



Universidad Siglo 21
Licenciatura en Psicología

Trabajo Final de Graduación
Proyecto de Aplicación Profesional

Taller de Psicohigiene
“Cuidarnos para Cuidar”

*Destinado a familiares-cuidadores de pacientes del Instituto
Privado de Urología y Nefrología*

Río Cuarto

Autora: Place, Cintia Eliana

2017

Agradecimientos

Estos momentos en los que te encontrás a un paso de concretar uno de tu sueños es cuando te tomas unos minutos para mirar hacia atrás y pensar en todo lo que paso en estos años y es ahí cuando sentís con todo tu corazón a quienes estuvieron y están a tu lado. En primer lugar quiero decirle gracias a mi mamá, mujer luchadora que salió y sigue saliendo adelante a pesar de sus largas horas fuera de casa, quien jamás dejó que me faltara nada, con quien largas horas hemos conversado, quien me ha escuchado y aconsejado, me ha guiado y cuidado y quien es mi pilar para estar hoy llegando a esta meta. En segundo lugar, quiero darle las gracias a mi abuela Irene que siempre me cuidó y me cuida como si fuese su cuarta hija, quien me aguantó berrinches, fue muchas veces mi cómplice y me dio sus palabras y retos cuando fue necesario. Y fue por ella que, por más que hasta hoy no entienda “como me puede gustar psicología”, ordenando su biblioteca leí por primera vez la palabra PSICOLOGÍA. Y en tercer lugar quiero darle gracias a Rodrigo, quien con su insistencia me incitó a empezar este sueño cuando yo veía las puertas cerradas, quien me abrazó en esos momentos de inseguridad, me dio una sonrisa cuando sólo necesitaba saber que estaba ahí, me acompañó en horas largas de estudio y con su frase “te va a ir bien” me empuja día a día a luchar por lo que quiero.

Y gracias a toda mi familia, amigas y amigos que son un pilar más que importante en mi vida.

Gracias a todos mis compañeros “Manny”, quienes me recibieron como una más de su grupo y a todos/as mis amigos/os y compañeras/os que conocí y con quienes compartimos la pasión por esta profesión. A los profesores que día a día nos dejaron lo mejor de ellos para ser hoy grandes profesionales, siempre dispuestos a ayudarnos, guiarnos y acompañarnos en este proceso de formación. Gracias a mis tutores Prof. Y Lic. Pereyra Rubén y Reyna Teresa por su apoyo en este trabajo final de graduación.

Y la lista puede ser eterna cuando se empieza a pensar que hay miles de personas que se cruzaron por mi vida y me acompañaron, personas que conocí y a quienes ya no veo tan seguido pero que siempre están, miles de historias que se vienen a la memoria y todo es un sueño a un pasito de concretarse.

Y así llego FELIZ a la última instancia de mi carrera, la presentación de mi Trabajo Final de Graduación. Gracias!

Un fuerte Beso al cielo para vos papá!

Resumen

El siguiente Proyecto de Aplicación Profesional corresponde al Trabajo Final de Graduación de la carrera de Licenciatura en Psicología, de la universidad Siglo 21.

El propósito del siguiente Proyecto de Aplicación Profesional consiste en brindar un espacio de contención y apoyo psicológico para los familiares-cuidadores de pacientes que concurren a la institución, por medio de la aplicación de un Taller de Psicohigiene. La institución en la cual se trabajó, es el Instituto de Urología y Nefrología SRL de la ciudad de Río Cuarto.

De esta manera se intenta dar respuesta a la demanda detectada a través de la recolección y análisis de datos obtenidos por medio de entrevistas semi-estructuradas a personal de la institución y de encuestas realizadas a familiares que se encontraban al cuidado de un familiar internado. A partir de lo cual se pudo vislumbrar que dentro de la institución no existe un espacio de contención para la familia, por lo que representan una población vulnerable por la crisis que deben afrontar y por no contar la institución y los empleados que allí trabajan, con los medios y herramientas necesarias para enfrentar tal demanda.

Palabras clave: Apoyo Psicológico - Familia - Cuidadores - Taller de Psicohigiene.

Abstract

The following professional application project is the final work for graduation in the career of psychology in the 21st Century University.

The purpose of this professional application project consists on providing a containment space and psychological support for the family-caregivers of patients who are in the institution through the psychohigiene workshop. The investigation was held in the urology and nephrology institute SRL in Río Cuarto city.

In this way, it is intended to give some answers to the detected demand through the data collection and analysis of the data obtained through semistructured interviews to employees of the institution and surveys to the patients' families who are taking care of them. From this analysis, it could be observed that there is no space for family containment inside the institution, this represents a vulnerable population because of the crisis people have to face alone as neither the institution nor the employees have the means and tools to confront such an important demand.

Key words: Psychological Support – Family - healthcare provider - psychohigiene workshop

Índice

Introducción.....	1
Antecedentes.....	3
Objetivos.....	7
Marco Teórico.....	8
Capítulo I.....	8
<i>El psicólogo en una Institución: del paciente hacia la familia.....</i>	8
<i>Salud y Enfermedad.....</i>	10
Capítulo II.....	13
<i>Familia.....</i>	13
<i>Crisis.....</i>	16
<i>Funciones Yoicas.....</i>	18
<i>Derechos de la Familia.....</i>	19
Capítulo III.....	21
<i>Síndrome del cuidador: burnout.....</i>	21
Capítulo IV.....	25
<i>Apoyo Psicológico.....</i>	25
<i>Situación de Duelo.....</i>	29
<i>Resiliencia.....</i>	30
Capítulo V.....	31
<i>El Grupo.....</i>	31
<i>El Taller.....</i>	33
<i>Psicohigiene.....</i>	34
<i>Hacia la Promoción de la Salud.....</i>	35
Relevamiento Institucional.....	37
Metodología.....	40

Procedimiento.....	40
Tabla de resumen de metodología.....	42
Análisis de datos.....	43
Matriz FODA.....	46
Fundamentación de la demanda.....	47
Proyecto de Aplicación Profesional.....	49
Etapa Estratégica.....	51
Lugar.....	51
Tiempo.....	51
Recursos.....	51
Encuentros.....	52
Diagrama de Gantt.....	53
Presupuesto.....	53
Etapa Táctica.....	56
Encuentro 1.....	56
Encuentro 2.....	57
Encuentro 3.....	59
Encuentro 4.....	61
Encuentro 5.....	62
Encuentro 6.....	64
Encuentro 7.....	65
Encuentro 8.....	66
Evaluación de Impacto.....	69
Conclusión final del Taller.....	70
Bibliografía.....	72

Anexos.....	75
1. Guía de preguntas de la entrevista.....	75
2. Cuestionario.....	77
3. Carta informativa.....	79
4. Consentimiento informado.....	80
5. Entrevistas.....	81
6. Encuestas.....	115
7. Afiche informativo de invitación.....	127
8. Afiche Encuentro 3.....	128

Introducción

El presente Proyecto de Aplicación Profesional (PAP) corresponde a la carrera de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Siglo21.

La institución en base a la cual se desarrolla el presente PAP es en el *Instituto Privado de Urología y Nefrología Río Cuarto S.R.L.* Institución de más de 30 años de trayectoria en la ciudad, en la que se atienden principalmente patologías renales y cardiacas. En ella se realizó un relevamiento de datos a partir de entrevistas a empleados de la institución y encuestas a familiares de pacientes internados. En base a lo cual, se efectuó un análisis FODA que permitió detectar como una de las problemáticas, la falta de contención a los familiares de los pacientes que asisten a la institución.

Es así que se plantea como estrategia de intervención brindar un espacio de contención y apoyo psicológico para los familiares-cuidadores de pacientes que concurren y utilizan los servicios de internación y tratamiento ambulatorio del Instituto Privado de Urología y Nefrología Río Cuarto, por medio de un Taller de Psicohigiene. Ya que se considera un recurso valioso el acompañar a la persona durante ese momento, trabajar con sus vivencias, poner en palabras lo vivido, que pueda reelaborar la situación traumática, evitando secuelas psicológicas.

Se parte de considerar a la familia como agente principal en su papel de cuidador de los pacientes que se encuentran internados o que deben asistir a la institución para recibir un tratamiento. Además, se considera que el campo de acción de la psicología excede el espacio del consultorio privado y que debe abrirse al trabajo interdisciplinario, especialmente en el campo de la medicina que por muchos años ha sido considerada como la disciplina hegemónica del conocimiento del cuerpo humano.

En el trabajo se describen en primer lugar los antecedentes de investigaciones en torno a la problemática. En segundo lugar, se presentan los objetivos generales y específicos de la estrategia de intervención. Se sigue con el marco teórico, desarrollado en cinco capítulos comenzando por el rol del psicólogo en una institución de salud, continuando los conceptos de familia, seguido por el síndrome del cuidador, continuando por el desarrollo del apoyo psicológico, describiendo por último la estrategia de intervención.

Se continúa presentando la metodología utilizada para el relevamiento institucional, el análisis y conclusión de los datos obtenidos y la descripción y fundamentación de la demanda seleccionada.

En la última parte del trabajo, se presenta el Proyecto de Aplicación Profesional: Taller de Psicohigiene: “*Cuidarnos para Cuidar*”, describiendo del mismo la etapa estratégica y táctica, finalizando con la evaluación de impacto.

Antecedentes

A continuación serán presentados diferentes trabajos que permiten demostrar la importancia de trabajar con las familias de los pacientes durante el proceso de enfermedad e internación, siendo ello un factor valioso para ellas y por sobre todo para el paciente y su recuperación.

En una investigación llevada a cabo por Ruiz Suárez y otros, en el año 2004, de la Universidad de Colombia, en Bogotá, titulada la “Intervención Familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el Hospital de la Misericordia”; allí un grupo de profesionales de Psicología se planeó intervenir en el servicio de Oncohematología del Hospital de la Misericordia mediante un programa que se organizó en dos etapas. La primera instancia consistió en la evaluación de la historia clínica del paciente y en la realización de una entrevista informal con la familia y con el paciente; y en la segunda se realizó una intervención mediante sesiones, en las que se desarrollaron diferentes talleres con las familias. En éstos, se buscó trabajar el reconocimiento y reflexión de la crisis como parte de la vida; el conocimiento de proyectos de vida y temores en torno a la enfermedad; promover la expresión de sentimientos; el entrenamiento en estrategias de afrontamiento; el establecimiento de una dinámica de comunicación familiar; y la aplicación de la práctica de relajaciones para poder manejar situaciones de estrés y ansiedad. Los talleres permitieron la expresión de sentimientos de afecto, agradecimiento, apoyo y esperanza entre los miembros de la familia y de ésta con el paciente. De esta manera se logró reconocer la importancia del apoyo familiar en estas situaciones, por lo que, se buscó fomentar la participación de la familia durante el proceso de enfermedad a partir de estrategias de enfrentamiento adecuadas para situaciones de crisis. Gracias a esto cada familia pudo afrontar de manera más tranquila y acompañadas el proceso que estaban atravesando.

Por otro lado, García Fernández y otros, en el año 2009, realizan una investigación en el Hospital Universitario Médico-Quirúrgico de Jaén – España, acerca de la influencia de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias en cuanto a la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. Esta investigación comenzó preguntándose cómo la diversidad y la intensidad de los cuidados del paciente influyen en la salud de los cuidadores, ya que la enfermedad les exige esfuerzos a todos dentro del círculo familiar. Se constató además, que los cuidadores familiares tienen una

fuerte influencia en la enfermedad, en su ajuste psicológico y en la recuperación del paciente; pero en contrapartida, le genera un importante desgaste al cuidador. Por esto, en este estudio se propuso la intervención de las Enfermeras Gestoras de Casos no sólo en los pacientes sino también a los cuidadores. De esta manera, se trabajó con los pacientes que ingresaron al hospital durante los meses de abril y septiembre de 2008, en los cuales se evaluó la efectividad de las intervenciones de estas enfermeras sobre el criterio de salud emocional del cuidador. El trabajo de ellas consistió en brindar apoyo a los cuidadores y en aumentar el afrontamiento y los sistemas de apoyo. Para esto último se proporcionó información y formación acerca del proceso de la enfermedad y de los recursos y servicios disponibles para reducir la ansiedad, mejorar la autoeficacia y la confianza en las funciones de cuidado, a partir de intervenciones cognitivo-conductuales y de la relación terapéutica entre el cuidador y un profesional capacitado. El estudio permitió concluir que estas intervenciones mejoraron la salud emocional de los pacientes, evitaron la permanencia hospitalaria, favorecieron la disminución de costos de internación y que disminuyera la sobrecarga de los cuidadores, mejorando en ellos su preparación para el alta y el afrontamiento de la situación.

Por otra parte, en una investigación realizada en el municipio Plata de La Habana - Cuba, por Pérez Martínez, y otros, titulada la “Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales del policlínico “Ana Betancourt”, en el año 2009, se desarrolló un estudio descriptivo realizado a los cuidadores de pacientes con diagnóstico de demencia. Se seleccionaron a 36 cuidadores que asistieron a las consultas de Psiquiatría del Policlínico Docente “Ana Betancourt”, a los cuales se les aplicó el Cuestionario de Actividades del Cuidador y posteriormente el Cuestionario General de Salud (Goldberg) para identificar el grado de afección psicológica y la Escala de sobrecarga de Zarit y Zarit para evaluar el estrés. De los resultados obtenidos se concluyó que depresión, sentimiento de estar bajo presión, una marcada ansiedad, seguida de fatiga mental, sentimiento de culpa, labilidad emocional, rabia, ira y hostilidad, son rasgos que predominan en los cuidadores. Se constató además que la totalidad de los cuidadores evaluados presentaron un elevado grado de estrés psicológico. Por ello, las consultas realizadas por las familias (considerando que ellas son la principal red de apoyo) surgieron por la búsqueda de ayuda profesional para el control de los trastornos no cognitivos de los pacientes y para solicitar información acerca de la enfermedad y asesoramiento. Los resultados permitieron observar que el conocimiento de la enfermedad por los cuidadores permite que puedan desarrollar

estrategias para el control, la compensación y la adaptación. El estudio concluye afirmando que un plan de intervención educativa dirigido a los cuidadores primarios (familia) puede permitir reducir la sobrecarga física y psicológica, mejorando además su calidad de vida.

Otro estudio llevado a cabo en la Fundación para la Investigación Social Avanzada, de Las Matas – España en el año 2012 por Rodríguez y otros, abordó la influencia del apoyo familiar en momentos de incertidumbre. El mismo consistió en evaluar de qué manera el poder contar con un apoyo social, en este caso el familiar, influye de forma positiva en la salud del paciente. Para ello se realizó una evaluación mediante el cuestionario FACES-II (Family Adaptability and Cohesion Scales – II) permitiendo evaluar en cada familia la cohesión, la adaptabilidad y el tipo: extrema, media, moderadamente balanceada y balanceada. Por otro lado, se aplicó en los pacientes el Kiy Coat-A-Count Cortisol, midiendo los niveles de cortisol (hormona liberada en situaciones de estrés). En los resultados obtenidos, se señala que aquellas personas que cuentan con un mayor apoyo social, necesitan menos medicación tras alguna intervención y su recuperación es más favorable, disminuyendo sus ansiedades. Por el contrario, aquellas personas que carecerían de este apoyo social, presentarían mayor riesgo de mortalidad. Fundamentan su trabajo sosteniendo que una intervención quirúrgica constituye una situación de incertidumbre, siendo la misma una situación estresante tanto para el paciente como para la familia. Esto se asocia con la ansiedad que genera y que repercutirá luego en la recuperación pos operatorio del paciente. Por lo que, el apoyo social permitiría otorgar una ayuda emocional, disminuyendo la ansiedad pre y posquirúrgica, permitiendo menos días de internación y mejor calidad de vida. Entonces, el apoyo familiar se orientaría al cuidado y promoción de la salud física y mental.

Por último, se consultó una investigación llevada a cabo por Alcayaga Rojas y otros, en Chile en el año 2009, en la cual se aplicó un Programa de apoyo al trabajador-cuidador familiar en tanto fenómeno social emergente, con el propósito de promover la salud y prevenir factores de riesgo de enfermedad en los cuidadores trabajadores. Esto se lograría a través del fortalecimiento de sus habilidades de autocuidado y el desarrollo de políticas institucionales que facilitaran el cumplimiento de ambos roles en forma eficiente y saludable. Como estrategias de promoción en salud se utilizó la educación para el autocuidado, el fortalecimiento de redes de apoyo familiar y social, la asesoría profesional y la comunidad de pares. Según este estudio, el cuidado otorgado por el

familiar constituye un recurso valioso para el paciente, influye en el bienestar físico, psicológico y social; pero puede generar estrés, depresión, aislamiento social, con deterioro de la salud física, mental, social y familiar del cuidador. Por lo tanto este programa surgió como proyecto piloto en el año 2008, en el contexto de la política institucional de “universidad saludable” liderado por académicos de la Escuela de Enfermería, en conjunto con el Departamento de Beneficios del Personal, a través de sus trabajadoras sociales, con la participación de académicos de las escuelas de enfermería, medicina y psicología. El acompañamiento implicó orientación y guía a través de consejerías frente a dudas sobre cuidados del familiar. Además, los participantes podían solicitar apoyo psicológico ante el dolor de la pérdida de su ser querido. La comunidad de pares, formada por los egresados del programa, constituyó una red social de apoyo emocional e instrumental y la asesoría profesional consistió en una red virtual de profesionales de la universidad que prestó atención en aspectos legales, médicos y cuidados de la salud. En los resultados del programa se constató que los participantes obtuvieron mayor apoyo social y disminuyó la carga relacionada con su rol de cuidador. Por lo que, habría una necesidad de apoyar a este grupo social vulnerable generando propuestas integradoras y eficientes, ya que, lo que se le puede aportar al cuidador llegará potenciado al paciente y a él mismo, como futuro adulto mayor. Resultando esta propuesta, con un enfoque preventivo promocional.

Estas investigaciones permiten afirmar la relevancia del trabajo con las familias cuidadoras de pacientes, la importancia que presentan los cuidadores familiares en el acompañamiento de los pacientes y, a la vez, qué efecto tendrá sobre ellos esa actividad. De allí surge la propuesta de abordar esta problemática en el Instituto Privado de Urología y Nefrología Río Cuarto.

Objetivos

- Objetivo general:

Brindar un espacio de contención y apoyo psicológico para los familiares-cuidadores de pacientes que utilicen los servicios de internación y tratamiento ambulatorio del Instituto Privado de Urología y Nefrología Río Cuarto, por medio del desarrollo de un Taller de Psicohigiene.

- Objetivos específicos:

- Proveer un espacio grupal de apoyo psicológico durante el proceso de internación y/o tratamiento para los familiares de pacientes.
- Contribuir a que la persona familiar-cuidadora adquiera destrezas y habilidades para la toma de decisiones durante el proceso de internación y/o tratamiento.
- Brindar herramientas para enfrentar situaciones de angustia, estrés y ansiedad.
- Fortalecer funciones vitales
- Disminuir el riesgo de posibles enfermedades físicas y psíquicas.

Marco Teórico

Capítulo I

A continuación se trabaja el rol del psicólogo dentro de una institución de salud. Se intenta mostrar que la tarea de un psicólogo excede las cuatro paredes de un consultorio, que su campo va más allá de la espera de la demanda. De esta manera, se considera que el psicólogo puede y debe actuar antes de la instalación de una patología, y que el trabajo con otros profesionales como médicos, enfermeras y demás asistentes permite un abordaje holístico del sujeto y su familia. En pos de una mejor calidad de vida.

El Psicólogo en una Institución: del paciente hacia la familia

En las instituciones sanitarias el profesional médico es preparado para abordar al paciente individual a partir de su enfermedad a través de una medicina asistencial, es decir, esperar a que la persona enferme para asistirlo. La Medicina es así definida “como la ciencia que estudia en sus aspectos etiopatogénicos, sintomáticos, etcétera, su profilaxis, tratamiento y rehabilitación” (Carpinacci, 1979; p. 46).

Bleger (2007) por su parte sostiene cómo la situación médica se encuentra caracterizada por ciertas particularidades, una de ellas es la actividad del médico quien debe enfrentarse diariamente con la enfermedad y la muerte. Por esta causa, los profesionales suelen responder inconscientemente por medio de diferentes comportamientos defensivos, como por ejemplo adoptando una conducta defensiva de omnipotencia, la cual afecta la comunicación con el paciente quien al mismo tiempo genera una dependencia con el profesional, facilitada por el estado de regresión de su enfermedad. Otra situación que puede generarse es una simbiosis hospitalaria, que consistiría en una necesidad inconsciente del médico de mantener al paciente en la institución y éste de sentirse seguro si allí permanece, apoyando la familia tal situación. Este tipo de tensiones y situaciones ansiógenas si no pueden hablarse y explicitarse pueden generar una relación distante entre médico con el paciente y la familia. Es así que estas situaciones representan ejemplos desde los cuales se puede intervenir desde la psicología para evitar que se generen, como así también trabajar no sólo con los pacientes, sino también con la familia y con la relación que éstos mantienen con los médicos.

Carpinacci (1979) por su parte sostiene que muchas veces el paciente no mejora sólo con la intervención médica e incluso su situación puede agravarse, ya que en su tratamiento hay que considerar los factores psicológicos y ambientales que pueden estar interfiriendo, sobre todo el apoyo que brinda la familia en ese proceso. Este autor también explica que en la mayoría de los casos, el médico se basa en su conocimiento para curar al cuerpo y el psicólogo para tratar la mente de la persona, perdiéndose como objetivo el abordaje al enfermo real quien antes de ser un paciente enfermo es un sujeto inmerso en un determinado contexto. Pese a la importancia de un abordaje integral de la persona, aún en nuestros días continua la escisión cuerpo-mente, como así también un mal entendimiento de los conceptos de salud-enfermedad.

Siguiendo con el autor citado anteriormente, la incorporación del psicólogo en el equipo médico y en la salud, implica un conocimiento más abarcativo de lo que se considera como salud y enfermedad. Supone un traspaso de pensar sólo lo individual, biológico y orgánico, a una concepción del hombre como una totalidad, en la que lo individual, lo psíquico y lo social son inseparables.

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible afirmar que el psicólogo puede intervenir de diferentes maneras dentro del campo de la medicina, por ejemplo: en la preparación emocional de los pacientes antes de ser intervenidos, en el apoyo a la familia ante accidentes, en ciertas patologías como diabetes, hipertensión, etc. Esto lo logra rectificando pautas de comportamientos que involucran al paciente, al tratamiento y a su familia. Actividad que es posible si se comienza a replantear lo que es la salud y la enfermedad dirigiendo las acciones hacia una actividad preventiva, en sentido de promoción de la salud, es decir, hacia una mejor calidad de vida (Bleger, 2007).

Bleger (2007) considera que en una institución de salud, el psicólogo debe centrar su atención en los grupos humanos que la conforman, y en cómo la misma afecta a las personas que allí asisten. Puede incorporarse como asesor, abordando a la institución, a los grupos humanos (grupo familiar) o a la comunidad. Lo principal es que la función social del psicólogo sea la salud y de ella principalmente, la higiene mental. Entonces su función refiere al “estudio de conocimientos, actividades, técnicas y recursos psicológicos de la salud y la enfermedad (mental o no) como fenómenos sociales y colectivos” (Bleger, 2007; p.25) y con ello trabajar en el diagnóstico precoz, en la disminución del sufrimiento y en el tiempo de internación. También debe enfocarse en la prevención de futuras enfermedades, tanto del paciente como de las personas involucradas en el tratamiento. Es así, que “el énfasis de la higiene mental se

traslada así de la enfermedad a la salud y, con ello, a la atención de la vida cotidiana de los seres humanos” (Bleger, 2007; p.27).

Dentro de la higiene mental se encuentra una rama que va a constituir el campo de acción del psicólogo: el campo de la Psicohigiene. La misma es definida como el “conjunto de actividades propias del psicólogo que actúan sobre el nivel psicológico de los fenómenos humanos, con métodos y técnicas procedentes del campo de la psicología y la psicología social” (Bleger, 2007; p.31). Esta actividad, supone salir del consultorio privado e ir en busca de las personas, intentando llegar a ellas de manera que puedan solicitar los servicios en condiciones diferentes.

Por su parte, la psicoprofilaxis no se refiere solo a enfermedades mentales, sino al empleo de recursos psicológicos para prevenir enfermedades orgánicas y/o psíquicas, siendo una parte de la salud pública o privada, como de la higiene mental.

La autora Mucci (2015) se refiere a la profilaxis como un modo de inclusión del psicólogo en el territorio médico, permitiendo ofrecer asistencia al paciente hospitalizado, ampliando el intercambio con los profesionales, abordando a la familia y demás integrantes del equipo médico. De esta manera, interviene en sugerir cuestiones relacionadas al proceso de comunicar e informar, señalar la presencia o ausencia de redes de apoyo familiar, identificar situaciones de burnout, entre otras.

Teniendo en cuenta lo anterior, es posible afirmar que la prevención supone evitar daños, actuar, intervenir y realizar acciones previas al surgimiento de algún riesgo psíquico en personas que hasta ese momento se suponen sanas. La familia forma parte del equipo de salud, y su participación resulta fundamental e indispensable para el logro y mantenimiento del estado de salud. Es un recurso para atender, para cuidar y acompañar (Huerta González, 2005).

Salud y Enfermedad

El ser humano para subsistir necesita de otros seres humanos, por lo que tratar a un solo individuo por sus síntomas es despojarlo de su contexto social y de su familia en primer lugar. La familia es fuente de salud y de enfermedad para sus integrantes. Esta última altera la armonía de la familia, ya que no sólo afecta al miembro que la padece sino que repercute en todo el grupo familiar.

Se debe pensar a la enfermedad como una experiencia llena de significados, que vive tanto el enfermo como quienes lo rodean. Es un estado que perturba el funcionamiento físico y mental del grupo familiar (Huerta González, 2005).

Desde la Organización Mundial de la Salud se define a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Ferrari, 1996; p.16). En cambio, para la medicina la salud constituye un estado definido a partir de la ausencia de síntomas y signos de alguna alteración corporal. Ambos conceptos no son excluyentes, sino dinámicos.

Debe pensarse a la salud como un estado de bienestar general, incluyendo en ella la capacidad física y mental de la persona para poder adecuarse a diferentes situaciones y de esta manera, mantener un equilibrio. Siendo un factor importante para la salud, los vínculos con los que cuenta la persona para preservarla y hacer frente a la situación vital en la que se encuentra (Ferrari, 1996).

Siguiendo a la autora Mucci (2015), cabe destacar que los términos paciente y enfermo, connotan el rol pasivo de la persona que padece. Esta pasividad se relaciona al comportamiento que asume desde el discurso médico, por lo que no se debe dejar de considerar que la persona enferma y su familia son personas que se encuentran atravesando una situación crítica en el presente de su historia.

Por otra parte, Carpinacci (1979) señala que cuando una persona ingresa a alguna institución para ser asistido, suele ser sustituido y nombrado a partir de un número, de su enfermedad o su diagnóstico, perdiendo con ello su identidad y su singularidad. Además quienes lo acompañan no son incluidos salvo para informar las acciones que se realizaran. Entonces resulta necesario un abordaje holístico del sujeto, de su enfermedad, de su salud y tratamiento y que la enfermedad sea sólo una parte de esa persona. Dicha actitud requiere de profesionales que capten esa totalidad. En función a ello es que la enfermedad debe ser concebida “como un suceso en el que está comprometido el hombre y no meramente un cuerpo” (Carpinacci, 1979; p. 32). Ya que, como sostiene la autora Álvarez Vélez (2009), el paciente no está solo, sino que viene acompañado por una familia angustiada y sobrepasada por la situación.

En cuanto a lo anterior, Huerta González (2005) considera que el tratamiento de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas resulta difícil sin la intervención y comprensión de la familia hacia la enfermedad. Como así también, la actitud de la familia será determinante en el seguimiento o interrupción de tratamientos médicos.

Carpinacci (1979) propone definir a la enfermedad como un “conjunto articulado de sucesos que tiene como centro una serie de fenómenos anómalos individuales, de los cuales se despliega una serie de hechos cuyas consecuencias se extienden hasta comprometer a diferentes personas e instituciones” (1979; p. 58). En función a ello sugiere que una internación debe apuntar:

- a la cura y/o alivio sintomático de la enfermedad,
- a transformar el periodo de tratamiento en una activa experiencia comunitaria.

También considera que en un paciente internado, su evolución, pronóstico y resultado terapéutico va a depender de la afección somática, de las condiciones materiales y humanas de la enfermedad y del tratamiento. Como así también, de todos los objetos físicos y humanos intervinientes. Ellos serán los medios con los que dispondrá el paciente y la institución, conjuntamente a las características de la personalidad de este último, de su familia, de los médicos, enfermeros, etc. Esto se debe a que durante las internaciones, el paciente no sólo sufre por su enfermedad, por los recursos para tratarla y por su permanencia en la institución. También intervienen los recursos propios para poder hacerle frente y es así que las frustraciones serán enfrentadas por medio del vínculo que establezca con otros: enfermeros, familia, médicos, quienes están en continuo contacto.

Las acciones del psicólogo dentro del grupo familiar van más allá del acompañamiento. La familia ante la enfermedad se ve sacudida por conflictos producto del estrés y el desgaste de los cuidadores del enfermo; situaciones inconclusas, mutua culpabilización, expectativas económicas, aspectos que generan crisis y deben ser abordados (Huerta González, 2005).

Capítulo II

En el siguiente capítulo se aborda a la familia como principal grupo de apoyo con el que una persona cuenta en las diferentes situaciones de la vida. Se considera cómo ante una crisis que afecte a uno de sus integrantes, todo el grupo se ve afectado, debiendo enfrentar las crisis de la mejor manera posible en función a la fortaleza propia con la que la persona cuenta. Además resulta importante conocer que la familia así como la persona individual posee derechos y que los miembros deben conocerse para que sean aplicados.

Familia

Ya desde los inicios del desarrollo de Freud se parte de la imposibilidad de pensar a un sujeto aislado. Sin embargo, la familia no fue abordada en aquellos años ya que, al igual que desde la medicina, la enfermedad era pensada y abordada desde la individualidad. Aun así, ya Freud visualizaba cómo el conflicto entre familiares era un obstáculo en el proceso analítico. Sin embargo, con el paso del tiempo, la familia comenzó a ser incluida como nuevo campo de abordaje (Gaspari, 2000).

Las autoras Abelleira y Delucca (2011), describen a la familia como una estructura abierta, compleja y heterogénea, en permanente intercambio entre sí y con el afuera, expuesta a constantes transformaciones. En el interior de cada una de ellas se transmiten reglas, valores, ideales, denominadas significaciones imaginarias sociales, que operan como organizadores de sentido.

Bleger (2007) define a la familia como institución social, conformada por un grupo de personas, con una determinada organización. La misma tiene como función servir de control y seguridad para la satisfacción de la parte más narcisista de la personalidad, a partir de la cual se van a ir desarrollando aquellos aspectos más adaptativos y discriminados.

En la familia como grupo, cuando se producen situaciones de cambio todos los integrantes se ven afectados de diferentes maneras. Esto ocurre ya que existen situaciones que cambian y alteran la vida de las personas y de una familia de manera abrupta, produciendo marcas donde antes no había y que no se esperaban. Estos hechos

son sucesos imprevistos, traumáticos, que implican una nueva tramitación psíquica de sentido (Berenstein, 2007).

Una perturbación dentro de la familia genera que se movilicen sentimientos de amor, odio, culpa, rencor, y debe intentar simultáneamente hacerle frente a las situaciones presentes. Una situación, obedece a un conjunto de circunstancias en permanente transcurrir: lo histórico de cada sujeto, lo actual, lo contextual, lo vincular, y lo novedoso, es decir, lo que hasta el momento nunca estuvo (Rojas, 2004). La palabra situar, hace referencia a poner a la persona en un determinado lugar o situación. La palabra vivencia, en cambio, implica experimentar algo, un estado subjetivo que se inscribe en el aparato psíquico. Resulta así que una situación va a implicar un impacto y una vivencia en el psiquismo de las personas (Mucci, 2015).

Gaspari (2000) por su parte, explica cómo una situación crítica puede ser pensada y sentida dentro de la familia como algo armonizante de lo que ya estaba establecido o ser excluido como ruido y diferente. El modo en que este último opere sobre la subjetividad de los integrantes de la familia va a ser de acuerdo a cómo es vivido ese ruido, si es incorporado sin pregunta alguna o si duele. En este último caso, es cuando puede introducirse como interrogante. De acuerdo a ello, será condición necesaria que un cierto umbral de angustia sea tolerada en un movimiento de ruptura de lo establecido hasta ese momento, para producir una nueva objetivación, una transformación de la situación.

“Lo concerniente al sufrimiento emocional de una persona transcurre en ella y también, aunque en forma distinta, en la familia” (Berenstein, 2007; p.39). Es por ello, que una familia queda impactada y afectada ante un hecho doloroso, en el que la angustia de unos puede generar la angustia en los otros, quedando cada integrante afectado en distintos grados. Una emergencia implica así una angustia, un dolor, que afecta en la subjetividad. Por lo que, las intervenciones deben apuntar a crear nuevas condiciones de producción, ante situaciones donde se debe reordenar lo incomprensible (sufrimiento).

Gomel (2000) al respecto considera que el no poder hablar sobre este sufrimiento y/o situación, genera la imposibilidad de pensar una estrategia de huida en la que lo doloroso quede excluido. Es entonces una estrategia fallida ya que la angustia denuncia lo traumático, provocando vivencias de aniquilación, ligadas al desamparo. La angustia se relaciona así con una ausencia de significación, un obstáculo por un

incremento de estímulos externos e internos, como una fuerza que desmorona a la subjetividad.

Teniendo en cuenta lo planteado por Álvarez Vélez (2009), cuando una enfermedad aparece en algún integrante de la familia, todo el grupo debe adaptarse. De acuerdo a las características de cada persona integrante del grupo, las adaptaciones podrán ser graduales, naturales o, por el contrario, pueden generar sentimientos o comportamientos inapropiados. Sobre todo, cuando sea otro integrante de esa familia quien deba cuidar de esa persona enferma. Es así que la familia enfrenta miedos, como por ejemplo, a no saber qué hacer, a que el enfermo sufra, a hacer daño durante el cuidado, miedo a equivocarse, etc.

Debido a esto la familia comienza a sentir una ansiedad que altera su normal funcionamiento. Pueden surgir reacciones de impotencia, de angustia, incluso agresividad e indefensión. Garza Elizondo y Gutiérrez Herrera (2015) describen dos modos de respuesta familiar ante la enfermedad:

- la familia se concentra y se organiza alrededor de la atención al enfermo,
- se producen conductas de evitación, de distancia en relación al enfermo, de manera que el integrante de la familia, que se hará cargo del cuidado, cree una relación de dependencia con el enfermo.

Teniendo en cuenta lo anterior, el psicólogo debe realizar una actividad preventiva en el seno de la familia, en los grupos humanos y/o en las instituciones, para que puedan enfrentar las repercusiones psicológicas y sociales de la enfermedad. Intervenir en las implicaciones emocionales de la familia ante la emergencia de una enfermedad, permite ofrecer un contexto de marco y contención (Bleger, 2007), ya que en su mayoría no se sienten capacitadas para cuidar al enfermo o no saben cómo atender a sus necesidades.

Resulta necesaria la contención a la familia a lo largo de todo el proceso, sobre todo en el tiempo de internación del paciente. La familia es una aliada del equipo médico a la hora de cuidar al paciente. Por esto se la debe integrar en el manejo de la medicación, de la alimentación y de la higiene, e informar acerca de los efectos secundarios de la enfermedad y del tratamiento y de esta manera contribuir a que la ansiedad y la angustia disminuyan. La necesidad de los familiares cuidadores puede ser en relación a: necesidad de apoyo, de información, económica y, sobre todo, ayuda psicológica para superar la sensación de cansancio, soledad y aislamiento (Álvarez Vélez, 2009).

En una institución, las reuniones con la familia de pacientes debe ser en un tiempo breve, ya que los mismos no están por lo general mucho tiempo internados (Carpinacci, 1979). En el paciente sus reacciones van a depender del tipo de enfermedad y de las sensaciones que la misma produce, de su insuficiencia funcional que lo aparta de las actividades que desarrollaba habitualmente y de cómo repercute en la familia de acuerdo a su respuesta emocional, como por ejemplo, en su preocupación, en el fastidio, en la indiferencia, en sentimientos de amor, de odio o de culpa. A ello refiere el efecto que dichas sensaciones tienen sobre el psiquismo de la persona enferma y cómo influye en la evolución de la enfermedad.

A los elementos que conforman una enfermedad, se les agrega el componente emocional de todos los actores y espectadores que asisten al drama (Carpinacci, 1979). Por este motivo la enfermedad debe ser situada en un contexto psicosocial y su diagnóstico y tratamiento no deben ser formulados sólo en función de la aplicación de un medicamento o intervención. Como sostiene Álvarez Vélez (2009), la familia es el núcleo fundamental de apoyo al enfermo, al mismo tiempo que requiere de apoyo y educación.

Crisis

Cuando una familia se enfrenta a una enfermedad, debe enfrentar una crisis, lo que le implica obtener un diagnóstico y atravesar el proceso de tratamiento para controlar la enfermedad. Esto puede incluir la internación en la alguna institución de la persona, y la atención de las necesidades psicosociales del paciente.

Una crisis resulta ser “la ruptura temporal del equilibrio psicológico que ocurre cuando el individuo, la familia o ambos, enfrentan una situación abrumadora que no son capaces de superar con sus recursos habituales” (Garza Elizondo y Gutiérrez Herrera, 2015; p.29). Puede generar diferentes reacciones:

- Estrés: como reacción ante estímulos peligrosos o amenazantes, reales o imaginarios;
- Ansiedad: sentimiento de aprensión expectante, vago, difuso y desagradable, acompañado de síntomas físicos (inquietud, fatiga, irritabilidad, tensión, etc.)
- Miedo: como sentimiento de preocupación constante, asociado a inseguridad y vulnerabilidad,
- Pánico: ansiedad o miedo extremos que la persona no puede controlar.

Por lo que, una crisis es un proceso adaptativo, doloroso y difícil para reaccionar ante nuevas situaciones de la vida. Puede tratarse de crisis transitorias o continuas, en este último caso, provoca mayor dificultad en la respuesta adaptativa de la familia (Garza Elizondo y Gutiérrez Herrera, 2015).

Por otra parte, Mucci (2015) afirma que las crisis son eventos irruptivos en la vida de las personas que genera inestabilidad, desorganización y dificultades en los recursos de las personas para enfrentarlas. Además traen aparejado cambios, rupturas, pérdidas y duelos. Es decir que son parte de la vida, una transición que genera estrés y angustia, propios de la vulnerabilidad psíquica.

La vida se encuentra atravesada por etapas evolutivas y accidentales. Las primeras, son naturales y esperables: nacimiento, desarrollo, crecimiento y maduración. Las segundas en cambio, remiten a cambios inesperados y abruptos; que pueden provenir de la propia persona o de su entorno, como alguna enfermedad, muerte, desempleo, accidentes, catástrofes, entre otras. Por esto la enfermedad física es vivida como una crisis que afecta al cuerpo. Y como todo lo que ataca al cuerpo, es vivido como un ataque al yo, a la integridad psíquica. Por lo que la angustia y la tristeza pueden permitir o no, la activación de defensas de afrontamiento.

Garza Elizondo y Gutiérrez Herrera (2015) realizan una descripción de cómo las crisis evolucionan de acuerdo a las siguientes etapas:

- Negación: mediante actitudes de desconcierto, desesperación, con conductas y pensamientos de evasión de la realidad y de no aceptación. Implica una reacción defensiva.

- Enojo e ira: implica frustración por el proceso que se vive, incluye la sensación de vulnerabilidad; puede explicarse como el resultado de una lucha interna entre la pérdida de control y el deseo de recuperar el equilibrio; es fuente de culpa y de reproches.

- Tristeza y depresión: caracterizado por el abatimiento, llanto y silencios; alternado con conductas agresivas hacia cualquier persona familiar, o profesional.

- Aceptación: se da de modo progresivo a medida que la persona va recuperando su funcionalidad. Se aceptan las consecuencias del evento y se trabaja para afrontarlo de la mejor manera.

La enfermedad implica así una amenaza objetiva o pérdida real, en la que la persona que la padece sufre y necesita respuestas. Para la familia que vive esa situación a la par de la persona enferma, significa un grado de estrés tal que le desencadena una

crisis que debe afrontar junto al enfermo. De allí que resulta necesario trabajar con la familia. Para ello, la psicoprofilaxis busca atender la urgencia y transformarla en situación, para que la familia pueda adquirir los recursos necesarios, que permitan afrontarla, elaborarla y sobrellevarla.

Funciones Yoicas

El yo, como instancia psíquica, es el encargado de la adaptación a la realidad, al sentido de la realidad, del control de los impulsos, regulador de ansiedad, de la tolerancia a la frustración, de integración, coherencia, entre otras. Fiorini (2002) parte de considerar a las funciones yoicas como aquellas capaces de regular el contacto con la realidad circundante. Se caracterizan por su plasticidad y permeabilidad a los cambios. Las clasifica en tres grupos:

- Funciones yoicas básicas: dirigidas al mundo exterior, a los otros y a sí mismo. Entre ellas: percepción, atención, memoria, pensamiento, anticipación, ejecución, control, etc.

- Funciones defensivas: encargadas de metabolizar ansiedades mediante el manejo del conflicto: disociación, negación, evitación, etc.; que actúan en simultaneidad con las básicas.

- Funciones integradoras, sintéticas u organizadoras: permiten mantener una cohesión de la personalidad.

Estas últimas, ante situaciones de cambios en donde el sujeto debe reorganizar su mundo, permiten articular el propio deseo con el control racional.

Para Pecznik (2012), el paciente a causa del dolor y el sufrimiento que padece suele generar una dependencia con la familia, principalmente con la persona encargada de sus cuidados. No menos significativa resulta para el familiar cuidador con qué recursos enfrentar esa situación. Ante la vivencia de la enfermedad en un integrante de la familia, el yo de quien lo cuida puede vivenciar el trauma y verse incapaz de administrar el exceso de estímulos, generándose un estado de desvalimiento, es decir, un estado de impotencia. El duelo por la persona que aún no ha fallecido, puede remitir a duelos anteriores elaborados o no. Es por ello que el yo va a intentar mediante los mecanismos de defensa, preservar su seguridad, resguardando su angustia. Se podrán observar los mecanismos de racionalización, aislamiento, control, omnipotencia, represión, proyección, entre otros. La negación y la desmentida suelen ser los

predominantes, ya que son los que permitirán anular el dolor sentido por la situación. De esta manera, ante la percepción de una realidad angustiante, puede producirse un funcionamiento primitivo del psiquismo.

Hay situaciones grupales o institucionales que permiten reforzar los mecanismos del yo o debilitarlos. Los otros (referentes familiares o profesionales) participan en el curso y desarrollo de tales funciones, ya sea para facilitarlas, estimularlas, reafirmarlas, u obstaculizarlas, limitarlas o bloquearlas (Fiorini, 2002).

Fiorini (2002) sostiene que el trabajar estas funciones puede permitir reforzar aquellas que se encuentran conservadas e indagar sobre aquellas que ante situaciones difíciles fracasan. Es así que ante un conflicto, ciertas funciones que se encuentran comprometidas pueden trabajarse en relación a la elaboración del mismo, reforzando la autoestima, la motivación y el crecimiento; por medio de un espacio de contención, promoviendo el alivio de la ansiedad, la estimulación y consolidación de las mismas.

Por su parte Pecznik (2012) explica cómo desde el dolor, la angustia, y la impotencia de la situación vivida, una de las respuestas que puede dar la persona es la violencia, entendida como sentimiento que priva a la persona de su capacidad racional. Violencia que posteriormente debe ser transformada en aceptación y elaboración, para que de esta manera, la familia pueda acompañar en la enfermedad y su tratamiento al paciente comprometido. La violencia es una parte constitutiva del ser humano, es así que la persona a cargo del cuidado puede dirigirla hacia el paciente, hacia los profesionales, hacia demás integrantes del grupo familiar o incluso hacia sí mismo, producto del agotamiento por el transcurso de la enfermedad. Por lo que, el trabajo con la familia, la contención afectiva y emocional, apunta a que puedan metabolizar sus sentimientos hostiles y dolorosos.

Derechos de la Familia

Las familias como las personas que tienen problemas de salud, tienen derechos. Garza Elizondo y Gutiérrez Herrera (2015) consideran que si bien son pensados para una persona desde su individualidad, los mismos deben ser aplicados a la familia como un todo. Estos derechos resultan así pilares para la atención:

- Las familias tienen derecho a la salud
- Las familias tienen derecho a que la atención a la salud recibida sea: integral, continua, preventiva, accesible y humanista.

Respecto a la categoría preventiva, los autores enfatizan que las medidas a tomarse deben cubrir todos los niveles, desde la prevención primaria hasta la terciaria; desde la educación para la salud hasta la rehabilitación, adecuándose a las características de cada familia. Ya que la familia como grupo primario, es la unidad básica de salud para sus integrantes, y de ella van a depender los hábitos y conductas hacia una mejor calidad de vida y de atención.

Capítulo III

En el siguiente capítulo se desarrolla principalmente el síndrome del cuidador, explicando de qué manera la tarea que realiza la familia o una determinada persona del grupo familiar al cuidar a una persona enferma, repercute en la salud y los riesgos que puede acarrear no prestar atención a las diferentes manifestaciones sintomáticas previas a la instauración del síndrome. De esta manera se pretende señalar la importancia de contener a la familia en el proceso de cuidado de un paciente enfermo, previniendo enfermedades físicas y psíquicas.

Síndrome del cuidador: Burnout

Cuando una persona se encuentra institucionalizada o está atravesando un tratamiento prolongado, es necesario que otras personas los ayuden con aquellas actividades que por su condición no puede desempeñar, además de brindar el apoyo emocional necesario para la adaptación del paciente a la nueva situación. Cuidar o atender a otras personas puede ser fuente de satisfacción personal, sin embargo, otras veces, esta actividad puede afectar la salud y el bienestar de quien la realice (Arrivillaga Quintero, Salazar Torres, Correa Sánchez, 2007).

Quienes realizan esta actividad son personas que reciben el nombre de cuidadores no profesionales y son quienes atienden a un familiar en situación de dependencia debido a su enfermedad, incapacidad o por limitación de su capacidad para desenvolverse (Álvarez Vélez, 2009).

La autora Álvarez Vélez (2009) llama “cuidador principal” a aquella persona que asume la atención y cuidado de la persona dependiente. Actividad que puede no producir sobrecarga debido a las características personales del enfermo, de la condición de su salud y enfermedad. Sin embargo, el hecho de estar a cargo del cuidado altera la rutina y estabilidad familiar. El cuidador principal dedica la mayor parte del tiempo a la tarea de cuidar, quedando su vida personal en un segundo lugar. Es así que comienza a recibir poca o ninguna ayuda de otra persona o familiares, incluso suele rechazar el apoyo exterior por sentimientos de culpa.

Además, cuando la persona se encuentra implicada emocionalmente en la actividad, la misma expresa sus emociones como de solidaridad, de consuelo, de escucha, de atención, para tranquilizar, etc. En el momento en que la persona se implica

emocional y personalmente, verá involucrada su salud mental (Rubio, 2011). Por lo que, a medida que aumentan los años de esta actividad, disminuye la calidad de vida del cuidador. Además, deben enfrentarse con el dolor, con la enfermedad y, en algunos casos, con la proximidad de la muerte. Situaciones límites, atravesadas en la mayoría de los casos por la urgencia y la toma de decisiones inmediatas.

Arrivillaga Quintero, Salazar Torres y Correa Sánchez (2007) se refieren a las repercusiones emocionales que genera ser responsable de la salud y de la seguridad de otra persona, así como también, la impotencia que genera el estado de enfermedad, el estar en un continuo contacto con el sufrimiento, con el dolor, sumado al agotamiento físico. Este ritmo de vida puede generar angustia y alteraciones.

El cuidador principal llega incluso a pensar que a la persona enferma hay que ayudarla en todo, regla difícil de cumplir. A partir de ello, la autora Álvarez Vélez (2009) explica las ideas erróneas acerca del cuidar bien que atraviesan esta actividad:

- debo ayudar en todo
- sólo yo sé cómo cuidarlo
- debo satisfacer todas sus demandas
- no puedo decirle que no
- sólo quiere que lo cuide yo
- yo puedo.

La autora desarrolla el término “estar quemado” dado a conocer por Christina Maslach en 1977, para referirse al proceso de deterioro que sufren las personas que realizan una actividad prolongada de cuidado y asistencia. El síndrome del cuidador quemado se manifiesta cuando en la persona cuidadora se produce un agotamiento de su capacidad para seguir desempeñando la tarea, asociado a un desgaste físico y emocional. Este síndrome se genera por un estrés crónico continuado, debido al continuo contacto con la enfermedad, y con las tareas rutinarias que implica el cuidado, produciendo un agobio con sentimientos de desborde y culpa.

Por su parte, los autores Mingote Adán y Pérez García (2013), explican cómo ante una situación de amenaza, la persona responde mediante reacciones que representan un estado de estrés. Por lo que, un adecuado control del estrés permite el aprendizaje y el desarrollo de nuevas habilidades. Sin embargo, cuando el estímulo es nocivo y permanente en el tiempo, puede perturbar el equilibrio y generar enfermedades.

En función a ello, el autor Vargas Fernández (2012) identifica tres fuentes principales de estrés:

- sucesos estresores: situaciones mayores en las que se incluye la muerte, importantes heridas, incidentes con demasiada carga emocional, etc.
- estresores ocupacionales: situaciones que generan determinadas acciones y que crean presión del tiempo, sobrecarga de responsabilidad, demandas físicas, demandas emocionales de toma de decisiones difíciles, recursos limitados, etc.
- estresores ambientales: condiciones climatológicas externas.

Por otra parte, Arrivillaga Quintero et.al. (2007) sostienen que el burnout (síndrome del cuidador quemado) es considerado como una fase avanzada del estrés, asociado a la actividad de ayudar y/o trabajar atendiendo a otras personas. La característica fundamental es el desgaste emocional y debilitamiento psicológico que genera la realización de esa actividad en el transcurso del tiempo. El burnout ha sido considerado mayormente en el campo de las organizaciones; luego su estudio se fue extendiendo al campo profesional, educativo y al sector del trabajo en el hogar, que en su mayoría implica el cuidado de personas.

Álvarez Vélez (2009) describe las señales de alerta que puede indicar la presencia del síndrome:

- Síntomas físicos: trastornos del sueño, pérdida de energía, fatiga crónica, cansancio continuo, aumento o disminución del apetito, molestias digestivas, consumo excesivo de medicamentos;
- Síntomas emocionales: cambios repentinos del humor o estado de ánimo, agresividad hacia los demás, enojo hacia otros cuidadores o miembros de la familia, comportamientos rutinarios repetitivos, aislamiento familiar y social, desatención a sí mismos.

Es por ello que el burnout constituye un factor de riesgo psicosocial, ya que es considerado como una de las principales causas de deterioro de la salud, como resultado de una sobrecarga de recursos personales para sobrellevar la situación. Ya que por intentar adaptarse y responder de manera eficaz a las demandas, la persona cuidadora se esfuerza de un modo intenso y sostenido en el tiempo. Sumado a una alteración psicosocial, como por ejemplo, conflictos de pareja y familiares, problemas con hijos, distanciamiento familiar, entre otros (Arrivillaga Quintero, Salazar Torres, Correa Sánchez, 2007).

Los autores Arrivillaga Quintero et.al. (2007) plantean tres dimensiones que constituyen etapas para el desarrollo del síndrome:

- Primer momento de agotamiento emocional, por la falta de recursos emocionales y manifestaciones somáticas, como por ejemplo, abatimiento, ansiedad e irritabilidad.
- Seguimiento de estado de despersonalización, mediante actitudes negativas, depresión, hostilidad, respuestas cínicas e insensibilidad hacia la persona a cuidar.
- Por último, una baja realización personal, con pérdida de confianza y autoconcepto negativo, como resultado de sentimientos de fracaso y baja autoestima.

En cuanto al nivel interpersonal, específicamente familiar, el burnout se puede asociar a la falta de apoyo social, a relaciones negativas o problemas familiares. Como así también, a la naturaleza de la enfermedad, a la incertidumbre de la misma, a un sentimiento de desesperanza, acerca del tipo de cuidado que se debe prestar, con conflictos relacionados al tratamiento, etc. La atención a enfermedades, implica desafíos éticos y morales. El burnout puede significar un modo defensivo y peligroso de afrontamiento, por medio de conductas de evitación por tratarse de temas cargados de angustia, de dolor y sufrimiento, sumado a la frustración de no poder hacer nada para que esa situación se mejore.

La adaptación va a depender de los recursos con lo que cuente la persona cuidadora, para enfrentar tal situación. El burnout constituye así un fenómeno social que hay que afrontar, resultando como prioridad el cuidado de los cuidadores (Arrivillaga Quintero, Salazar Torres, Correa Sánchez, 2007).

Resulta necesario que se proporcione ayuda a los cuidadores para mejorar su calidad de vida y prevenir en ellos enfermedades. Desde las instituciones se debe ayudar y apoyar a las familias afectadas, brindando diferentes recursos para que el cuidado resulte lo menos traumático posible (Álvarez Vélez, 2009).

Capítulo IV

A continuación se desarrolla el concepto de apoyo psicológico y contención como unos de los principales recursos a utilizar como profesionales de la salud ante situaciones de crisis. Ya que se considera que ante cualquier tratamiento médico, la salud psíquica de la persona que acompaña al paciente no debe ser dejado de lado, sino que hace al tratamiento y rehabilitación, como así también actuar sobre la prevención de futuras enfermedades y/o trastornos en la propia persona cuidadora.

Apoyo Psicológico

Los autores Portillo Rubiales, Henar y Portillo Rubiales, Raquel (2009) consideran que el apoyo psicológico y los cuidados psíquicos deben ser considerados como instrumentos fundamentales para el enfrentamiento de diferentes situaciones como por ejemplo una enfermedad, durante su tratamiento y rehabilitación. Resulta así que el apoyo psicológico debe acompañar cualquier intervención médica (promoción, prevención y/o tratamiento) en pos de una atención de la persona como una totalidad.

La dimensión psíquica de la salud no siempre ha sido tomada en cuenta, sin embargo es un aspecto que debe ser atendido. Las emociones, los pensamientos, las vivencias, pueden desencadenar a largo plazo diferentes enfermedades, ya sean somáticas o psíquicas. Por lo que debe reconocerse que son un elemento a tener en cuenta para trabajar.

Dentro del campo de la salud el aspecto emocional implica considerar los afectos, sentimientos y emociones de la persona involucrada, como así también, la dimensión cognitiva y dentro de ella, las valoraciones subjetivas de las diferentes experiencias de la vida. Para ello resulta importante brindar un apoyo psicológico que permita conocer las necesidades básicas de la persona, promover actitudes de autocuidado, identificar sentimientos negativos de miedo, angustia, ansiedad para prevenir futuras enfermedades; implica además intervenir en la formación de hábitos saludables, considerando aspectos como alimentación, medicación, higiene, forma de vida de uno mismo y de la familia (Portillo Rubiales, H. y Portillo Rubiales, R., 2009).

El apoyo psicológico puede definirse como “la atención de aspectos emocionales y psicosociales de la persona que lo requiere, coordinándola con la atención física que reciba” (Núñez Fernández; 2011; p. 121). El mismo no debe ser confundido con la

psicoterapia, de ser necesaria ésta última se derivaría a los profesionales competentes implicando otra modalidad de encuentros y encuadre.

La autora Núñez Fernández (2011) sostiene que el apoyo psicológico es un recurso muy importante luego de que la persona vivencie alguna situación traumática. Ya que como las consecuencias físicas, las psicológicas pueden acompañar a la persona durante toda su vida si no son abordadas en su tiempo. Por lo que, es importante el poder trabajar las emociones para comenzar a entender lo sucedido. Es así que el apoyo psicológico busca atender psicológicamente a la persona afectada por una crisis.

Es importante considerar el momento de afectación en la que se encuentra la persona, si se encuentra en el momento de inicio o en una fase posterior. En algunas oportunidades, si se trata del momento inicial tras sufrir una situación traumática, el apoyo será de urgencia en donde se buscara la expresión de las emociones, la información acerca de la situación, necesidades personales y si se encuentra acompañado por alguna otra persona cercana. Con todo ello se intentara aliviar el sufrimiento.

Si el apoyo psicológico se realiza en un momento posterior, se buscará prevenir las consecuencias psicológicas; se intentará evitar un trastorno por estrés postraumático y con ello evitar la cronificación.

El apoyo psicológico tiene como principales objetivos:

- aliviar el sufrimiento psicológico,
- facilitar la reorganización de la actividad familiar, laboral y social,
- prevenir el agravamiento de síntomas y/o evitar la cronificación de los mismos.

Núñez Fernández (2011) considera como medidas de contención en un primer momento tranquilizar a la persona, facilitar la expresión de emociones sin reprimir pero tampoco obligar a ello, cada persona va a presentar un determinado modo de afrontamiento, activar recursos de apoyo social y recursos propios internos.

La función terapéutica de la comunicación permite influir sobre el otro con la intención de brindarle una ayuda. Para ello deben darse una serie de mecanismos de identificación. Sin embargo en algunas oportunidades las palabras resultan insuficientes para definir los sentimientos, miedos y emociones. Las emociones representan el estado del organismo tras el enfrentamiento a un acontecimiento externo y/o interno. Es así que las emociones representan el modo de respuesta, sea adecuada o no (Portillo Rubiales, H. y Portillo Rubiales, R.: 2009).

Las emociones se componen por las funciones de adaptación, información, social y comunicativa. Por lo que, ante una determinada situación se produce una respuesta emocional la cual será inconsciente en un comienzo, luego la misma irá adquiriendo una significación afectiva. Las emociones pueden clasificarse en positivas, asociadas a un logro o beneficio que conlleva a un estado de felicidad, alegría, entre otras. En neutras, que no son agradables ni desagradables. Y emociones negativas que se experimentan cuando se siente una amenaza o pérdida. Entre estas últimas se encuentran:

- el miedo,
- la ira, por un sentimiento de vulnerabilidad,
- tristeza,
- vergüenza, por sentimientos de inferioridad,
- ansiedad, por sentimientos de agitación, inquietud, asociado a una amenaza real o fantaseada.

La autora Núñez Fernández (2011) plantea que los principios de atención psicológica en situaciones de crisis deben contemplar: la Brevedad, Inmediatez, Calidez, Expectativas y Simplicidad.

La brevedad refiere al tiempo, intervenir lo antes posible para evitar secuelas. Se busca que la persona comprenda que las reacciones que experimenta son esperables, ya que el cuerpo busca retomar el equilibrio perdido. La inmediatez se asocia a la comprensión y atención a la brevedad de la crisis sin que la persona tenga que esperar. La calidez involucra las habilidades sociales de empatía y escucha activa, otorgando un trato cálido y cercano. Las expectativas refieren acerca de lo que va a ocurrir y al cómo se debe actuar, ya que ante una situación de crisis las expectativas pueden verse bloqueadas por lo que es necesario transmitir tranquilidad en ese momento. A su vez, resulta necesario crear expectativas positivas con información real acompañando al afrontamiento de la situación. En cuanto a la simplicidad refiere a que el apoyo psicológico debe ser próximo y simple, buscando un equilibrio para que la persona se tranquilice y exprese.

Aun así, además de estos principios es importante que el terapeuta se ajuste a la realidad de la persona y utilice aquellas técnicas y habilidades necesarias.

Vargas Fernández (2012) considera que es importante informar a la persona de que las respuestas emocionales, fisiológicas, cognitivas y conductuales que está sintiendo son esperables luego de una situación de crisis y explicar que son reacciones

esperables. En base a ello se debe intentar normalizar esas manifestaciones como lo son instancias de shock, cansancio, sueño o insomnio, palpitaciones, pérdida de concentración, tensión muscular, dolores de cabeza, miedo, desesperanza, tristeza, nostalgia, culpa, enojo, entre otros. Se debe apuntar a la comprensión de esa situación y explicar que se necesita tiempo para poder ir enfrentando el momento.

Entre las técnicas que pueden utilizarse para manejar la ansiedad se encuentran: la respiración profunda y la relajación; y entre acciones para enfrentar las situaciones pueden describirse:

- favorecer actividades para mantenerse activo y ayudar a los otros, de esta manera mejorar el estado de ánimo
- confrontar la realidad de a poco, respetando el tiempo de la persona
- poder expresarse, no inhibir, no dar consejos, ya que puede interpretarse como falta de comprensión
- brindar un espacio de privacidad.

Por medio de la empatía (ponerse en el lugar del otro) y técnicas de comunicación y de escucha activa, se propone la exteriorización de sentimientos, ideas, percepciones, miedos en relación a la situación vivida. La empatía permite pensar y sentir de la misma forma en que piensa y siente esa persona, genera una sensación de seguridad, de acompañamiento y aceptación. Es así que una actitud de escucha y de apoyo es fundamental en el momento de estar con la/s persona/s. Como así también el acompañar con el silencio puede ser de gran ayuda, usando un tono de voz cálido y contacto visual. De esta manera se busca contribuir a una reestructuración de la situación y no culpabilizar para evitar ideas negativas hacia uno mismo (Núñez Fernández, 2011).

La autora Núñez Fernández (2011) considera que por medio de una escucha activa se le brinda a la persona la posibilidad de que cuente lo que ha pasado, que ponga en palabras su vivencia, que ordene los sucesos. Ya que es esperable que ante momentos de crisis se generen distorsiones en el pensamiento, focalizando la atención es un aspecto determinado sin considerar los demás. Para ello se debe brindar información que permita construir la historia incorporando elementos de la realidad. De esta manera, se irán desahogando emociones, sufrimientos y vivencias.

La tristeza se acompañará de la consciencia de lo que se ha perdido, el enojo e irá irán en dirección adecuada, asegurando que no se dirija a otros o a sí mismo, se

buscará elaborar la culpa, se identificará y maneja la ansiedad. Por lo que, el hablar será beneficioso si se integran las emociones y reelaboraciones necesarias.

Un factor importante es potenciar el apoyo social: redes sociales, familiares y laborales. Ya que son elementos que influyen directamente en el proceso de reelaboración y significación. De esta manera se debe ayudar a identificar cambios en las relaciones familiares y laborales, nuevas amistades y grupos de apoyo (Núñez Fernández, 2011).

Situación de Duelo

La autora Núñez Fernández (2011) describe que el duelo puede ocurrir por una pérdida real de algún ser querido o por cualquier otra situación o experiencia de pérdida vivida. El proceso se compone de 4 fases:

- momento de shock, caracterizada por una nueva realidad difícil de asimilar. La persona se encuentra afligida, insensible y serena. Es una etapa en la que resulta difícil asimilar el suceso. Predominan sentimientos de dolor físico y emocional. Esta etapa puede durar desde algunos días o hasta meses.

- fase de culpa y resentimiento, la persona comienza a pensar en aquellas cosas que pudo hacer y que no hizo, puede culpabilizarse a sí mismo, a otras personas cercanas, al servicio médico que atendió al paciente, reaccionando de forma negativa. Durante este momento se debe realizar un reajuste psicológico hacia el nuevo estado.

- fase de adaptación, en ella se comienza a ver la situación ocurrida como algo trágico inmodificable y a entender que la vida sigue. Se debe respetar el momento privado de cada uno.

- fase de superación, la persona comienza a retomar su vida, sus responsabilidades y obligaciones.

Ante personas que se encuentren en las primeras fases resulta importante orientarlos y asesorarlos, brindarles información acerca de lo esperable de sus sentimientos.

Puede ocurrir que la persona presente agresividad hacia sí mismo y contra quienes intenten ayudarlo, o que se propicie el surgimiento de una psicopatología grave en pleno momento de crisis. Es importante contar con la ayuda de otros profesionales y familiares, comprendiendo que se trata de un momento de sufrimiento.

Resiliencia

Este concepto plantea la posibilidad de un crecimiento postraumático, considerando que no todas las personas afrontan las situaciones de crisis y duelos de igual manera. La resiliencia se refiere a la capacidad de la persona o grupo de seguir pensando un futuro a pesar de situaciones vividas.

El crecimiento postraumático, no refiere a que la persona valore como positivo el hecho ocurrido, sino que pueda de lo negativo obtener algo positivo, que se adquiriera un aprendizaje, alcance fortaleza, refuerce relaciones, cambie la forma de ver el mundo y la vida.

Con ello se pretende que la persona pueda recordar aspectos positivos de su historia quitándole el valor negativo, que pueda observar que diferentes sucesos de la vida son impredecibles, desarrollar nuevos recursos y estrategias de afrontamiento (Núñez Fernández, 2011).

Capítulo V

En el presente capítulo se plantea el dispositivo de abordaje para el trabajo con los familiares-cuidadores de pacientes que se encuentren en una institución de salud: Taller de Psicohigiene.

El Grupo

Los dispositivos grupales refieren a las diferentes modalidades de trabajo con grupos. Permiten, a partir de las personas que lo componen, producir determinados efectos en función a las formas de intervención.

En primer lugar es necesario considerar al grupo como una totalidad, en el que las conductas de cada uno de sus integrantes son pensadas en función a su pertenencia en lo grupal, esto sin desestimar las subjetividades propias de cada uno. Por lo que, el abordaje de la totalidad no debe ser homogeneizante. La organización circular del espacio será lo que permita el desarrollo de ciertos enlaces y desenlaces de las subjetividades (Fernández, 1989). Por otra parte, el grupo como dispositivo, va a requerir de un encuadre con ciertos objetivos, número de integrantes, tiempo de los encuentros, un determinado tipo de intervención y de coordinación (Edelman y Kordón, 2014).

En cuanto a la noción de grupo, Woronowski y Jasiner (1996) parten de considerar a la subjetividad dentro de una trama vincular y al encuentro con lo diferente como condición de aprendizaje y de comunicación, y lo definen como un espacio de encuentro y desencuentro de subjetividades vinculadas por una tarea en común. Además consideran que funciona como escenario privilegiado para el despliegue de problemáticas y la posible inclusión de un proceso corrector.

Por su parte, Bernard, Edelman, Kordón, L'Hoste, Sergoviano y Cao, (1995) consideran que el grupo representa el escenario en el cual puedan desplegarse múltiples problemáticas. De esta manera se permitirá la aparición de fenómenos regresivos que reactiven angustias, vivencias de confusión, de desintegración y mecanismos defensivos primarios, sirviendo lo grupal como función de protección y sostén. Así, el grupo

constituye un instrumento que posibilita diferentes abordajes, uno de ellos el trabajar a partir de las situaciones grupales para la elaboración de diferentes problemáticas.

El sujeto desde su nacimiento se encuentra inserto en una matriz grupal: la familia, a partir de la cual va a formar su identidad. Durante su desarrollo, el psiquismo va a ir adquiriendo diferentes apoyaturas, desde lo biológico y lo social, a partir de los grupos de pertenencia, que mantienen el apuntalamiento del psiquismo. Ante una situación de crisis o de cambio, el psiquismo pierde tal apoyatura produciéndose alguna perturbación. Por lo que, ante una crisis como podría ser una situación de pérdida o de enfermedad, se genera una alteración en el sujeto, en ese momento el grupo proporcionará un sostén para reconstruir ese apoyo (Edelman y Kordón, 2014).

Kaës desarrolla el concepto de apuntalamiento del psiquismo, a partir del cual resalta el apoyo grupal sobre el psiquismo del sujeto. En cuanto a esto Bernard et.al. (1995) señala cómo ante una vivencia de crisis, de desamparo, existe un apoyo psíquico sobre el grupo y las instituciones, sobre todo en aquellas más significativas como la familia. El apuntalamiento es así un modelo para resolución de crisis y de problemáticas, ya que muchas veces el sujeto solo no puede hacerle frente, permitiendo sí lo grupal crear un espacio de transición, para reapuntalar aquello que no puede ser inscripto en el psiquismo.

Fernández (1989) desarrolla el concepto del texto grupal, como aquello que no se reduce a lo verbal y/o escrito, sino que incluye todo lo que el grupo produce y construye como generador de sentidos. En función a lo cual, la interpretación apuntará a crear las condiciones de posibilidad para que tales sentidos puedan enunciarse.

El trabajo en grupo al realizarse frente a frente permite la incorporación de lo no verbal, exhibiendo el cuerpo su capacidad expresiva. Además se genera un contexto multipersonal a partir del cual se genera el interjuego de miradas, contactos y distancias que denotan su significación (Rojas, 2000). El coordinador, desde el psicoanálisis, se desplazará como líder en tanto lugar del poder, y será visto como aquel que permite elucidar el acontecer grupal. Ya que puntuará algún sentido, interrogará, resaltaré, pero no descubrirá la verdad, permitiendo de esta manera el surgimiento de nuevos sentidos (Fernández, 1989).

Las instituciones marcan el contexto de desarrollo de lo grupal. Los grupos no deben pensarse como islas, sino que lo social e institucional atraviesan su devenir a partir de las significaciones imaginarias que desde ellas se generan. De esta manera, la dimensión institucional a partir de sus significaciones puede operar de manera positiva o

negativa en la producción de lo grupal. Siguiendo a Fernández, “se pretende inscribir lo grupal en lo institucional sin perder lo específico de la grupalidad (...) tomar como vector de análisis la dimensión institucional” (1989; p.162).

Es así que se destaca que el grupo brinde un encuadre y continente en la aceptación de la situación de internación, en la convivencia en el lugar de internación, en el manejo de las situaciones institucionales (Edelman y Kordon, 2014).

Por su parte, Del Cueto (1999) considera que el grupo abre la posibilidad de intercambio y de aprendizaje, permitiendo el desarrollo individual a partir de lo grupal. Conformando una zona intermedia entre lo externo (institucional y social) y lo interno (individual).

Teniendo en cuenta lo planteado en este apartado es posible afirmar que lo grupal sería un contexto óptimo de trabajo de aquellas situaciones problemáticas que de manera individual generan tristeza y angustia. Es así que surge la idea de la modalidad de taller como estrategia de trabajo grupal.

El Taller

El Taller es pensado como un modo específico de organizar los vínculos que favorece los encuentros y los intercambios, y sirve de puente al delimitar lugares y roles. Es un abordaje que puede realizarse a partir de la presencia de un grupo.

Ander Egg lo define como “un lugar donde se trabaja, se elabora y se transforma algo para ser utilizado” (1999; p.14). Permite aprender a partir del grupo, mediante el grupo. Su fundamentación está basada en un aprender-haciendo, en el trabajo cooperativo, en una participación activa de sus integrantes. Lo importante es reflexionar y actuar en grupo, enriquecerse con los aportes de los demás y saber expresar los propios puntos de vista. Permite, a partir de situaciones-problemas, realizar un trabajo totalitario desde un enfoque holístico. Además, el trabajo grupal que allí se realiza no excluye las actividades individuales.

El autor plantea que las actividades que se desarrollen deben estar relacionadas a la solución de problemas reales a partir de la comprensión de los mismos. Se pretende indagar, reflexionar, crear dudas, y a partir de eso, pensar en los medios para hacerle frente, como por ejemplo, adquirir conocimientos, desarrollar capacidades y

habilidades. Para que un taller funcione se deben aplicar técnicas, procedimientos y métodos de trabajo.

Ander Egg (1999) plantea diferentes tipos de talleres. A uno de ellos lo denomina taller horizontal, ya que implica la participación de las personas que se encuentre en un mismo nivel o área. Por último, el autor menciona los principales logros y resultados de un taller, entre los que se incluye:

- desarrollar una estrategia didáctica, capaz de promover la posibilidad de aprender
- desarrollar la capacidad de poner en práctica lo aprendido
- fomentar el trabajo autónomo y la creatividad para hacer frente a los problemas
- facilitar la comprensión mediante la interrelación entre conocimiento y acción
- capacidad de registrar y sistematizar las experiencias particulares
- promover la capacidad de reflexionar en grupo y trabajar en equipo, aprendiendo a trabajar de manera cooperativa
- mejorar la motivación y la autoestima de los participantes.

Psicohigiene

La Psicohigiene es definida por Bleger (2007) como el campo de acción del psicólogo, que va más allá de la medicina y de las actuaciones de los profesionales médicos. Se encuentra dentro de la higiene mental e implica actuar sobre los fenómenos psicológicos de las personas con métodos y técnicas de la psicología. Por lo que, actuar desde la Psicohigiene implica trabajar en pos de la promoción de la salud desde un enfoque social.

La función social del psicólogo clínico no debe ser únicamente la psicoterapia individual, sino la salud pública y dentro de ella, lo que respecta a la Psicohigiene, dirigiendo los conocimientos, actividades, técnicas y recursos hacia los aspectos psicológicos de la salud y la enfermedad (Bleger, 2007).

A su vez, toda acción desde la salud pública tiene efectos sobre los fenómenos psicológicos, como así también las acciones desde la Psicohigiene van a repercutir en la salud corporal. Resulta así que “el psicólogo clínico debe ocupar un lugar dentro del equipo de la salud pública, en cualquiera y en todos los objetivos de la higiene mental,

en los cuales tiene funciones específicas que cumplir: la de Psicohigiene” (Bleger, 2007, p.28).

Bleger (2007) considera que se deben abordar los elementos psicológicos para hacer una medicina y no dejar de considerar a la medicina para trabajar con eficacia la psicología. Una disciplina debe remitir a la otra, rompiendo con la antinomia cuerpo-mente como sistemas separados.

Por lo que, trabajar desde la psicoprofilaxis o prevención de las enfermedades implica actuar antes que éstas aparezcan, dirigiendo las acciones hacia la promoción de un mayor equilibrio de la salud. Es así que, para que la medicina sea realmente efectiva, debe dirigirse hacia la promoción de la salud y al bienestar de la persona, adoptando una actividad preventiva además de la asistencial; considerando lo biológico, lo orgánico, lo psíquico y lo social (Bleger, 2007).

En lo que respecta al trabajo del psicólogo en una institución, Bleger (1999) considera que en todos aquellos lugares en los cuales hay personas, se debe ir hacia ellos respetando el lugar en el cual se desenvuelven y trabajar más allá de la acción del “curar”, ya que las intervenciones deben ir dirigidas hacia la promoción de la salud, la cual refiere a la utilización de los recursos con los que cuenta cada grupo para movilizar su propia actividad en pos de una mejor condición de vida.

Es así que “el trabajo con el grupo en una institución en función a la prevención primaria no tiende a la curación sino a las posibilidades de desarrollo de las capacidades y aptitudes de los seres humanos” (Bleger, 1999; p.113).

En toda planificación de Psicohigiene Bleger (2007) sostiene que la familia ocupa un lugar central, ya que la enfermedad en uno de sus integrantes implica un movimiento y desestructuración de su dinámica familiar. Por su parte, Carpinacci (1979) considera que se debe trabajar en pasillos, consultorios, en la guardia, en la UTI, ocupándonos de las implicaciones emocionales del familiar-cuidador del paciente ante la emergencia de una enfermedad somática.

Hacia la Promoción de la Salud

Sanabria Ferrand (2011) toma la definición de promoción de la salud de la Carta de Ottawa de 1986, en la cual se la considera como la acción de proporcionar a la gente los medios necesarios para mejorar la salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Por otra parte, cita la definición de prevención de la enfermedad según la Organización

Mundial de la Salud en la que se refiere a las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

En función a ellas, Sanabria Ferrand (2011) sostiene que la promoción de la salud y la prevención serían actividades complementarias que deben ser promovidas de manera simultánea por todos los profesionales de la salud.

Es así que los autores Sarría Santamera y Villar Álvarez (2014) explican cómo desde la promoción de la salud se abarcan tres modos de prevención, la prevención primaria que refiere al conjunto de actividades dirigidas hacia las personas susceptibles, intentando evitar la aparición de enfermedades. Desde la prevención secundaria y terciaria, se intenta evitar o retrasar las enfermedades ya instauradas en la persona, mediante la detección precoz y el tratamiento adecuado, considerando además aquellas medidas de rehabilitación.

Por lo que, una de las maneras de trabajar desde la prevención primaria puede ser por medio de la educación para la salud, la cual incluye aquellas actividades tendientes al aprendizaje para mejorar el conocimiento acerca de la salud, desarrollando habilidades que la mejoren, fortaleciendo experiencias y desarrollando la confianza necesaria para desplegar acciones tendientes hacia una mejor calidad de vida (Sarría Santamera y Villar Álvarez, 2014).

Es así que desde la promoción de la salud “se reconoce y se apoya completamente la necesidad de incorporar y mejorar las intervenciones preventivas como prestaciones básicas de un sistema sanitario, integrados en todos los niveles de atención y en cualquier entorno de prestación de servicios” (Sarría Santamera y Villar Álvarez, 2014; p. 29).

Relevamiento Institucional

A continuación se presentará la Institución seleccionada para la realización del proyecto de aplicación profesional, en la cual se procedió mediante la recopilación de información a conocer su historia, realidad institucional, su funcionamiento, los distintos actores sociales que en ella se desenvuelven, para poder realizar un análisis e interpretación generadoras de conclusiones e hipótesis.

El “*Instituto Privado de Urología y Nefrología Río Cuarto SRL*” ubicado en el macrocentro de la ciudad, en calle Mitre 1064 de la localidad de Río Cuarto (Córdoba), inicia sus actividades en enero del año 1980, siendo la primera institución en el interior del país con especialidad en urología, nefrología y hemodiálisis. Se encuentra a cargo de un directorio conformado por cuatro especialistas del área de medicina y un licenciado en economía.

En sus inicios se caracterizó por ser una Institución monovalente, con la única especialidad en urología y nefrología. El área de hemodiálisis y cirugía se focalizaba en la atención y tratamiento de las patologías renales, atendiendo a pacientes crónicos y agudos. Al complejizarse las cuestiones asociadas a tal patología, se fueron incorporando diferentes especialidades, principalmente cardiología y la Unidad de Terapia Intensiva (UTI).

En 1982 se creó la Unidad Cardiológica a cargo de tres profesionales médicos especializados, quienes son los socios minoritarios del sector de urología. Ello marcó un hecho de máxima relevancia para la institución, debido a que en la inauguración de dicha Unidad asistió el Dr. René Favaloro.

En un primer momento, se constituyeron dos firmas separadas: por un lado, la Unidad Cardiológica y por otro, el Instituto de Urología. Con los años, el Instituto de Urología absorbe la Unidad de Cardiología y actualmente se lo conoce como el Instituto Privado de Urología y Nefrología Río Cuarto.

En cuestiones edilicias, en sus inicios el Instituto estaba separado por una casa, por ello quedaba por un lado la Unidad de Cardiología y por el otro, el Instituto de Urología, el nexo de ambas era la Unidad de Terapia Intensiva y el quirófano, ubicado en la parte trasera del edificio.

La Institución se encuentra en el mismo edificio desde sus inicios. Dispone de dos mesas de entrada, ubicadas en los dos ingresos. En la parte de adelante se

encuentran los consultorios para pacientes ambulatorios y por detrás se ubica el Área de internación, la cual se distribuye entre planta baja y planta alta. Se fueron incorporando con los años consultorios externos en calles aledañas y nuevas habitaciones vip en el sector de planta alta. La casa que en un primer momento separaba las dos firmas, fue adquirida con lo que se pudo expandir los consultorios y ubicar el Área de Admisión de Internados. El sector gerencial y administrativo siempre ha estado ubicado en la planta alta del inmueble.

La Institución se encuentra organizada por departamentos y servicios de guardia, cardiología, urología, nefrología, hemodiálisis, clínica médica, cirugía general, contando además con los servicios de unidad de terapia intensiva (UTI), quirófano, hemodinamia y laboratorio ubicados en planta baja y el área de hemodiálisis y hemodinamia en el segundo piso.

La parte de internación dispone de 35 camas entre los dos pisos y un office de enfermería en cada uno de ellos, la Unidad de Terapia Intensiva cuenta con 4 camas, el sector de Unidad Coronaria (UCO) con 4 camas y en el sector de Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) hay 2 camas.

La planta de empleados es de 120 personas, 23 se encuentran a cargo del desempeño de tareas administrativas, 5 empleados en el Área de Cirugía (dos enfermeros, dos instrumentistas, una mucama), 9 se encuentran en el sector de la cocina; 20 enfermeros/as de piso, un enfermero/a en el sector de Hemodinamia, y 14 enfermeros/as en el Área de Unidad de Terapia Intensiva. Además del personal que trabaja en el sector de Hemodiálisis; mucamas de internación, de consultorios y oficinas; personal en el sector de lavadero y ropería; y el personal de laboratorio.

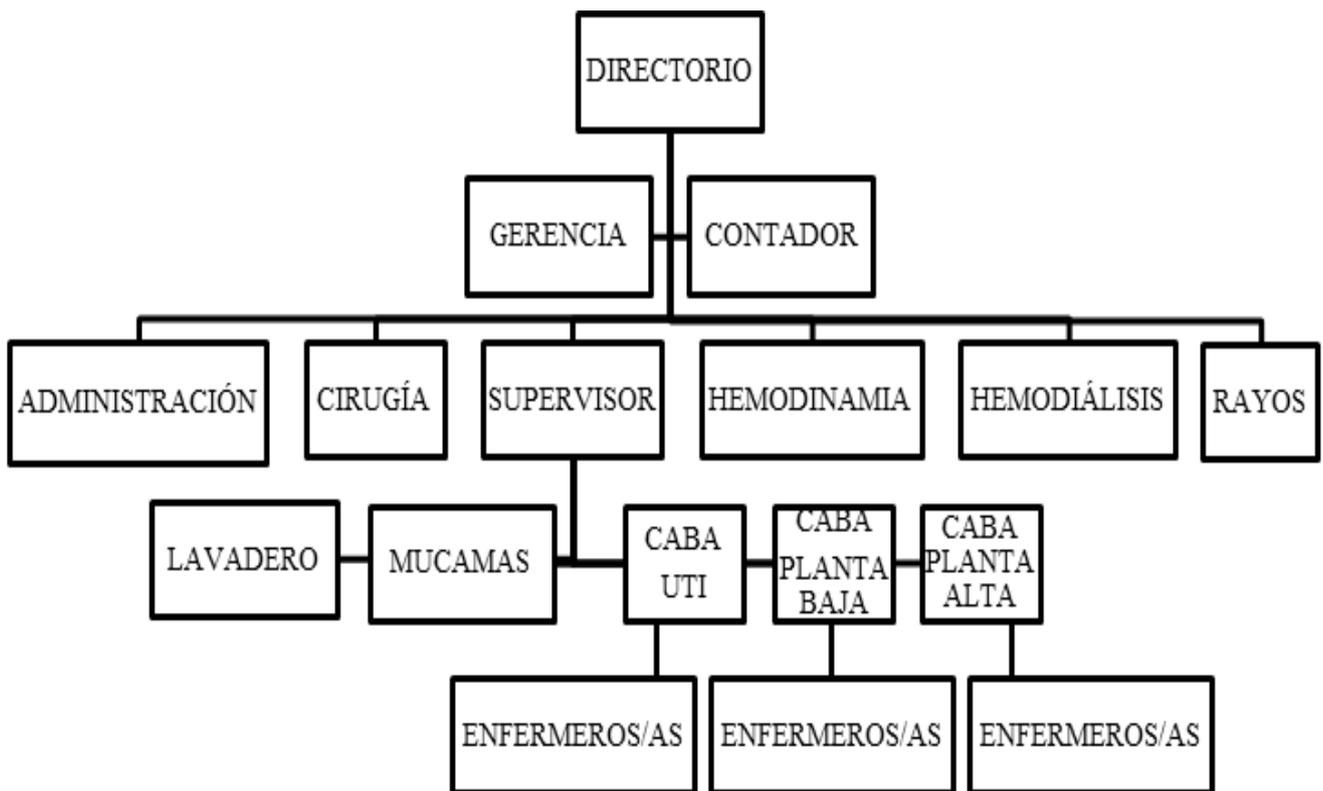
En la actualidad cuenta con un equipo de profesionales del área de la salud que prestan su servicio de acuerdo a diferentes especialidades, entre ellas: clínica general, cardiología, neurología, gastroenterología, nefrología, hematología, oncología, neumonología, diabetes, flebología, anestesia, hemoterapia, traumatología, ginecología, cirugía general, cirugía pulmonar, cirugía cardiovascular, cirugía urológica, diagnóstico por imágenes, anatomía patológica, nutrición, laboratorio bioquímico y otras.

La población que asiste procede de la ciudad y la zona, se caracteriza por personas adultas, en su mayoría entre la segunda y tercera edad. Existen casos de la atención a niños y adolescentes, pero en menor grado.

De acuerdo a la información obtenida en las entrevistas a la gerente y empleadas administrativas, se puede afirmar que la misión de la Institución es insertarse dentro de

las empresas sanatoriales de renombre en la ciudad, para brindar un servicio de salud especializado. La visión y los valores han ido cambiando debido a una mayor complejización en las especialidades médicas y los convenios con las Obras Sociales, como así también, la dinámica institucional también se ha ido transformando. El equipo médico, las relaciones entre los diferentes actores de la Institución y de éstos con los pacientes, la actitud médica se considera un valor importante que se ha modificado, como así también la presencia del médico en las internaciones y la comunicación.

En cuanto al organigrama, la Institución no cuenta con una presentación jerárquica formal y explícita acerca de las funciones y responsabilidades de quienes conforman la misma, sin embargo una de las empleadas administrativas proporcionó el siguiente modelo:



Metodología

Para la realización del siguiente trabajo se llevó a cabo una investigación de tipo cualitativa, se procedió a partir de un diseño de tipo descriptivo-exploratorio transversal, que permitió un acercamiento al conocimiento de la realidad institucional para su posterior comprensión y definición de una problemática.

La población a partir de la cual se investigó estuvo conformada por aquellas personas que trabajan en el “Instituto Privado de Urología y Nefrología de Río Cuarto SRL”, que incluye: directivos, personal administrativo, enfermero/as y médicos; además se incluyó a familiares de pacientes que se encontraban internados.

En cuanto a la técnica de muestreo, se procedió de acuerdo a lo propuesto por Bologna (2011) a partir de muestreos de tipo no probabilísticos, ya que se buscó adquirir un conocimiento inicial acerca de algún problema y profundizar en algunos aspectos particulares. Con respecto a los empleados de la institución, se utilizó un muestreo de juicio o intencional, ya que el interés estuvo centrado en la riqueza de la información que pudieran aportar algunas personas de la institución, para profundizar el análisis a partir del testimonio de aquellas personas que se consideran como informantes idóneos. La muestra se conformó por la gerente general, dos personas que trabajan en el área de administración, dos enfermeras y dos profesionales médicos. Se tuvo en consideración aquellas personas que forman parte de la planta permanente de la institución.

Para quienes se encontraban al cuidado de sus familiares, se procedió mediante un muestreo de tipo accidental o según disponibilidad, ya que se entrevistó a seis personas que por el hecho de estar cuidando a algún familiar, se encontraban en ese momento en la clínica.

Procedimiento

Técnica e Instrumentos

El modo de recolección de los datos fue a partir de la técnica de entrevistas, de tipo no estructuradas con los actores que trabajan en la institución. Consistió según León y Montero (2003) en una guía de preguntas que permitieron continuar con una conversación en función a los temas de interés de la investigación. Las mismas partieron de preguntas generales y luego particulares, esto permitió que las personas entrevistadas

respondieran de modo libre, sin condicionar sus respuestas. Se utilizó una misma guía de preguntas para las entrevistas (ver anexo 1), considerando que no se respetó el orden de presentación según los participantes a quienes se entrevistó, como así también se quitaron y agregaron preguntas según la dinámica con cada uno de ellos. Las entrevistas se llevaron a cabo en diferentes días del mes de abril de 2016.

Otra técnica que se utilizó fue la encuesta, que consistió en un cuestionario autoadministrado para los familiares-cuidadores de los pacientes internados. El mismo se conformó por preguntas cerradas y abiertas que fueron respondidas ante la presencia de la entrevistadora, procurando que las personas se encontraran en el pasillo de la institución para no invadir en la intimidad familiar (ver anexo 2). Se llevó a cabo el día lunes 18 de abril de 2016 en el horario de la mañana.

Como sostienen León y Montero (2003), este tipo de técnica permitió conocer lo que las personas opinan sobre determinado fenómeno, en este caso, la valoración del servicio brindado por la institución, lo que consideran importante acerca de la atención recibida por los profesionales y si piensan que sería importante la presencia de un profesional del área de psicología para acompañarlos en el momento que están atravesando.

Por último se analizaron documentos que fueron aportados por la institución, en relación a la historia institucional, cuestiones edilicias, personal que trabaja allí e informes que han sido presentados a otras instituciones.

El análisis de datos se desarrolló de acuerdo a una metodología cualitativa, mediante la cual se procedió a identificar las características institucionales, sus debilidades y fortalezas, oportunidades y amenazas, a modo de intentar conocer, comprender y analizar la realidad institucional, y que permita la realización de una posterior estrategia de intervención.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo de la investigación se tuvo en consideración preservar la identidad de los participantes. Su participación fue de modo voluntario con la posibilidad de abandonar la misma cuando lo considerasen necesario. Por lo tanto la información que se obtuvo será confidencial.

Para ello se les entregó una carta informativa a cada participante en la que se aclaró por escrito el objetivo de la investigación, en qué consistió su participación y aporte, como así también el modo de contacto si deseaban obtener información acerca del trabajo final realizado (ver anexo 3); y se les hizo firmar un consentimiento informado mediante el cual se garantizara que la persona ha expresado voluntariamente su participación en la investigación, después de haber leído y comprendido la información que se le ha dado (ver anexo 4).

Tabla resumen de Metodología		
Tipo de investigación	Exploratoria – Descriptiva	
Metodología	Cualitativa	
Técnicas	Entrevista No estructurada	Encuesta
Instrumentos	Guía de preguntas	Cuestionario autoadministrado
Población	Personal de la Institución: - gerente, - dos empleadas del área de administración - dos enfermeras - dos profesionales médicos	Seis personas familiares que se encuentren al cuidado de un paciente internado
Criterio muestral	No probabilístico Intencional	No probabilístico Accidental
Muestra	7 personas	6 personas

Fuente: elaboración propia

Análisis de datos

De acuerdo a la información obtenida mediante la realización de las entrevistas al personal de la Institución (ver anexo 5), se observaron valoraciones positivas respecto al servicio que brinda la misma, ya que es una institución con más de treinta años de trayectoria. Además se trata de un establecimiento de tamaño pequeño, lo que permite una atención más personalizada. Los profesionales y demás empleados consideran positivo que desde la Institución se ofrecen múltiples servicios como consultorios para pacientes ambulatorios, internación, cirugía, rayos, laboratorio bioquímico, entre otros. Lo que permite la realización de diferentes actividades, como así también la intervención en casos sociales si fuese necesario

En esta Institución, el paciente es considerado como un ser humano y no como un simple portador pasivo de una enfermedad, por lo que se intenta un abordaje integral en diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Se prioriza el mantener un buen vínculo médico-paciente y conservar una comunicación permanente con la familia de los pacientes, ya que se considera a la familia como un factor importante en el tratamiento y acompañamiento del paciente. Los profesionales que allí trabajan, apuntan a trabajar de modo interdisciplinario con los demás profesionales dentro de la institución, además consideran necesario trabajar con el área de psicología y estarían dispuestos a hacerlo, ya sea con pacientes que presentan patologías cardíacas, que hayan padecido un ACV (accidente cerebro vascular), con aquellos que deber realizarse diálisis, y con la familia de los mismos.

En función a los aspectos negativos se expresaron cuestiones referidas a cuestiones directivas de la institución, ya que los empleados consideran que faltaría un mayor control, una mejor organización de tareas y actividades. Además sostienen que si bien es una Institución que ha ido creciendo con los años, incorporado nuevas especialidades, construida nueva instalación y anexados nuevos consultorios, faltaría mejorar cuestiones edilicias que aportarían al tratamiento y comodidad de los pacientes, como así también, la incorporación de personal en algunas áreas, como en enfermería.

Por otra parte, la institución no cuenta con un sector de recursos humanos que contenga al personal, como así tampoco se impulsa la formación del personal desde la institución. También se manifestó que a los profesionales médicos no se les exige desde la institución un abordaje interdisciplinario, lo que en algunas ocasiones generaría diversidad de opiniones y criterios.

La institución cuenta con una sola profesional del área de psicología que sólo trabaja con los pacientes del área de hemodiálisis; sin embargo los demás profesionales de esa área consideran que sería necesaria una mayor comunicación entre ellos. Además, un profesional de psicología podría ayudar en el diálogo con la familia, no sólo de los pacientes de esa área, sino que habría demanda en otros sectores, ya que muchas veces la familia no entiende lo que le sucede al paciente y brindaría una ayuda en el acompañamiento durante los tratamientos, ya que no debe pensarse sólo en el paciente sino también en el contexto del mismo.

La institución, al no brindar el servicio de psicología, los profesionales manifiestan que es dificultoso trabajar con especialidades que no se encuentran dentro de la institución.

Por último, se mencionaron dificultades con respecto a la situación socio-político-económica en la que se encuentra el país y respecto a la competencia sanatorial con las demás instituciones de salud de la ciudad. Se consideraron además, cuestiones referidas a las familias que en algunas oportunidades obstaculizarían la comunicación médico-paciente, y que al momento de realizar valoraciones de un servicio, serían los aspectos subjetivos de la/s persona/s (pacientes y familia) los que interferirían.

En relación a las encuestas, se llevaron a cabo el día lunes 18 de abril de 2016. De las seis personas encuestadas, los resultados obtenidos demuestran que se sienten acompañados por el personal de la Institución, que durante el tiempo de internación no han recibido atención psicológica y que lo considerarían necesario (ver anexo 6).

Los datos se resumen en la siguiente tabla:

Preguntas	Valoración de la atención	Si se siente acompañado por el personal de la institución ¿Por qué?	Ha recibido asistencia psicológica en la institución	El médico tratante ha sugerido para la familia y/o paciente atención psicológica	Si considera necesaria una consulta para la familia y/o paciente ¿Por qué?
Encuesta					
1	Buena	Si Porque realizan lo que está a su alcance	No	(no respondió)	(no respondió)
2	Muy Buena	Si Porque te sentís apoyado	No	No	Si Porque en el tiempo que uno pasa a veces los mínimos problemas se magnifican
3	Muy Buena	Si	No	No	Si No sabe porqué
4	Muy Buena	Si Por la atención hacia el enfermo en cualquier momento	No	No	Si
5	Buena	Si	No	No	Si Porque sería necesaria ante ciertas patologías
6	Muy Buena	Si Porque son todos muy amables	No	No	Si

Matriz FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Institución con más de 30 años de trayectoria - Institución que brinda múltiples servicios: consultorios, internación, cirugía, rayos, laboratorio, etc. - Ofrece además de sus especialidades atención en otras áreas de la salud como cardiología, traumatología, ginecología, clínica médica, entre otros. - Trabajo interdisciplinario - Los profesionales consideran que la Institución brinda un buen servicio de salud - Se realiza un abordaje integral en diagnóstico, tratamiento y seguimiento. - Se prioriza mantener una buena relación médico-paciente y una buena comunicación permanente con la familia - Interés por parte de los profesionales de la institución de trabajar con profesionales del área de psicología. 	<ul style="list-style-type: none"> - Una Institución de Salud puede crecer incorporando diferentes áreas, mejorando sus servicios
DEBILIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Es una institución que en varios aspectos se mantiene como en los años ´80 - Falta de control por parte de los directivos y supervisores hacia los empleados - La Institución no posee organigrama - Problemas edilicios que afectaría el trabajo con los pacientes - Falta de formación del personal 	<ul style="list-style-type: none"> - La situación económica y social del país - El sistema y políticas de Salud a nivel país - Falencias en el pago de obras sociales - Cuestiones gremiales que no contribuirían a mejorar el desempeño de los empleados - Otras instituciones del rubro en la ciudad presentarían mejores condiciones y comodidades edilicias, y brindan formación a

<ul style="list-style-type: none"> - Falta de personal y de recursos en algunas áreas como enfermería - Necesidad de abordaje interdisciplinario - Desprestigio de algunos profesionales a otras especialidades que quedan por fuera de la hegemonía del conocimiento médico - La institución no cuenta con una área de psicología - Los Profesionales manifiestan la falta de contención de la familia hacia el enfermo - Falta de un espacio de contención en la institución para los familiares de los pacientes 	<p>los empleados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Problemas familiares afectaría la comunicación médico-familia
---	--

Fuente: elaboración propia

Fundamentación de la demanda

Dentro de las debilidades identificadas, fueron seleccionadas para la problemática aquellas referidas a la falta de contención para las familias de los pacientes que concurren a la Institución. Ya que, en las entrevistas se vio reflejado cuando los Profesionales expresaron que sería importante que se trabaje junto a la familia en el tratamiento de los pacientes. Sobre todo cuando se tratan de patologías crónicas e involutivas. Consideran que un profesional de psicología podría ayudar en la comunicación cuando hay que informar o para ayudar a que comprendan la importancia de los tratamientos.

Desde el área de enfermería se expresó que el trabajar con las familias “*sería importante, para que el familiar pudiera hablar y tuviese una ayuda*” (entrevista 4 – personal de enfermería).

Otros actores institucionales expresaron que falta desde la institución un espacio de contención y que la demanda por parte de las familias ha existido. Como así también, que desde su lugar de empleados, no saben cómo responder ante situaciones críticas.

Desde los familiares, también se vio reflejada la demanda en las encuestas. En el resultado se observó que las seis personas consideraron necesaria la consulta de un profesional del área de Psicología para ese momento que atraviesan.

Es por ello que la problemática apuntaría a trabajar con estas personas familia-cuidadores de los pacientes, ya que necesitan un espacio de contención, de sostén para que las ayuden y puedan así ayudar al paciente desde el diagnóstico hasta el tratamiento.

Proyecto de Aplicación Profesional

Taller de Psicohigiene: Cuidarnos para Cuidar

El presente trabajo tiene por finalidad presentar un proyecto de aplicación profesional (PAP) en el cual se propone dar respuesta a una necesidad institucional detectada luego de la realización de un relevamiento de datos. La institución en la cual se trabajó es el Instituto Privado de Urología y Nefrología de la ciudad de Río Cuarto.

En función al análisis de la información obtenida, se propone trabajar con los familiares-cuidadores de los pacientes internados y/o que se encuentran en tratamientos prolongados, mediante la realización de un Taller de Psicohigiene.

El proyecto apunta a brindarles un espacio de contención y apoyo psicológico a estas personas que se encuentran atravesando una situación crítica, realzando la importancia de su accionar en ese momento, considerando a la familia como un recurso terapéutico valioso para el paciente, sin dejar de atender a las necesidades y cuidado de la misma. Este tipo de apoyo resulta necesario debido a que estas situaciones por la que se encuentran atravesando pueden generar angustia, cansancio y estrés; alterando además sus ritmos de vida. Es así que el trabajar con estas personas desde la salud, puede contribuir a que se sientan partícipes activos, que puedan hablar de sus problemas e inquietudes, que trabajen con otros mediante el diálogo y la escucha.

Además se pretende proporcionar un espacio y un tiempo donde puedan contar lo que les está pasando, lo que les preocupa y que puedan aprender a cómo sobrellevar esa situación de la mejor manera y que ellos mismos puedan transmitirle eso a su familiar internado, incidiendo favorablemente en la recuperación.

Este abordaje surge luego de observar que la familia no suele ser incluida dentro del tratamiento hacia el paciente, y sin embargo, es uno de los recursos más importantes para la recuperación y rehabilitación del mismo. Además, en los datos de las encuestas realizadas, los propios familiares consideraron importante recibir algún tipo de contención para ellos, como así también los profesionales de la institución manifestaron la falta de recursos para trabajar con la familia, para poder acompañarlos en momentos difíciles.

Modo de intervención

Se propone la realización de un Taller de Psicohigiene que permita incluir a los familiares-cuidadores de pacientes, trabajando desde la promoción de la salud. Para que de esta manera puedan sentirse acompañados, que encuentren un espacio para compartir sus experiencias, inquietudes y angustias, como así también incluir a otros profesionales para aclarar dudas e intercambiar información relevante.

El taller constará de encuentros establecidos previamente, dentro de las instalaciones de la institución.

Para convocar a los familiares-cuidadores participantes, se movilizará al plantel de profesionales que integran la institución: médicos, enfermeros y personal administrativo; se realizará también una invitación personal yendo por las habitaciones, para informar de qué se trata, cuál es el objetivo e importancia de su participación, se explicará que de no haber quien acompañe al paciente durante el transcurso del taller, el personal de enfermería hará visitas cada quince minutos a la habitación cuidando del mismo. También se utilizará el recurso de afiches informativos a colocar en los pasillos de la institución (ver anexo 7).

Como criterio de selección de los participantes se explicitará que podrá asistir sólo un familiar-cuidador por paciente, permitiendo de esta manera que el grupo sea heterogéneo en cuanto a experiencias y de este modo ampliar el espectro de cuidadores. Es así que se buscará desarrollar las actividades en un grupo de 10 a 15 personas. En la finalización de cada encuentro se realizará una puesta en común de lo realizado. De la información obtenida de las actividades de cierre se irá realizando el seguimiento correspondiente por si se deben reprogramar nuevos temas en función a las respuestas dadas por los participantes.

El taller será coordinado por un/a licenciado en psicología y se contará con el apoyo de la gerencia y directivos de la institución para que médicos y enfermeros participen en dos encuentros con el fin de profundizar en temas propio de su campo e instruir en cuestiones relativas al campo profesional de cada uno.

El taller está orientado a mejorar la calidad de vida de familiares-cuidadores, a través de la construcción de un espacio de contención y apoyo entre los actores participantes, buscando nuevas formas de posicionamiento de los familiares-cuidadores en los procesos de salud, enfermedad y cuidado. Es una actividad considerada de

promoción de la salud con la finalidad de contribuir a mejorar la calidad de vida de los familiares que transitan el complejo camino de cuidar.

Cronograma

El taller consiste en 8 encuentros, con módulos independientes cada uno teniendo en consideración que la grupalidad puede ir modificándose de un encuentro a otro. La frecuencia de asistencia será semanal, de dos horas de duración cada encuentro. Realizando un último encuentro post-intervención de evaluación de impacto a los 30 días de finalizado el Taller.

Etapa estratégica

Lugar

Instituto Privado de Urología y Nefrología Río Cuarto – Sala de Reuniones -

Tiempo

Los encuentros tendrán una frecuencia semanal, resultando un total de 8 encuentros en una extensión de dos meses de duración. Cada encuentro tendrá una duración de 120 minutos.

Recursos

- Humanos: - Coordinador: Licenciado en Psicología

- Participantes: se pretende que el grupo esté conformado por 10-15 personas que sean familiares-cuidadores de pacientes que utilicen los servicios de internación y/o tratamiento ambulatorio de la institución, explicitando que sólo un cuidador por paciente podrá participar. En colaboración con la gerencia de la institución y directivos, profesionales del área de la medicina y de enfermería serán invitados a participar.

- Materiales:

- Alfileres
- Palito de madera
- Caramelos
- Crayones de colores
- Hojas A4 (cantidad necesaria)
- Lapiceras, lápices
- Mesa
- Papel Afiche
- Pizarra – fibrón
- Reproductor de música.
- Sillas (cantidad necesaria)
- Sobres blancos
- Tarjetas de colores
- Tiza blanca
- Objetos varios: peine, lápiz, espejo de cartera, rollo de cinta, piedra, trozo de madera, florero de vidrio, flor, libro, papel blanco, foto vieja, ovillo de lana, foco, ladrillo, celular, pañuelo de tela.

Encuentros

- Primer encuentro: *Compartiendo Momentos*
- Segundo encuentro: *Afrontando situaciones difíciles: ¿con quién estoy?*
- Tercer encuentro: *Yo Mismo*
- Cuarto encuentro: *Con otros es mejor*
- Quinto encuentro: *Momento Informativo*
- Sexto encuentro: *Asesorando, acompañando y compartiendo*
- Séptimo encuentro: *Ver un poquito más allá...*
- Octavo encuentro: *Mis Metas*

Diagrama de Gantt

DIAGRAMA DE GANTT													
		MES 1				MES 2				MES 3			
		semanas				semanas				semanas			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Encuentro I	<i>Compartiendo Momentos</i>	■											
Encuentro II	<i>Afrontando stiuaciones difíciles ¿Con quién estoy?</i>		■										
Encuentro III	<i>Yo Mismo</i>			■									
Encuentro IV	<i>Con otros es Mejor</i>				■								
Encuentro V	<i>Momento Informativo</i>					■							
Encuentro VI	<i>Asesorando, acompañando y compartiendo</i>						■						
Encuentro VII	<i>Ver un poquito más allá</i>							■					
Encuentro VIII	<i>Mis Metas</i>								■				
Reunión a los 30 días	<i>Evaluación de Impacto</i>												■

Fuente: elaboración propia

Presupuesto

La institución cuenta con materiales y recursos que podrán ser utilizados, se detallan a continuación aquellos que estarán disponibles para la realización de los encuentros. Una sala de reuniones en la planta baja de la institución equipada con:

- 1 - Mesa Rectangular grande
- 10 - Sillas
- 1 – Pizarra con fibrones
- 1- LCD

Entre los materiales no provistos por la institución, será necesario adquirir los siguientes:

Cantidad por unidad	Material	Costo estimado*
1	Resma Hojas A4	\$100
20	Lapiceras	\$138
1	Caja crayones de colores	\$50
1	Caja de Alfileres	\$12
1	Palito de madera	\$2
1	Bolsa de Caramelos	\$70
2	Papel Afiche	\$22
100	Tarjetas de colores	\$135
1	Tiza Blanca	\$2
1	Pen Drive con Música	\$140
TOTAL		\$671

*Los precios aproximados fueron extraídos en el mes de enero de 2017 de <http://www.mercadolibre.com.ar>.

Respecto a los honorarios profesionales, el Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba establece en la resolución de junta de gobierno N° 1135/16 que los honorarios mínimos éticos profesionales a partir del 21 de diciembre de 2016 correspondiente a 8 módulos de Psicoprofilaxis (50 minutos cada uno) es de \$1970.

En cuanto a los profesionales del área de medicina que son invitados a participar de dos encuentros, los honorarios se computarán de acuerdo al mínimo ético establecido en la resolución N° 2882/2016 (N° 67160) en la cual se establece que la consulta diurna presenta un valor de \$330.

Profesional	Horas	Total
1 profesional de Psicología	16	\$3940
2 profesionales de Medicina	4 (cada uno)	\$2640
	Total	\$6580

Costo Total aproximativo del Proyecto de Aplicación Profesional Taller de Psicohigiene

“Cuidarnos para Cuidar” = \$7251

Etapa táctica

Encuentro N° 1: Tema: *Compartiendo Momentos*

En este primer encuentro se llevará a cabo la presentación del coordinador, de los participantes, se explicará el objetivo del taller y modalidad de encuentros. El encuentro se dividirá en 3 momentos: de inicio, desarrollo y cierre, los cuales se caracterizarán por el desarrollo de tres actividades principales.

Objetivo: que los familiares-cuidadores mediante el encuentro grupal, puedan compartir sus experiencias e historias para que les permita sentirse acompañados.

Materiales: Sillas, sobres, tarjetas de colores, lapiceras, alfileres, cuaderno, hojas blancas, reproductor de música.

- Momento 1:

Actividad: Presentación: el coordinador se presentará al grupo, explicará en qué consistirá este encuentro.

Los participantes, sentados en ronda, recibirán un sobre blanco conteniendo dentro una tarjeta de diferentes colores cada uno. En ella deberán escribir su nombre, y del otro lado, por qué están allí, a quién están cuidando, cuánto tiempo hace que están en la institución y cuánto tiempo creen que estarán.

Luego, cada uno colocará su tarjeta con un alfiler dejando que se lea el nombre. El coordinador comenzará a guiar para que cada uno se presente y anotando en su cuaderno el nombre de cada participante, a quien acompaña y el tiempo. Una vez concluida la presentación se procederá a la siguiente actividad.

Tiempo estimado: 30-40 minutos.

- Momento 2:

Actividad: Desarrollo: Los diferentes participantes deberán agruparse según el color de sus tarjetas. Se les dará la siguiente consigna: “En grupo deberán debatir cuáles son aquellos aspectos que encuentren en común entre cada uno, cuáles aquellos que sean diferentes. Una vez concluida esa etapa, deberán armar una presentación para compartirla con los otros grupos”.

El coordinador ira por grupo guiando por medio de preguntas cuáles podrían ser semejanzas, qué cosas diferencias, buscará ir estimulando el diálogo entre los participantes si éste se ve obstaculizado. Se pretende que en cada presentación todos los integrantes del grupo puedan hablar y compartir lo trabajado.

Tiempo estimado: 50 minutos

- Momento 3:

Actividad: Cierre: Los participantes se sentarán en ronda, se utilizará una música suave de fondo y se procederá a reflexionar lo trabajado a partir de las siguientes preguntas que irá realizando el coordinador: - ¿Cómo se sintieron en este primer encuentro?

- ¿Qué experiencias identificaron alguna que comparten entre todos?

- ¿Hay algo que le dirían a algún integrante del grupo en función a lo escuchado o a lo que está viviendo esa persona?

Se buscará generar un debate en el cuál puedan identificar que no se encuentran solos atravesando esa situación, que indirectamente comparten un mismo momento y sobre la importancia de contar con apoyo por medio del compartir sus experiencias.

Al finalizar se les entregara una hoja de papel a cada integrante para que registre de manera anónima como sintió su experiencia en esta primera reunión de apoyo.

Tiempo estimado: 30 minutos.

Encuentro N° 2: Tema: *Afrontando situaciones difíciles: ¿con quién estoy?*

En este encuentro se intentará identificar los lazos familiares y redes de apoyo con los que cuenta cada integrante del grupo. De modo que por medio de las diferentes actividades se comparta la experiencia personal de cada uno, con la finalidad de pensarse a uno mismo en relación a los otros más cercanos y cómo actúa cada uno en ese momento. El encuentro se dividirá en 3 momentos: de inicio, desarrollo y cierre, los cuales se caracterizaran por el desarrollo de tres actividades principales.

Objetivo: que cada familiar-cuidador pueda encontrar dentro de su círculo íntimo en quién confiar, a quién solicitar ayudar y con quién compartir ese momento, para poder pedir ayuda de ser necesario y no sentirse solo/a sobrepasado por la situación.

Materiales: pizarra, reproductor de música, hojas A4, lapiceras, crayones de colores.

- Momento 1:

Actividad: Presentación: el coordinador procederá a presentarse, a explicar el objetivo del encuentro y consultará acerca de si hay algún nuevo integrante en el grupo. De ser así, se le pedirá que se presente con su nombre, contando a quién acompaña y cuánto tiempo hace que está en la institución. Cada integrante sentado en ronda se les pedirá que respondan a las siguientes preguntas que serán escritas en una pizarra: ¿Quién soy? y ¿Con quién estoy?

Tiempo estimado: 30 minutos.

- Momento 2:

Actividad: Desarrollo: Se les entregará a cada participante una hoja en blanco en la cual deberán armar su árbol genealógico, en el mismo se debe incluir a la persona familiar que se encuentre internado y a sí mismo. Se les dará crayones de colores y deberán identificar con algún color según la proximidad de relación y confianza que tenga con cada integrante de ese árbol y utilizar otros colores según la distancia que mantenga. La elección de los colores será libre permitiendo mayor expresión. Una música suave se utilizará de fondo.

El coordinador ira observando el desempeño de cada participante, estimulando el desarrollo de la actividad de ser necesario. Se les permitirá a los participantes hablar durante la actividad, que expresen lo que consideren necesario para crear un ambiente de confianza y estimular la participación.

Tiempo estimado: 50 minutos

- Momento 3:

Actividad: Cierre: una vez esbozado cada árbol, se les dará unos minutos de silencio para que lo observen y piensen si desean realizar alguna modificación. Luego el coordinador pedirá a cada uno que lo presente al resto del grupo, contando cómo está

conformado dicho árbol, qué relación representa cada color y cómo se siente cada uno respecto a la persona que está acompañado y al árbol.

El coordinador irá preguntando: - ¿A quien considera que puede pedirle ayuda?

- ¿Qué le pediría?

- ¿Se lo ha pedido?

- ¿A quién no y por qué?

Para finalizar, se le pedirá a cada participante que reflexione en base a las siguientes pregunta que deberán expresar detrás del árbol: ¿cómo se siente en ese momento?, ¿con quién necesitaría compartirlo? y ¿cómo se siente pidiendo ayuda? Esa reflexión será propia de cada uno y con la finalidad de que puedan buscar apoyo dentro de su círculo más íntimo.

Tiempo estimado: 40 minutos.

Encuentro N° 3: Tema: *Yo Mismo*

Para este encuentro se propone trabajar la autoestima como una de las capacidades que en situaciones difíciles se encuentra con mayor deterioro. Se intentará por medio de las actividades que los participantes reflexionen acerca de sí mismos, reconozcan sus valores y aspectos positivos, compartiendo con otros para sentirse mejor consigo mismo y entender al otro. El encuentro se dividirá en 3 momentos: de inicio, desarrollo y cierre, los cuales se caracterizaran por el desarrollo de tres actividades principales.

Objetivo: que los familiares-cuidadores puedan pensarse e identificar sus fortalezas y valores positivos de modo que puedan sentirse más confiables y fuertes ante la situación que deben enfrentar.

Materiales: caramelos, afiche informativo, hojas A4, afiche blanco, lapiceras y crayones de colores.

- Momento 1:

Actividad: Presentación: el coordinador se presentara, explicará el objetivo del encuentro y preguntará si hay algún integrante nuevo en el grupo. Luego procederá a dar a cada participante un caramelo durante el tiempo en que se presente y se les pedirá que se ubiquen en roda. En la presentación, cada uno deberá decir su nombre, contar a quién cuida-acompaña, cuánto tiempo hace que se encuentra en la institución y si ha participado de los encuentros anteriores. Mientras desenvuelve y come el caramelo y luego de haberse presentado deberá decir algo positivo en relación al caramelo: si es dulce, rico, de color, etc. De este modo se buscará ir orientando el encuentro hacia cosas lindas y agradables. Si la persona dice algo negativo en relación al caramelo como por ejemplo “muy ácido”, deberá contrarrestarlo con algo positivo, como por ejemplo “la frutilla es más dulce”.

Tiempo estimando: 20 minutos.

- Momento 2:

Actividad: Desarrollo: el coordinador pondrá un afiche en la pizarra desarrollando los conceptos asociados al Autoestima (ver anexo 8). Luego se le dará a cada participante una hoja en blanco con un cuadro en el cual deberán escribir sus éxitos, elogios, logros, fortalezas y de qué se sintieron orgullosos alguna vez.

Se buscará que reflexionen en silencio acerca de algún acontecimiento vivido en relación a situaciones positivas y agradables. Luego, se colocará un afiche blanco en el centro de la mesa, se darán lapiceras y crayones de colores en donde cada uno deberá expresar con palabras y/o dibujos esas sensaciones vividas.

Tiempo estimado: 50 minutos

- Momento 3:

Actividad: Cierre: se hará una puesta común para que cada participante cuente qué expreso y porqué, permitiendo que cada uno comente cómo completo su cuadro, que recuerdos lindos lo llevaron a escribir y/o dibujar. El coordinador buscará promover la participación de todos y la estimulación de recuerdos agradables y significativos para distender a los integrantes con aspectos positivos en medio del momento crítico por el que atraviesan.

Tiempo estimado: 40 minutos.

Encuentro N° 4: Tema: *Con otros es mejor*

En este encuentro se trabajará el trabajo en equipo y la colaboración. Se buscare utilizar la comunicación gestual como recurso, para luego reflexionar acerca de que en la mayoría de las situaciones de crisis es difícil expresar lo que nos sucede y sentimos, aun así se pueden utilizar otros recursos para estar juntos y hacer frente a las adversidades. El encuentro se dividirá en 3 momentos: de inicio, desarrollo y cierre, los cuales se caracterizaran por el desarrollo de tres actividades principales.

Objetivo: que los familiares-cuidadores puedan resolver juntos, trabajar en equipo y llegar a la meta propuesta, aprendiendo que con otros las dificultades pueden resolverse mejor, por medio del fortalecimiento del compañerismo.

Materiales: reproductor de música, tiza blanca, palito de helado de madera, prendas de vestir u otros objetos de ser necesario,

- Momento 1:

Actividad: Presentación: el coordinador comenzara presentándose, explicando cuál es el objetivo que se trabajará en este encuentro, consultará acerca de si hay un nuevo integrante en el grupo y sobre quienes ya han participado en encuentros anteriores. Se procederá a dirigir a los participantes de pie, formando un círculo y se le dará la siguiente consiga: “Mientras que la música suene, deben caminar por la sala libremente escuchando el ritmo que va marcando la música (más despacio o más rápido). Irán observando a sus compañeros y cuando lo sientan necesario, se irán presentando uno con otros hasta que todos se hayan conocido. En esa presentación deberán decir su nombre, porqué están en la institución, hace cuánto tiempo y contar la experiencia si ya han participado de otros encuentros.”

Una vez concluido, la música se detendrá, permaneciendo en círculo y de pie cada participante le contara a los demás con quien se conoció, qué le resulto significativo de esa persona, de quien no recuerda información y de ser así se consultarán dudas que vayan surgiendo. En este segundo momento el coordinador deberá promover la participación de todos para que se conozcan y crear un clima de confianza y de cooperación entre ellos.

Tiempo estimado: 40 minutos.

- Momento 2:

Actividad: Desarrollo: se llevara a cabo una actividad denominada “Un Puente”, la cual consiste en que los participantes deben recoger la “esencia de la vida” que será representada por un palito que se encuentra en un hueco profundo (imaginario) representado por un círculo que rodea al palito. Para llevarla a cabo sólo se pueden comunicar usando señas y gestos, no pueden hablar, no pueden pisar dentro del círculo y sólo se pueden usar como elementos externos prendas de vestir u otros objetos que consideren necesarios. El coordinador dará la siguiente consigna: “Dentro de este círculo, se encuentra la esencia de la vida, la cual deben alcanzar. Para ello deben ingeniarse haciendo un puente entre ustedes.” Luego mantendrá distancia y observará la dinámica que se genere entre los participantes, la colaboración y cómo llegan a la meta. Prestando atención e incentivando a que todos participen, promoviendo el trabajo en equipo.

Una música suave acompañará la actividad.

Tiempo estimado: 40 minutos

- Momento 3:

Actividad: Cierre: se reflexionará sobre lo trabajado utilizando preguntas como guía, para ello los participantes se sentarán en ronda. Las preguntas podrán ser:

- Qué representó el palito de la “esencia de la vida” para cada uno.
- ¿Cómo se sintieron antes, durante y después de la actividad en relación al grupo?
- ¿Qué experiencias en común encontraron entre ustedes?

Tiempo estimado: 40 minutos.

Encuentro N° 5: Tema: *Momento Informativo*

En este encuentro se invitará a un profesional del área de medicina y a un profesional de enfermería para desarrollar un ateneo. Se trabajaran las temáticas de: medicación, alimentación e higiene. El encuentro se dividirá en 3 momentos de inicio, desarrollo y cierre.

*Anterior al encuentro, el coordinador deberá haberse contactado con los profesionales invitados para explicarles cómo sería la dinámica y los temas a tratar. Se les dará libertad a los profesionales para que los trabajen como lo consideren necesario.

Objetivo: promover la reflexión y la comunicación entre profesionales y familiares-cuidadores, de manera que puedan pensar juntos las situaciones y aportar diferentes perspectivas y miradas.

Materiales: hojas, lapiceras, pizarra (de ser necesaria para los profesionales).

- Momento 1:

Actividad: Presentación: el coordinador se presentará y junto a él a los profesionales invitados. Pedirá a cada participante que se presente con su nombre y que cuente el diagnóstico del paciente al cual se encuentra cuidando. Luego explicará el objetivo del encuentro.

Tiempo estimado: 15 minutos.

- Momento 2:

Actividad: Desarrollo: se trabajaran tres temas principales: Medicación, Alimentación e Higiene. Se pedirá a cada profesional que explique la importancia de estas tres aristas en lo que respecta al tratamiento y rehabilitación de la enfermedad.

Tiempo estimado: 45 minutos

- Momento 3:

Actividad: Cierre: se dará libertad a los participantes para que generen las preguntas necesarias a los profesionales. El coordinador irá mediando los intercambios para que todos los participantes puedan exponer sus dudas e inquietudes.

Antes de finalizar, se les pedirá a los participantes que escriban en una hoja temas que no se han desarrollado y que desearían informarse, inquietudes que no se hayan respondido y/o cualquier otra sugerencia.

Tiempo estimado: 60 minutos.

Encuentro N° 6: Tema: *Asesorando, acompañando y compartiendo*

En este encuentro se continuará trabajando sobre el brindar información a los participantes acerca de diferentes aspectos relacionados con la enfermedad, tratamiento y alta médico. Se contará con la presencia de dos profesionales médicos que acompañen a los participantes. El encuentro se dividirá en 3 momentos de inicio, desarrollo y cierre.

Objetivo: que los familiares-cuidadores puedan compartir sus experiencias y que de la discusión con otros compañeros y profesionales se los oriente en la toma de decisiones.

Materiales: hojas A4, lapiceras.

- Momento 1:

Actividad: Presentación: el coordinador comenzará presentándose y explicando cómo se trabajará en el encuentro. Presentará a los profesionales que lo acompañan y pedirá a cada participante que se presente diciendo su nombre, a quién se encuentra cuidando y cuánto tiempo hace que está en la institución.

Tiempo estimado: 15 minutos.

- Momento 2:

Actividad: Desarrollo: se desarrollara la técnica “Mesa redonda” para ello los participantes se ubicarán sentados alrededor de una mesa, los profesionales acompañaran a los participantes en la mesa, cada uno hará uso de la palabra alrededor de 10 minutos y expondrá cuál es la situación por la que está atravesando, cuáles son sus dudas e inquietudes en torno a la enfermedad de su familiar, tratamiento y/o alta médica. Se buscará promover la participación de todos, enfocar la discusión en temas pertinentes a cada integrante; a la vez de que se adquiriera la información necesaria de cada caso, llegando a posibles soluciones. De esta manera se intentara obtener conclusiones positivas, recomendaciones y sugerencias de los profesionales y de los demás familiares-cuidadores.

Tiempo estimado: 60 minutos

- Momento 3:

Actividad: Cierre: los profesionales médicos harán un cierre del encuentro concluyendo acerca de los temas que hayan resultado más recurrentes en las discusiones, recomendarán lecturas u otras acciones a quienes les resulte necesario. El coordinador será un mediador en el transcurso del encuentro.

Tiempo estimado: 45 minutos.

Encuentro N° 7: Tema: *Ver un poquito más allá...*

Se pretende en este encuentro trabajar potencializando la creatividad, la imaginación y la capacidad de autoobservación a partir del uso de elementos de la realidad, promoviendo el intercambio con los otros, la comunicación y el pensamiento positivo. Generando un clima de confianza y comprensión. El encuentro se dividirá en 3 momentos: de inicio, desarrollo y cierre, los cuales se caracterizaran por el desarrollo de tres actividades principales.

Objetivo: Promover el desarrollo de la creatividad y de la imaginación, ampliando la mirada hacia aspectos positivos de la realidad.

Materiales: hojas A4, lapiceras, Objetos varios: peine, lápiz, espejo de cartera, rollo de cinta, piedra, trozo de madera, florero de vidrio, flor, libro, papel blanco, foto vieja, ovillo de lana, foco, ladrillo, celular, pañuelo.

- Momento 1:

Actividad: Presentación: el coordinador se presentará, explicará en qué consistirá el encuentro y le pedirá a los participantes que se coloquen en círculo. Se le entregará a cada uno una hoja y una lapicera, se les dará 10 minutos para que preparen su presentación. Luego cada integrante se presentará al resto del grupo explicando por qué está allí y qué expectativas tiene acerca del encuentro. Se les pedirá que sean creativos y que realicen en su presentación una pequeña dramatización.

Tiempo estimado: 30 minutos.

- Momento 2:

Actividad: Desarrollo: se desarrollará la actividad “Más allá de lo que vemos”. Para ello los participantes conformarán una rueda y en el centro se depositará los diferentes objetos: peines, lápices, espejos, cinta, entre otros. Se les dará la siguiente consigna: “Mientras que la música suene cada uno debe elegir un objeto y manipularlo en silencio, en ese momento es importante que puedan ser creativos y de ver algo más que ese objeto. Luego de unos minutos, deberán ir cambiando de objetos”. No se les permite hablar en ese momento.

Al cabo de unos minutos, deberán seleccionar uno de los objetos con el cual se identifiquen y atribuirle características. A continuación se les indicará que reflexionen acerca de esas características y que piensen si pueden estar haciendo referencia a aspectos de sí mismos. Ya que muchas veces proyectamos en el mundo exterior características de nuestro mundo interior. Se les permitirá elegir más de un objeto.

Tiempo estimado: 40 minutos

- Momento 3:

Actividad: Cierre: Luego de realizada la actividad, sentados los participantes en círculo deberán contarle al grupo qué objeto eligieron, que características le atribuyeron y cómo las identificaron con ellos mismos. El coordinador promoverá el debate consultando a los demás si coinciden o no con esa atribución, justificando sus elecciones. Lo importante será centrarse y resaltar los aspectos positivos de cada uno. Por último, se les entregará un papel con una pequeña frase de reflexión:

“Piensa en toda la belleza que aún hay a tu alrededor y se feliz. Ana Frank”.

Tiempo estimado: 45 minutos.

Encuentro N° 8: Tema: *Mis metas*

Para este último encuentro se ha propuesto trabajar el fortalecimiento de las funciones yoicas, el proyecto futuro y el compañerismo. Se pretende partir del reconocimiento de uno mismo, para poder mirar a los demás de igual modo: desde lo positivo. Se apunta a

que puedan desde su lugar acompañarse y ser agradecido de las pequeñas cosas proyectando sus metas y anhelos.

Objetivo: que puedan reflexionar sobre uno mismo, revisando y profundizando las metas y dirección de su vida.

Materiales: tarjetas en blanco, lapiceras, alfileres, revistas, crayones de colores, hojas A4, reproductor de música.

- Momento 1:

Actividad: Presentación: al ingresar a la sala se les dará a cada participante una tarjeta con la palabra “Yo ...” la que deberán colocarse en su remera con un alfiler. Mientras se acomodan libremente, el coordinador comenzara a presentarse utilizando la palabra “Yo” ante su nombre, explicará su profesión, su función y el porqué del encuentro. Le pedirá a cada participante que prosiga de igual modo sólo diciendo su nombre mientras lo escribe en la tarjeta.

Tiempo estimado: 20 minutos.

- Momento 2:

Actividad: Desarrollo: se desarrollara la actividad “El afiche de mis sueños”. La misma consiste en tomarse un tiempo para reflexionar y pensar en los deseos, sueños y metas hacia dónde dirigir la vida. En un primer momento, se les dará a los participantes tarjetas en blanco que deberán escribir aquellas metas hacia dónde quieren llegar, sin importar el orden. Es importante que se enfoquen en las metas y no tanto en los medios para alcanzarlas. El coordinador irá leyendo frases para potenciar la imaginación, como por ejemplo:

- La apariencia de mi cuerpo es,
- Mi condición física, resistencia, flexibilidad, etc.
- Mi estado de equilibrio, de salud,
- Mis relaciones: pareja, padres, hijos, familia, amigos,
- Mis relaciones laborales,
- Mi trabajo o estudio,
- El dinero,
- Mi éxito y crecimiento personal,

- Mi autoestima y emociones,

Durante ese momento, los participantes irán caminando libremente por la sala, una música suave de fondo acompañara la actividad.

Luego de ese primer momento, se sentarán en círculo. Se les dará revistas, crayones de colores y frases para recortar, podrán también hacer sus propios dibujos. La consigna será que para construir el “Afiche de su vida” deben seleccionar todos los recortes, fotos o dibujos, las tarjetas que han escrito, lo que mejor represente cada una de sus metas, una vez seleccionadas deberán organizarlas de una manera agradable sobre una hoja de papel en blanco.

Tiempo estimado: 60 minutos

- Momento 3:

Actividad: Cierre: cada participante deberá presentar el afiche de su vida hoy.

El coordinador explicara que el mismo no es algo estático y que seguramente mañana deberán cambiar sus deseos y sueños. Recordará que la flexibilidad es lo que nos permite ir creciendo con el tiempo y la experiencia. También se les aconsejará que coloquen su afiche de la vida en algún lugar en el que lo puedan ver todos los días. La intención es que constantemente les recuerde poner atención en las cosas que les hacen vibrar constructivamente. Este trabajo no deben relacionarlo con las limitaciones u obstáculos que tengan para alcanzar sus sueños, ya que la intención es sólo inspirarlos hacia un futuro mejor.

Tiempo estimado: 40 minutos.

Evaluación de Impacto

La Organización Mundial de la Salud define la evaluación de impacto en la salud (EIS) como una combinación de procedimientos, métodos y herramientas a través de las cuales se puede evaluar un programa o proyecto, en relación con sus efectos potenciales sobre la salud de la población.

Desde la Asociación Internacional de Evaluación de Impacto, se la comprende como un “proceso de análisis, seguimiento y gestión de las consecuencias sociales, voluntarias e involuntarias, tanto positivas como negativas, de las intervenciones planeadas (políticas, programas, planes, proyectos), así como cualquier proceso de cambio social, invocado por dichas intervenciones” (Cfr. Abreu Prez, et al., 2004).

Por lo que, la evaluación permitirá conocer los efectos generados por medio de la aplicación del proyecto, sean positivos o negativos, en base a los objetivos propuestos. El propósito es que sirva como guía para la toma de decisiones futuras, promoviendo la comprensión de la problemática abordada.

Para este proyecto de aplicación profesional se propone realizar un seguimiento durante el tiempo en el que transcurren los encuentros. Para ello, se intentará entrevistar a familiares-cuidadores de pacientes que hayan participado en algunos de los encuentros. Se les preguntará:

- ¿Cómo se sintió luego de haber participado?
- ¿Pudo compartir su experiencia con algún familiar o con otra persona que no haya participado aún?
- ¿Considera que le brinda herramientas para poder sobrellevar de mejor manera la situación que está viviendo?
- ¿Ha notado algún cambio a nivel personal?

Respecto a la evaluación de impacto del taller, la misma se realizará a los 30 días de finalizados los encuentros por medio de la realización de un cuestionario que será realizado por profesionales médicos, enfermeros y personal administrativo con el objetivo de lograr una apreciación de cómo han observado a los familiares-cuidadores de los pacientes durante y después de realizado el taller.

Marque con una cruz lo que corresponda		Respuestas		
Categoría	Preguntas	Alta	Media	Baja
Espacio de contención y apoyo	La concurrencia de familiares-cuidadores al Taller fue:			
	El interés de los familiares-cuidadores hacia el Taller fue:			
Destrezas y Habilidades para la toma de decisiones	Las consultas hacia la Enfermedad del paciente es:			
	El interés por el Tratamiento y Rehabilitación del paciente es:			
	El intercambio de información entre los diferentes familiares-cuidadores es:			
Habilidades de Afrontamiento a la situación vivida	El compromiso de la Familia hacia los cuidados que debe recibir el paciente es:			
	La comunicación entre los profesionales y la familia es:			
	La apertura de la Familia hacia el aprendizaje de los cuidados que debe recibir es paciente es:			
Prevenición de futuras enfermedades	¿Cómo observó a los familiares-cuidadores en el tiempo en que se dictó el Taller?	Tranquilos	Esperanzados	Angustiadados
	¿Cómo observa a los familiares-cuidadores ahora?	Tranquilos	Esperanzados	Angustiadados
	¿Le han solicitado ayuda al momento de dar el Alta al paciente?	Si	No	
	¿Considera que el haber trabajado con la familia contribuyó a la mejoría del paciente?	Si	No	

Fuente: elaboración propia

Conclusión final del Taller

Por medio del presente Proyecto de Aplicación Profesional se intenta dar respuesta a una de las problemáticas detectadas dentro del Instituto de Urología y Nefrología Río Cuarto, la cual refiere a la falta de contención para los familiares-cuidadores de pacientes que concurren a la institución. Siendo la familia quien en la mayoría de los casos es la encargada del cuidado del paciente, resultando su función un recurso valioso en la recuperación de este último y representando al mismo tiempo un recurso vulnerable por las situaciones estresantes que debe afrontar, las cuales pueden generar problemas físicos y psicológicos a largo plazo.

Por lo que, se considera que el disponer de un espacio de apoyo psicológico en momentos de crisis puede tener efectos beneficiosos sobre la salud física y mental. Además de que puede propiciar una serie de actividades personales que se asocian con aspectos positivos y que se orientan al cuidado y a la promoción de la salud.

Se considera que el brindar un espacio de contención y apoyo psicológico a las personas que se encuentran a cargo del cuidado de un familiar durante su internación o que esté atravesando por un tratamiento prolongado, constituye una herramienta pensada para un grupo de personas que debe ser tenida en cuenta dentro de las instituciones de salud y que son fundamentales en la vida y recuperación del paciente.

Resulta así que el hecho de posibilitar un espacio que contribuya a la puesta en común de experiencias, a la adquisición de herramientas para la toma de decisiones, al fortalecimiento de habilidades de afrontamiento, un lugar en donde poder compartir vivencias, promoviendo una participación activa y comprometida, contribuye a brindar una ayuda para el familiar-cuidador. Considerando el momento crítico por el que se encuentra atravesando, que es la situación de enfermedad de un familiar.

Es así que con el proyecto se intenta dar respuesta a la demanda de algunos familiares y personal de la institución que señalaron que existe un vacío en la atención y acompañamiento hacia esas personas. Ya que, si bien se viene trabajando psicológicamente en la institución con los pacientes sólo del sector de hemodiálisis, no ha existido hasta el momento un espacio de atención en pos de brindar contención y apoyo al familiar.

El proyecto apunta además a brindar una mirada diferente del rol del psicólogo en una institución de salud, extendiendo su trabajo más allá de las cuatro paredes de un consultorio. Ya que el trabajo del psicólogo no debe limitarse a la asistencia psicológica de enfermos, sino que puede extenderse a la familia, integrando y trabajando interdisciplinariamente con el equipo de profesionales hacia la promoción de la salud.

“Conozca todas la teorías. Domine todas las técnicas, pero al tocar un alma humana, sea apenas otra alma humana”

Carl G. Jung

Bibliografía

- Abelleira, H. y Delucca, N. (2011) *Clínica forense en familias. Historización de una práctica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Aedo, C. (2005) Evaluación del impacto [versión electrónica] Serie Manuales XLVII, 1-78. Recuperado en: http://gent.uab.cat/diego_prior/sites/gent.uab.cat.diego_prior/files/AEDO_cepal_2005.pdf
- Alcayaga Rojas, C.; Campos Romero, S.; Urrutia Bunster, M.; Funk Bunttemeyer, R.; Torres Hidalgo, M.; Bustamante Troncoso, C.; LangeHaensgen, I.; Riquelme Hernández, G.; Herrera López, L.; (2014). Programa de apoyo al trabajador-cuidador familiar: fenómeno social emergente. *Aquichan, VOL. XIV (N° 3)*, 430-439. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74132361012>
- Álvarez Vélez, M. I., (2009) *La Familia ante la enfermedad*. Madrid: España: Universidad Pontificia Comillas.
- Ander Egg, E. (1999) *El Taller: una alternativa de renovación pedagógica*. Buenos Aires: Magisterio del Río de La Plata.
- Arrivillaga Quinteros, M., Salazar Torres, I., Correa Sánchez, D., (2007) *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. Bogotá: Colombia: El Manual Moderno.
- Berenstein, I. (2007) *Del ser al hacer*. Buenos Aires: Paidós.
- Bernard, M., Edelman, L., Kordón, D., L´Hoste, M, Sergoviano, M y Cao, M, (1995) *Desarrollos sobre grupalidad, una perspectiva psicoanalítica*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Bleger, J. (1999) *Temas de psicología (Entrevista y grupos)* Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleger, J. (2007) *Psicohigiene y Psicología Institucional*. (2ª. Ed). Buenos Aires: Paidós.
- Bologna, E. (2011) *Estadística para psicología y educación*. Argentina: Brujas.
- Carpinacci, J. (1979) *Fundamentos metodológicos para el estudio del padecimiento humano*. Buenos Aires: Galerna.
- Del Cueto, A. M. (1999) *Grupos, Instituciones y Comunidades. Coordinación e intervención*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Edelman, L. y Kordón, D. (2014) A manera de introducción a la teoría y práctica de los grupos [<http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/edelmanx.pdf>]
- Evaluación de Impacto Ambiental (2012) Universidad Externado de Colombia. Recuperado de: <https://www.clubensayos.com>

- Fernández, A.M (1989) *El campo grupal: notas para una genealogía*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Ferrari, H. (1996) *Salud Mental en Medicina*. Buenos Aires: Libreros López.
- Fiorini, H. (2002) *Teoría y Técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- García Fernández, F., Carrascosa García, M. I., Rodríguez Torres, M., Gila Selas, C., Laguna Parras, J.; Cruz Lendínez, A.; (2009). Influencia de las enfermeras Gestoras de Caso hospitalarias sobre la preparación de las cuidadoras para asumir el cuidado domiciliario. *Gerokomos*, VOLXX (Nº 4), 152-158. Recuperado en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134928X200900040002&lng=es&tlng=en
- Garza Elizondo, T., Gutiérrez Herrera, R. (2015) *Trabajo con familias: abordaje médico integral*. (3ª. Ed.) México: El Manual Moderno.
- Gaspari, R. (2000) La Familia: nudo problemático del psicoanálisis. En I. Berenstein (Ed.), *Clínica Familiar psicoanalítica. Estructura y acontecimiento*. (pp. 19-44) Buenos Aires: Paidós.
- Gomel, S. (2000) Problemáticas de la representación/presentación. En I. Berenstein (Ed.), *Clínica Familiar psicoanalítica. Estructura y acontecimiento*. (pp. 75-111) Buenos Aires: Paidós.
- <http://www.autoestima-y-exito-personal.com/afiche-vida-suenos.html>
- Huerta González, J. L. (2005) *Medicina Familiar: la familia en proceso de salud-enfermedad*. México: Ed. Alfil.
- León, O. Y Montero, I. (2003) *Métodos de Investigación en Psicología y Educación*. México: Mc Graw Hill.
- Mingote Adán, C. y Pérez García, S. (2013) *Estrés en enfermería: el cuidado del cuidador*. Madrid: España: Ediciones Días de Santos.
- Mucci, M. (2015) *Psicoprofilaxis Quirúrgica*. (2ª. Ed.) Buenos Aires: Paidós.
- Núñez Fernández, S. (2011) *Técnicas de apoyo psicológico y social en situaciones de crisis: transporte sanitario*. Málaga, ES: IC Editorial.
- Organización Mundial de la Salud: http://www.who.int/water_sanitation_health/resources/hia/es/
- Pecznik, A. (2012) *El sujeto ante su muerte: violencia y terminalidad terapéutica*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Pérez Martínez, V.; De la Vega Pazitková, T. (2010). Repercusión de la demencia en los cuidadores primordiales del policlínico "Ana Betancourt". *Revista Cubana de Medicina General Integral*, VOL XXVI (Nº 2), 215-224. Recuperado en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S08642125201000020003&lng=es&tlng=pt

- Portillo Rubiales, H y Portillo Rubiales, R (2009) *Promoción de la salud y apoyo psicológico al paciente*. Madrid: España: Macmillan Iberia, S.A.
- Rodríguez, L.; Vaz, F.; Fernández, N.; Cardoso, M.; Ramos, M.; (2012). Influencia del apoyo familiar en momentos de gran incertidumbre. *Prisma Social*, (N° 8), 2-47. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=353744580002>
- Rojas, M. C. (2000) Itinerario de un vínculo: transferencia y transformación. En I. Berenstein (Ed.), *Clínica Familiar psicoanalítica. Estructura y acontecimiento*. (pp. 223-265) Buenos Aires: Paidós.
- Rojas, M. C. (2004) Ser Psicoanalista Hoy: lo que permanece y lo que se transforma. IV Jornadas Nacionales de la Federación Argentina de Psicoanálisis de Configuraciones Familiares. Mendoza.
- Rubio, M. C. (2011) *Manual de análisis de los riesgos psicosociales: Estrés y el síndrome de Burnout. Formación para el empleo*. Madrid: España: Editorial CEP S.L.
- Ruiz Suárez, R.; Restrepo Forero, M.; Rodríguez Ibarra, A.; (2004). Intervención familiar para el manejo psicológico en pacientes oncológicos con mal pronóstico en el hospital de la Misericordia. *Revista Colombiana de Psicología*, (N° 13), 90-101. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401310>
- Sanabria Ferrand, P.; (2011). Reflexiones alrededor del concepto de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. *Revista Med* (N° 19), 112-113. Recuperado en: http://www.scielo.org.co/bibliotecadigital.idm.oclc.org/scielo.php?script=sci_ar_text&pid=S0121-52562011000100013&lng=en&tlng=en.
- Sarría Santamera, A. y Villar Álvarez, F. (2014) *Promoción de la salud en la comunidad*. Madrid, ES: UNED - Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado en: <http://www.ebrary.com/bibliotecadigital.idm.oclc.org>
- Vargas Fernández, D. (2012) *Transporte sanitario: técnicas de apoyo psicológico y social en situaciones de crisis*. Madrid, ES: Editorial CEP.
- Woronowski, M y Jasiner, G (1996) *Para pensar a Pichón*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Anexos

ANEXO 1

ENTREVISTA

Presentación:

Área en la que trabaja:

Profesión:

¿Qué actividad desempeña dentro de la institución?:

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en la institución?:

- Directivos:

¿Qué servicio brinda la institución?

¿Qué tipo de atención se brinda (primaria, secundaria, terciaria)?

Historia: ¿Cuántos años hace que funciona la institución?

¿Cuál es la misión de la institución, visión a futuro y valores que la sostienen?

¿Qué tipo de población es la que se atiende?

¿Con cuántos profesionales cuenta la institución? –

¿Cuáles son las intervenciones específicas del profesional de psicología – en qué área se desempeña?

¿Cuáles son los aspectos positivos en lo que respecta a la institución?

¿Considera que existe algún tipo de demanda que no está siendo cubierta?

¿Cómo considera que podría abordarse?

¿Considera que la presencia de un profesional en psicología podría contribuir a esa situación?

¿Cómo considera que es la atención hacia los pacientes internados?

¿Cómo observa usted el trabajo interdisciplinario con el paciente?

¿Cómo observa el trabajo con la familia del paciente? - ¿Considera que el trabajo con la familia sería importante? – (¿Considera usted que cuenta con recursos para responder a la demanda de la familia?)

- Personal administrativo:

¿Cuáles son los aspectos positivos en lo que respecta a la institución?

¿Cuáles son aquellos aspectos positivos respecto a su actividad?

¿Cuáles son aquellos aspectos negativos o dificultades que observa en la institución?

¿Qué actividades realiza para hacer frente a las mismas?

Alcances y límites de la incumbencia profesional: ¿Considera que la presencia de un profesional en psicología podría contribuir a esa situación?

¿Cómo considera que es la atención hacia los pacientes internados?

¿Cómo observa usted el trabajo interdisciplinario con el paciente?

¿Cómo observa el trabajo con la familia del paciente? - ¿Considera que el trabajo con la familia sería importante? – (¿Considera usted que cuenta con recursos para responder a la demanda de la familia?)

- Enfermeros/as:
 - ¿Cuáles son los aspectos positivos en lo que respecta a la institución?
 - ¿Cuáles son aquellos aspectos positivos respecto a su actividad?
 - ¿Cuáles son aquellos aspectos negativos o dificultades que observa en la institución?
 - ¿Qué actividades realiza para hacer frente a las mismas?
 - ¿Cómo considera que es la atención hacia los pacientes internados?
 - ¿Cómo observa usted el trabajo interdisciplinario con el paciente?
 - ¿Cómo observa el trabajo con la familia del paciente? - ¿Considera que el trabajo con la familia sería importante? – (¿Considera ud que cuenta con recursos para responder a la demanda de la familia?)
 - Alcances y límites de la incumbencia profesional: ¿Considera que la presencia de un profesional en psicología podría contribuir a esa situación?

- Médicos :
 - ¿Cuáles son los aspectos positivos en lo que respecta a la institución?
 - ¿Cuáles son aquellos aspectos positivos respecto a su actividad?
 - ¿Cuáles son aquellos aspectos negativos o dificultades que observa en la institución? - ¿Cuáles aquellos respecto a su actividad en la institución?
 - ¿Qué actividades realiza para hacer frente a las mismas?
 - ¿Cómo considera que es la atención hacia los pacientes internados?
 - ¿Trabaja interdisciplinariamente? ¿Con qué profesionales?
 - ¿Cómo observa que es el trabajo con la familia del paciente? - ¿Considera que el trabajo con la familia sería importante? – (¿Considera usted que cuenta con recursos para responder a la demanda de la familia?)
 - Alcances y límites de la incumbencia profesional: ¿Considera que la presencia de un profesional en psicología podría contribuir a esa situación?

ANEXO 2

ENCUESTA

Fecha:

- 1) Es familiar del paciente internado (tache lo que no corresponda)

SI NO

- 2) ¿Cuánto tiempo hace que se encuentra internado?

.....

- 3) ¿Cómo considera que es la atención recibida hacia el paciente? (tache lo que no corresponda)

Muy Buena Buena Mala Deficiente

- 4) ¿Qué aspectos considera positivos respecto a la atención recibida por parte de médicos y personal de la institución?

.....
.....
.....

- 5) ¿Qué aspectos considera negativos acerca de la atención brindada por parte de médicos y personal de la institución?

.....
.....
.....

- 6) ¿Se siente usted acompañado por el personal de la institución durante este proceso de internación? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Por qué?

.....
.....
.....

- 7) ¿Ha recibido usted la asistencia de algún profesional de psicología en este tiempo de internación, dentro de la institución? (tache lo que no corresponda)

SI NO

8) ¿El médico tratante le ha sugerido la asistencia a un profesional de psicología para usted? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Para el paciente?

SI NO

9) ¿Considera que sería necesario para usted? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Para el paciente?

SI NO

¿Por qué?

.....
.....

Gracias por su colaboración

ANEXO 3

Carta Informativa sobre el consentimiento Informado para

Participantes de Investigación

La presente investigación es conducida por Place, Cintia Eliana DNI 33.233.270, estudiante de la carrera de Lic. en Psicología en la Universidad Siglo 21. La meta de este estudio es la realización del Trabajo Final de Graduación que consistirá en el desarrollo de un Proyecto de Aplicación Profesional para proporcionar una mejora institucional en función a una demanda específica.

A quienes accedan a participar en este estudio, se les pedirá que participen en responder a una entrevista y/o encuesta sobre aquellos aspectos positivos y/o negativos que considere pertinente informar para que puedan ser trabajados.

La participación en esta investigación es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán anónimas.

A continuación se presenta un consentimiento informado que ustedes deberán firmar, posterior lectura. El mismo no será entregado a nadie.

Si tienen alguna duda sobre este proyecto, pueden hacer preguntas en cualquier momento, durante su participación en él. Igualmente, pueden retirarse del proyecto si así lo deciden, sin que eso los perjudique de ninguna forma. Si ustedes desean información acerca de los resultados obtenidos en general, pueden ponerse en contacto a través de e-mail a la siguiente dirección: cintia-p@live.com y una vez finalizado el análisis de datos, y ser aprobado por la Comisión Evaluadora, se les enviará si así lo desea, una copia del mismo.

Desde ya les agradezco su participación.

Firma:

Place, Cintia Eliana

Estudiante de Lic. en Psicología

Legajo: PSIO1814

ANEXO 4

Consentimiento Informado de participación en la Investigación

Acepto participar voluntariamente de esta investigación conducida por Place, Cintia Eliana DNI 33.233.270, estudiante de la Lic. en Psicología de la Universidad Siglo 21. He sido informado/a sobre la meta de este estudio, que consiste en la realización de un Proyecto de Aplicación Profesional para proporcionar una mejora institucional en función a una demanda.

Me han indicado también que mi colaboración en este estudio consiste en responder a una entrevista y/o encuesta sobre aquellos aspectos positivos y/o negativos que considere pertinente informar para que puedan ser trabajados.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será utilizada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado acerca de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Place Cintia, a través del e-mail: cintia-p@live.com

Entiendo que se me entrega una carta informativa y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Firma:

Fecha:

ANEXO 5

Entrevista 1 a personal administrativo– Realizada el día martes 12 de abril de 2016

***Nota: en negrita se señalan las preguntas de la investigadora, en cursiva las respuesta de la entrevistada**

¿En qué área trabaja dentro de la institución?

En el área de facturación de mutuales

¿Cuál es su profesión?

No terminé la carrera de analista de sistemas, me faltaron algunas materias

¿Qué actividad es la que desempeña dentro de la institución?

Principalmente facturista, carga de nomencladores con los nuevos aranceles, saber las novedades de las obras sociales

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en la institución?

Hace 28 años

Respecto a la historia de la institución, ¿sabe en qué año se fundó?

Se fundó en 1980, si, yo entre a trabajar en 1988, así que era nueva la institución, y los dueños son cinco socios grandes el Dr. Mario Guerci, el Dr. Miguel Manginni, el Dr. Héctor Bina, el Dr. Juan Carlos Medina que es el único que ya se jubiló, y Héctor Mussoloni que es empresario, que son los cinco que inauguraron el urológico, después hay tres socios minoritarios que son el Dr. Juan Carlos Moncau, el Dr. Francisco Fernández y el Dr. Montiel Cocco que son tres médicos cardiólogos que formaron en el 1982 más o menos, una sociedad más chica que es la unidad cardiológica, ellos son los socios mayoritarios del urológico, después está la gerente, que desde que inició la institución está ... y crecer en estos años no creció mucho, lo único que le hicieron desde los 28 años que yo estoy, son seis habitaciones vip, pero el resto sigue todo exactamente igual, creció mucho en número de empleados, eso sí, creció muchísimo

¿Cuál es el servicio que brinda la institución?

Servicio de urología, nefrología y cardiología, son tres áreas

¿Qué tipo de atención es la que principalmente brinda: primaria, terciaria y/o secundaria?

Las tres, porque en cuestión de urología los hombres principalmente van para ver si tienen o no problemas de próstata por ejemplo, en cardiología pasa lo mismo, las personas van para control y por ahí les encuentran las cosas, por ahí la atención sería más terciaria en el área de nefrología que son pacientes que ya se tienen que dializar si o si

¿Conoce cuál es la misión, visión y valores de la institución?

No, ni idea... la salud supongo, yo me acuerdo cuando entré a trabajar que no éramos tantos empleados como ahora, una vez en una reunión del personal con los jefes, porque hemos pasado muchas épocas de crisis, muchas falencias en el pago de las obras sociales, muchos gobiernos, entonces recuerdo que uno de los sueños, de los directores, dijo en ese momento de que él no quería tomar más gente porque no quería que se perdiera la gran familia que éramos, al principio, obviamente que después todas las cuestiones gremialistas empezaron a presionar que hace falta un ayudante de enfermería, una mucama para consultorios externos, entonces fueron incorporando gente y la familia se perdió ... porque yo veo que hoy a la gente no le importa nada, no le importa mantener limpio, no le importa mantener el orden, re feo, en ese sentido re feo .. y yo que hablo siempre con los dueños porque nos conocemos desde hace muchos años ellos también notan eso

¿Con cuántos profesionales cuenta la institución?

Y que trabajan ahí son aproximadamente veinte

¿Qué tipo de población es la que se atiende?

Normalmente adultos mayores, adolescentes y niños también pero son muy pocos, si, casi todos son adultos y adultos mayores

¿Cuáles son los aspectos positivos en lo que respecta a la institución?

Lo que más me gusta a mí son los jefes, el respeto que tienen para con nosotros es bárbaro, nosotros jamás vamos a recibir un maltrato, jamás, eso siempre es lo que destaqué de ellos

¿Cuáles son aquellos aspectos negativos o dificultades que observa en la institución?

Yo creo que hace falta mayor control, mano dura, para cierta gente que está amparada por el gremio, es como que el gremio en lugar de ayudar al empleado fomenta vagancia, entonces los jefes son demasiado buenos y los empleados se abusan, hay muchísimas faltas, la gente no viene a trabajar, y muchísima vagancia, yo lo veo desde mi lugar y sí, eso creo que está fallando, no digo el maltrato, pero sí como decirte que digan: “mira, veni, vos ya tenes cinco certificados en este año, no te voy a aceptar más ninguno”, y así con todo, por ejemplo, “vos acá limpiaste esto, bueno, mira la tierra que hay ahí y no la viste”, así, como llamados de atención, porque no nos olvidemos que trabajamos con la salud ... yo tuve a mi marido internado tres días, y en esos tres días no me limpiaron ni el piso de la habitación, incluso trabajando yo acá, en eso me parece que está faltando mayor control

¿Qué actividades realiza para hacer frente a tales dificultades desde su actividad?

Y yo por ahí hablo con los jefes y les digo que se pongan las pilas y controlen un poco pero no... porque hubo una época en la que yo estaba, no encargada del personal, pero organizaba las listas de turnos, liquidaba los sueldos y organizaba al personal y nunca

tuve problemas, por ejemplo si faltaba alguien no me molestaban ni siquiera a mí, se llamaban entre ellas, se cubrían (las empleadas) y era un grupo lindo de gente, después pusieron para que haga ese trabajo a otra persona que liberó todo, dejó que la gente saliera a la calle, que faltaran y ahora hay otra más que es peor, que se deja llevar mucho por el chusmerío y en este caso, el chusmerío no sirve, si no son cosas que te van a dar crecimiento, no sirve, no las escuches, entonces yo mejoraría eso ... la jefatura, en una institución tiene que ser muy muy buena, y acá hace falta diálogo, ya te digo, la gerente está siempre ocupada, a mil con los bancos, en buscar la plata de los sueldos, controlar que las obras sociales paguen, y ella era la que mejor diálogo tenía con la gente, con los empleados y ella venía y te decía “mirá, a esto lo tenes que hace así, así” y vos le hacías caso, porque tiene una forma bárbara de decir las cosas, pero bueno, a ella le falta tiempo, y el contador que es en teoría el que tendría que ser la mano derecha de ella y ayudarla, empeoró todo, porque por ejemplo, en terapia hay un enfermero cada cuatro camas, son ocho camas, cuando la terapia está vacía, por ejemplo en mi época yo les decía “chicos, no pueden salir al piso y ayudar” y sí, salían a ayudar, en cambio ahora no lo hacen más, o sea, están sentados con los teléfonos con internet y no salen a ayudar a nadie porque el contador les dijo que no tenían que salir, entonces vos ves que se arruino el compañerismo, se arruino todo en ese sentido, y la jefa no puede hacer ni decir nada porque el contador dijo eso entonces él en lugar de solucionar los problemas puede decirse que los empeoró, ahora si yo, con la experiencia que tengo voy y le digo “contador, que hizo? Usted fue y le dijo tal y tal cosa a fulano?, no, yo no dije nada” y la jefa, va no, la coordinadora cobra un poco más, la coordinadora es una enfermera, después hay otra coordinadora en terapia que es enfermera y hay dos cavas en el piso que a la vez son enfermeras, y que trabajan también como ayudantes y ellas controlan los medicamentos que no falten, ven lo del fin de semana, pero si falta la de terapia, no van, entonces pagan recargo para que venga otro, entonces yo que diría, “cubrí vos que también sos enfermera, que te cuesta dejar una vez el título de coordinadora y trabajá de enfermera” ... con la coordinadora general una vez viene y me dice “vos podés creer que no tenía enfermera en la guardia porque me aviso que no venía” y le dije, “ponete vos el delantal y hace la guardia”, y me dice “y sí”, “y si qué? ... si sos enfermera”, distinto yo que si soy coordinadora que no tengo ni idea de enfermería... pero no podés dejar a la gente sin atención

¿Cómo observa usted que es la actitud de los pacientes ante estas situaciones?

No nono, en teoría nunca se dan cuenta, se trata de llamar y que otro cubra el turno, que yo sepa no ha habido quejas, por ejemplo que falte una enfermera en el piso bueno la ayudante se tendrá que poner el papel de enfermera principal, el paciente no puede quedar afectado por estas cosas, pero sí, falta organización, falta el decir “vos sos encargada de esto, esto y esto” y si algo falla vos sos la responsable, no como ahora que si algo falla queda todo igual, en cambio en mi tarea es distinto, si yo fallo en mi trabajo no cobramos, entonces yo sé que tengo que presentar las mutuales, que tengo que facturar, pero nadie viene y me dice “no presentaste tal cosa”, no hace falta que me lo digan es mi trabajo, pero como te digo, se abusan de que los jefes son buenos y hay mucha vagancia, mucha

¿Cómo considera que es la atención hacia los pacientes internados? *La atención es muy buena, particularmente todos salen chochos, las enfermeras son muy buenas, sobre todo las más viejas, las más nuevas yo he notado que son más como antipáticas, por ejemplo me pasa a mí, yo voy a fichar a enfermería “buen día!” y a lo mejor no me saluda ninguna, y si yo fuera un paciente o un familiar al menos que me contesten, y está bien que por ahí están metidas en los medicamentos, pero me parece que el buen día no puede faltar, pero la gente en sí, me parece que no hay quejas así de la atención, es como que es buena ... y hay dos médicas de piso, que como te digo a mí me pasó, y son muy simpáticas, las chicas van, se presentan, nos explican bien lo que tiene el paciente, eso está muy bueno*

¿Cómo observa usted el trabajo interdisciplinario con el paciente?

Normalmente, un paciente que ingresa por guardia por ejemplo y hay médicos de piso que son tres, y si hace falta algún especialista llaman a quien sea, al gastroenterólogo, al urólogo, al clínico y si después el paciente necesita kinesiología va a ir el kinesiólogo, si necesita laboratorio va la gente de laboratorio, o sea pero siempre están los médicos de piso encargados de llamar a todo el resto

¿Cómo observa el trabajo con la familia del paciente internado?

Yo veo que hay distintos casos, porque por ejemplo hay familias que está por ejemplo el hijo, entonces el médico habla con ese hijo y todo bien, entienden todo, pero a lo mejor después viene el otro hijo que están peleados “y que no, que me explican nada que a mí nadie me dijo nada” y vos “bueno, pero si no estuviste”, entonces yo veo muchos casos sociales ahí adentro ... hay gente que va, que interna a los viejitos y chau, se olvidaron, hemos tenido casos denunciados a Pami que hemos tenido el paciente internado y nadie lo iba a buscar, no lo iba a ver nadie y bueno y estaban peleados entre ellos y lo abandonaron ahí, así que Pami nos pagaba aparte como una especie de pensión pero teníamos una cama ocupada con un paciente sano

¿Considera que el trabajo con la familia sería importante?

Sí, porque hay gente que no tiene ni idea de la gravedad del paciente, por ejemplo no hace mucho tuvimos el caso de una señora que el marido de hemodializaba, físicamente estaba muy deteriorado y los médicos que dijeron a ella que necesitaba, el paciente, una cirugía cardíaca porque tenía un problema cardíaco y ella no entendía la gravedad del paciente, y ella iba y pedía que lo trasladaran, que por favor lo hicieran operar y yo me daba cuenta que le faltaba entender que su marido se estaba por morir, que por más que lo operaran no iba a resistir la cirugía, que por más que hubieran intentado operarlo el cuerpo no le daba ... esa mujer me dio mucha pena, bueno y así un montón de casos, un montón, por ejemplo la gente que se hemodializa es gente que requiere de muchísimos cuidados, no pueden tomar líquidos, no pueden tomar gaseosas, no pueden comer con sal, tienen un montón de cuidados que por ahí la familia no se si no lo

entiende y no los ayudan ... a mí me parece que sí, que no tienen mucha compasión y contención para con el enfermo y hay algunos sí, obviamente... pero por ejemplo hemos tenido casos de pacientes con ACV y al año siguiente vuelven por otro ACV porque nunca le sacaron la sal en la comida

¿y eso considera que estaría más relacionado con la familia respecto a los cuidados en sus casas o con respecto a la clínica?

Claro sí es en sus casas, pero de igual manera, la familia tiene mucho que ver en el cuidado del enfermo y es muy importante que estén

¿Considera que la presencia de un profesional en psicología podría contribuir a esa situación?

Sí ... como por ejemplo en el caso de esta mujer que recién te contaba del marido enfermo, hubiera necesitado un psicólogo sí ... porque a lo mejor ella no entendía porque estaba enferma también, vaya saber, nosotros no sabemos eso, pero sí, es muy importante para mí eso

Muchas gracias por su colaboración

Entrevista 2 a personal administrativo– Realizada el día viernes 15 de abril de 2016

***Nota: en negrita se señalan las preguntas de la investigadora, en cursiva las respuestas de la entrevistada**

¿En qué área trabaja dentro de la institución?

En la parte de administración, en el área contable

¿Cuál es su profesión?

Técnica en administración de empresas

¿Qué actividad es la que desempeña dentro de la institución?

Hago un poco de todo, no tenemos un organigrama bien armado y detallado de las tareas que desempeña cada uno, estoy más en la parte del sector de recursos humanos que acá, no están bien delimitadas las áreas de trabajo de cada uno ni las tareas que tenes que desempeñar

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en la institución?

Seis años

¿Cuáles son los aspectos positivos en lo que respecta a la institución?

... algo bueno tiene que haber, que hace que haya personal desde hace treinta años trabajando acá, o sea que algo positivo tiene que tener o debe de haber servido a la gente la empresa para que se hayan quedado tantos años ... por ahí, siempre se queda a mitad de camino, hacen una cantidad de cosas pero se quedan a mitad de camino hay posibilidades de hacer muchas cosas, pero las dejan a mitad de camino, nunca las terminan, no se concretan... por ahí el servicio que más armado esta es el de hemodiálisis, porque hemodiálisis tiene una socióloga, tiene una psicóloga, tiene a nutricionistas, tienen médicos los 365 días del año, las enfermeras la mayoría son recibidas con matrícula, que pasan a ser técnicas, es el servicio que más armado está, si nosotros pudiéramos trasladar eso al resto de la institución ganaríamos muchísimo más, siempre quedan en proyectos, eso sería una desventaja o un defecto que tiene la empresa, pero como virtudes tenes que es una empresa que hace treinta años que se mantiene en el medio, que aposto siempre a ir mejorando en algunas cosas, que por ahí quedaron trucas porque no se le pusieron las suficientes pilas para llevarlas a cabo, por ahí lo que yo note cuando entré es que no formaban al personal, que no se le daba la posibilidad de formación, viste que hay otras empresas que tienen capacitación continua si sale algún curso lo hacen, como por ejemplo el instituto médico hizo que todas las enfermeras terminaran el secundario, y que estudiaran y fueran enfermeras a través del Cervantes, hizo un convenio, y eso está buenísimo para una empresa, acá eso no se ve, si bien la gente se forma pero es por voto propio no porque la empresa lo exija, si bien te dan la oportunidad para que vos estudies tampoco te incentivan desde acá para vos lo hagas ... tenes entonces la ventaja de trabajar en un lugar donde no te

molesta nadie, que te dan permiso para los horarios, hasta un punto que ciertas personas ven que hacen lo que quieren, y tenes la desventaja de que eso tampoco te ayuda, que no creces, que no creces intelectualmente si bien ahora se está aplicando el tema de darles la posibilidad de que la gente cambie de sector y vaya creciendo dentro de la empresa, hay dos personas no más que lo habrán hecho ... ahora, hace años atrás de hizo también, porque tenes, hemodiálisis, quirófano, terapia y hemodinamia que son las áreas cerradas, después tenes enfermería de piso, o sea planta baja, planta alta y habitaciones privadas, mucamas en general para toda la institución y después tenes está el área administrativa, y lo que pasa es que en el área administrativa si bien tendría que estar dividido en el área de gerencia, facturación, contaduría, recursos humanos, admisión de internados, y todo lo que son mesa de entrada que son el primer contacto que tiene el paciente con la clínica, nosotros si bien físicamente esta todo dividido, en mi caso si falta alguien de mesa de entrada voy y bajo a mesa de entrada, y antes la facturista hacía los sueldos, y no había un área de recursos humanos que estuviera conteniendo al personal también, o sea eso tampoco lo tenemos, por ahí, la empresa creció mucho y quedó como en el año ochenta

¿Qué información conoce de la historia institucional?

La empresa se fundó en el mes de enero de 1980, los socios eran cuatro médicos, y un licenciado de economía, en 1981 se construye toda la parte de cardiología, es un momento eran una sola firma, al construir la unidad cardiológica se separan en dos firmas, la unidad cardiológica y el instituto privado de urología, con el tiempo a la unidad cardiológica la absorbe el instituto de urología, quedando todo como instituto privado de urología y nefrología, pero es la cuestión del personal, quedan dos empresas, separadas por una casa de por medio, por terapia y por quirófano y hemodinamia, pero son dos empresas distintas, y se ponen la camiseta la gente de lugares distintos por más que sea la misma empresa, está entre los cardiólogos y los urólogos que si bien son todos médicos, son dos ramas separadas, entonces lo primero que notas cuando entras es decir: “voy al cardiológico o al urológico” y no, vas al mismo lugar, y los pacientes y la gente que viene también te dicen: “este es el cardiológico o este es el urológico” y vos decís, “no, es la misma empresa”, pero está tan metido en la persona que son dos empresas, y así también pasa con el personal, y es feo pero tenes que romper con esas cosas, hay que unificar todo, por ahí lo ideal sería que las mesas de entrada estén todas juntas y hasta visualmente se unificaría entonces podes tener millones de especialidades, pero al tener un solo acceso sabes a dónde vas

Más adelante me comentabas que en tu caso, por ejemplo si falta alguien de mesa de entrada, bajas a realizar es función, ¿qué otro tipo de actividades realiza para hacer frente a tales dificultades desde su actividad?

... todo lo relacionado al área administrativa, pasar de ser secretaria de alguien a ir a liquidar sueldos, si bien no salgo del área administrativa, voy por diferentes lugares, puestos en la misma área, que tampoco está bien porque no todos podemos hacer todo, como por ejemplo se rompe una máquina y me llaman a mí para ver qué le paso a la

máquina, y vos decís: “por qué me llamas a mí?” qué vendría a ser, técnico en qué? ... en nada, puedo saber algo de computación pero nada más, entonces eso es por ahí complicado, y cuando llegue a contaduría lo que paso fue que este trabajo puntualmente, estos lugares, necesitan que te quedes quieta haciendo lo que tenes que hacer, si estas conciliando bancos, necesitas quedarte todo el día con los estratos bancarios, con las cuentas bancarias ... entonces es como que yo nunca tuve eso, porque también creo que no les soy útil quedándome quieta en un solo lado, a gerencia no le soy útil, gerencia que hace, si no va la gerente o el contador a buscar algo me manda a mí, hace esto, lleva esto, cobrale a tal y tal, entonces se desvirtúa lo que sería mi tarea, porque cuando estuve en recursos humanos me era más fácil, porque estaba sólo enfocada en eso, y entonces decís: “como es esto?” ... cuando estaba en recursos humanos lo trataba y hacia era bueno, a ver cuántas enfermeras tengo estudiando y bueno, estas se tienen que recibir este año, y les fomentaba eso, el estudio, si me enteraba de algún curso le decía que fueran, pero desde el área de recursos humanos yo no era enfermera, no podría hacerme cargo de alguna enfermera porque había hecho algo malo, porque no me correspondía y porque no tengo la formación técnica puedo ir sí a la chicas de admisión y decirles que tomaron mal un apellido, y fíjense como lo cargaron porque está mal cargado, pero ir y decirle a una enfermera y decirle, “le hiciste o tiene una flebitis en el brazo porque le pusiste mal el suero” en eso no puedo intervenir, entonces yo pedía que viniera alguien con formación técnica para que me ayudara en ese sentido, que pudiera exigir cosas que si bien yo podía exigir las, no tenía la formación como para después corregirlas, así aparecieron las figuras de Blanca y Margarita que se encargaban de la parte técnica, de toda la parte legal y administrativa de los recursos humanos me seguía encargando yo, y cuando me vine para acá, me vine con todo lo de recursos humanos pero me sentaron acá, cuando trate de conciliar los bancos, yo por ejemplo no puedo hacer lo que hace Patricia, que se pasó toda la mañana sentada analizando los bancos, porque creo que solo estuve sentada una hora que fue cuando mandé los sueldos, entonces es complicado ... entonces que le falta a la empresa, es la organización, el decir, vos vas a una empresa y ves un organigrama y decís a ver, tal y tal está acá, que es contaduría que lo comparte con recursos humanos, y su función va a ser esta, a nosotros nos piden que describamos nuestras funciones y qué hacemos en la empresa, y son hojas y hojas porque lo que se te ocurra hacemos, porque en realidad es una empresa que creció, se extendió pero siguen siendo familiar, siguen siendo los mismos cinco socios ...

¿Conoce cuál es la misión, visión y valores de la institución?

La misión siempre fue la misma, tratar de insertarse en las empresas sanatoriales prestando un buen servicio, teniendo o tratando de que los profesionales sean de nombre y renombre para la sociedad, prestando un servicio de lo más amplio de ahí en más después empezó a crecer desmedidamente entonces la misión de la empresa si bien vos vas a poder prestar un buen servicio cuando tengas un médico de guardia, cuando tengas las cosas organizadas, cuando el paciente venga y no tenga que esperar 60 minutos, 90 minutos a ser atendido, entonces si bien vos podes seguir funcionando con esta oficina, es cambiarle la cara la misión va a seguir siendo la misma, vos vas a curar

a personas, a personas enfermas, querés que el instituto de urología siga manteniendo su nombre en Río Cuarto, tus objetivos van a ser esos, tu camino va a ser tratar de que esos objetivos se cumplan, pero no nos olvidemos que son cinco socios que crecieron con la empresa y que no tienen más treinta años, tiene sesenta y cinco, entonces es como que envejecieron con la empresa, la empresa envejeció, entonces vos que necesitas, o haces una cirugía estética para que la empresa se renueve, para que tenga aires refrescados, para que a la gente no le dé la sensación de que entra al siglo pasado cuando pase por esa puerta

En función es todo esto, ¿cómo considera que es la atención hacia los pacientes internados?

Es buena la atención, al paciente que está internado ya tiene un problema que lo trae, nosotros tratamos de que no tengas más problemas cuando entra acá, sí nos ha pasado de tener casos que han sido complicados que son sociales de que la gente está sola, que la internan y que cuando llega el momento de darles el alta no tienen a donde ir, no sabes a donde derivarlos y no tenes cómo hacerlo, y hemos tratado de buscarles lugar, muchas obras sociales los derivan, en este caso los dos eran de Pami y a uno lo derivaron a Villa Huidobro y quedaron en un geriátrico los dos, pero nosotros les damos muchos servicios ... tenemos falencias yo siempre digo que nosotros fallamos en el mando, en poder mandar al otro a hacer las cosas que le corresponden si yo soy mucama y tengo que limpiar, no me podes venir a pedir que limpie, yo tengo que limpiar, no hace falta que me lo digan, tenes que darte cuenta que es tu función, entonces por ahí en eso sí fallamos, pero los pacientes muchas veces se van agradecidos, y son muy pocas veces las que se van descontentos con la institución, hemos pasado crisis, no te voy a decir que no, hemos tenido crisis de no tener médicos de guardia y de pasar semanas sin médico de guardia que con el último convenio de Pami, Pami te obliga a que prestes el servicio de nivel uno que es toda la parte ambulatoria y que vengan por guardia, y si no tenes médico de guardia bueno te denuncian pero bueno ahora estamos saliendo adelante con ese tema y de los servicios adicionales al paciente no se quejan de la comida, es buena la alimentación, estamos buscando que la nutricionista pase por las habitaciones, visite a los pacientes aunque sea una visita cordial ...

¿Cómo considera usted que es el trabajo interdisciplinario con el paciente?

Hay veces que se da, pero otras que el profesional no puede voluntad, si yo como nutricionista solamente voy a hacer ocho menús por semana, y los voy a rotar y uno me queda dando vueltas porque se me ocurre hacerlo y no paso ni siquiera por las habitaciones del paciente el problema si bien no va a ser del sector de nutrición, va a ser de la empresa que no exige que se pase por las habitaciones ... por ahí en eso no funcionamos bien, nos falta que interactúen si, por ejemplo, la psicóloga sólo está para el sector de hemodiálisis y está mal, porque hay millones de pacientes que deberían tener contacto con alguien que los ayude, de hecho nuestras patologías urológicas por ejemplo para un hombre son muy complicadas, porque se le cambia su forma de vida, y

aceptar una patología así es igual a aceptar un cáncer de mama en una mujer, tienen ese efecto.. por ahí sí trata de enfocar que las áreas de la medicina se involucren más, no pasa tanto cuando un clínico llama a un neurólogo o un clínico llama a un alergista, pero sí nos pasa con eso con psiquiatría que los únicos que vienen son los de la clínica Phillippe Pinel, que pueden salir del centro y venir de forma ambulatoria, y psicología si bien tenemos a una psicóloga pero esta solamente para la sala de diálisis y que por ahí también podríamos prestar ese servicio y nutrición que tenes el servicio pero mal utilizado ... pero los pacientes internado son muy pocos los que piden un psicólogo o un psiquiatra

¿Usted observa que existe demanda para esa área?

Sí, cuando son pacientes oncológicos la mayoría viene con un tratamiento externo, previo a la internación, y lamentablemente la internación en pacientes oncológicos son cuando están en los últimos tramos de la enfermedad, pero sí, por ahí hay gente que ... como te digo, tampoco nunca lo salimos a ofrecer

¿Considera que sería un servicio importante a prestarse?

Sí, hay veces que hay patologías que necesariamente necesitaría de un profesional que te ayude a pasarlas y todo lo que es cardíaco es así, les afecta muchísimo

Y en cuanto a la familia del paciente, ¿cuentan con algún servicio o cómo es el trabajo con la familia?

No, no tenemos nada

¿Considera que el trabajo con la familia sería necesario?

Sí, y no hacemos ningún tipo de apoyo a la familia... ha habido casos en los que gente muy joven se ha muerto y que no sabes que hacer y es ahí para mí cuando tiene que aparecer la imagen de contención del psicólogo... esos momentos en que no sabes qué hacer, poder pasarle el tema al que sabe porque además debería de ser así, porque si yo no sé resolver esto, te lo paso a vos que vos sí vas a saber cómo hacerlo o por lo menos tratar de tener esa disponibilidad para decir: “mirá, tratalo vos porque no puedo, no sé, o decime cómo lo podemos hacer” ... yo veo, también por lo que hago que suelo cobrar por ejemplo las habitaciones privadas pero veo que por ahí la gente necesita desahogarse, hay gente que por ahí viene se siente al frente mío y se larga a llorar y yo le estoy cobrando, o sea, querés algo más cochino que cobrarle a alguien mientras llora? Y yo lo tengo que hacer, o sea, si bien puedo hablar y decirle que bueno que todo va a pasar, que va a estar bien

¿Considera que cuenta con los recursos para hacer frente a estas situaciones?

Yo... no, por ahí lo se manejar pero hay veces que se me va de las manos, no puedo ver a un chico de mi edad sentado porque la madre se le va a morir, qué le podes decir?, si lo que yo le tengo que decir es me tenes que entregar tanto y tanto o que ya venga con la plata en la mano se siente y se larga a llorar, que puedo hacer?, más que decirle... que lo siento, que siento mucho lo que le paso, bueno fijate como podes hacer y tratar

de contenerlo desde ese lado, pero porque es un servicio que no está, y que no está porque por ahí nadie piensa en el contexto del enfermo, porque vos podés pensar en que si bien el enfermo es el que necesita todos los cuidados, también la familia necesita contención porque si se muere tu mamá, tu papá, tu abuelo, tu abuela, tu tío o un hermano se te va alguien tuyo, de tu familia y más de una vez no lidias con el paciente, lidias con el familiar, porque el demandante es el familiar ... por ejemplo, mi abuelo tenía cien años, estaba internado acá y hasta el momento en que se murió con mi hermana pedíamos por favor que hicieran lo posible para que siguiera vivo y tenía cien años, y era algo inevitable, entonces por más que todos los médicos nos dijeran que para qué queríamos que le siguieran haciendo algo si ya está, y nosotras no, si yo hubiera podido acceder a que mi abuelo fuera eterno lo deseaba con el alma que fuera eterno, entonces vos ves esa exigencia de “lo vamos a dejar ahí y hagan todo lo posible” cuando no hay paciente, hubo una señora de un paciente oncológico que estuvo en la 201 aislada dos meses, hasta que se murió, le hicieron todo lo que se te puede imaginar desde cinco, seis transfusiones de sangre por día y se iba a morir, entonces por ahí que nos falta, la contención de explicarle a alguien “por más que quieras, hasta acá llegó”, que sin dudas que es lo más difícil, porque en realidad vos le estas diciendo a un hijo, a una madre, a un padre, a un hermano a un sobrino que ya no hay más nada por hacer y la elección es “querés que se quede internada, querés que se vaya” y es fuerte... como también tenes otros casos en que es todo lo contrario, en donde si bien acá la eutanasia no está permitida, tenes gente que te pide que por favor hagas algo para que deje de sufrir, los dos extremos, el “no, no quiero que se vaya, no lo quiero perder, me muero si le pasa algo” a “el que se vaya” porque también tenes los dos extremos de pacientes, tenes ese paciente que llega íntegro a su muerte y tenes el otro paciente que no tenes más que pellejos y huesos y por ahí yo siempre digo que la mejor área de la clínica es la admisión de internados porque es ahí donde vos los conoces, conoces el recorrido, los ves, y la cotidianeidad de que vengan es el mejor contacto que tenes con la persona y nosotros no le damos bola a la admisión, y nosotros somos una clínica chica, le podés dar bola y podés hacer que eso sea más agradable aún sea en la vista, que sea agradable en todo

¿En qué consiste esa área de admisión de internados?

En esa área solo toman los datos del paciente, se carga toda la información al sistema y donde se informa todo lo que se le hace al paciente y se arma la factura del paciente, es la que primero recibe y es la última que dice “hasta luego” al paciente... entonces esta área, y nosotros no tenemos azafata de piso, que también es otra área que está muy buena, la azafata de piso es la que controla que vos como paciente estés bien si te cambiaron las sábanas, si no, si limpiaron los pisos, si el baño está en condiciones, es la que va y resuelve las cosas en el piso, o sea, áreas en un sanatorio tenes millones, y vos podés crecer en una cantidad de aristas, podés prestar un servicio bien, no sé, a nosotros nos hablaban siempre de la comida, que la comida de acá es rica y por ahí la gente sólo se va contenta por el hecho de comer y después sí dicen que la clínica está limpia, que las enfermeras son buenísimas como por ahí tenes familiares que te dicen que no, que las enfermeras no son buenas, pero eso también ya es muy subjetivo porque

es parte de cómo te caiga a vos una enfermera o cómo te cayó en ese momento, yo creo que todas las personas vienen acá ya con un problema, vos no vas al médico por hobby, viste que por ahí la gente piensa que la gente más grande es la que va a la iglesia para pasar el tiempo, para hacer sociales con alguien bueno, en esta rama no viene nadie a hacer sociales, vos podés hacer sociales cuando estás esperando a que el médico te atienda, pero te aseguro que ya cuando lo tuviste que esperar cuarenta minutos se terminó la sociabilidad, se terminó tu buen humor y querés matarlo y por ahí lo que yo veo que es una falencia nuestra es no exigirles a nuestros profesionales que vengan y cumplan en horario, si vos empezas a atender a las cuatro, que necesidad tenes de llegar cinco menos cinco?, el hombre que tenía el turno a las cuatro, ya hace una hora que te está esperando cómo puede llegar a entrar al consultorio esa persona?, con ganas de ahorcarlo!, pero es como que, siempre los médicos que dicen lo mismo, “el paciente se llama así porque tiene que tener paciencia”, y por ahí con la especialidades más nuevas como la psicología, les cuesta, a ver, todos los médicos jóvenes te van a decir que está buenísimo, porque si no fueron, son o tienen pensado hacer una consulta o análisis en algún momento porque también es jugado la profesión que tienen, ellos tienen una vida en sus manos, entonces tenes que saber una cantidad de cosas, vos podés ser dos tipo de médico, el que se sabe hasta el nombre del perro del paciente o el que es totalmente frío y que te puede decir la noticia más grande del mundo sin que se le mueva un pelo y la gente cuál crees que elige?, el que se acuerda hasta del perro y ninguno de los dos dejan de ser malos profesionales simplemente es por donde encarán su profesión, nosotros acá en cuanto a psicología a mí me encantaría que hubiera yo un montón de veces pienso que por ejemplo todas las enfermeras de hemodiálisis que trabajan con pacientes de veinte años que a lo mejor llegan a los veintinueve y se murió

¿Y la psicóloga que trabaja en esa área sólo trabaja con los pacientes?

Sí, o sea, personal, familia, y demás áreas no tienen psicología

¿Considera que la presencia de un profesional en psicología podría contribuir a esa situación, o en qué área considera que hoy podría intervenir un profesional de psicología?

En el internado, en el paciente y en el acompañante, en la familia, en admisión de internado es más que para que el psicólogo sea el nexo para darles herramientas psicológicas para el que atiende, o sea no sé, a mí me ha pasado va ... por ahí yo bajaba y abría la puerta y me encontraba a una mujer llorando que decía que el marido de le había muerto, que no sabía a donde tenía que llamar, qué tenía que hacer, cómo lo tenía que hacer y que sus hijos no vivían en la ciudad, llamar a un hijo y decirle que tu papá se murió no es fácil, ninguna de esas noticias son fáciles de dar, entonces por ahí que la gente esté preparada está buenísimo y contener al familiar de ese paciente también, porque el paciente quieras o no quieras suspira y se deja ir, si a vos cuando te pasa algo, lo aceptas o lo cargas toda la vida, y cuando lo aceptaste, suspiraste y lo dejaste... y ahí empieza a funcionar todo el resto, la contención que ves en el resto, y eso es lo que falta, igual cuando se da un diagnóstico malo, que tengan una contención,

pueden tomarla o dejarla, puede que les sirva o no, hay gente a la que no le sirve y hay gente que sí le sirve pero que la tengan.

Muchas gracias por su colaboración

Entrevista 3 a personal de enfermería – Realizada el día lunes 18 de abril de 2016

***Nota: en negrita se señalan las preguntas de la investigadora, en cursiva las respuesta de la entrevistada**

¿En qué área trabaja dentro de la institución?

Trabajo en el área de Terapia como coordinadora

¿Cuál es su profesión?

Soy enfermera profesional y empiezo la carrera de licenciada en enfermería

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en la institución?

Hace 20 años

¿Cuáles son los aspectos positivos que observa en lo que respecta a la institución?

Que se le busca la forma de aquellas cosas negativas de mejorarlas que sea lo positivo hacia el paciente, hacia los compañeros, hacia los profesionales, es un conjunto

¿Cuáles son aquellos aspectos positivos respecto a su actividad?

Que todo lo que busco y pido hasta el momento es positivo, más en mis compañeros que cuando los necesito ellos están para responder a lo que a mí me haga falta por ejemplo si necesitamos cubrir un turno y tenemos a alguien que paso certificado siempre hay alguien que está dispuesto a venir a cubrir, entonces a mí eso me es positivo

¿Cuáles son aquellos aspectos negativos o dificultades que observa en la institución?

Y a veces que los médicos no se ponen de acuerdo entonces escuchas a uno que te dice una cosa, escuchas a otro y entonces tenes que ir detrás de ellos como mediando

¿Qué actividades realiza para hacer frente a las mismas?

Directamente voy y hablo con ellos, voy y le pregunto: “doctor dígame qué hago? Porque el otro doctor me dijo que hiciera esto y usted me dice que quiere que se haga de otra forma” y así busco llegar a acuerdos

¿Qué tipo de población es la que mayormente se atiende en terapia?

Mayormente tercer edad, pero por ahí ingresa alguna persona joven

¿Cómo considera que es la atención hacia los pacientes internados?

Para mí es muy buena la atención, siempre buscamos que el paciente y el familiar se vayan bien, que se vayan conformes con la atención y si algo no está bien y están disconformes buscamos la solución para que se vayan conformes porque eso nos beneficia nosotros como empleados y más para la institución

¿Cómo observa usted el trabajo interdisciplinario con el paciente?

Y lo que pasa es que cuando el paciente ingresa a la terapia ya tiene su médico de cabecera pero que pasa, cuando el paciente ingresa a la terapia está bajo la responsabilidad del médico que está de guardia en la terapia o un jefe de terapia, pero el médico que está de guardia en la terapia es el que toma las decisiones del paciente más allá de que cada paciente tenga su médico de cabecera, y entre ellos, el médico de cabecera y el médico que está de guardia, ellos conversan acerca de cuáles van a ser los pasos a seguir, qué procedimientos quieren que se les haga la paciente o el mismo médico de la terapia le consulta le dice: “doctor, que le parece si al señor le podemos hacer tal cosa” se comunican

¿Cómo observa que es el trabajo con la familia del paciente de terapia?

Tenemos gente que es muy respetuosa que respetan el horario de visita que tienen, porque muchas veces no puede entrar la gente en el horario establecido que tiene la terapia o por una urgencia o porque están haciendo algún procedimiento, o algo con el paciente y se retrasó el horario y no pueden entrar, y tenemos gente que es muy respetuosa porque saben que cuando han llegado con su familia les ha pasado lo mismo pero tenemos otros que te golpean y te insisten que si está el horario, que a qué hora van a pasar, que se va a pasar el horario y así, pero bueno, siempre tratamos... después también, como nosotros hay veces que no los podemos dejar entrar en el horario que está establecido, los dejamos un poquito más o si se tienen que ir porque tienen que trabajar y bueno después si vuelven y está todo tranquilo los dejamos entrar un ratito... tenemos que tener esas consideramos, tenemos que mediar también para el paciente, que de un día hacia el otro que no ven a la familia y están solos mirando hacia el techo, hacia los costados, a los enfermeros y el movimiento y ni te cuento si hay una urgencia

¿Cómo es su actuación ante una urgencia?

Cuando un paciente ingresa ya sea por guardia o no, como por ejemplo con un paro cardio respiratorio, nosotros ya tenemos distribuido, asignado cada enfermo qué es lo que tiene que hacer, el paciente ingresa, se lo llama al médico y es el médico el que se pone a la altura de la cabecera, al costado otro de los enfermeros que empieza con los masajes cardíacos, otro que circula alrededor haciendo las drogas y a su vez siempre tenemos la mucama que nos ayuda, nos alcanza el electro, hacemos un electro, vamos viendo... todo el equipo que está en la terapia todos trabajamos juntos y estamos todos capacitados hasta para ver el registro de un electrocardiograma entonces lo vamos leyendo y le vamos diciendo al doctor si entro en arritmia, si no hay nada, si entra en paro, y así uno va buceando, otro haciendo masajes, cuando se cansa el que está haciendo masajes vamos circulando, el que va haciendo la medicación es un solo porque es el que lleva el control de las drogas que va haciendo y el médico en la cabecera es que le va buceando una vez que lo entubó y el que va dirigiendo “hacele otra droga o no, hacele ésta o vamos a empezar por aquella”, y así el paciente sale del estado de shock o del estado en el que ingresó y el médico dice “bueno, le vamos a

poner una bomba con tal o cual droga, vamos a colocar sonda nasogástrica, sonda vesical, y ahí el familiar está, como en este caso, está ansioso, está nervioso porque no sabe qué es lo que está pasando ahí adentro, se trabaja de puertas para adentro, no entra ningún familiar en ese momento y ahí a su vez tenes que tener la contención al paciente que está en la cama, que está escuchando todo lo que pasa del resto de los pacientes, y tenes el familiar del paciente que entró que está ansioso porque no sabe qué es lo que está pasando adentro y al ratito el médico sale, avisa y habla cuando el paciente ya está estable o no, cuando fue un óbito

¿Cómo es el después de ese momento?

Y después tenes que ir y conversar, el después generalmente a veces el paciente ya está mejor, está más tranquilo y el paciente del lado, al escuchar todo el movimiento que corre uno por acá y otro para allá, se ponen nerviosos y si hay alguno que está un poquito alterado se pone más nervioso y cree que le va a pasar a él lo mismo y así vamos, conversamos, los tranquilizamos y hacemos un poco la psicología y así se pasa el momento y les decimos “a usted no le va a pasar lo mismo porque usted no está igual” y así porque en una urgencia todos escuchan todo, están cada uno en su box, con cortina que si bien nosotros las corremos, pero se escucha, se escucha el respirador, los instrumentos que nosotros usamos y todo el estrés que se sufre en ese momento para sacarlo adelante porque nosotros también lo sufrimos al estrés ese, que corremos por allá, que preparamos las cosas, y el tiempo en ese momento es oro para nosotros, para nosotros y para el paciente... después de que pasa todo volvemos a la rutina, porque nosotros en terapia tenemos una rutina, está todo organizado, vos si no tenes urgencia, está todo organizado y tenes tu rutina, pasó la urgencia y tenes que volver a tu rutina

¿Reciben atención de psicología los pacientes que se encuentran internados en el área de terapia?

En la terapia no, porque no hemos tenido así pacientes que sugerimos que tengan... pero sí tenemos aquel paciente de la tercera edad que al estar en un lugar cerrado se termina desorientando, entonces si el paciente está en consideración, está bien, estable, para que pueda pasar a una habitación lo pasan a una habitación para que esté con la familia y se empiece a ubicar en tiempo y espacio, porque en la terapia sí hay veces que se nos desorienta la gente

¿Considera que un profesional del área de psicología podría contribuir en estas situaciones?

La verdad no lo hemos notado así de decir “tendría que tener a alguien de psicología”, solo una vez tuvimos un caso de una señora que sí, por un caso de violencia de género estuvo acá en la terapia por los golpes que había recibido y todo eso, ella ya venía con un tratamiento con psiquiatra, con psicólogo y todo eso, después esa señora salió adelante, se fue de alta y siguió como ambulatorio

¿Considera que como por ejemplo en los casos de urgencia, el trabajo con la familia sería importante?

Sí, podría ser importante, nosotros conversamos mucho con el paciente entonces la gente ya al hablar se distrae, empieza a relajarse pero nada más, de lo que es de la vida, de sus cosas, nos cuentan si tienen nietos, qué hacen sus nietos, a qué se dedican ellos, entonces ya conocen quién viene hoy, cómo te llamas y ya es distinto, pero nosotros en realidad no hablamos con los familiares de temas del paciente porque a eso se dedica solamente el médico, nosotros solamente les decimos si necesitan traerles tal cosa, somos intermediarios

¿Considera usted que cuenta con recursos para responder a la demanda de la familia o del paciente?

Sí ... nadie nos prohíbe nada entonces podemos por ahí conversar más, sí tenemos recursos, además no estamos solos,

Muchas gracias por su colaboración

Entrevista 4 a personal de enfermería – Realizada el día lunes 18 de abril de 2016

***Nota: en negrita se señalan las preguntas de la investigadora,
en cursiva las respuesta de la entrevistada**

¿Cuál es su profesión y en qué área trabaja?

Soy enfermera de piso

¿Cuál es la principal actividad que desempeña?

La atención y cuidado del paciente, vemos cuales son los más graves y le damos más prioridad a ellos

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en la institución?

Hace dos años aproximadamente

¿Cuáles son los aspectos positivos que observa en lo que respecta a la institución?

Te puedo decir más en relación al paciente, no sé si a la institución, del paciente lo positivo es cuando se van de alta que sabes que se van bien y que te agradecen la atención que les has dado... es como si te ganaras el quini porque ves cuando ingresan que están mal y tenes esa duda de si van a salir y ver el estado en el que entran y después verlos salir y te agradecen es muy satisfactorio

¿Cuáles son aquellos aspectos negativos o dificultades que observa en la institución?

y... cuando renegas mucho cuando no tenes los suficientes insumos, cuando el médico no le da mucha atención al paciente y tenes que estar llamándolo, llamándolo para que lo venga a ver esa es una parte muy negativa

¿Qué actividad realiza para hacer frente a esta dificultad?

y... tratas de hablar con el familiar y hacerles entender y explicarles cuál es la situación para que lo tomen con calma y tengan un poquito de paciencia... porque por ahí el médico de guardia está ocupado con una urgencia y es entendible porque hay pacientes que necesitan atención inmediatamente

¿Cómo considera que es la atención hacia los pacientes internados?

Por ahí no es como nosotros queremos, porque se maneja con una sola enfermera por piso y cuando tenes muchos pacientes, hay mucha demanda y por ahí no llegas a hacer lo que vos realmente tenes que hacer, o sea, como se debería hacer, por ahí cuando hay tanta demanda necesitaríamos más personal

¿Cómo observa usted el trabajo interdisciplinario con el paciente?

Nosotras, las enfermeras sí tratamos de trabajar en conjunto y si tenemos que hablarle al médico por supuesto que lo vamos a hacer, pero tratamos de entre nosotras que sea lo más en conjunto

¿Cómo observa el trabajo con la familia del paciente?

Hay familiares que te saben entender mucho, que te ayudan, que te colaboran y hay otros familiares que no, que tenes que estar ahí, porque tenes que estar ahí y si no te amenazan que te van a denunciar pero hay otros familiares con los que sí hay buena relación y se puede trabajar y te ayudan muchísimo

¿Considera que la presencia de un profesional en psicología podría contribuir a esa situación?

Sí, porque por ahí vos les hablas, les explicas la situación, cómo lo pueden entender, cómo lo pueden levantar que por ahí muchos no puede, pero hablándolos, ayudándolos y explicándoles la situación del paciente sí, entonces sí, sería importante para que el familiar pudiera hablar y tuviese una ayuda extra, porque sería muy bueno que tuviera

Muchas gracias por su colaboración

Entrevista 5 a profesional médico – Realizada el día lunes 18 de abril de 2016

***Nota: en negrita se señalan las preguntas de la investigadora, en cursiva las respuesta de la entrevistada**

¿En qué área trabaja dentro de la institución?

Principalmente en el área de cardiología clínica

¿Cuál es su profesión?

El título es de médico cirujano, con especialidad en cardiología

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en la institución?

19 años

¿Cuál es la principal actividad que desempeña en la institución?

En este momento cardiología clínica, la atención de consultorio, pero también hacemos otras cosas, en tiempo hacía guardia en terapia, pos operatorio de cirugía cardíaca, guardia generales... varias

¿Cuáles son los aspectos positivos que observa en lo que respecta a la institución?

Fundamentalmente, que fue por una de las cosas por la que quise venir a trabajar acá fue por el renombre y la calidad de los médicos y de la atención, ahora no tanto pero cuando yo vine era más específico a cardiología que era lo que yo quería hacer, entonces ahora está un poco más generalizado, ahora hay mucho más traumatología, ginecología, que antes prácticamente no había, entonces éramos una institución con una sola especialidad, que ahora está mucho más abierta, más amplia y fundamentalmente el renombre que tiene es una característica que vos acá podés hacer todo con el paciente, desde el diagnóstico, tratamiento y completar todo el tratamiento, no sé si mejor o peor que en otro lugar, pero todo lo que es tratamiento cardiológico acá se hace, llámese angioplastia, estudios, cirugía cardíaca, todo, es un tratamiento integral que podés llegar a hacer, entonces es consultorio, tratamiento y todo tipo de tratamiento, te repito, puedo decir que sí, que en la fundación Favalaro se opera veinte pacientes por día, sí, y a lo mejor acá operamos a un paciente al mes, pero lo hacemos también, es completo entonces básicamente eso, que es una institución especialmente dedicada puntualmente a dos áreas específicas lo que es urología y cardiología con pequeños anexos, pero en lo que puntualmente a urología y cardiología se refiere es una institución que está muy bien plantada, está muy bien armada con aparatología, podés hacer todo acá... con las limitaciones propias de lo que es ahora fundamentalmente obras sociales pero todo lo que se hace en mayor o menor calidad que en otro lado, pero se hace

En relación a esto, se correspondería con la siguiente pregunta de ¿cuáles serían aquellos aspectos positivos en lo que respecta a su propia actividad?

Sí, eso fundamentalmente, si bien yo no hago solo cardiología, pero lo fundamental es que dentro de eso acá se puede hacer una muy buena cardiología, hay gente de renombre, hay aparatología, hay instalaciones hay todo para hacer una buena cardiología que es lo que fundamentalmente a mí me interesa

¿Cuáles son aquellos aspectos negativos o dificultades que observa en la institución?

Es muy amplio, no sé, porque así como te digo que hay muchas cosas positivas fundamentalmente en lo que es a la especialidad, también faltan muchas cosas, es decir, te digo que como que salpicas un poquito con las otras cosas, mejor cirugía, mejor terapia, cosas que se pueden mejorar que si bien están fundamentalmente armadas para lo que es urología y cardiología en el resto de las especialidades que si bien no son el fuerte de acá de la institución pero están, entonces se podría avanzar en esas cosas, y después también pasa todo por lo que es fundamentalmente una situación económica dificultosa, todo requiere más tiempo, requiere más esfuerzo, lo que con condiciones económicas mejores se haría con la mitad de renegar y con la mitad del tiempo, entonces fundamentalmente pasa por una cuestión económica en general, todo va relacionado, dentro de cómo te podes manejar yo creo que estamos bien, dentro de lo que vos te podes manejar, dentro de los alcances que podes tener

¿Cómo considera que es la atención hacia los pacientes ambulatorios e internados?

Te diría que muy buena, conociendo otras instituciones lo que es atención propia del paciente es muy buena, por ahí a lo mejor lo que tienen otras instituciones mejor, o mucho mejor que nosotros es la cuestión edilicia y estética pero no hace a la atención del paciente, de la enfermedad, sí la comodidad del paciente pero no de la enfermedad, no es lo mismo tener una habitación recién pintada, arreglada con todas las cosas, y que te vea un residente a que te vea un médico capas y a lo mejor en una habitación que no está pintada, ya te digo, a lo que es enfermedad es muy buena y por ahí en lo que es confort o comodidad falta lo que no es un aspecto a despreciar porque es parte del tratamiento de la enfermedad, de la enfermedad como enfermedad en sí me refiero, es parte del tratamiento

¿Trabaja interdisciplinariamente?

Sí, en general sí

¿Con qué profesionales?

Con los relacionados acá fundamentalmente, con cirugía, con otros cardiólogos, con traumatólogos, o sea, ahora si me preguntas por psicología, poco y nada, pero creo que es por una cuestión de que no tenemos psicólogos ni psiquiatras acá en esta institución, entonces por ahí cuesta mandar al paciente porque no hay una comunicación, porque no es lo mismo que yo me encuentre con el cirujano que operó al paciente, me lo encuentro en el quirófano, en la sala de recuperación, me lo encuentro en la entrada, con las otras especialidades que no están acá es más difícil trabajar

¿Considera que podría ser necesario la incorporación de profesionales del área de psicología o la creación de algún espacio?

Yo creo que sí, creo que todo lo que suma está bueno, todo y no solamente psicólogos, psiquiatras, todo, neurólogo, que hay una chica que recién está empezando a trabajar, buscar las especialidades, todo suma, porque que el paciente no es un infarto, no es una vesícula, no es una fractura, entonces si vos tenes la posibilidad de sumar las especialidades, si podés hacer un tratamiento conjunto que es muy difícil, porque muchas veces cuesta aceptar que vos querés una interconsulta, qué te puede importar lo que piense un cirujano si vos lo estás tratando por una hipertensión y no es así, pero cuesta, es muy difícil pero todo lo que vaya en favor del paciente, todo lo que suma es muy bueno... te repito es muy difícil de parte de los médicos que acepten eso, y puntualmente con psicología más

¿Piensa que puede ser por una cuestión profesional o por incorporar un modo diferente de tratamiento?

Yo creo que es porque los médicos y sobre todo cuando tienen cierto prestigio, cierta trayectoria, se creen que pueden solucionar todo y menosprecian el resto de las actividades, yo puedo atender por la hipertensión, puedo decir si se opera o no se opera, puedo decir si está loca o no está loca, puedo sacar o quitar medicación, porque creo que soy autosuficiente, por eso te digo que es muy difícil que los médicos, sobre todo la gente más grande, quiera trabajar en equipo, es muy difícil

¿Sólo con psicología o con otras disciplinas?

No, en general, y con psicología en especial, me parece no sé, a lo mejor me equivoco, pero es lo que yo creo

¿Cómo observa que es el trabajo con la familia del paciente?

En nuestro caso es informar a la familia, yo no lo tomo como un trabajo, trabajar con la familia es más de la psicología, lo mío es informar: “tal paciente tiene tal cosa, se le va haciendo tal otra” y es fundamental, te evita un montón de problemas cuando vos hablas con la familia y les explicas lo que tiene, de lo que sabes que tiene como de lo que no sabes que tiene, porque no siempre tenes un diagnóstico, no siempre tenes un tratamiento correcto, muchas veces depende de un laboratorio, depende de otras cosas que cambias el rumbo del tratamiento y eso la familia lo tiene que saber y el paciente lo tiene que saber sobre todo

¿Cómo es esa comunicación con la familia?

Es difícil, todos los días

¿Considera que cuenta con recursos para responder a esas situaciones?

Y sí contás, son tus propias herramientas, lo que vos hablas, lo que vos has dicho, y como vos te manejas, porque no hay psicólogo acá, y en ese sentido puede ayudar, sobre todo cuando das noticias feas, pero en general vos tenes que hacerte de tus herramientas para poder explicarle a la familia y darte cuenta si la familia entiende o

no entiende, porque muchas veces de dicen “si, si, si”, se dan vuelta y dicen “qué dijo?”, porque no tiene ni idea o sea, muchas veces puntuales, que se yo, hay gente que está grave, y vos le decís “miré, el paciente hizo un paro, está en arritmia, estamos reanimándolo, vamos a ver si podemos sacarlo” y te dicen “y qué va a pasar?”, y son segundo, “esperemos a ver qué pasa” y les decís, “entiende lo que le estoy diciendo?”, “ajá, sí”, y tenes que decirles “está muerto tu papá o tu mamá o quien sea” y te dicen “cómo que se murió?!” ... no entienden, entonces tenes que saber vos si te están entendiendo o no, muchas veces les decís algo y no te prestan atención porque están estresados, porque están pensando en otra cosa o por lo que sea, pero yo creo que fundamentalmente pasa por ahí, que vos sepas explicar lo que el paciente tiene o lo que estás haciendo y que del otro lado te sepan entender, no es solamente explicar vos tenes que hacerte entender con el paciente y con la familia

¿Considera que la presencia de un profesional en psicología podría contribuir a esa situación?

Si, con todo, todo suma, incluso sería hasta más fácil decir “venga que le explica”, pero hay cosas que no podes explicar, que las tenes que explicar vos como médico actuante que sigue al paciente, que se yo, no le podes decir al jefe de terapia “anda y deciles vos que se va a morir”, no, tenes que ir vos con el jefe de terapia, no es deslindarte de la responsabilidad y eso es trabajar en conjunto

Muchas gracias por su colaboración

Entrevista 6 a profesional médico – Realizada el día sábado 23 de abril de 2016

***Nota: en negrita se señalan las preguntas de la investigadora, en cursiva las respuesta de la entrevistada**

¿En qué área trabaja dentro de la institución?

En la sala me hemodiálisis, en la guardia central, en terapia y toda la parte de piso, o sea en la parte de clínica médica en primer y segundo piso

¿Cuál es su profesión?

Yo soy médica clínica, pero a su vez hago la parte de nefrología, la parte de geriatría y clínica médica en terapia y consultorio

¿Cuál es la principal actividad que desempeña en la institución?

En la parte de hemodiálisis como nefróloga y como complementario hago la parte de clínica médica

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en la institución?

21 años

¿Cuáles son los aspectos positivos que observa en lo que respecta a la institución?

La organización sobre todo, la dedicación que tenemos con los pacientes en los cuales tenemos pacientes muy crónicos, y como llevamos la evolución, tanto si están en hemodiálisis como en el piso y en consultorio pero sobre todo la organización y la unificación de criterios aunque no se vea, entre los profesionales, y las interconsultas, las tenemos y tenemos las respuestas que aunque no se vea tenemos las respuestas o sea, que trabajamos en conjunto

Lo que remite a otras de las preguntas, acerca de si ¿trabaja interdisciplinariamente?

Sí, totalmente

¿Con cuáles profesionales?

Normalmente con los cardiólogos, urólogos, traumatólogos, todos, todo lo que se pide en interconsulta no tenemos problema, los estudios complementarios se hacen como tomografías, resonancias, laboratorio excelente y la parte de rayos, o sea estamos todos, vuelvo a repetir, a lo mejor no se ve pero se trabaja bien, personalmente te hablo

¿Cuáles serían aquellos aspectos positivos propios a tu actividad?

Lo más importante es que tengo muy buena relación médico-paciente, es un vínculo especial y luego todo lo que se va haciendo, se va pidiendo, la comunicación, el estudio complementario todo lo tenes, y la interconsulta, yo trabajo bien, no tengo problemas, lógicamente si surge algún problema siempre lo consulto, por eso estoy en todo

¿Cuáles son aquellos aspectos negativos o dificultades que observa en la institución?

Negativo y a mejorar es cuando alguna vez uno no se puede poner de acuerdo con el colega pero no observo problemas en sí, incluso con las mismas enfermeras, yo particularmente trabajo bien, sí he tenido algunas diferencias porque creo que ha sido desde la otra parte, sí hemos pasado por crisis pero siempre trate de trabajar y trabaje de la misma forma, a veces algunas indicaciones u opiniones pero propio de lo que se da entre las relaciones interhumanas en la parte de que algunas veces puede haber diferencias de opiniones y si ha habido algún problema se ha corregido, y a veces si ha pasado algo es porque no ha habido colaboración de la otra parte porque qué pasa, no es que uno es perfecto, pero yo siempre trate de estar y cuando no pude estar, hubo problemas, por ejemplo un óbito, un óbito una mañana porque no quiso salir la persona de terapia, pero si yo estoy en terapia, estoy acá y allá, siempre estoy, pero sí creo que ese es el único problema, poca colaboración en algunas cosas, yo si tengo que hacer algo, llamo, pido, voy, vengo, no lo dejo pasar... y a veces cuando no hemos podido hacer ecografías he tenido problemas en el hecho de que no venga, pero yo con el paciente he tenido muy buena relación y han podido esperar, pero es el vínculo que yo tengo con el paciente

¿Cómo considera que es la atención hacia los pacientes ambulatorios e internados?

Es muy buena la atención, se cumple, se cumple con todo, pero bueno, es de acuerdo a cada colega, eso ya es más personal

¿Cómo observa que es el trabajo con la familia de los pacientes?

Se trata de tener una buena comunicación, de explicar bien, creo que la mayoría lo entienden porque la mayoría son pacientes crónicos, no tenemos problemas, pero vuelvo a repetir, a veces hay, hay algunos profesionales que los tienen, yo creo que todos los pacientes que vienen acá saben muy bien, se van conformes que es lo importante, y el que no que es normal que pase, eso se habla, se trata de ver, de pulir, así no hay problema, y tratamos de que el grupo que está nuevo, que ha venido ahora, tengamos siempre la misma escuela y que hablemos con los mismos códigos, entonces de esa forma podemos trabajar mejor

¿Considera que trabajo con la familia es un factor importante en el tratamiento del paciente?

Sí, yo primero, se valora al paciente, y lo segundo que hago es comunicarle y comunicarle a la familia, y todo comunicarle a la familia, y no siempre dando la mejor expectativa, a esperar la mejor expectativa, entonces siempre se trata de tener un buen vínculo en ese aspecto, yo no tengo problema, pero siempre comunicar todo, todo lo que se hace, todo lo que puede pasar, hablar bien con ellos y otra cosa muy importante es el seguimiento, a mí me gusta el seguimiento del paciente por más que esté de guardia, yo al paciente por más que venga hoy con una gripe no lo dejo, usted trate de al médico de cabecera o vuelva a la guardia, eso sí, eso siempre trato de que se haga, por eso quizás los pacientes siempre tienen muy buen vínculo conmigo, incluso no digo

que vengan conmigo pero sí que vean a su médico de cabecera, que hagan el seguimiento y que sigan en contacto con nosotros que es lo importante, eso lo hago yo acá, y quizás también por eso a veces tengo diferencias con algunos colegas, que uno tiene más, que lo buscan más, pero es porque uno hace en vínculo que necesita el paciente, porque para mí no es un número más, ese el tema, pero bueno por eso estoy acá hace diez años en la guardia, vos viste que la mayoría de los médicos de guardia están un tiempo y se van, yo perduro en el tiempo!, no me cansa y me gusta

Tengo entendido que trabaja con una psicóloga en la parte de hemodiálisis, ¿que el trabajo de ella es con los pacientes únicamente, no?

Si, y me gusta trabajar, incluso el paciente se siente protegido aunque le dé la espalda, pero falta un poco más de comunicación con los profesionales de hemodiálisis, no tenemos buena comunicación, me gustaría que se trabajar más en conjunto

¿Con los otros profesionales o sólo con el área de psicología?

No, con todos, y con el área de psicología te imaginas que el paciente de hemodiálisis es un paciente negativo de por sí por la enfermedad y por una máquina que está todos los días a su lado, me gustaría que la psicóloga me comunicara y pudiéramos tener más diálogo, pero no se da

¿Tiene conocimiento de cómo es el trabajo de la psicóloga con estos pacientes?

Sí, ella viene, los valora periódicamente, lo que pasa es que el nefrólogo es lo más importante que hay en diálisis, o sea, el nefrólogo es como la mamá o el papá, nosotros somos el eje y ellos van alrededor nuestro, entonces todo lo que sea psicología, nutrición, es importante que nosotros tengamos comunicación, yo hable una vez con uno de los directores y le dije que no me gustaba porque no teníamos comunicación entre los médicos entonces hicimos una reunión y pusimos una carpeta en donde poner la evolución y novedades, lo que paso es que la mayoría no la usaba, salvo yo y el dr; entonces yo la deje de hacer porque no era positivo, entonces que hago, en mí turno me dedico a mis pacientes y si alguien de los pacientes del otro turno necesita me ocupo, pero creo que la comunicación tendría que estar

¿Considera que la atención desde el área de psicología se podría extender hacia otros pacientes?

Sí, y sabes que me gustaría, que se aborde junto con la familia, el paciente no es un paciente que está aislado, menos el de diálisis, entonces qué pasa, no sé bien cómo trabaja la psicóloga que esta, pero tratar al paciente, ver la problemática, llamar a la familia y con la problemática del paciente más la problemática de la familia unir eso y llevar otro tipo de tratamiento, porque no es solamente que venga, se pese, vaya a la máquina, sacamos el peso, tiene algún síntoma y se va, esta es una persona, es un individuo con un montón...no sé, me parece, pero todo esto no lo puedo comunicar a nadie, y bueno, y tendríamos que trabajar en conjunto, incluso yo siempre les digo cuando a veces vienen, “vengan una vez por mes, comuníquense” pero no es fácil, y te repito, es un trabajo en conjunto, si pasa algo, porque el paciente de diálisis en la casa

deber ser!, no sé, debe tener reacciones terribles, entonces eso no lo sabemos nosotros, y me gustaría para tener un mejor seguimiento y comunicación

¿Y la intervención de un profesional de psicológica lo consideraría importante para alguna otra de las áreas de la clínica?

Sí, en pacientes cardiacos, el paciente cardiaco es el que más sufre las angustias, los miedos, la incertidumbre, porque nosotros al corazón cómo lo vemos?, cómo el único motor nuestro y pensar que tenemos riñón, hígado, la mama en las mujeres, pero el corazón en el hombre sobre todo lo vive con mucha angustia y para los pacientes de terapia, algunos, los que se comunican, y para los pacientes que tienen ACV, los familiares sí lo necesitan, son pacientes crónicos, con involución, que nunca van para lo positivo, y ellos también necesitarían, acá hay muchas cosas para trabajar

En lo que respecta a su actividad, ¿suele realizar derivaciones para pacientes o para la familia?

Sí, cuando lo creo necesario sí, sobre todo con los pacientes crónicos que sé que es difícil, cuando son matrimonios de muchos años que están muy ligados y que sabes que en cualquier momento... los hijos que son muy dependientes, vos ves siempre la contención de la familia, y en esas familia se necesita

Muchas gracias por su colaboración

Entrevista 7 a la Gerente – Realizada el día viernes 22 de abril de 2016

***Nota: en negrita se señalan las preguntas de la investigadora, en cursiva las respuesta de la entrevistada**

¿En qué área trabaja dentro de la institución y qué actividad desempeña?

El área es Gerencia y podría decirte que si bien por contrato social es una gerencia administrativa, te diría que es una gerencia general porque tengo poder de decisión tanto en la parte económico financiera como en el resto de las actividades que se desarrollan, fundamentalmente la responsabilidad en lo que es el personal, en el trato con el personal, en la resolución de temas con el personal termina siendo resorte de mis decisiones por supuesto consultarlas, con la ayuda de la parte médica obviamente fundamentalmente de la auditora médica y algunos procedimientos, algunos presupuestos, por supuesto con el consentimiento del médico si o si, y también bastante en lo que respecta a las relaciones institucionales, ya sea con las distintas obras sociales, con el colegio médico, con el Pami, con el Apros, un poco es parte de mi responsabilidad, que si bien lo comparto con el contador, el grueso de esas actividades las realizo yo, por una cuestión de formación de años de hacerlo y por la dedicación que cada uno le pone a su trabajo

¿Cuál es su profesión?

Yo cursé hasta casi cuarto año de ciencias económicas, la carrera de contador público, antes había hecho magisterio superior que no tiene mucho que ver pero que me sirvió muchísimo con las relaciones, en la cultura general, y después realice un curso de gerenciamiento de empresas de salud de la Universidad Católica de Córdoba, y en otra época se dictaban muchas charlas, seminarios para la gente que estaba en salud, y yo generalmente las hacía, además como me gusta mucho mi actividad, siempre trato de leer, de estar informada y de partir de cuantos cursos se hagan, lo hago, así sea para la secretaria yo voy y lo hago lo mismo porque me interesa formarme y fundamentalmente actualizarme, porque a veces no solo los años y la experiencia puede servir para transmitírselas a la gente joven, a la que apuesto mucho porque me gusta mucho la gente joven, sino también porque es importante para mí estar actualizada que es fundamental, para que alguien pueda llevar una tarea gerencial con compromiso tiene que estar permanentemente actualizándose, porque no es cuestión de querer ejercer un mando, querer ejercer autoridad, si uno no lo genera con conocimiento porque no puedo ir y decirle a alguien que haga determinada cosa si no tengo ni idea de lo que estoy hablando, primero tengo que saber para poder ayudarlo, enseñarle, formar, compartir lo que otro saber, para eso tengo que saber de lo que estamos hablando, sino estamos perdiendo tiempo los dos, no solo yo sino el joven que tiene que aprender, y fundamentalmente con una de las cosas con las que me he chocado acá adentro es la poca formación en general que ha tenido la gente que hemos ido incorporando

¿Desde la institución no se exigía?

Mira, lo que pasa es que acá por ejemplo, entraron chicos del plan primer paso, uno de ellos sin siquiera haber terminado sus estudios secundarios, entonces en un momento dado era muy poca la gente que tenía formación de secundario completo y algunos terciarios incompletos, y es muy difícil trabajar con gente que no ha tenido esa formación, porque qué te da a vos el tener una formación terciaria, bueno secundaria te da herramientas elementales, y la terciaria te da metodología de trabajo, te da otra manera de encarar las tareas, que a veces es muy difícil cuando vos o cuando el grueso de la gente no ha pasado nunca por ese tipo de situaciones no está acostumbrada a trabajar de determinada manera y es complejo sumar esa gente y en general es al revés, es a la inversa en lugar de subir, por ahí termina descendiendo el que tiene formación terciaria, termina acomodándose más al que no sabe que el otro a él, es muy complejo ...

¿Cuánto tiempo hace que trabaja en la institución?

Este año van a ser 36 años, o sea que conozco desde un año antes que se inaugurara esto, yo ya me reunía con el grupo de médicos e inclusive yo estaba en la facultad y en mi cuadernito de apuntes hacia las anotaciones de un montón de cosas

¿Cuántos años hace que funciona la institución?

La institución comenzó siendo monovalente, o sea, con una única especialidad uro-nefrología, todo lo que era riñón tanto la parte clínica como quirúrgica y todas las enfermedades del riñón en la parte de nefrología con hemodiálisis en pacientes tanto agudos como crónicos y después a raíz de que hemodiálisis tiene pacientes con una patología que a veces presentan complicaciones como un problema de vesícula, o un problema de apéndice o una fractura, se tuvieron que ir incorporando las distintas especialidades bueno y también las complicaciones de tipo cardíacas, entonces primero se incorporaron cardiólogos, en el '80 se crea el Instituto de Urología y Nefrología Río Cuarto, en el '81, mediados del '82, se inaugura todo el sector de cardiología y terapia intensiva, pero más que nada una unidad coronaria, y a la inauguración de ese sector tuvimos la suerte y el privilegio que vino a inaugurarlo el Dr. Favalaro con el cual tuve la suerte de charlar, una excelente persona, porque dos de los médicos de acá con formaron con él en el Hospital Guemes, que significó para nosotros eso, en la ciudad éramos el centro de referencia, en la ciudad y en la zona, tanto en urología y nefrología como en cardiología, porque en general los médicos estaban bien formados para lo que eran esas áreas, tanto en las especialidades, otros profesionales se habían formado en Europa un buen tiempo, entonces digamos es gente que vino con un plus para lo que era ese momento, y después los cirujanos que se fueron incorporando con buena formación, era un buen equipo de trabajo y después ya mucho más adelante cuando empezaron los convenios capitados como el Pami y el Apros, tuvimos que incorporar otras especialidades, que ya un poco fueron convirtiendo la clínica en polivalente y perdiendo un poco la esencia con la que había surgido, porque en realidad comenzó como una clínica muy especializada y después se empezó a desvirtuar un poco, ya no hay la excelencia que había en ese primer momento porque es muy difícil, y después

cambió la situación política y económica del país, también hubo un cambio en las políticas de salud, ya se dejó de, porque en la época en la surge este instituto, casi todas las empresas trataban de formarse en centros muy especializados, no se masifica como hoy, hoy tratan de hacer un gran centro en donde tienen todas las especialidades, la aparatología, y también lo técnico ha ido cambiando, se han ido incorporando cosas, y para que tenga sentido una inversión de un tomógrafo, de un resonador, y las distintas tecnologías que fueron apareciendo por supuesto que tenía que tener ingresos de pacientes y rotación de pacientes, y eso hace que tengas que incorporar más especialidades para que cada uno pida la tomografía de cerebro, el otro la renal, el otro la de hígado, por eso con la aparición de tanta tecnología han tenido que concentrarse todas las especialidades en un mismo centro y porque si no tenes el problema del traslado y también eso modificó los costos, porque para trasladar a un paciente a un centro tenes que la ambulancia, con el médico, con lo cual, se encarecen un montón de cosas, pagas más en todo eso del acompañamiento para hacer el estudio que el valor del estudio en sí...

¿Cuál es la misión de la institución, la visión y los valores que la sostienen?

En todos estos años la visión ha ido cambiando, indudablemente el devenir del tiempo hace que la gente vaya cambiando algunos objetivos, y ya eso que te decía al comienzo eso de la excelencia y todo lo demás, un poco que se ha ido perdiendo, porque fundamentalmente hoy el tema de las especialidades médicas, está me parece a mí en crisis, la gente que sale tanto de los distintos servicios como los residentes, en las distintas residencias que hay en la ciudad, es como si no tuvieran el formador, o no se le diera la importancia, entonces eso hace que hoy ya no sea exactamente lo mismo hasta la motivación de la gente mayor, hoy en general los residentes y la gente joven está complicada, por la poca contracción y dedicación al estudio y a todo los demás, antes por ejemplo acá todos los días, los médicos especialistas con los médicos de guardia y los residentes que había, hacían una visita por las habitaciones de los pacientes y después había charlas ... que hoy desaparecieron, había ateneos que después se fue dejando la planificación de esos ateneos, y hoy ni siquiera en la sala de médicos se juntan a charlar un caso que a mí personalmente me duele un poco, porque todavía tengo muy incorporada ese instituto de urología, donde la gente no era un número, hoy no quiero decir que la gente sea un numero porque no lo es, pero antes había mucha participación, se charlaban los casos, si bien seguimos teniendo un buen nivel de atención nada que ver con esos valores que hoy se han ido perdiendo, la contracción del estudio, la contracción del trabajo, la participación, se perdió también un poco, está bien que es parte también de lo que pasa en la sociedad, esto es un reflejo de lo que nos está pasando socialmente, donde la gente cada vez tiene menos ganas de agruparse para hacer cosas importantes, científicamente hablando, hay cosas que se perdieron desde la parte médica y que quizás eso repercutió de alguna manera importante en todo lo que viene por debajo, que son el personal de mucama, enfermería, que ya no tienen el compromiso que tenían antes, por qué?, porque tal vez antes estaban no más observadas, sino más incentivadas por la participación del médico que iban y les decían que lo acompañaran por las distintas habitaciones a

visitar a los pacientes, a charlar, había más intercambio y cualquier duda, cualquier curiosidad el médico se las resolvía, había otra comunicación y yo creo que otra actitud, que es lo que me parece que ha cambiado, la actitud, la presencia del médico, en la internación fundamentalmente porque hoy hay un grupo de gente de médicos que se hacen cargo del piso, de los internados y terapia, y del médico tratante yo veo que siguen visitando en la habitación los urólogos, los cirujanos generales y algunos especialistas, pero en general la parte de cardiología ya no es la atención que tuvimos en otra época

¿Con cuántos profesionales cuenta hoy la institución?

Y de manera permanente, 25, digamos que 28

¿Cuál es el tipo de población que se atiende?

En general por las especialidades que acá hay se atiende mucho a la población de adultos mayores, más que nada entre la segunda y tercer edad, porque en general las patologías de la gente mayor son ya sea la parte urológica, la cardiológica con las hipertensiones, los problemas cardiacos, y se recibe sobre todo en urología, en cardiología un poco obligados por el sistema que tenemos con Pami, mucha gente de la zona sur de Río cuarto, hasta la Labulaye y más allá, esa gente viene a atenderse aquí entre Córdoba y Río Cuarto como que les queda a X distancia vienen y se quedan acá

¿Cuáles son los aspectos positivos en lo que respecta a la institución?

Y lo positivo que si bien ya no es la misma atención que teníamos como hace un tiempo, personalizada donde uno de los valores que la gente resaltaba cuando hablaba conmigo o cuando se iba era la proximidad esa que yo te decía con el médico, que no tenía que esperar, que el médico iba a la habitación todos los días, que si necesitaba consultarle algo estaba, y eso medio que se perdió, se masificó demasiado, que si bien nosotros para la complejidad y la cantidad de habitaciones que tenemos una cantidad de pacientes Pami muy importante y eso qué hace, que por ahí tengas muchos internados con una complejidad bastante importante y yo creo que perdió un poco la presencia esa del médico especialista en la internación, eso hace que por ahí el gasto se haya escapado un poco de las manos porque a veces por inexperiencia un paciente está mucho más tiempo internado, cosa que antes no pasaba, eso para mí es una situación que también ha hecho que, si bien también el país ha sufrido distintas crisis en 35 han pasado todo tipo de gobierno, hubo gente que hizo un uso y abuso de algunas situaciones, hablando políticamente, pero nadie en los años que yo estoy trabajando le ha dado a la salud realmente el lugar que tiene y por eso también tenemos los problemas que tenemos en este país, no hay un sistema único de salud, el hospital público está desbordado y no tiene los elementos y se ha hecho un uso indebido de la política de salud, se la utilizó políticamente a la gente en lugar de darles soluciones, da para hablar mucho más del tema! Hay alguna empresas en la ciudad que sí, les está yendo muy bien que han invertido en tecnología y en todo lo demás, pero también hay que ver en esas empresas qué aporte de capital externo hay, ya no de la parte médica, sino que pasan a ser una empresa, simplemente, donde tienen empleados médicos para

prestar servicio que a mí me gustaría ver en el tiempo los resultados, es muy importante la presencia del profesional de peso, del personal que pueda resolver una situación... trabajar en una empresa de salud si uno es responsable y comprometido con lo que hace no es muy fácil, no es que sea difícil, pero te cambia un montón, las visiones y cosas que vos tenes de la vida, te das cuenta que el único bien y muypreciado que incluso el común de la gente no le da valor es la salud y que desgraciadamente por ahí duele que de acuerdo a la obra social, el medio donde estás, depende la atención que vaya a tener y el resultado y eso a mí personalmente, yo empecé muy chica a trabajar en salud, me cambio totalmente la visión de la vida y además también me cambio la manera de ver a mi prójimo, para mí el ser humano tiene un gran valor y es lo que a veces duele ver que se ha perdido en las empresas de salud, donde el paciente pasa a ser afiliado o que tiene la obra social de osde, o mutual médica, o de jerárquicos, o de sancor, y te olvidas que es un ser humano y que somos todos exactamente iguales, vos tenes delante un ser humano que tiene un problema de salud al cual le tenes que dar absolutamente la misma atención que al resto, pero no es anda eso, dejemos las obras sociales, sobre todo te pasa con los pacientes Pami que es donde uno ve más todas esas desviaciones que son dolorosas y que realmente son increíbles

Y ante estas dificultades, ¿considera que hay alguna manera de abordarlas dentro de esta institución?

Y, a mí un cambio que me interesaría hacer fundamentalmente es promover a la gente joven que se forme, hay que promover si o si y yo te diría que obligar a la gente que se forme, porque si vos tenes un equipo de gente formada y con objetivos en común es más fácil, eso para mí tendría que ser casi una obligación, y si uno sabe que hay determinadas políticas que dan resultados y que te llevan a objetivos que son los que deberían tener casi todas las empresas médicas que es la buena atención, que la gente se vaya con el problema resuelto, con la economía del tiempo y todo lo demás, tendría que ser casi uno de los objetivos esenciales, pero capacitar...

Una actividad que me comentabas que en años anteriores se hacía y ahora no,

No, y a veces es un problema de las empresas que van envejeciendo y por ahí no dejan a los jóvenes que crezcan, y el que por ahí tiene otra motivación se va, una de las cosas que acá he visto es gente que ha venido con formación terciaria, que ya estaba cursando una carrera, que ha venido a trabajar para poder, como sustentabilidad para poder tener ingresos y pagarse una carrera, y esa gente que ha hecho muy bien su trabajo es de paso, porque termina su carrera y te vas a hacer lo que te gustaba y para lo que te formaste, y qué te va quedando?, te va quedando siempre la otra gente, la que no se mueve, la que no estudia, la que no hace nada, la que todo lo toma como una rutina, y es muy difícil romper eso si no hay todo un grupo que vaya en ese sentido, yo creo que en todas las empresas, no solo en las de salud, debería haber un área de psicología, en donde se traten todas estas cosas ...

En entrevistas anteriores me comentaban que la institución no cuenta con un área de recursos humanos,

No, puntualmente no, no porque no tenes espacio físico, no hay apoyo, yo creo que no está creada, no se ha tomado conciencia de la necesidad ... cuando una de las chicas ingresó, hizo un manual de procedimiento, y los primeros que se opusieron al manual fueron los médicos, porque les fue sacando la secretaria... en este tipo de actividad se da una situación muy particular que es el vínculo que se da entre la secretaria y el médico, la secretaria que le soluciona todo, la que le cobra al paciente, es compleja, entonces es muy difícil romper esas estructuras, yo he sufrido mucho y luchado mucho por algunas cosas... que es perder el tiempo, te tenes que rendir ante la evidencia de que es el dueño

(Entrevista interrumpida por llamado telefónico)

¿Cómo considera que es la atención hacia los pacientes internados dentro de todos estos cambios que ha ido atravesando la institución?

Desgraciadamente hoy un poco es de acuerdo a las actitudes individuales, hay personal de enfermería que es muy dedicado y muy bueno en su prestación de servicio y otros que hacen lo esencial y nada más, hay algunos sectores en donde la gente se va muy contenta y hay otros sectores en donde la gente se va medio descontenta, creo que un poco eso tiene que ver con también el tema de la jefa en enfermería de cada sector que no ha logrado imponerse, hoy se está dando una situación bastante compleja de manejar, la gente que está cargo o sea las cavas de enfermería tienen una formación menor al personal que ellas tienen que controlar entonces hoy en día el grueso de la gente joven ha hecho la carrera de enfermería profesional y son licenciadas y otras no, no la han terminado, pero han cursado el terciario, que por ahí eso muy importante desde lo teórico, pero les falta todo lo que la otra tiene la experiencia y la práctica que a veces es muy muy valioso y lo más importante de eso sería que se pudieran amalgamar esas dos situaciones, la gente joven que vaya viendo y aprendiendo de la otra que le puede dejar su experiencia porque no nos olvidemos que nosotros acá, el objeto de esto es atender a seres humanos, porque vos te equivocás con un papelito y lo rompés y lo volvéis a hacer, en cambio en enfermería te equivocás con un paciente y puede que si no le cuesta la vida por lo menos le cuesta un buen problema que hay que resolverlos, que le lleva tiempo de convalecencia y de recuperación, no es fácil manejar al personal de enfermería, porque desde una urgencia, la manera que tienen de abordar una urgencia una enfermera y otra, a lo mejor una enfermera ante una urgencia te soluciona todo, y otra no...

¿Cómo observa que es el trabajo con la familia de los pacientes?

En general es buena la relación, hay puntualmente las famosas diferencias individuales, que hay gente que es más agradable que otra, hay gente que sabe llegar más, y acá se da una situación que yo te decía que viene mucha gente de la zona que a lo mejor esta una semana o más, y entonces se establece una relación de casi familiaridad, eso en el internado en general, y en hemodiálisis, por el hecho de que los pacientes tienen que venir tres veces por semana y estar cuatro horas acá, el familiar

también crea como una dependencia, una relación distinta con la parte de enfermería, porque llegan y les depositan su familiar cuatro horas a esa persona y por ahí cuando el paciente sale unas veces sale muy bien, otras más o menos, entonces tiene una relación más estrecha

¿Considera que sería importante el trabajo con la familia de los pacientes?

Totalmente, es muy importante, porque además nosotros, acá hay una situación, las empresas de salud no tienen stock, no tiene capital, no tienen bienes para vender, nosotros que hacemos, prestamos un servicio entonces es muy importante detrás de cada abuelo que viene acá, hay un hijo, hay un nieto, hay un sobrino, entonces si vos vas a un sitio y te sentís contenido, atendido, sentís que te han valorado como ser humano, vas a volver porque dicen “acá yo voy tranquilo porque sé que me van a atender, entonces la actitud desde la persona que te recibe en mesa de entrada, hasta la enfermera que te recibe en la guardia es un poco la primera impresión que te llevas del lugar y es también por lo que te vas a sentir a gusto o vas a sentir rechazo... y el tema también es complejo en cuanto a la selección de personal porque si bien en Río Cuarto la carrera de enfermería hace mucho que está dictándose, no hay mucha gente, entonces no es fácil incorporar gente, porque el que recién sale tiene toda la formación teórica nada más, y muy poca experiencia práctica, y los primeros que salieron, los buenos promedios, los absorbe el hospital público, en donde el sistema con respecto a la parte privada es otro, las responsabilidades son menores, muchos más francos, otros horarios

Anteriormente me decía que para usted el área de psicología sería un área muy importante dentro de la institución, ¿para algún sector en particular, para el personal, los pacientes, las familias?

Para todos, a veces se ha dado que gente puntualmente ha pedido la asistencia de un profesional porque tiene que afrontar un diagnóstico complejo, doloroso, y no sabes cómo hacerlo y no sabes cómo reaccionar frente al familiar que está atravesando ese trance y querés que te den herramientas y ni hablar de la parte del personal que debería existir sí o sí.

Muchas gracias por su colaboración

ANEXO 6

ENCUESTA

Fecha: 18-4-2016

1- Es familiar del paciente internado (tache lo que no corresponda)

SI ~~NO~~

2- ¿Cuánto tiempo hace que se encuentra internado?

..... 7 días

3- ¿Cómo considera que es la atención recibida hacia el paciente? (tache lo que no corresponda)

Muy Buena ~~Buena~~ — ~~Mala~~ — ~~Deficiente~~

4- ¿Qué aspectos considera positivos respecto a la atención recibida por parte de médicos y personal de la institución?

..... el esfuerzo del personal

5- ¿Qué aspectos considera negativos acerca de la atención brindada por parte de médicos y personal de la institución?

..... la falta de personal

6- ¿Se siente usted acompañado por el personal de la institución durante este proceso de internación? (tache lo que no corresponda)

SI ~~NO~~

¿Por qué?

..... dentro del poco personal han hecho lo que está a su alcance

7- ¿Ha recibido usted la asistencia de algún profesional de psicología en este tiempo de internación, dentro de la institución? (tache lo que no corresponda)

SI NO

8- ¿El médico tratante le ha sugerido la asistencia a un profesional de psicología para usted? (tache lo que no corresponda)

~~SI~~ NO

¿Para el paciente?

SI NO

9- ¿Considera que sería necesario para usted? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Para el paciente?

SI NO

¿Por qué?

.....
.....

Gracias por su colaboración

ENCUESTA

Fecha: 18-4-2016

1- Es familiar del paciente internado (tache lo que no corresponda)

SI NO

2- ¿Cuánto tiempo hace que se encuentra internado?

.. 15 días.....

3- ¿Cómo considera que es la atención recibida hacia el paciente? (tache lo que no corresponda)

Muy Buena Buena——Mala——Deficiente

4- ¿Qué aspectos considera positivos respecto a la atención recibida por parte de médicos y personal de la institución?

..... la atención y disposición

5- ¿Qué aspectos considera negativos acerca de la atención brindada por parte de médicos y personal de la institución?

..... no tengo queja

6- ¿Se siente usted acompañado por el personal de la institución durante este proceso de internación? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Por qué?

..... siempre te sentís apoyado

7- ¿Ha recibido usted la asistencia de algún profesional de psicología en este tiempo de internación, dentro de la institución? (tache lo que no corresponda)

SI— NO

8- ¿El médico tratante le ha sugerido la asistencia a un profesional de psicología para usted? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Para el paciente?

~~SI~~ NO

9- ¿Considera que sería necesario para usted? (tache lo que no corresponda)

SI ~~NO~~

¿Para el paciente?

SI ~~NO~~

¿Por qué?

.....por el tiempo que uno pasa a veces los mínimos problemas al paso del tiempo se magnifican

Gracias por su colaboración

ENCUESTA

Fecha: 18-4-2016

1- Es familiar del paciente internado (tache lo que no corresponda)

SI NO

2- ¿Cuánto tiempo hace que se encuentra internado?

..... 50 días

3- ¿Cómo considera que es la atención recibida hacia el paciente? (tache lo que no corresponda)

Muy Buena Buena——Mala——Deficiente

4- ¿Qué aspectos considera positivos respecto a la atención recibida por parte de médicos y personal de la institución?

..... palabras de agradecimiento para el personal hasta los doctores

5- ¿Qué aspectos considera negativos acerca de la atención brindada por parte de médicos y personal de la institución?

..... no encuentro

6- ¿Se siente usted acompañado por el personal de la institución durante este proceso de internación? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Por qué?

.....
.....
.....

7- ¿Ha recibido usted la asistencia de algún profesional de psicología en este tiempo de internación, dentro de la institución? (tache lo que no corresponda)

~~SI~~ NO

8- ¿El médico tratante le ha sugerido la asistencia a un profesional de psicología para usted? (tache lo que no corresponda)

~~SI~~ NO

¿Para el paciente?

SI NO

9- ¿Considera que sería necesario para usted? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Para el paciente?

SI NO

¿Por qué?

..... *la verdad que no lo sé*

Gracias por su colaboración

ENCUESTA

Fecha: 18-4-2016

1- Es familiar del paciente internado (tache lo que no corresponda)

SI NO

2- ¿Cuánto tiempo hace que se encuentra internado?

..... *hace 5 días*

3- ¿Cómo considera que es la atención recibida hacia el paciente? (tache lo que no corresponda)

Muy Buena Buena — Mala — Deficiente

4- ¿Qué aspectos considera positivos respecto a la atención recibida por parte de médicos y personal de la institución?

..... *considero positivo en todos los aspectos como profesional y humano*

5- ¿Qué aspectos considera negativos acerca de la atención brindada por parte de médicos y personal de la institución?

..... *no considero atención negativa en ninguno de los aspectos*

6- ¿Se siente usted acompañado por el personal de la institución durante este proceso de internación? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Por qué?

.....*por la gran atención que tienen por el enfermo en cualquier momento*

7- ¿Ha recibido usted la asistencia de algún profesional de psicología en este tiempo de internación, dentro de la institución? (tache lo que no corresponda)

SI NO

8- ¿El médico tratante le ha sugerido la asistencia a un profesional de psicología para usted? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Para el paciente?

~~SI~~ NO

9- ¿Considera que sería necesario para usted? (tache lo que no corresponda)

~~SI~~ NO

¿Para el paciente?

SI ~~NO~~

¿Por qué?

.....
.....

Gracias por su colaboración

ENCUESTA

Fecha: 18-4-2016

1- Es familiar del paciente internado (tache lo que no corresponda)

SI NO

2- ¿Cuánto tiempo hace que se encuentra internado?

... *paciente ambulatorio desde hace 22 años*

3- ¿Cómo considera que es la atención recibida hacia el paciente? (tache lo que no corresponda)

Muy Buena Buena—Mala—Deficiente

4- ¿Qué aspectos considera positivos respecto a la atención recibida por parte de médicos y personal de la institución?

..... *siempre hemos sido muy bien atendidos cuando ha estado internado. Enfermeras muy solidarias*

5- ¿Qué aspectos considera negativos acerca de la atención brindada por parte de médicos y personal de la institución?

..... *no tenemos nada que decir*

6- ¿Se siente usted acompañado por el personal de la institución durante este proceso de internación? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Por qué?

... *desde la secretaria de entrada, administrativos, médico y enfermeras son todos muy amables*

7- ¿Ha recibido usted la asistencia de algún profesional de psicología en este tiempo de internación, dentro de la institución? (tache lo que no corresponda)

SI NO

8- ¿El médico tratante le ha sugerido la asistencia a un profesional de psicología para usted? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Para el paciente?

SI NO

9- ¿Considera que sería necesario para usted? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Para el paciente?

SI NO

¿Por qué?

.....
.....

Gracias por su colaboración

ENCUESTA

Fecha: 18-4-2016

1- Es familiar del paciente internado (tache lo que no corresponda)

SI NO

2- ¿Cuánto tiempo hace que se encuentra internado?

..... *por cirugía*

3- ¿Cómo considera que es la atención recibida hacia el paciente? (tache lo que no corresponda)

~~Muy Buena~~ Buena ~~Mala~~ Deficiente

4- ¿Qué aspectos considera positivos respecto a la atención recibida por parte de médicos y personal de la institución?

.. Buena atención para pacientes del Pami.....

5- ¿Qué aspectos considera negativos acerca de la atención brindada por parte de médicos y personal de la institución?

.....
.....
.....

6- ¿Se siente usted acompañado por el personal de la institución durante este proceso de internación? (tache lo que no corresponda)

SI NO

¿Por qué?

.....
.....
.....

7- ¿Ha recibido usted la asistencia de algún profesional de psicología en este tiempo de internación, dentro de la institución? (tache lo que no corresponda)

SI NO

ANEXO 7

Instituto Privado de Urología y Nefrología
Río Cuarto

los invita a participar del Taller de Psicohigiene

CUIDARNOS PARA CUIDAR



Dirigido a Familiares - Cuidadores de pacientes que se encuentren internado y/o en tratamiento ambulatorio
a cargo de la Lic. en Psicología Place, Cintia Eliana

Encuentros semanales: días Lunes de 10 a 12 hs.

ANEXO 8



FORMULARIO DESCRIPTIVO DEL TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN

AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR Y DIFUNDIR TESIS DE POSGRADO O GRADO A LA UNIVERIDAD SIGLO 21

Por la presente, autorizo a la Universidad Siglo21 a difundir en su página web o bien a través de su campus virtual mi trabajo de Tesis según los datos que detallo a continuación, a los fines que la misma pueda ser leída por los visitantes de dicha página web y/o el cuerpo docente y/o alumnos de la Institución:

Autor-tesista <i>(apellido/s y nombre/s completos)</i>	Place, Cintia Eliana
DNI <i>(del autor-tesista)</i>	33.233.27
Título y subtítulo <i>(completos de la Tesis)</i>	Taller de Psicohigiene “Cuidarnos para Cuidar” Destinado a familiares- cuidadores de pacientes del Instituto Privado de Urología y Nefrología Río Cuarto
Correo electrónico <i>(del autor-tesista)</i>	cintia-p@live.com cintia.place@gmail.com

<p>Unidad Académica <i>(donde se presentó la obra)</i></p>	<p>Universidad Siglo 21</p>
<p>Datos de edición: <i>Lugar, editor, fecha e ISBN (para el caso de tesis ya publicadas), depósito en el Registro Nacional de Propiedad Intelectual y autorización de la Editorial (en el caso que corresponda).</i></p>	

Otorgo expreso consentimiento para que la copia electrónica de mi Tesis sea publicada en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21 según el siguiente detalle:

<p>Texto completo de la Tesis <i>(Marcar SI/NO)^[1]</i></p>	<p>Sí</p>
<p>Publicación parcial <i>(Informar que capítulos se publicarán)</i></p>	

Otorgo expreso consentimiento para que la versión electrónica de este libro sea publicada en la en la página web y/o el campus virtual de la Universidad Siglo 21.

[1] Advertencia: Se informa al autor/tesista que es conveniente publicar en la Biblioteca Digital las obras intelectuales editadas e inscriptas en el INPI para asegurar la plena protección de sus derechos intelectuales (Ley 11.723) y propiedad industrial (Ley 22.362 y Dec. 6673/63. Se recomienda la NO publicación de aquellas tesis que desarrollan un invento patentable, modelo de utilidad y diseño industrial que no ha sido registrado en el INPI, a los fines de preservar la novedad de la creación.

Lugar y fecha:

Firma autor-tesista

Aclaración autor-tesista

Esta Secretaría/Departamento de Grado/Posgrado de la Unidad Académica:

___certifica que la tesis adjunta es la aprobada y registrada en esta dependencia.

Firma Autoridad

Aclaración Autoridad

Sello de la Secretaría/Departamento de Posgrado