a que las unidades muestrales no se seleccionan al azar, sino que son elegidas directamente por el responsable de realizar el muestreo.

En el lapso de quince días ingresaron 56 pacientes en el área de urgencias pero se tomaron 48 pacientes para entrevista, ya que los restantes no estaban en condiciones óptimas para ser entrevistados, asimismo fueron 48 familiares entrevistados.

³¹ Ruiz Martínez, Marcel, Unidad 1. Muestreo. Desde:
<http://marcelrzm.comxa.com/EstadisticaInf/13MuestreoNoProb.pdf>

3.1.1 ANTECEDENTES HOSPITAL REGIONAL DE COATZACOALCOS “DR.VALENTIN GOMEZ FARIAS”.

El Hospital Regional de Coatzacoalcos Veracruz “Dr. Valentín Gómez Farías” fue inaugurado el 24 de Octubre de 2004. Es un hospital de alta especialidad con tecnología de punta. En el pasado recibió los nombres de “Hospital Civil” y posteriormente “Hospital Comunitario”, durante ese tiempo la atención que otorgó fue sobre todo a usuarios de escasos recursos económicos.

El servicio de Urgencias cuenta en la actualidad con médicos especialistas (Urgenciólogos) los cuales atienden un promedio anual de 16 953 pacientes rebasando la meta establecida de 15 044, en 112.69 %. Distribuida la atención de la siguiente manera:

URGENCIA NO CALIFICADA	8 576 pacientes	50.50 %
URGENCIA CALIFICADA	3 640 pacientes	21.47 %
PARTOS	4 737 pacientes	27.94 %

El servicio de Urgencias está ubicado al sur-oeste del hospital, en las avenidas Benito Juárez esquina Galeana. Cuenta con un área física de 200 metros cuadrados. Recibe pacientes de toda la Región Sur, desde Los Tuxtla pasando por San Andrés Tuxtla hasta Las Choapas así como de los estados de Tabasco, Oaxaca y Chiapas.

El cambio ocurrido desde octubre de 2004 (contar con un edificio nuevo y funcional y con equipo de alta tecnología), obligó a la reorganización, a mejorar la calidad de atención, así como a mejorar el trato proporcionado al usuario. En la actualidad la competitividad con instituciones del sector privado es más fuerte, lo que motiva a mejorar el nivel de atención en las urgencias médicas.

MISIÓN

El servicio de Urgencias del Hospital Regional de Coatzacoalcos Veracruz “Dr. Valentín Gómez Farías”, es el encargado de dar atención médica con oportunidad, eficacia y sentido humano a todo aquel paciente adulto o pediátrico cuyo padecimiento pone en peligro la vida, y lo hace para disminuir la mortalidad, prevenir secuelas y preservar la vida con un equipo de profesionistas de la salud altamente calificados y desarrollando programas de mejora continua así como apoyo de equipo electro médico de alta tecnología.

VISIÓN

Ser el servicio que brinde atención medica al usuario que la solicite, con calidad, eficacia, estableciendo programas de capacitación continua así como modelos de atención, diseñando protocolos de manejo para un servicio competitivo, que trabaja en equipo, con responsabilidad, puntualidad, disciplina y humanismo, así como confiabilidad, dando una atención medica

con amabilidad y cortesía, con la utilización de tecnología actualizada y el apoyo electro médico a satisfacción del cliente solicitante.

VALORES

Del servicio, alineados a los valores del Hospital Regional de Coatzacoalcos Veracruz “Dr. Valentín Gómez Farías:

- Humanismo
- Respeto
- Responsabilidad
- Honestidad
- Amabilidad
- Trabajo en equipo
- Convicción propia

UNIVERSO DE TRABAJO

Es importante señalar que debido a la localización de la unidad, se atiende la demanda de servicios de la población abierta de esta región y proporciona apoyo como unidad de segundo nivel a:

- Una Unidad Auxiliar de Salud
- 11 Centros de Salud Urbanos
- Centros de Salud Rurales
- 13 Equipos de Salud Itinerantes

- Hospitales como: Uxpanapan, Ixhuatlán, Minatitlán, Tonalapa, Oluta, Suchilapan, IMSS Solidaridad de Jaltipan, IMSS Solidaridad de Matías Romero, Oaxaca.

LÍMITES

Aspectos Demográficos: Actualmente el municipio de Coatzacoalcos cuenta con una población de 282,589 habitantes según el CENSO general de población y vivienda (2009), ocupando el tercer lugar en el ámbito estatal.

La concentración poblacional esta acentuada mayormente en el área urbana con 92%, y en la rural con un 8%. La densidad de población en el municipio resulta ser de 1,092 habitantes por km².

Área de influencia: En el área de influencia de esta unidad abarca los municipios correspondientes a la Jurisdicción Sanitaria No XI y que son los siguientes:

▪ Agua Dulce	▪ Ixhuatlán del Sureste	▪ Oteapan
▪ Coatzacoalcos	• Jaltipan	▪ Pajapan
▪ Cosoleacaque	▪ Meca yapan	▪ Soteapan
▪ Chinameca	▪ Minatitlán	▪ Tatahuicapan
▪ Las Choapas	▪ Moloacan	▪ Uxpanapan
▪ Hidalgotitlán	▪ Nanchital	▪ Zaragoza

El Hospital Regional de Coatzacoalcos tiene una población que atender que asciende a 282,589 habitantes en el ámbito municipal y a nivel jurisdiccional una población que atender de 928,592 de los cuales 314,076 (33.83%) cuentan con Seguridad Social y 614,415 (66.17%) es población abierta, por lo que da atención medica al 7.72% a nivel Jurisdiccional (población abierta).

RECURSOS HUMANOS

TURNO	CORDINADOR MEDICO	MEDICO URGENCIOLOGO	MEDICO GENERAL
<i>MATUTINO 7:00 a 14:00</i>	1	1	2
<i>VESPERTINO 14:00 A 21:30</i>		1	1
<i>NOCTURNO LUN, MIE, VIE 20:00 A 8:00 MAR, JUE, SAB</i>		1 1	1 1
<i>JORNADA ACUMULADA SAB, DOM 20:00 A 8:00 DOM</i>			2 2

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DEL PERSONAL DEL AREA DE URGENCIAS³²

HORA	ACTIVIDAD
7:00 a.m a 8:00 a.m	Entrega de guardia con médicos de turno nocturno.
8:00 a.m a 9:00 a.m	Revisión del expediente clínico
9:00 a. a 10:00 a.m	Pase de visita médica
10:00 a.m a 12:Hrs.	Actividades relacionadas con la coordinación de urgencias
12:00 Hrs. a 13:00Hrs	Evaluación del expediente clínico
13:00Hrs. a 14:00Hrs.	Actividades en el mantenimiento preventivo del equipo electromédico.
14:00Hrs. a 14:30 Hrs.	Entrega de guardia turno vespertino.

En esta investigación, se considero a la población en base a los siguientes datos:

TURNO	MED. URG.	MED. INTER.	ENFER.	T.S.	PSIC.	FAM.
MATUTINO	6	4	5	1	5	1 por pac.
VESPERTINO	6	4	5	1		

Nota: El número total de camas para adultos es 7, cuando el ingreso de pacientes es excesivo se usa el pasillo del área con un máximo de cuatro camillas, esta la sala de curaciones con una cama y 2 sillas; y dos cuarto de choque con una cama cada cuarto.

³² Las actividades que se relacionan en el horario de 10:00 a.m a 12:00 Hrs. incluyen: revisiones bibliográficas, casos clínicos y clases con los médicos adscritos así como internos del servicio de urgencias

En promedio laboran en el área de urgencias de 16 a 20 personas por turno, de los cuales se buscará para la aplicación del instrumento aproximadamente al 25%, quienes serán elegidos de manera discrecional, a juicio del investigador y de acuerdo a las facilidades o circunstancias específicas de las personas.

En referencia a los pacientes y familiares, para la selección de estos se tomará como referencia el número total de camas disponibles, dado que no se podría establecer un número exacto de urgencias que se puedan presentar por día en el hospital. Ante lo cual se decidió elaborar un censo durante 15 días, esto es: todos los ingresados al área de urgencias durante el periodo experimental fueron sujetos de análisis. Con respecto al familiar se considero uno por cada paciente ingresado.

3.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se utilizaron en esta investigación tres instrumentos de recolección de datos: la observación, una entrevista y un cuestionario.

La observación.

Se realizaron las anotaciones de las observaciones del psicólogo, posterior a la intervención. Cabe destacar que las observaciones se realizaron cada hora con un total de dos observaciones por paciente en el

día. Hubo casos en los que el paciente fue dado de alta en el menor tiempo estimado y solo tuvo una observación. Se contemplaron los siguientes puntos la fluidez verbal, expresión facial, duelo, actitud hacia la enfermedad, reacción hacia el diagnóstico, hacia el tratamiento, interés en el tratamiento y los estudios médicos que realizaron. En los anexos se encuentra la guía de observación.

La entrevista.

Se diseñó una guía de entrevista para detectar la opinión con respecto a la intervención de psicólogo al personal que labora en el área de urgencias. Sin embargo, dadas las dificultades de tiempo y disposición por parte del personal esto no pudo realizarse. Lo anterior se menciona con la finalidad de destacar que se buscó el punto de vista del equipo multidisciplinario, aspecto importante y que sin duda hubiera enriquecido esta investigación.

El cuestionario

Se elaboraron 20 preguntas para cada instrumento, uno para paciente y otro para el familiar, de estas preguntas se realizó un análisis para seleccionar las más adecuadas para abordar al paciente y a su familiar y con ello lograr vincular la hipótesis. Quedando un total de 12 preguntas para el paciente y 10 preguntas para el familiar, las cuales se relacionan directamente con la hipótesis de trabajo.

3.3 TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Para efectos de la recolección de datos, y tomando en cuenta que este trabajo se efectuó en el lugar y tiempo en que ocurrió el fenómeno objeto de estudio, la investigación fue de tipo transversal, en la que se recolectan datos en un solo periodo de estudio y cuyo propósito es describir variables y analizar la incidencia e interrelación entre ellas en el momento dado.

El diseño de investigación fue cuasi-experimental, sin pre-prueba, con tratamiento y pos-prueba, no hubo grupo de control, ya que los pacientes no tienen estancias prolongadas en el área. Se realiza la intervención o tratamiento, y después se evalúa, utilizando una Guía de Observación.

CAPÍTULO IV. ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

4.1 ANÁLISIS CUALITATIVO

Como se menciona en capítulos anteriores, la tesista realizó un trabajo de observación, después de la intervención terapéutica a cada paciente que ingresó al área de urgencias, cuya información se registró en una “cédula de observación”.

Por lo regular se efectuaron dos visitas durante la estancia de los pacientes, la que oscilaba entre 1 ó 2 días como máximo, destacándose que la segunda visita se hacía alrededor de las dos horas después del ingreso o al segundo día. En los casos en los que la estancia del paciente se prolongaba un poco más se realizaron tres visitas.

En la primera visita se empatizaba con el paciente, para obtener datos personales así como el motivo de ingreso al área de urgencias, a partir de lo cual se daba la intervención en crisis. El paciente mostró angustia, preocupación, miedo y, en algunas ocasiones, enojo. Emociones cuyo origen se encuentra en: 1) la atención percibida como inadecuada por parte de los enfermeros; 2) por la situación que les llevó a ser hospitalizados; 3) la negación del padecimiento o del tratamiento; y 4) sorpresa al enterarse de la enfermedad que padecen. Se destaca que tras la intervención el paciente logró una estabilidad emocional.

En la segunda visita el paciente denotaba un estado emocional de mayor tranquilidad, lo que se reflejaba en un rostro más sereno, con una actitud de mayor confianza. Igualmente, los pacientes dados de alta el mismo día, para la segunda visita se notaban más tranquilos emocionalmente.

En algunos casos el paciente, durante la intervención en crisis, mostro una fuerte resistencia al cambio, a estar hospitalizado y a recibir tratamiento, o simplemente se sentía incómodo de estar en el área de urgencias de un hospital. Para la segunda visita se noto un cambio significativo, ya que el paciente se observo más desenvuelto, con menos preocupación, con mayor disposición de hablar de su padecimiento y con deseos de recuperarse lo más pronto posible.

Algunos pacientes fueron dados de alta durante el transcurso del día en el que se hizo la intervención psicológica. Otros pacientes por su estado de salud fueron ingresados al servicio de medicina interna, cirugía o ginecología, debido al diagnóstico del médico tratante. Los pacientes canalizados a dichos servicios continuaron recibiendo las visitas posteriores a la intervención psicológica, para su observación.

Considerando que en el servicio de urgencias la atención es rápida, tanto de médicos, enfermeros y especialistas, cabe recalcar que también la intervención psicológica fue rápida; pero no por ello se deja al paciente sin

herramientas en su egreso, proporcionándole las técnicas que utilizara en casa o bien si el paciente lo solicita se le canaliza al servicio de psicología en la consulta externa o bien a la clínica de salud mental para continuar el proceso terapéutico.

En cuanto a la participación del médico y las enfermeras en esta investigación, se les pidió que hicieran observaciones en base a la “cédula de observación” (la misma cédula utilizada por el psicólogo), sobre los cambios en el estado de ánimo del paciente posteriores a la intervención que realizó el psicólogo. Cabe mencionar que no se obtuvo una cooperación satisfactoria por parte de los demás profesionales involucrados en la atención de la urgencia médica, argumentando que no tenían tiempo, que no pueden detener el proceso de preservar la salud en dicha área y que cualquier atraso podría repercutir en la vida del paciente, por lo que la investigación no pudo incluir la valiosa opinión del personal del área de urgencias con respecto a los efectos observables posteriores a la intervención psicológica.

4.2 ANÁLISIS CUANTITATIVO

En esta sección se presenta cada una de las preguntas con los resultados obtenidos de la encuesta realizada al paciente y al familiar en el área de urgencia médica.

PREGUNTA No. 1 ¿Considera que el apoyo emocional que le brindo la psicóloga fue de utilidad?



96% ■ Sí
0% ■ No
4% ■ Probablemente

Como se puede notar, la mayoría de las personas expreso que si fue de utilidad el apoyo del psicólogo. Del total, un 96% de los pacientes respondieron que si es útil el apoyo del psicólogo en el momento de su ingreso al servicio de urgencias.

PREGUNTA No. 2 ¿Piensa usted que con el apoyo del psicólogo puede avanzar en la pronta recuperación de su salud mental?



98% ■ Sí
0% ■ No
2% ■ Probablemente

En esta pregunta 47 pacientes respondieron que sí se logran avances en la recuperación de la salud mental con la intervención del psicólogo, lo que en porcentaje representa un 98 %.

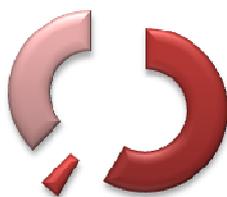
PREGUNTA No. 3 ¿Piensa usted que el apoyo del psicólogo le ayudo en su pronta recuperación de su salud mental?



94% ■ Si
0% ■ No
6% ■ Probablemente

Como se observa en la grafica: el 94% de las personas entrevistadas piensa que el psicólogo le ayudo en la pronta recuperación de la salud mental y este dato igual se observa en la cédula de observación, solo el 6% que corresponde a 3 personas piensan que hubo avances en su salud mental pero no muy notorio, los cuales manifestaron querer seguir con la terapia y fueron canalizados a la consulta externa.

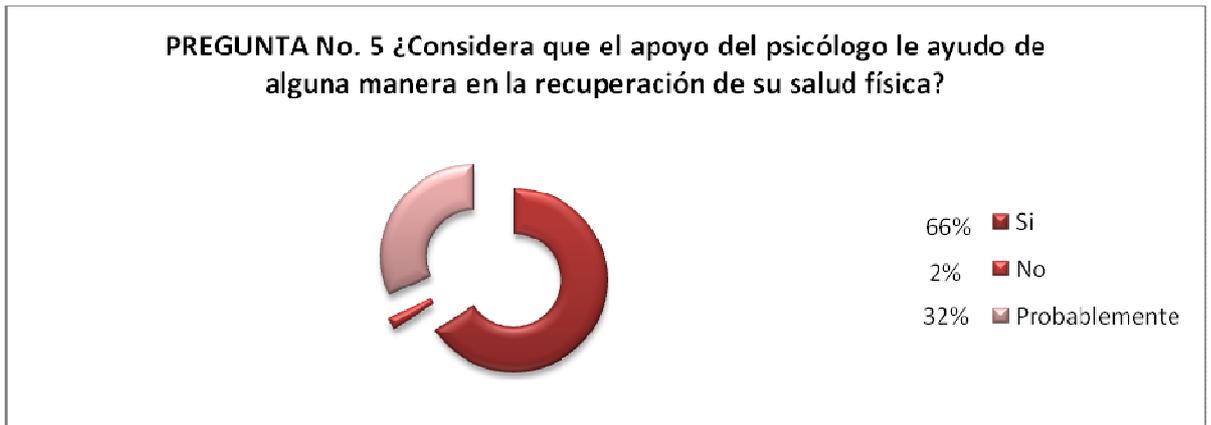
PREGUNTA No. 4 ¿Considera usted que con el apoyo del psicólogo puede avanzar en la pronta recuperación de su salud física?



58% ■ Si
4% ■ No
38% ■ Probablemente

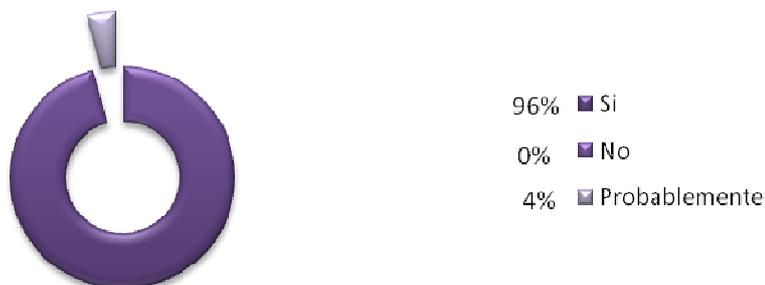
En la pregunta número cuatro 28 pacientes consideraron que el apoyo del psicólogo le ayuda a recuperar su salud física, 2 pacientes no

consideraron que el apoyo del psicólogo los ayude a recuperar la salud física, y 18 pacientes expresaron la probabilidad de un avance en su salud física.



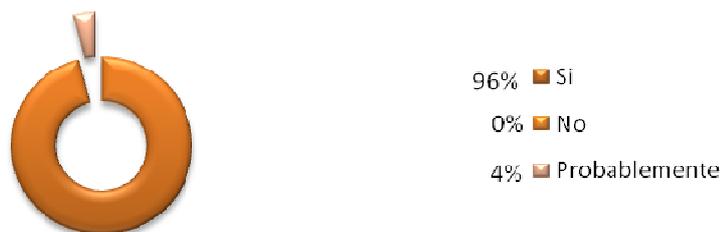
El 66% de los pacientes encuestados menciona que sí le ayudo la intervención psicológica en la recuperación de su salud física, con 31 menciones; el 2% con una mención respondió que no hubo avance y el 32% con 15 menciones, probablemente con la intervención psicológica si hubo avance en la recuperación física.

PREGUNTA No. 6 ¿Se benefició usted con el apoyo emocional ofrecido por el psicólogo de esta área?



46 pacientes de un total de 48 entrevistados respondieron que si hay un benefició al ser atendido por el psicólogo, recibiendo el apoyo emocional que necesitaron al momento de su ingreso; 2 pacientes respondieron que probablemente les beneficio el servicio del psicólogo.

PREGUNTA No. 7 Si en algún otro momento usted ingresa a urgencias, ¿aceptaría la intervención que brinda el psicólogo?



En esta pregunta, 46 pacientes dieron una respuesta en sentido afirmativo, además de comentar que mejora la imagen y el servicio del hospital al contar con el Psicólogo.

PREGUNTA No. 8 Mencione tres emociones que usted experimentó al ingresar al área de urgencias médicas:

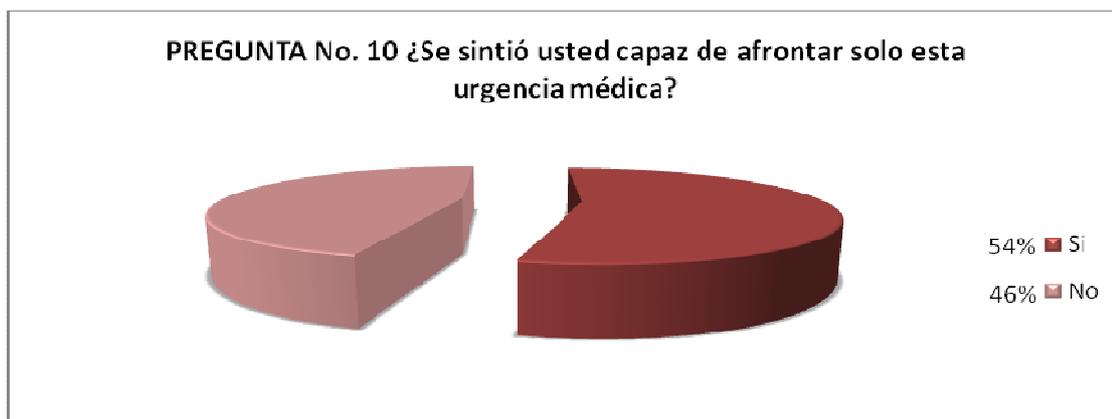
23 personas de 56 mencionaron en primer lugar que la emoción que experimentaron fue miedo. 22 personas de 56 mencionaron en segundo lugar que la emoción que experimentaron fue preocupación. 12 personas de las 56 entrevistadas mencionaron sentirse tranquilos ante la urgencia médica.

Otras emociones fueron: el enojo en mencionado en 7 ocasiones; la angustia con 7 menciones; 6 personas hablaron de la ansiedad; el dolor tuvo 6 menciones; la tristeza fue expresada por 5 personas; y la sorpresa con 1 mención.



Esta pregunta se realizó con el fin de saber si el paciente puede sobrellevar su padecimiento de manera personal o si requiere de un familiar u otra persona que lo apoye, ante lo cual 27 de ellos mencionaron que solos

pueden afrontar la urgencia; 20 pacientes responden que no se sienten capaces de afrontar solos la urgencia médica y un paciente se mostro indeciso.



Esta pregunta se vincula con la anterior, y se realizo después de la intervención médica, destacándose el aumento de pacientes que afirmaron poder afrontar su padecimiento solos, 26 en este caso; y el decremento en los pacientes que no se sintieron capaces de afrontar la urgencia médica, con 22.

PREGUNTA No. 11 ¿Qué piensa usted en este momento que tiene la urgencia médica?

Al analizar las respuestas de los entrevistados se determinaron las siguientes categorías: En relación con la *calidad en el servicio*, 16 personas expresaron que pensaban en la atención que recibían, en términos de rapidez o si el trato fue amable. En la categoría: *preocupación* 15 personas la mencionaron y hace referencia a estar preocupados por no saber los

resultados de los estudios; piensan y se preocupan por el familiar que está en la sala de espera, también se preocupan por el aspecto económico.

En la categoría: *tranquilidad*, ésta fue mencionada por 9 personas, las cuales manifestaron no estar preocupados o angustiados, ya que “confían en la atención brindada por el personal del hospital” y que la enfermedad se está controlando.

La categoría: *recuperarse* la mencionaron 7 personas, los sujetos se concentraban en cumplir las indicaciones del médico durante la estancia en el área de urgencias para salir lo más pronto posible del hospital y también pensaban en no querer regresar al hospital.

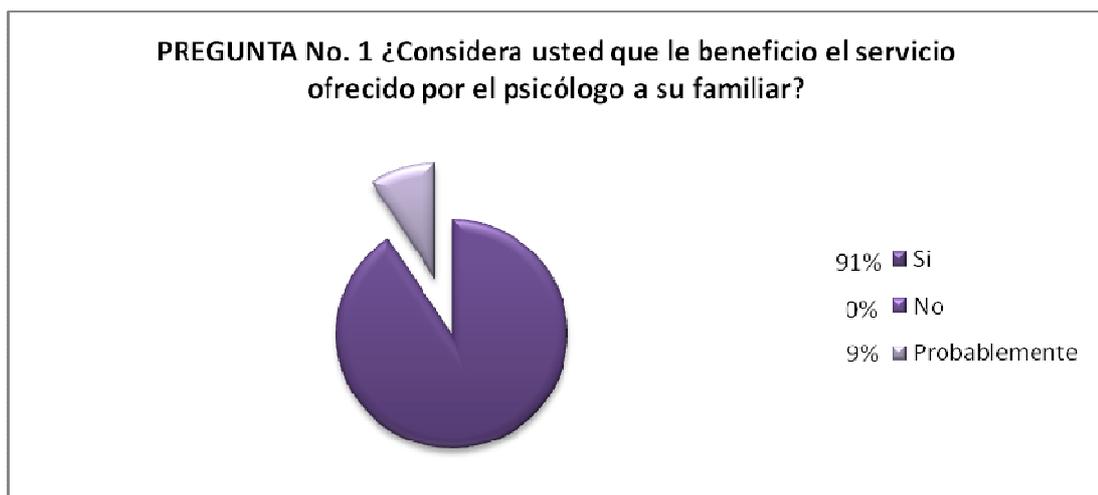
La categoría *sentimiento de culpa* la mencionó una sola persona, quien señaló que “de haberse atendido a tiempo, no estaría pasando por esto”.

PREGUNTA No.12 ¿Qué profesionales de la salud incluyendo médico, enfermeras, psicólogo, especialista, consideras importantes para sobrellevar este momento de urgencia médica?

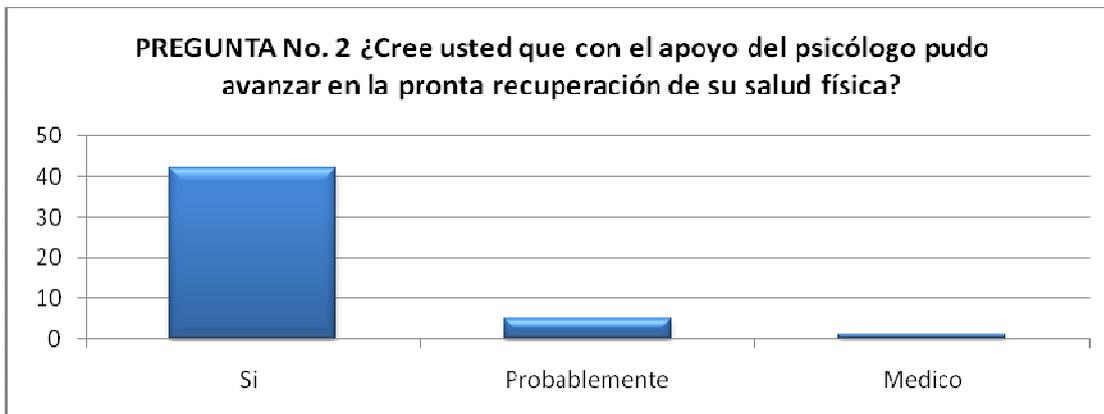
El profesional que encabeza la lista es el médico con 30 menciones, por obvias razones; en segundo lugar, con 22 menciones, aparece el psicólogo, en este caso es de suponerse que el lugar que ocupa el psicólogo se debe a que es quien brinda apoyo, confort, escucha, orienta y les ayuda a decidir qué es lo que conviene y a afrontar la crisis; en tercer lugar se

mencionó a la enfermera, ya que se encarga de suministrar los medicamento y observar la reacción que tienen los pacientes ante estos; en cuarto lugar se menciona que todos son importantes en la atención y recuperación; en quinto lugar se mencionó al especialista, porque es el médico que lleva el caso.

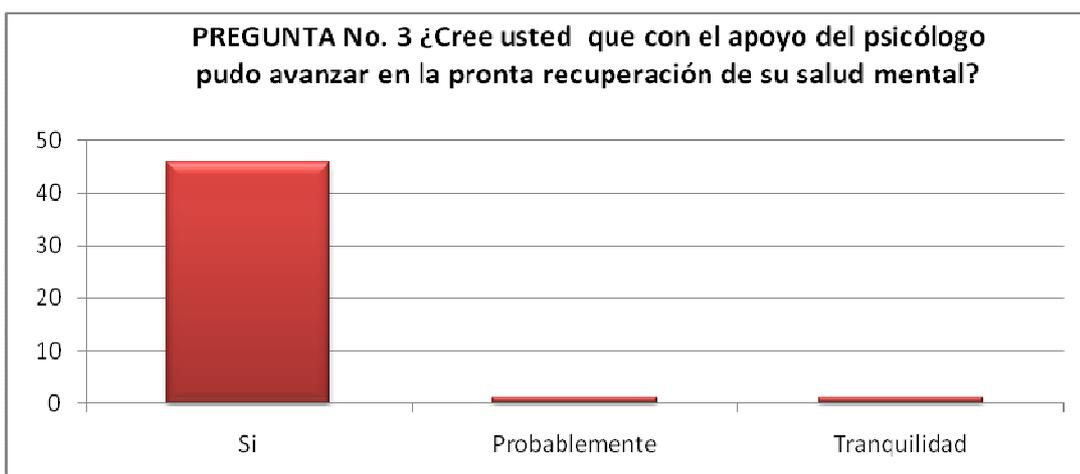
A continuación, se presentan los resultados de las encuestas aplicadas a los familiares que acompañaban al paciente al momento del ingreso al área de urgencias.



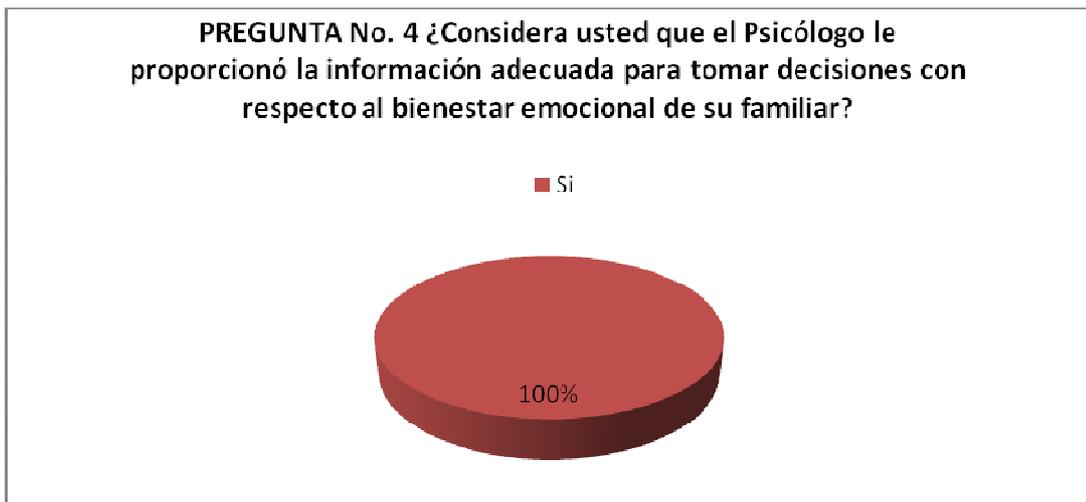
Esta pregunta se realizo al familiar para constatar que el servicio proporcionado por el psicólogo fue de utilidad, 44 personas respondieron que el servicio si beneficio a su paciente, 4 personas notan que hay una probabilidad que con la intervención psicológica tuvieran resultados satisfactorios.



El 88% de los familiares, que corresponde a 42 personas encuestadas, notaron que hubo avance en la recuperación de la salud física de su familiar después de la intervención psicológica, 5 personas mencionaron que probablemente si hubo avance en la recuperación, lo que corresponde al 10%; mientras que el 2% menciona al médico, estableciendo que fue quien con su intervención apoyo la recuperación de la salud de su familiar.



En esta pregunta se obtuvo que 46 familiares vieron un cambio notorio en la salud mental de su familiar tras la intervención del psicólogo; un familiar respondió que no hubo avance en la recuperación de su familiar ingresado; y uno que su familiar está tranquilo de haber recibido la atención psicológica.



Los familiares de los pacientes ingresados consideran que el psicólogo le proporciona la información sobre su paciente, de tal manera que podrían tomar la decisión adecuada para el bienestar emocional de su familiar.

PREGUNTA No. 5 ¿Cuáles serían las principales emociones por las que está pasando su familiar ingresado al área de urgencias?

Al realizar el análisis de las preguntas se encontraron las siguientes emociones que el familiar piensa que está experimentando el paciente, en primer lugar es la *preocupación*, en segundo lugar se menciona que el miedo

es lo que está experimentando, y en tercer lugar se menciona que estaría sintiéndose tranquilo.

La mayoría proporcionó dos respuestas a esta pregunta, por lo cual no es posible cuantificarlas con exactitud.

Otras emociones fueron: el enojo y la angustia con tres menciones; la tristeza con dos menciones y el dolor y la culpa con una mención.

PREGUNTA No. 6 Ante esta urgencia ¿qué sintió usted al traer a su familiar?

Después del análisis del contenido de las respuestas, se establecieron las siguientes categorías: Sentirse *preocupados*: Ocupa el primer lugar con 29 menciones. Sentirse *tranquilos* ocupa el segundo lugar con 10 menciones. Sentirse *desesperados* ocupa el tercer lugar con 6 menciones. Otras sensaciones fueron: *sentirse angustiados ante el diagnóstico*, con 3 menciones; *sorprendido* de que el familiar haya ingresado al servicio y quedar hospitalizado en el área de urgencias, cuando solo iba por una consulta, con dos menciones.

Otras sensaciones con una sola mención: *miedo* de estar en el hospital, ya que era la primera vez que el familiar estaba hospitalizado; *enojo* por el trato de los enfermeros, *aburrimiento* por la espera de los resultados de los análisis.

PREGUNTA No. 7 ¿Qué piensa usted sobre la atención del servicio de urgencias?

Se realizó el análisis de la pregunta estableciendo una sola categoría: *la calidad en el servicio*. Calificándolo como *muy bueno* ocho personas y como *bueno* 31 y siete personas lo calificaron de *lento*. Seis personas no contestaron.

PREGUNTA No. 8 ¿Qué profesionales de la salud son de utilidad para tratar a su familiar en esta situación?

En primer lugar se menciona que todo el personal del área de urgencias es de utilidad para tratar a su familiar, incluyendo al especialista. (20 personas)

En segundo lugar se mencionó que el médico, la enfermera y el psicólogo son quienes son de utilidad en ese momento que ingresa su familiar. (8 personas)

En tercer lugar mencionan que es el médico y el psicólogo quienes son de utilidad. (5 personas)

También se hace mención por algunos familiares que el Médico es el único que es de utilidad (3 personas); otras mencionan que es solo el Psicólogo quien puede apoyarles (2 personas); también que el médico y el especialista son los que intervienen para la pronta recuperación de su

familiar (2 personas); otras que solo el especialista (2 personas); algunos nombran al Psiquiatra y al Psicólogo como las personas que apoyan a su familiar (1 persona); una persona señala que el médico y la enfermeras son el personal de utilidad para tratar a su familiar y el médico, el psicóloga y la enfermera.

En cuanto a lo estadístico se utilizo la prueba de la Ji cuadrada con un nivel de significación de 0.01 para proyectos de salud. Se seleccionaron cuatro preguntas que se consideraron fundamentales en esta investigación, las cuales son:

1.- ¿Considera que el apoyo emocional que le brindó la psicóloga fue de utilidad?

Sí () No () Probablemente ()

2.- ¿Piensa usted que con el apoyo del psicólogo puede avanzar en la pronta recuperación de su salud mental?

6. ¿Se benefició usted con el apoyo emocional ofrecido por el psicólogo de esta área?

Sí () No () Probablemente ()

7. Si en algún otro momento usted ingresa a urgencias, ¿aceptaría la intervención que brinda el psicólogo?

Si () No () Probablemente ()

Los resultados estadísticos de la ji cuadrada para la pregunta número 1 son:

PREGUNTA NUMERO 1

1.- Planteamiento de Hipótesis

Ho: El apoyo emocional que le brindo el Psicólogo no fue de utilidad.

Hi: El apoyo emocional que le brindo el psicólogo fue de utilidad.

2.- Nivel de Significación

α : 0.01

3.- Estadístico de Prueba

RESPUESTA	Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	$\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe}$
Si	46	16	30	900	56.25
No	0	16	-16	256	16
Prob.	2	16	-14	195	12.25
					84.5

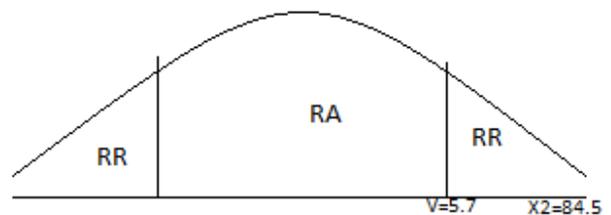
$$\frac{Fe = \sum Fo}{\text{No. De celdas}} = \frac{48}{3} = 16$$

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe} \right] = 84.5$$

4.- Regla de Decisión

$$Gl = k-1 = 3-1 = 2$$

$$Vc = 5.70$$



5.- Toma de Decisión

Ho: Se rechaza

Hi: se acepta

PREGUNTA NÚMERO 2

1.- Planteamiento de Problema

Ho: El apoyo del Psic. no le ayudo en la pronta recuperación de su salud mental.

Hi: El apoyo del psicólogo le ayudo en la pronta recuperación de su salud mental.

2.- Nivel de Significación

α : 0.01

3.- Estadístico de Prueba

RESPUESTA	Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	$\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe}$
Si	45	16	29	841	52.5
No	0	16	-16	256	16
Prob.	3	16	-13	169	10.5
					79

$$Fe = \frac{\sum Fo}{No. \text{ De celdas}} = \frac{48}{3} = 16$$

$$X^2 = \sum \left[\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe} \right] = 84.5$$

4.- Regla de Decisión

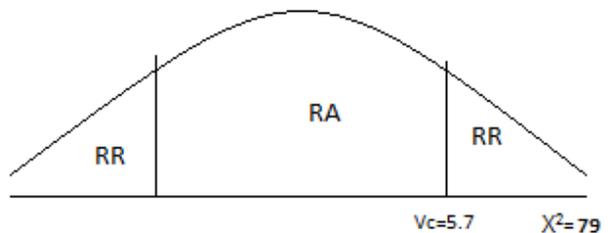
$$Gl = k - 1 = 3 - 1 = 2$$

$$Vc = 5.70$$

5.- Toma de Decisión

Ho: Se rechaza

Hi: se acepta



PREGUNTA NÚMERO 6

1.- Planteamiento de Hipótesis

Ho: No se beneficio usted con el apoyo emocional ofrecido por el psicólogo.

Hi: Se beneficio usted con el apoyo emocional ofrecido por el psicólogo.

2.- Nivel de Significación

α : 0.01

3.- Estadístico de Prueba

RESPUESTA	Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	$\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe}$
Si	46	16	30	900	56.25
No	0	16	-16	256	16
Prob.	2	16	-14	196	12.25
					84.5

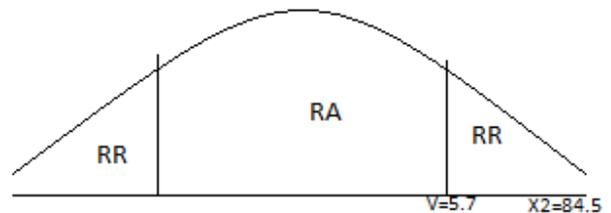
$$Fe = \frac{\sum Fo}{\text{No. De celdas}} = \frac{48}{3} = 16$$

$$\chi^2 = \sum \left[\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe} \right] = 84.5$$

4.- Regla de Decisión

$$Gl = k-1 = 3-1 = 2$$

$$Vc = 5.70$$



5.- Toma de Decisión

Ho: Se rechaza

Hi: se acepta

PREGUNTA NÚMERO 7

1.- Planteamiento de Hipótesis

Ho: No aceptaría la intervención que brinda el Psic. si regresa al servicio de urgencias.

Hi: Aceptaría la intervención del psicólogo si regresa al servicio de urgencias.

2.- Nivel de Significación

α : 0.01

3.- Estadístico de Prueba

RESPUESTA	Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	$\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe}$
Si	46	16	30	900	56.25
No	0	16	-16	256	16
Prob.	2	16	-14	196	12.25
					84.5

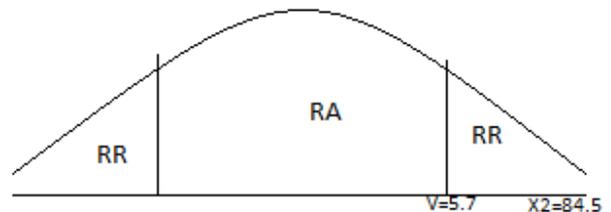
$$Fe = \frac{\sum Fo}{\text{No. De celdas}} = \frac{48}{3} = 16$$

$$X^2 = \sum \left[\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe} \right] = 84.5$$

4.- Regla de Decisión

$$Gl = k - 1 = 3 - 1 = 2$$

$$Vc = 5.70$$



5.- Toma de Decisión

Ho: Se rechaza

Hi: se acepta

Con respecto al coeficiente de correlación *c* de Pearson se seleccionaron las siguientes preguntas para el análisis.

V.i pregunta 1.- ¿Considera que el apoyo emocional que le brindó la psicóloga fue de utilidad?

V.d pregunta 2.- ¿Piensa usted que con el apoyo del psicólogo puede avanzar en la pronta recuperación de su salud mental?

RESPUESTAS	Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	$\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe}$
SI-SI	45	43.12	1.88	3.53	.081
SI-NO	0	0	0	0	0
SI-PB	1	.95	.05	.0025	.0026
NO-SI	0	0	0	0	0
NO-NO	0	0	0	0	0
NO-PB	0	0	0	0	0
PB-SI	2	.083	1.91	3.94	43.93
PB-NO	0	0	0	0	0
PB-PB	0	0	0	0	0

V.D V.I	SI	NO	PB	PREG. 2
SI	43.12 45	0 0	.95 1	46
NO	0 0	0 0	0 0	0
PB	.83 2	0 0	0 0	2
PREG.1	46	0	2	48

$$X^2 = \sum \left[\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe} \right] = 43.93$$

$$C = \frac{X^2}{\sqrt{X^2 + N}}$$

$$C = \sqrt{\frac{43.93}{43.93 + 48}} = \sqrt{\frac{43.93}{91.93}} = \sqrt{0.477} = 0.690 \quad \text{Correlación Media Alta}$$

V.I pregunta 1.- ¿Considera que el apoyo emocional que le brindó la psicóloga fue de utilidad?

V.d pregunta 6. ¿Se benefició usted con el apoyo emocional ofrecido por el psicólogo de esta área?

RESPUESTAS	Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	$\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe}$
SI-SI	44	42.16	1.84	3.38	.080
SI-NO	0	0	0	0	0
SI-PB	2	1.91	0.09	.0081	.0042
NO-SI	0	0	0	0	0
NO-NO	0	0	0	0	0
NO-PB	0	0	0	0	0
PB-SI	2	.083	1.91	3.64	43.85
PB-NO	0	0	0	0	0
PB-PB	0	0	0	0	0

V.D V.I	SI	NO	PB	PREG.7
SI	42.16 44	0 0	1.91 2	46
NO	0 0	0 0	0 0	0
PB	.083 2	0 0	0 0	2
PREG.1	46	0	2	48

$$X^2 = \frac{\sum [(Fo-Fe)^2]}{Fe} = 43.93$$

$$C = \sqrt{\frac{X^2}{X^2 + N}}$$

$$C = \sqrt{\frac{43.93}{43.93 + 48}} = \sqrt{\frac{43.93}{91.93}} = \sqrt{0.477} = 0.690 \quad \text{Correlación Media Alta}$$

V.i Pregunta 1.- ¿Considera que el apoyo emocional que le brindó la psicóloga fue de utilidad?

V.d Pregunta 7.- Si en algún otro momento usted ingresa a urgencias, ¿aceptaría la intervención que brinda el psicólogo?

RESPUESTAS	Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	$\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe}$
SI-SI	44	42.16	1.84	3.38	.080
SI-NO	0	0	0	0	0
SI-PB	2	1.91	0.09	.0081	.0042
NO-SI	0	0	0	0	0
NO-NO	0	0	0	0	0
NO-PB	0	0	0	0	0
PB-SI	2	.083	1.91	3.64	43.85
PB-NO	0	0	0	0	0
PB-PB	0	0	0	0	0

V.D V.I	SI	NO	PB	PREG.7
SI	42.16 44	0 0	1.91 2	46
NO	0 0	0 0	0 0	0
PB	.083 2	0 0	0 0	2
PREG.1	46	0	2	48

$$\chi^2 = \frac{\sum [(Fo-Fe)^2]}{Fe} = 43.93$$

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + N}}$$

$$C = \sqrt{\frac{43.93}{43.93 + 48}} = \sqrt{\frac{43.93}{91.93}} = \sqrt{0.477} = 0.690 \quad \text{Correlación Media Alta}$$

PREGUNTA AL FAMILIAR NÚMERO 4

1.- Planteamiento de Hipótesis

Ho: El psicólogo no le proporciono la información adecuada para tomar decisiones con respecto al bienestar de su familiar.

Hi: El psicólogo le proporciono la información adecuada para tomar decisiones con respecto al bienestar de su familiar.

2.- Nivel de Significación

α : 0.01

3.- Estadístico de Prueba

RESPUESTA	Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	$\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe}$
Si	48	16	32	1024	64
No	0	16	-16	256	16
Prob.	0	16	-16	256	16
					96

$$Fe = \frac{\sum Fo}{\text{No. De celdas}} = \frac{48}{3} = 16$$

$$X^2 = \sum \left[\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe} \right] = 96$$

4.- Regla de Decisión

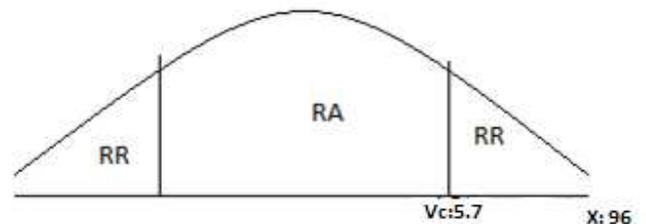
$$Gl = k - 1 = 3 - 1 = 2$$

$$Vc = 5.70$$

5.- Toma de Decisión

Ho: Se rechaza

Hi: se acepta



Con respecto al coeficiente de correlación *c* de Pearson se seleccionaron las siguientes preguntas para el análisis.

V.I. pregunta 1.- ¿Considera usted que le benefició el servicio ofrecido por el psicólogo a su familiar?

V.D. pregunta 2.- ¿Considera usted que el Psicólogo le proporciono la información adecuada para la toma de decisiones con respecto al bienestar de su familiar?

RESPUESTAS	Fo	Fe	(Fo-Fe)	(Fo-Fe) ²	$\frac{(Fo-Fe)^2}{Fe}$
SI-SI	44	40.33	3.67	13.46	.33
SI-NO	0	0	0	0	0
SI-PB	0	0	0	0	0
NO-SI	0	0	0	0	0
NO-NO	0	0	0	0	0
NO-PB	0	0	0	0	0
PB-SI	4	.33	3.67	13.46	40.78
PB-NO	0	0	0	0	0
PB-PB	0	0	0	0	0

V.D V.I	SI	NO	PB	PREG. 2
SI	40.33 44	0 0	0 0	44
NO	0 0	0 0	0 0	0
PB	.33 4	0 0	0 0	4
PREG.1	48	0	2	48

$$\chi^2 = \frac{\sum [(Fo-Fe)^2]}{Fe} = 41.11$$

$$C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + N}}$$

$$C = \sqrt{\frac{41.11}{41.11 + 48}} = \sqrt{\frac{41.11}{89.11}} = \sqrt{0.4613} = 0.67 \quad \text{Correlación Media Alta}$$

Este cruce de preguntas, relacionados con los familiares, también demuestra que la relación entre las variables de estudio es media alta, lo que valida la hipótesis de investigación.

CONCLUSIÓN

Este trabajo de investigación se realizó con la finalidad de obtener evidencias que constataran la hipótesis que establece que *la intervención psicológica mejora el estado emocional del paciente*, logrando así un progreso en el plano de la salud física; basándose en la intervención llamada en crisis, que consiste en auxiliar a una persona o familia a soportar un suceso traumático, de modo que la probabilidad de efectos negativos (como daños físicos o emocionales) se aminore y que la probabilidad de fortalecimiento aumente.

Dado que en el área de urgencias del hospital es la parte donde se atiende toda clase de padecimientos físicos, sean golpes, heridas, enfermedades como diabetes mellitus, dengue, de transmisión sexual, policontundidos, enfermos en fase terminal, etcétera; tanto el paciente como el familiar son los más vulnerables ante un diagnóstico no muy alentador.

En estos casos ¿Qué es lo que sigue? El médico tratante solo proporcionará la atención con el fin de mejorar la salud física del paciente; el enfermero se encargará de administrar el medicamento recetado; si tiene que haber intervención de un especialista como el neurólogo o el cardiólogo, el médico es quien se encarga de canalizarlo, igual con la intervención psicológica, pero restándole a esta última importancia, puesto que lo que es prioritario es el

bienestar físico del paciente, pasando a segundo término el estado emocional tanto del paciente como del familiar.

Tomando en cuenta que se puede pedir la interconsulta para el paciente; se ha notado que en ese momento de crisis no es atendido sino que se le proporciona fecha para consulta en un mes, si es urgente se da cita en quince días, pero en el momento preciso de la crisis ¿quién interviene?. Es por ello que con la ayuda y preocupación del médico urgenciólogo al darse cuenta de esta carencia en dicha área se crea la necesidad de la intervención psicológica en el momento preciso de la crisis en la urgencia médica, de ahí surge el apoyo y el interés por experimentar y comprobar que hay una mejoría tanto físicamente como emocionalmente cuando se da este auxilio.

Surge la propuesta de realizar esta investigación, puesto que la tesista estuvo dos años en el área de urgencias realizando servicio social, y pudo constatar que la falta de este servicio, el de la intervención psicológica; es de relevancia, y más porque se trata de destacar el desempeño del psicólogo, que se considera muy relevante y notable.

Por tal motivo se optó que los instrumentos de medición serían la encuesta, una dirigida a paciente y otra al familiar; una guía de observación en la que registrar los datos de cada visita, realizándose dos visitas por paciente, considerando que el área de urgencias cuenta con siete camas para adultos, un

área de curaciones, dos cuartos de choque, y que, en ocasiones, se utiliza el pasillo para darle atención a pacientes que requieran el servicio. A partir de lo observado se encontraron los aspectos siguientes:

- Que no siempre está llena la sala, y que los pacientes permanecen máximo dos días en la misma; en algunos casos cuando los pacientes han mejorado su estado de salud son dados de alta en pocas horas, otros cuando la enfermedad es grave o requieren seguir en observación son hospitalizados.
- Que la mayoría de los pacientes acude al servicio de urgencias en compañía de familiares (mamá, esposa, hijos, primos, abuelos, hermanos), aunque se encontró también que hay quienes asisten con algún vecino o amigo y quienes no cuentan con familiares.
- Que existen pacientes que llegan desorientados por el padecimiento y que desconocen su enfermedad.
- Que cuando llegan con síntomas comunes como gripa, calentura, diarrea, y al realizar los estudios médicos y resulta que el diagnóstico no es favorable, el paciente se sorprende y entra en crisis.
- Que ingresan pacientes que son recurrentes.
- Que ingresan pacientes en fase terminal o que han atentado contra su vida.
- Se destaca que los familiares entran en estado de crisis ante estas diversas situaciones.

Con la información obtenida, a partir de lo observado, se encontró que existe la necesidad de la intervención psicológica en el área de urgencias, con lo que se estableció que la hipótesis de investigación estaba adecuadamente planteada, por lo que con la aplicación de los instrumentos de medición al paciente se busco la evidencia que validará este supuesto, encontrándose que:

- Los pacientes si consideran que el apoyo emocional por parte del Psicólogo fue de utilidad, siendo el 96 % de los pacientes el que dio esta respuesta.
- Un 98% de los pacientes con la Intervención del Psicólogo avanza en la pronta recuperación de su salud mental y física.
- El 96% de los pacientes si obtuvo un beneficio con la Intervención Psicológica, proporcionándole el servicio, la orientación que requería en el momento de su ingreso y el apoyo emocional para tranquilizarlo durante su crisis emocional.
- Si reingresaran al servicio de urgencias el 96% de los pacientes si aceptaría la intervención psicológica.
- Al ingresar al área de urgencias los pacientes presentaban miedo, preocupación, angustia, ansiedad, tristeza, sorpresa antes de ser intervenidos psicológicamente.
- Los pacientes consideraron que la intervención psicológica es importante en el servicio de urgencias, lo cual fue expresado por 22 personas, colocando

al psicólogo en segundo lugar, sólo detrás del médico, como personal de importancia en el área de urgencias del hospital.

- En el análisis estadístico se observa la correlación entre las preguntas realizadas a los pacientes, en las que se obtuvo que la hipótesis de trabajo se acepta, lo que da a notar que la labor del psicólogo en el área de urgencias es útil, ya que se realizó la labor ajustándose a las condiciones del área.
- También se reconoce que las emociones juegan un papel importante en los pacientes, ya que con ellas expresan lo que sienten en ese momento o que en algunos casos reprimen por el trato del médico o enfermera que lo atendió.

En la encuesta aplicada a los familiares, estos manifestaron que:

- El 91% contestó que si hubo beneficio y avance en la recuperación de la salud física y mental en su familiar ingresado, como resultado de la Intervención Psicológica.
- Los familiares, en su totalidad, respondieron que se les proporcionó la información adecuada para tomar decisiones respecto al bienestar de su familiar.
- Expresaron que la intervención hacia ellos los ayudó a no estar preocupados, a disminuir la ansiedad provocada por estar en la sala de espera o de no saber de su familiar y de su estado de salud.

- Los familiares y los pacientes destacaron que no sabían que se daba el servicio psicológico en el área de urgencias, lo cual mencionaron es importante para ellos.

Tomando como base lo anterior, se afirma que el desempeño del psicólogo es relevante en el área de urgencias de un hospital, ya que con la información recabada se comprueba que con la Intervención Psicológica se obtienen buenos resultados en la recuperación de la salud física y emocional, tanto en los pacientes como en los familiares, provocando un estado de relajación ante la crisis que se genera por la situación que se enfrenta, así mismo ayudando que la intervención médica sea satisfactoria.

Con los resultados obtenidos de la encuesta realizada a los pacientes y familiares enseguida se presenta el modelo de intervención en crisis, propuesto por Mathilde Du Ranquet³³, fundamentado también en base a la experiencia de la tesista y a la necesidad detectada a partir de la práctica directa en el área de urgencias del hospital:

Adaptación del modelo de Mathilde Du Ranquel para intervención en crisis en trabajo social: intervención con personas y familias a intervención en crisis en hospitales (área de urgencias médicas).

³³ <http://html.rincondelvago.com/modelo-de-intervencion-en-crisis.html>

El Primer paso es *establecer el encuentro*. - El cual básicamente consiste en lograr una relación de persona a persona, en tender un puente que permita el encuentro del terapeuta con el paciente en crisis y este último se sienta escuchado, acogido, respetado, aceptado, seguro y comprendido por otro ser humano, el cuál es capaz de brindarle la ayuda necesaria, o la no ayuda si eso es lo que prefiere.

El que interviene sostiene y contiene, para que el otro haga lo esencial y logre afrontar la crisis.

El que interviene tiene claro los objetivos de su práctica profesional y qué es lo que aporta en este encuentro. Respeta la individualidad y los procesos personales ante todo.

Algunas sugerencias con respecto a este punto son:

Mostrar apertura y calidez, respecto a su persona, sus pensamientos, sentimientos y tiempos de procesar la crisis.

Demostrar una actitud afable, dar una sonrisa sincera de bienvenida, un tono de voz afectuoso, una mirada "de verdad", que la persona se sienta intentando percibida y escuchada incluso antes de que empiece a hablar.

Reconocerlo como alguien especial y amarlo por el solo hecho de ser humano. El clima emocional que se propicia en el primer encuentro es hacer sentir

a la persona aceptada, incluso cuando ella misma siente vergüenza de sí. También es indispensable entenderla a pesar de que ella experimente confusión.

Las siguientes acciones propician este clima emocional durante el primer encuentro con la persona.

- *Escucha atenta:* Toda la atención debe estar dirigida a lo que expresa la persona, denotando que es importante lo que dice y cómo se siente cuando lo dice; es indispensable hacer contacto visual y, si es necesario, interrumpir el discurso para indagar con más detalle lo que se considere importante.
- *Respeto al espacio y tiempo:* Es necesario que la persona se sienta lo más cómoda que se pueda, en un hospital. En la medida de lo posible se deben eliminar las interferencias externas (producidas por personas o situaciones ajenas al paciente).

El segundo paso es el análisis existencial, de las dimensiones de la crisis y el manejo de los sentimientos.- Consiste en intentar "ver" su mundo como si fuera "nuestro mundo", es decir, captar su mundo interno, entender su propio marco de referencia, su sistema de creencias, sus valores, sus autodeterminismos, sus miedos, sus anhelos, sus actitudes, para aceptar, validar y acoger sus sentimientos. Invitar a la persona a hablar y escucharla atentamente para identificar los elementos importantes y observar fenomenológicamente su

comunicación no verbal, para intentar comprender como percibe la vida, el mundo, y la situación en sí misma.

Al analizar las dimensiones y características del problema, se explora pasado, presente y futuro inmediatos. Del pasado se revisan los sucesos que fueron ocurriendo y que hicieron una cadena hasta el suceso precipitante de la crisis. Y los recursos personales con los que contó, por ejemplo: las actitudes que presentó y significados que les dio a dichos sucesos.

Se explora y priorizan las necesidades que deben atenderse inmediatamente y los aspectos que se pueden posponer. También es indispensable comprender el fondo de su problemática, es decir, cuál o cuáles son las carencias que le impiden tomar una postura diferente.

El tercer paso consiste en facilitarle encontrar nuevos significados y alternativas de resolución.- Al explorar las posibles soluciones o alternativas se indaga cómo ha intentado resolver el problema. Después utilizando diálogo socrático se busca que la persona genere nuevos significados y alternativas, tanto para cubrir sus carencias como la situación de crisis. Esto le hará sentir más fuerte, menos impotente. Es necesario que analice los pros y los contras de cada alternativa. El que ayuda puede proponer las alternativas de solución que identifique, pero sólo después de que la persona lo haya hecho. También debe contemplar los posibles obstáculos que pueda encontrar la persona en su plan de estrategias e identificar los pasos de las soluciones.

En el cuarto paso en búsqueda del sentido, la autotrascendencia y la toma de acciones concretas.- Se refiere a implementar lo que se convino en la etapa anterior, es decir, decidir cómo poner en práctica las acciones y cuándo. Al intervenir se debe buscar que la persona haga cuanto sea capaz de hacer y solamente cuando la situación afecte fuertemente su capacidad de actuar, el que ayuda puede tomar un papel más activo.

También se toman en cuenta las actitudes del que interviene, una de ellas es la facilitadora y la otra directiva. La postura directiva sólo es recomendable cuando haya peligro de alta mortalidad para la persona en crisis o alguien más, y cuando la persona no es capaz de cuidar de sí misma por encontrarse muy perturbada emocionalmente. Implica marcar directrices y hasta tomar parte en la acción. De ser posible se debe involucrar a otras personas cercanas a quien padece la crisis. Se tiene que tomar en cuenta el aspecto legal y el ético por las implicaciones que se dan.

Cuando la persona puede hacer las cosas por sí misma, la postura adecuada es la facilitadora. La diferencia se refiere únicamente a las acciones que deben realizarse, considerando la seguridad integral de la persona en crisis. Pero en ambas, el que interviene debe poseer actitudes, que le permitan establecer un encuentro humano.

La postura profesional sugerida está alejada de toda actitud soberbia que considere al que ayuda como un "ser superior", "poseedor" de la razón y de la verdad que da por entendido lo que no ha escuchado porque "ya lo sabe", que tiene la necesidad de que el otro lo crea inteligente, enterado de todo y hasta adivinador, de que lo admire y reconozca y lo vea como "gurú". Que cree que tiene la solución a los problemas de las personas y el perfecto manejo de las crisis porque su crecimiento es superior al de los demás.

Es importante contar con todas las herramientas posibles: además de los recursos antes mencionados, es esencial la intuición, la creatividad y el sentido de oportunidad. Crear y adecuar los conocimientos, aptitudes, habilidades técnicas y hasta las limitaciones al servicio de la persona. Mencionando también que se debe adecuar a las instalaciones del área que se encuentren.

En base a lo anterior, entonces se puede afirmar de manera clara que la hipótesis que dio sentido a esta investigación es aceptada, dado que se demuestra tanto teórica como empíricamente que la intervención psicológica si ayuda a mejorar el estado emocional en las personas que son ingresadas en el Área de Urgencias del Hospital Regional de Coatzacoalcos, Dr. Valentín Gómez Farías.

A partir de los resultados obtenidos en relación a la hipótesis, se destaca que se lograron los objetivos de investigación, específicamente en lo que respecta al general que buscaba fundamentar la utilidad de la intervención psicológica

brindada a los pacientes y familiares ingresados en el área de Urgencias del Hospital Regional de Coatzacoalcos Dr., Valentín Gómez Farías, el cual se logro resolver de manera total.

Finalmente, este trabajo, más allá de demostrar la hipótesis y haber logrado los objetivos planteados, demuestra que la presencia de un psicólogo en el área de urgencias de un hospital se convierte en algo relevante, en tanto es un profesional que aporta un saber y una formación especializada, que coadyuva a la mejor y pronta recuperación de un paciente tanto en lo físico como en lo emocional, dejando en claro que es parte de un equipo multidisciplinario.

Evidentemente, lo encontrado en este trabajo resulta en un aporte inmediato: el que se considere que los psicólogos tienen en este ámbito de la salud un espacio de desarrollo profesional muy atractivo, que debe ser aprovechado de forma oportuna por los egresados de esta carrera.

BIBLIOGRAFÍA

S. FELDMAN, Robert, Introducción a la Psicología. Edit. McGraw-Hill, pág. 6-12, 15-19

DE LA FUENTE Ramón, Psicología Médica, Biblioteca de Psicología, Psiquiatría y Psicoanálisis, Fondo de Cultura Económico, México pág. 27-48,51-63,167-173, 177-219, 495-503.

DIAZ-GUERRERO Rogelio, DIAZ-LOVING Rolando, Introducción a la Psicología un Enfoque Ecosistémico, Trillas pág. 62-86

Psiquiatría Clínica Moderna, pág. 862-906

REEVE Marshall John, Motivación y Emoción, McGraw-Hill pág. 320-420

CAMERON, Norma; Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad; Trillas pág. 115-130, 657-686

SLAIKEU, Karl a.; Intervención en Crisis Manual para Practica e Investigación 2da. Edición, Manual Moderno

CASTRO I., Gámez M. Historia Clínica, recuperado el día: 25 de agosto 2010, desde: <http://www.sefh.es/bibliotecavistual/fhtomo1/cap22.pdf>

SOTO Hernández G. Instituto orienta ser, recuperado el día: 2 de septiembre de 2010, desde: <http://gruposerhumano.com/crisis.htm>

Organización Mundial de la Salud, Salud mental un estado de bienestar, recuperado el día: 2 de septiembre de 2010, desde: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Wikipedia, la enciclopedia libre, recuperada el día: 8 de septiembre de 2010, tomada de: <http://es.wikipedia.org/wiki/Sufrimiento>

Salud.com, Primeros Auxilios, Urgencias Medicas, recuperada el día: 9 de septiembre de 2010, desde:

<http://www.salud.com/primerosauxilos/urgencias-medicas.asp>

RUIZ Martínez, Marcel, Unidad 1. Muestreo, recuperado el día: 12 de septiembre de 2010, desde: <http://marcelrzm.comxa.com/EstadisticaInf/13MuestreoNoProb.pdf>

ANEXOS

GUÍA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

- 1.- Previo a la intervención Psicológica se pregunta acerca de la valoración médica. Se procede a revisar el expediente antes de pasar con el paciente.
- 2.- Rapport. Es uno de los ingredientes imprescindibles para establecer una comunicación efectiva con los demás. Se establece contacto entre dos personas en este caso, entre el terapeuta y el paciente lo que posibilita el tratamiento. Este proceso, utilizado de forma intuitiva por muchas personas, puede ser aprendido y practicado para mejorar la comunicación.
- 3.- Datos generales. Se obtienen los datos como: nombre, edad, sexo, lugar de origen, nivel de estudios, estado civil, quién la/o acompaña y sobre los estudios médicos realizados.
- 4.- Motivo por el que ingresa. Se procede a preguntar el motivo, qué le sucedió, cómo se siente física y emocionalmente.
- 5.- De acuerdo al motivo por el que ingresa y a su conocimiento sobre su estado de salud, se le orienta y/o tranquiliza. Se realiza la intervención psicológica.
- 6.- Se le ayuda a tomar decisiones basadas en datos médicos y concientizarlo en lo adecuado del tratamiento o sugerencia médica.
- 7.- En caso de desahuciados o defunciones dar la noticia y el seguimiento durante la urgencia y si es necesario canalizarlo al departamento indicado.
- 8.- Ante una probabilidad de que el paciente tenga VIH se le acompaña hasta que el resultado este confirmado y se habla con él, desde antes del diagnóstico se hace una entrevista sobre su vida sexual. Si se confirma que es portador, se le canaliza a CAPASITS y los que son pacientes consecuentes se les acompaña física y emocionalmente.
- 9.- Resolver cualquier duda que el paciente o el familiar tenga.
- 10.- Muchas veces el paciente no tiene la confianza para preguntar al médico sobre su padecimiento, en estas circunstancias se es intermediaria.
- 11.- Acompañamiento en el caso que no tenga un familiar que lo asista en el área de urgencias.

12.- Después de realizar la intervención psicológica se hacen rondas aproximadamente cada hora para monitoreo. Si está el familiar también se hace la ronda.

Esto es una guía que se realizó en base a la experiencia cotidiana al estar realizando el servicio social en el hospital: "Valentín Gómez Farías", combinándola con el conocimiento adquirido al estudiar la carrera de psicología, pero no necesariamente son pasos a seguir, ya que la situación de cada paciente es diferente, y cambia la dinámica general de la intervención.



LOS DATOS AQUÍ REGISTRADOS SON CON FINES DE INVESTIGACIÓN Y SU USO ES COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL



DATOS GENERALES: GUÍA DE OBSERVACIÓN

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: (M) (F) Cama: _____

Lugar de procedencia: _____

Nivel educativo: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

Lugar en que se realiza la observación: _____

Nombre del observador: _____

Médico titular: _____

Fecha: _____

Hora de inicio: _____ Hora final: _____ Tiempo: _____

CONDUCTA OBSERVABLE	OBSERVACIÓN	EVALUACIÓN
Conversación		Excelente Buena Regular Deficiente
Expresión facial		Triste Enojado Preocupado Tranquilo Otro:
Proceso de duelo		Negación Culpa Ira Aceptación
Actitud hacia la		Optimismo Pesimismo

enfermedad		
Reacción hacia el diagnóstico		Preocupación Tranquilidad
Reacción hacia el tratamiento		Favorable Desfavorable
Interés en el tratamiento		Muy interesado Poco interesado Desinteresado
Estudios médicos realizados		En proceso Entregados Por realizarse
Otros datos relevantes		



ENTREVISTA: PACIENTE



LOS DATOS AQUÍ REGISTRADOS SON CON FINES DE INVESTIGACIÓN Y SU USO ES COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL.

Nombre: _____ Edad: _____ Dx: _____

Lugar de procedencia: _____ Estado Civil: _____

1.- ¿Considera que el apoyo emocional que le brindó la psicóloga fue de utilidad?

Sí () No () Probablemente ()

2.- ¿Piensa usted que con el apoyo del psicólogo puede avanzar en la pronta recuperación de su salud mental?

Sí () No () Probablemente ()

3.- ¿Piensa que el apoyo psicológico le ayudó en su pronta recuperación de su salud mental?

Sí () No () Probablemente ()

4.- ¿Considera usted que con el apoyo del psicólogo puede avanzar en la pronta recuperación de su salud física?

Sí () No () Probablemente ()

5.- ¿Considera que el apoyo psicológico le ayudó de alguna manera en la recuperación de su salud física?

Sí () No () No se ()

6.- ¿Se benefició usted con el apoyo emocional ofrecido por el psicólogo de esta área?

Sí () No () Probablemente ()

7. Si en algún otro momento usted ingresa a urgencias, ¿aceptaría la intervención que brinda el psicólogo?

Sí () No () Probablemente ()

8. Mencione tres emociones que usted experimentó al ingresar al área de urgencias médicas.

9.- ¿Se siente usted capaz de afrontar solo esta urgencia médica?

Sí () No () No se ()

10.- ¿Se sintió usted capaz de afrontar solo esta urgencia médica?

Sí () no ()

11.- ¿Qué piensa usted en este momento que tiene la urgencia médica?

12.- ¿Qué profesionales de la salud (médicos, especialistas, psicólogo, enfermeras) consideras importantes para sobrellevar este momento de su urgencia médica?



ENTREVISTA: FAMILIAR



LOS DATOS AQUÍ REGISTRADOS SON CON FINES DE INVESTIGACIÓN Y SU USO ES COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL.

Nombre: _____ Edad: _____
Parentesco: _____ Paciente: _____ Cama: _____

1. ¿Considera usted que le benefició el servicio ofrecido por el psicólogo a su familiar? Sí () No () No se ()
- 2.- ¿Cree usted que con el apoyo del psicólogo pudo avanzar en la pronta recuperación de su salud física?
- 3.- ¿Cree usted que con el apoyo del psicólogo pudo avanzar en la pronta recuperación de su salud mental?
- 4.- ¿Considera usted que el Psicólogo le proporcionó la información adecuada para tomar decisiones con respecto al bienestar emocional de su familiar?
- 5.- ¿Cuáles serían las principales emociones por las que está pasando su familiar ingresado al área de urgencias
- 6.- Ante esta urgencia ¿qué sintió usted al traer a su familiar?
- 7.- ¿Qué piensa usted sobre la atención del servicio de urgencias?
- 8.- ¿Qué profesionales de la salud son de utilidad para tratar a su familiar en esta situación?



ENTREVISTA: PERSONAL DEL
ÁREA URGENCIAS

LOS DATOS AQUÍ REGISTRADOS SON CON FINES DE INVESTIGACIÓN Y SU USO ES
COMPLETAMENTE CONFIDENCIAL.

Nombre: _____

Paciente: _____ cama: _____

Médico () Enfermera () Trabajadora social ()

1.- ¿En qué consiste la promoción de la salud mental?

2.- ¿En qué consiste la prevención de la salud mental?

3.- En el área de urgencias, ¿Cuándo es necesario realizar una intervención psicológica?

4. ¿En qué casos opina usted que el profesional de la psicología deba intervenir en el área de urgencias?

5.- En su experiencia, ¿Cuáles serían las principales emociones por las que pasa una persona ingresada al área de urgencias?

6.- ¿Cree usted que con el apoyo psicológico el paciente puede avanzar en la pronta recuperación de su salud física?

7.- ¿Cree usted que con el apoyo psicológico el paciente puede avanzar en la pronta recuperación de su salud mental?

8. En este caso concreto, que nota usted en el paciente, después de la intervención

Psicológica?

9. ¿Piensa que fue de ayuda para el paciente?