



**UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TEMA:**

**Limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario.  
Criterios generales que orienten una adecuada práctica preprofesional.**

**AUTORA:**

**Ortega San Martín, Mary Ángel**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del título de  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**TUTOR:**

**Martínez Zea, Francisco Xavier**

**Guayaquil, Ecuador**

**12 de septiembre del 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

### CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación fue realizado en su totalidad por **Ortega San Martín, Mary Ángel**, como requerimiento para la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica.**

**TUTOR:**

f. \_\_\_\_\_

**Martínez Zea, Francisco Xavier**

**DIRECTORA DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**Estacio Campoverde, Mariana de Lourdes**

**Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2022**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

## DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Ortega San Martín, Mary Ángel**

### DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario. Criterios generales que orienten una adecuada práctica preprofesional** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica** ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente, este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

**Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2022**

**LA AUTORA**

f. \_\_\_\_\_  
**Ortega San Martín, Mary Ángel**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

### AUTORIZACIÓN

Yo, **Ortega San Martín, Mary Ángel**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario. Criterios generales que orienten una adecuada práctica preprofesional** cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 12 días del mes de septiembre del año 2022

LA AUTORA

f. \_\_\_\_\_

**Ortega San Martín, Mary Ángel**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

### INFORME DE URKUND

URKUND	
Documento	<a href="#">Limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario. Criterios generales que orienten una adecuada práctica preprofesional.doc.docx</a> (D143682523)
Presentado	2022-09-06 13:24 (-05:00)
Presentado por	francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec
Recibido	francisco.martinez.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	ORTEGA SAN MARTIN, MARY ÁNGEL <a href="#">Mostrar el mensaje completo</a>
	<b>0%</b> de estas 74 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.

**TEMA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN:** Limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario. Criterios generales que orienten una adecuada práctica preprofesional.

**LA AUTORA:** Ortega San Martín, Mary Ángel

**INFORME ELABORADO POR:**

**COORDINADOR DE UTE A 2022**

f. \_\_\_\_\_

**Psic. Cl. Martínez Zea, Francisco Xavier, Mgs.**

## **AGRADECIMIENTO**

Primero quiero agradecer a Dios por ayudarme a lo largo de mi vida y brindarme la fuerza e inteligencia necesaria para continuar con mis metas trazadas.

Gracias a mi esposo y amante, Mario, por su confianza, admiración, palabras de amor y aliento, pero sobre todo su compañía en mis noches de desvelo.

A mi madre Margarita, abuela Clemencia, mis tíos Jenny y Luis por sus oraciones constantes y lecciones valiosas que aún me acompañan. También quiero dar las gracias a mi padre Norman y mi hermana Ana, por ser mi motor y apoyo constante, tanto en mi vida profesional como personal, a mis padres, por sus consejos diarios y el amor sin límite que me han demostrado siempre.

Para mi tutor Francisco, gracias por apoyarme en este trabajo tan particular, y sobre todo por tu compañía, paciencia y correcciones, en estas semanas tan extrañas.

Gratitud a mis nuevos hermanos y padres, Manuel, Jacqueline, Michael y Manuel.

Gracias mis sobrinos por llenarme de cariño y sonrisas cuando hacían falta.

Gracias a mi cuñado Marcos por mostrarme la mejor banda, a Rawayana, un estilo de vida, una filosofía, gracias infinitas por inspirarme y relajarme.

## **DEDICATORIA**

Para los pacientes y familiares del hospital que me permitieron acompañarlos.  
Gracias a las personas que me ayudaron en este trabajo, y a las amistades que formé en el  
camino.

Para aquellos que se cuestionan, replantean, aprenden y desaprenden.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**Velázquez Arbaiza, Ileana de Fátima**

**DECANA**

f. \_\_\_\_\_

**Martínez Zea, Francisco Xavier**

**COORDINADOR**

f. \_\_\_\_\_

**Gómez Aguayo, Rosa Irene**

**DOCENTE Oponente**



# ÍNDICE

Resumen	XI
Abstract	XII
Introducción	2
Justificación	5
Planteamiento del Problema	7
Formulación del Problema de Investigación	8
Preguntas específicas:	8
Objetivos	9
Objetivo General.	9
Objetivos específicos.	9
Capítulo I: Sobre la salud, lo institucional y el quehacer de la profesión médica	10
1.1 Breve síntesis sobre la salud y las instituciones hospitalarias en la historia de la humanidad	10
1.3 Marco jurídico y legal de la salud en el Ecuador	17
1.3.1 La Constitución de la República del Ecuador	17
1.3.2 Ley Orgánica de Salud	19
1.3.3 Código Orgánico Integral Penal	21
1.3.4 Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina	24
1.3.5. Consejo Nacional de Salud	24
1.3.6 Ministerio de Salud Pública	25
1.3.7 Federación Médica Ecuatoriana	26
1.4 Estructura y Organización de la salud en el Ecuador	29
1.5 Médicos	33
1.5.1 Organización médica	34
1.5.2 Ética médica	35

1.5.3 Obligaciones de los médicos con sus pacientes	37
Capítulo II: La psicología clínica en las instituciones de salud	40
2.1 Importancia del psicólogo clínico en las instituciones de salud	40
2.2 Rol y funciones del psicólogo clínico en los hospitales	42
2.3 Ética de los quehaceres del psicólogo clínico	46
2.4 Métodos e intervenciones posibles de la psicología clínica en los ámbitos hospitalarios	52
2.4. 1 Métodos e intervenciones posibles en ámbitos hospitalarios en Ecuador (MAIS)	56
Tablas de actividades de los equipos de salud mental, según los niveles de atención	61
Capítulo III: Metodología de la Investigación	78
3.1 Enfoque	78
3.2 Paradigma	78
3.3 Método	79
3.4 Técnicas e instrumentos	80
3. 5 Análisis de las entrevistas	81
3.5.1 Pacientes y familiares: Desde la narrativa clínica médica a una posible clínica psicológica	83
3.5.2 Los médicos y las licenciadas de enfermería: De lo médico que generaliza a un singular del paciente	85
3.5.3 Análisis de las entrevistas de los psicólogos clínicos: Lo particular y psicológico de las instituciones hospitalarias	89
3.5.4 Análisis de las entrevistas de los exalumnos: desde la teoría a la práctica	99
Criterios generales que posibiliten una adecuada práctica preprofesional	106
Conclusiones	109
Bibliografía	111
Anexos	114

## Resumen

En la realización de este trabajo, se pudo comprobar que existen diferentes dificultades que limitan los quehaceres del psicólogo clínico en los contextos hospitalarios, cuyas circunstancias evaluadas responden a un nivel de salud, social y desde luego psicológico, esto se realizó mediante recopilación bibliográfica, observación de campo y entrevistas a profesionales médicos y psicólogos. En este recorrido de investigación se captó enfoques médicos, psicológicos y sociales, donde se logró cumplir el objetivo de esta investigación, el mismo que se encaminó a: analizar el desconocimiento del rol profesional, las condiciones institucionales poco favorables para el trabajo y la dificultad para articular el método clínico adecuado en cada caso, en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en contexto hospitalario, mediante los datos obtenidos en una investigación de campo realizada en un Hospital General de Guayaquil.

El método central de este estudio fue el bibliográfico, donde se hizo uso de teoría fundamentada, también se tomó en cuenta la opinión de familiares y pacientes, además de los profesionales de salud, psicólogos clínicos y exalumnos. Esto permitió comprender de mejor manera aquellas limitaciones en los quehaceres del psicólogo debido a la institucionalización. Se obtiene como resultado de esta investigación que el desconocimiento del rol, las condiciones institucionales poco favorables y la dificultad para articular el método clínico adecuado, son limitaciones del quehacer del psicólogo, dependen de ciertos factores institucionales. Como conclusión se elaboran siete criterios generales para una adecuada práctica preprofesional, que posteriormente servirá como fundamento para una ética y apropiada práctica profesional como psicólogo clínico.

Palabras clave: quehacer del psicólogo clínico, contexto hospitalario, práctica preprofesional, método clínico.

## **Abstract**

In carrying out this work, it was possible to verify that there are different difficulties that limit the tasks of the clinical psychologist in hospital contexts, whose evaluated circumstances respond to a level of health, social and of course psychological, this was done through bibliographic compilation, observation field trips and interviews with medical professionals and psychologists. In this research journey, medical, psychological and social approaches were captured, where the objective of this research was achieved, the same one that was aimed at: analyzing the lack of knowledge of the professional role, the unfavorable institutional conditions for work and the difficulty to articulate the appropriate clinical method in each case, in the limitations of the work of the clinical psychologist in a hospital context, through the data obtained in a field investigation carried out in a General Hospital of Guayaquil.

The central method of this study was the bibliographic one, where grounded theory was used, the opinion of relatives and patients was also taken into account, in addition to health professionals, clinical psychologists and alumni. This allowed a better understanding of those limitations in the tasks of the psychologist due to institutionalization. It is obtained as a result of this investigation that the lack of knowledge of the role, the unfavorable institutional conditions and the difficulty in articulating the appropriate clinical method are limitations of the psychologist's work, depending on certain institutional factors. In conclusion, seven general criteria are elaborated for an adequate pre-professional practice, which will later serve as a foundation for an ethical and appropriate professional practice as a clinical psychologist.

Keywords: work of the clinical psychologist, hospital context, pre-professional practice, clinical method

## Introducción

Sabemos que la psicología ha sido estudiada desde hace muchos años, pero es a mediados del siglo pasado que la psicología clínica fue constituida como parte del equipo médico interdisciplinario e incluso ahora la salud mental es parte importante de lo que en estos tiempos se considera una persona sana. Es así como en algunos países del primer mundo acudir con el psicólogo clínico es algo común, pues es considerado un profesional capaz de brindar herramientas para afrontar ciertas dificultades que puedan presentarse en distintas etapas de la vida humana. Pero lamentablemente en los países latinoamericanos, aún existen ciertos estigmas que giran en torno a la salud mental y los profesionales encargados de promocionar la misma, como lo indica un estudio realizado por la Organización Panamericana de Salud (2022), donde se menciona que, “la pandemia aumentó el estrés, la ansiedad y la depresión de los trabajadores de la salud y dejó al descubierto que los países latinoamericanos no han desarrollado políticas específicas para proteger su salud mental”.

En este contexto, los psicólogos clínicos en el Ecuador han sido los últimos especialistas en tener nombramiento profesional en un Hospital General, pues los ecuatorianos aún no logran librarse de ciertos estigmas en cuanto a la psicología. Como nos lo señala el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2020) “Asimismo, el promedio de profesionales de la salud por cada diez mil habitantes fue de 23,44 médicos, 3,12 odontólogos, 0,93 psicólogos, 14,54 enfermeras, 1,35 obstétricas y 10,19 auxiliares de enfermería” (p.1). Mientras que INEC (2022) nos trae nuevos datos y mencionan: “Entre 2000 y 2019, el número de psicólogos tiene una tendencia creciente, con un incremento de 1.455 psicólogos en este periodo muestra un crecimiento relevante a partir del año 2011, con una tasa de 0,95 por cada 10.000 habitantes” (p.p. 14-15)

Es por ello que en este trabajo se investigará cómo la incidencia del desconocimiento sobre el rol profesional, las condiciones institucionales poco favorables para el trabajo y la dificultad para articular el método clínico adecuado en cada caso, se refleja en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario, con el fin de sintetizar al final criterios generales que orienten una adecuada práctica pre-profesional.

En el presente trabajo de titulación se realiza un análisis más detallado sobre los factores limitantes con los que debe lidiar el profesional y el practicante de psicología clínica, en un Hospital General, es por estos motivos que se ve enlazado con los **dominios y líneas de investigación** de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; más precisamente con el **dominio 5: Educación, comunicación, arte y subjetividad** que tiene relación con la **línea de**

**investigación institucional:** *Problemas del sujeto y su relación en distintos entornos*, pues se dispone comprender al sujeto, como el psicólogo clínico y los practicantes preprofesionales con respecto a ciertas situaciones que se dan en el contexto hospitalario que repercuten en su accionar, se busca entender estas dificultades que pueden surgir, y comprender cómo estas situaciones pueden presentarse en un Hospital General de Guayaquil respecto a los participantes mencionados.

Con respecto al plan nacional, el trabajo de titulación se vincula con el eje y objetivo del **Plan de Creación de Oportunidades** con el **Eje social**, con el **objetivo 6** que es: *Garantizar el derecho a la salud integral, gratuita y de calidad*, que también guarda relación con la política 6.1 que dice lo siguiente; *Mejorar las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de manera integral, abarcando la prevención y promoción, enfatizando la atención a mujeres, niñez y adolescencia, adultos mayores, personas con discapacidad, personas LGBTI+ y todos aquellos en situación de vulnerabilidad*. Como se mencionó anteriormente, la investigación aborda las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario, es importante enfatizar que el trabajo se dirige a comprender cuáles son las causas de las limitaciones y cuál es el impacto que tienen en el correcto ejercicio profesional de los psicólogos y los practicantes de psicología clínica.

Este proyecto de investigación consta con un marco teórico de referencia, el cual está dividido por dos grandes capítulos, el primer capítulo consiste en un breve recorrido por la medicina desde sus inicios hasta la actualidad, y qué instituciones son aquellas que regularizan las prácticas médicas y dictaminan las actividades del personal de la salud a nivel mundial, para luego centrarnos específicamente en nuestro país describiendo aquellos entes reguladores de la práctica profesional y de los actos éticos que encierran la práctica médica.

En el capítulo dos se logra centrar también la práctica profesional de los psicólogos clínicos, señalando las corrientes que mayormente se utilizan en el ejercicio profesional dentro del contexto hospitalario. En el mismo capítulo se verá el marco jurídico que regula la práctica profesional del psicólogo, además se destaca la labor del Ministerio de Salud Pública, quién en el 2014 crea un modelo de atención integral de salud mental, donde se resumen todos los quehaceres del psicólogo clínico en los centros de salud en los distintos niveles de atención.

Además, el presente trabajo contará con un tercer capítulo denominado “Metodología” que condensa la lógica de la investigación, la cual es de carácter cualitativa, utilizando la entrevista y la observación de campo como herramientas, pues así, se recogerá mayor información que nos permitirán alcanzar los objetivos. Aquí se entrevistará a cuatro grupos de población y cada

uno de ellos con una muestra intencionada de entre cuatro y cinco personas, primero serán los pacientes y familiares, luego el personal médico y enfermeras, psicólogos clínicos, y finalmente exalumnos de la UCSG. Estos grupos escogidos permitirán conocer de primera mano el desconocimiento que existe, para luego ver como este factor incide en los quehaceres de los psicólogos que trabajan en un Hospital General. Finalmente, se concluye con criterios generales que permitan orientar a los próximos estudiantes en sus prácticas preprofesionales.

## Justificación

Este trabajo surge debido a ciertas inquietudes que aparecieron durante mis prácticas pre-profesionales que se realizaron en un contexto hospitalario, principalmente se buscó ubicar qué es aquello que dificulta el ejercer ciertos quehaceres del psicólogo clínico en dichas instituciones. Es así que gracias a la observación de campo realizada en un Hospital General (recinto de la práctica) se logró destacar ciertas situaciones que limitan el quehacer del psicólogo clínico.

Dicho esto, aquellos factores que inciden como limitantes se sintetizaron en: el desconocimiento sobre el rol profesional, las condiciones institucionales que son poco favorables para el trabajo clínico y la dificultad para articular el método clínico adecuado a cada caso. Es así como al resaltar estos factores se podrá problematizar, señalar y reflexionar sobre ellas para sobrellevar estas dificultades. Es así que, en esta investigación se buscará crear algunos criterios generales que le permitan a los estudiantes orientarse para una adecuada práctica pre-profesional.

Es importante mencionar que se utilizaron como antecedentes para la presente investigación algunos trabajos tanto a nivel internacional como nacional, primero una tesis doctoral de la Universidad de Murcia, España, que ayudó a plantear el primer capítulo, donde proponen como investigación el Desarrollo Histórico Del Sistema Sanitario Del Ecuador, donde se explican detalladamente las condiciones que existen en los centros de salud, además de desglosar las estructuras hospitalarias, funcionamiento, financiamiento, recursos físicos, personales y materiales, finalizando con las obligaciones del MSP con estas instituciones. En el segundo capítulo se utilizó como fuente, una investigación realizada por el Colegio de Psicólogos de España, donde se menciona desarrollo histórico, funciones, ámbitos de actuación, procedimientos, técnicas e instrumentos, utilizados por el psicólogo clínico en el contexto hospitalario.

Además, para contextualizar en Ecuador, se utilizó el Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, pues mencionan las actividades que debe desarrollar un psicólogo en los centros de salud, dividido por atención y grupos por edades, se puede evidenciar que los textos utilizados no trabajan a fondo las funciones o limitaciones con las que debe saber lidiar el psicólogo clínico, es por ello que en este trabajo se intentará evidenciar estas falencias.



Como datos relevantes que justifican la reflexión de esta problemática, más allá de las dudas o inquietudes personales a partir de la experiencia de las prácticas pre-profesionales, están las políticas y acontecimientos dados en los últimos años en el Ecuador en donde la psicología toma protagonismo. Es así como en nuestro país, recién en el 2008, con la nueva constitución, pasa la salud mental a ser importante, pues el concepto de salud también engloba el área mental, para posteriormente en el 2014 se implementó un Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural.

Pero recién en el año 2016 una terrible catástrofe natural, como lo fue el terremoto que azotó al país, que dejó a un número considerable a nivel nacional de personas afectadas tanto material como psicológicamente, este año comenzó una nueva etapa de concientización sobre la salud mental de los ecuatorianos, y finalmente es con la pandemia que se encargó de sembrar cifras sin precedentes de personas de cualquier rango de edad que se encuentran en estados de estrés y ansiedad elevados causados por el encierro, una encuesta realizada en Ecuador. Por U- Report Ecuador (2021) nos muestra que “En otro sondeo de salud mental realizado, en 2021, a 782 adolescentes y jóvenes entre 13 y 25 años, se reveló que el 79% de los encuestados no pidió ayuda, para manejar momentos de estrés durante la pandemia por COVID-19, a pesar de necesitarla”.

## **Planteamiento del Problema**

Recientemente en los países latinoamericanos el tema de la salud mental ha comenzado a tener importancia, y poco a poco la psicología ha ido surgiendo en distintas instituciones, entre las cuales se encuentran los recintos hospitalarios, desde donde aún hoy en día en algunos de estos centros de salud, todavía se desconoce sobre el rol profesional del psicólogo clínico. Así también, muchos de estos recintos carecen de infraestructura o insumos que van a dificultar el trabajo de los profesionales de la salud, entre ellos el del psicólogo clínico.

Es así como el desconocimiento del rol del psicólogo clínico en las instituciones hospitalarias es una limitante para desempeñar su trabajo, porque la inconsciencia se da por parte del personal médico, pues algunos piensan que un psicólogo clínico solamente debe aparecer para tranquilizar las situaciones que puedan generarse. Pero también es el propio paciente e incluso familiares quienes a veces confunden el trabajo del psicólogo clínico con el del trabajador social.

Además de esto, el propio ambiente hospitalario está predispuesto para provocar estrés en médicos y familiares, también la poca privacidad que se tiene en las habitaciones, pues la mayoría son compartidas entre tres o más pacientes, dificultando el accionar del psicólogo, pues en muchas ocasiones dentro de la sesión el sujeto se ve cohibido a hablar, pues más personas pueden escuchar aquello tan privado que está dispuesto a compartir con el profesional de psicología. Pero será la falta de insumos médicos aquello que será de gran dificultad para el psicólogo clínico, pues la queja del paciente será alrededor de este malestar que lo provoca la institución donde se encuentra hospitalizado y no querrá trabajar su propio malestar.

Estas situaciones mencionadas en párrafos anteriores también afectan a los practicantes de psicología, pues desconocen totalmente que es lo que ocurre dentro de una institución hospitalaria, que van desde situaciones con alta carga emocional hasta desconocer las interacciones y lenguaje utilizado por el personal médico de la institución. Es por ello que en esta investigación se tratará de ubicar criterios generales que les permitan a los estudiantes de psicología clínica tener una pequeña orientación para saber lidiar con aquello que se genera en los centros hospitalarios y así también buscar desde lo propio de cada uno aquello que posibilite aprender y desaprender para realizar una buena práctica.

## **Formulación del Problema de Investigación**

Recapitulando lo que se explicó anteriormente, se puede sintetizar el problema de investigación que orientará el presente trabajo mediante la siguiente pregunta:

- ¿Cómo inciden el desconocimiento del rol profesional, las condiciones institucionales poco favorables para el trabajo y la dificultad para articular el método clínico adecuado en cada caso, en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario?

### **Preguntas específicas:**

- ¿Cómo el desconocimiento del rol profesional incide en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario?
- ¿Cómo las condiciones institucionales poco favorables para el trabajo inciden en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario?
- ¿Cómo la dificultad para articular el método clínico adecuado en cada caso incide en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario?

## **Objetivos**

### **Objetivo General.**

- Analizar el desconocimiento del rol profesional, las condiciones institucionales poco favorables para el trabajo y la dificultad para articular el método clínico adecuado en cada caso, en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en contexto hospitalario, mediante los datos obtenidos en una investigación de campo realizada en un Hospital General de Guayaquil, para formular criterios generales que posibiliten una adecuada práctica preprofesional.

### **Objetivos específicos.**

- Identificar cómo el desconocimiento del rol profesional incide en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario, a partir de una entrevista dirigida a miembros del equipo multidisciplinario de salud, a profesionales de la salud mental y a familiares/pacientes del hospital.
- Evidenciar cómo las condiciones institucionales poco favorables para el trabajo inciden en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario, mediante los datos obtenidos en las entrevistas a los profesionales de la salud mental y las observaciones realizadas del recinto hospitalario.
- Caracterizar cómo la dificultad para articular el método clínico adecuado en cada caso incide en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario mediante los datos obtenidos en las entrevistas a psicólogos clínicos que realizaron su práctica pre-profesional en el hospital.

# **Capítulo I: Sobre la salud, lo institucional y el quehacer de la profesión médica**

## **1.1 Breve síntesis sobre la salud y las instituciones hospitalarias en la historia de la humanidad**

En el presente apartado se va a desarrollar de cierta forma una síntesis en relación de la historia de la salud y enfermedad, a lo largo de las etapas de la humanidad. A fin de que se comprenda la razón de algunas particularidades en el ámbito de la salud, y cómo estas se fueron inaugurando en las distintas culturas alrededor del mundo y cómo estas afectaron por supuesto también a la evolución del concepto y tratamientos de la salud y enfermedad en el presente. Para comenzar debemos recoger los cuatro ciclos históricos de la humanidad. En la edad antigua, el que más ha resaltado fue el lado Occidental con las culturas griegas y romanas, aquí se organizan de forma práctica y teórica.

No se debe olvidar que también tuvieron influencias chinas, persas, islámica y talmúdica. La mayoría de las explicaciones en torno a temas de salud o enfermedad era de naturaleza religiosa y fantástica “En relación con el tema, se destacan tres deidades: Asclepio, dios griego de la medicina, Higia representaba la salud y Panacea era la diosa del tratamiento” (Parafito, s,f, p. 2). Más adelante será Hipócrates en el siglo V A. C. Se concentra en estudiar la causa natural de las enfermedades y como el ambiente y lo hereditario es un factor influyente en la salud, diciendo que la enfermedad era una parte natural del ser y estar vivo, provocado por los distintos cambios, lanzando así la teoría de los humores.

En la edad Media la iglesia católica dominaba el campo de la salud en Occidente por medio de la cultura escolástica, dando así enfermedades provocadas por la ira de Dios o, por el contrario, eran producto de alguna clase de espíritu maligno. Mientras que, del otro lado, los árabes se dedicaron de forma libre al estudio de campo, mediante la observación, realizando experimentos con cuerpos humanos. Estableciendo que la salud o enfermedades dependía de la armonía o inestabilidad de seis principios: “aire puro, moderación en el comer y beber, descanso y el trabajo, vigilia y sueño, la evacuación de lo superfluo y las reacciones emocionales” (Parafito, s, f, p. 3). Además, Avicena, uno de los ponentes más famosos del mundo de la medicina árabe, explica que en el ambiente y en el agua había organismos minúsculos que provocan enfermedades, las mismas que afectarán a cada cuerpo de forma distinta.

Continuamos con la Edad Moderna, en Europa hay grandes cambios tras el descenso de Constantinopla y también la caída de la Inquisición. Dando como resultado el colapso de la religión y sus interpretaciones en cuanto a salud y enfermedad. Ahora se concentraría en aquello que se puede ver y medir. El Renacimiento trajo consigo el repensar de varios legados, como el de Hipócrates y Avicena. Con el invento del microscopio comenzaron avances en el análisis de microorganismos donde surge la microbiología y sus descubrimientos sentaron más las bases sobre el origen biológico de la enfermedad. Es aquí donde los temas de la salud se vuelcan hacia la enfermedad y las concepciones higienistas grecorromanas. Desde los últimos años del siglo XV hasta el final del siglo XVII D.C. se robustece el razonamiento médico científico que se estructuraba en torno a la enfermedad y la clínica.

Se forma oficialmente desde lo institucional, un primer intento de hospital. Hablamos de las primeras señales de alguna clase de atención hacia los enfermos de bajos recursos en la Edad Media en Europa, pero no había algún medio específico que permitiese curar. Era solamente una institución que de alguna manera le brindaba ayuda a los pobres, locos y prostitutas, pero también servía como descarte y división, pues el pobre necesitaba socorro, pero también significaba que era conductor y transmisor de enfermedades, lo que los volvía una amenaza. Los ideales de estos establecimientos no consistían en curar, sino más bien dar atención previa al fallecimiento, con el fin de dar los últimos sacramentos. Los personales de estos recintos eran religiosos que con obras de misericordia buscan salvar el alma del pobre minutos antes de su muerte, pero también querían conseguir su propia salvación.

Más adelante, en los años 1600 y 1700, en algunos países de Europa serán los pioneros en algunas prácticas en salud, donde se establece que el gobierno debe ser responsable de la salud de toda la población y nació el “sistema de policía médica”. En Italia Ramazzini genera la idea de evaluar la correlación que existe entre las condiciones sociales, económicas y la salud, en el siglo XIX esta idea fue estudiada por más médicos y se establece la “medicina social”. Luego, en 1830, al norte de Europa, se comienza a replantear los conceptos de salud, dándole partida a la salud pública, en Inglaterra por la revolución industrial, se evidenció la gran migración de habitantes desde el campo a la ciudad, la mayoría de personas vivían amontonadas y en pésimas condiciones salubres.

Por ello empieza el movimiento de Salud Pública, que se mantenía para mejorar las condiciones de vida, higiene y alimentos. “Hacia mediados del siglo XIX, surge la epidemiología como método científico de análisis de las epidemias, y a finales del mismo siglo termina de

consolidarse el movimiento de Salud Pública iniciado en Inglaterra. En el año 1851 tiene lugar la primera Conferencia Sanitaria Internacional, primer antecedente de la OMS (Parafito, s, f, p. 7).

## **1.2 Breve cartografía histórica de la salud en el Ecuador**

En este apartado se va a mencionar de forma sintetizada cómo nacieron las prácticas médicas en nuestro territorio. Podemos organizar este desarrollo en tres épocas distintas, la era precolombina, donde las primeras civilizaciones que se sentaron en lo que en el futuro será nuestro país, dejaron evidencia de sus métodos para tratar diferentes enfermedades, utilizando hierbas catalogadas como medicinales y el surgimiento de figuras como la de los chamanes que utilizaban rituales para curar distintas anomalías. Luego se abordará la época colonial, situándonos en la Real Audiencia de Quito, aquí será la institución de la iglesia quien estará a cargo de la administración de la salud, se verá cómo desde esta narrativa se brindaba atención desde lógicas religiosas, así los que brindaban atención y quienes la recibían, encontrarán la redención de sus pecados o el descanso eterno de sus almas, veremos en esta época que los únicos autorizados para ser parte del cuerpo médico debían ser aprobados por la iglesia. Por último, luego de la independencia, nos situaremos en Ecuador, y se explicará el desarrollo de la medicina con los grandes cambios que trajo la revolución liberal.

En los territorios indígenas de la era precolombina de lo que hoy sería el Ecuador, la génesis de los procedimientos médicos se dieron en dos categorías: la herbolaria, relacionada con las plantas para uso medicinal, y la segunda, la chamánica, una especie de cura a maleficios a partir de ritos, esta tradición explicaba que las enfermedades eran causadas por maldiciones de espíritus que se encargaban de castigar al organismo. Hasta ahora vemos cierta vigencia de estas tradiciones en los pueblos indígenas, muchos de ellos recurren a infusiones aromáticas para tratar ciertas enfermedades. Como prueba de esto tenemos la cultura Valdivia (400-1700 A.C.), descubierta en Santa Elena, en ella existen vestigios de que ambas categorías fueron utilizadas, lo mismo sucedió en la zona austral, resaltando la cultura de los Incas, quienes dejaron, además, algunas técnicas utilizadas en cirugías, tratamientos y métodos para llegar al diagnóstico.

Posteriormente en la época de la colonia aparece la primera institución de salud, el Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, renombrado Hospital San Juan de Dios, aquí se repite que el hospital no era un sitio para curar, si no, para morir, personas piadosas, eran ellos

quienes se encargaban de cuidar a los enfermos hasta el final de sus días para salvar su alma. Entre el siglo XVII y XVIII algunos eran médicos titulados, otros eran frailes con conocimientos superficiales y clérigos que en aquel entonces tenían bajo su poder libros de medicina.

Es aquí donde se levanta una figura importante, Fray Ignacio de Quesada, quien es el que comienza una nueva era. Se percata que las enfermedades tienen un tiempo, es así cómo son atendidas por orden y posteriormente diagnosticadas. Ya en el siglo XVII estaban en Quito, los primeros médicos, los cuales venían del extranjero, luego Fray Quesada con ayuda del Fray Bartolomé García buscaron apoyo económico para formar la facultad de medicina en Quito, afrontando todas las dificultades que con esta entidad venían. Finalmente, en el año de 1694 salen los primeros graduados como licenciados en medicina: Diego de Herrera y Diego de Cevallos, que posteriormente alcanzan el grado de doctores el mismo año.

Los años siguientes se decidieron en ir reformando y mejorando la calidad de estudios que se daba en la facultad de medicina, en 1795, Eugenio Espejo triunfa como analista y orientador y entre sus obras más importantes tiene una titulada “Reflexiones sobre las viruelas”, donde establece que las epidemias que azotaban la zona, no eran producidas por el “aire corrompido”, en realidad eran partículas vivas que causaban la enfermedad. Promueve un cambio radical para la época, atacando las ideas escolásticas y dogmáticas, también critica la forma de aprendizaje y añade el campo de la práctica, para poder observar y evaluar al enfermo de cerca. En 1837 Vicente Rocafuerte inicia el proceso de construcción para un anfiteatro anatómico.

Los primeros años de nuestro país como república, fueron particularmente complicados y contradictorios, pues se continuaba pensando y luchando por la identidad nacional. Como todo lo que nace bajo un yugo y su presión, el pueblo se sentía confundido. Donde la guerra, el hambre y las enfermedades no se hacen esperar. Aunque las condiciones de estos años eran pésimas, había una esperanza, la génesis de una república independiente. Con una serie de cambios que se avecinaba, uno de los temas que se conversaron fue la práctica médica, los únicos que tenían permitido ejercer prácticas médicas tenían que estar reconocidos por las autoridades.

En esas últimas décadas por la reestructuración social, se decidió crear algunas Juntas de Beneficencia, esta institución crea el Hospital Luis Vernaza en 1877, que a su vez logró establecer algunos servicios médicos extras para toda la población, comenzando lentamente la



medicina en Ecuador a evolucionar. Bajo el mandato de García Moreno, hace venir desde Francia algunas monjas que eran enfermeras y también a dos famosos maestros médicos: Etienne Gayraud quien se encargó de reorganizar y liderar en la Universidad Central la Facultad de Medicina que junto a Dominique Domec lograron la reconstrucción del anfiteatro médico

Con la revolución liberal comienzan los cambios a nivel social, político y económico. Con la Ley de Instrucción Pública comienza el estado a alejarse de lo religioso, se reorganizan y nacen las escuelas y las universidades laicas. Además, se aprueba la ley de Bienes de Manos Muertas, que consiste en recolectar y nacionalizar una parte de los bienes raíces de la comunidad religiosa. Eso alimentaba el levantamiento de nuevos hospitales, que eran dirigidos por la Junta de Beneficencia, ahora con ideas más frescas y diferentes, inician medidas y se renombran como Juntas de Asistencia Pública. Otro cambio que se dio con la revolución liberal fue brindar becas en Francia y Alemania a los diez mejores estudiantes, entre ellos Isidro Ayora y Pablo Arturo Suárez. El régimen liberal también trae ideas que incluyen a la clase baja, nace la medicina social y preventiva. En 1910 Guayaquil fue el lugar donde se fundó la Cruz Roja, que luego pasó a formar parte de su filial internacional.

Las transformaciones políticas que se aplicaron en Ecuador a partir de 1895, en épocas de dominio liberal, incidieron en el campo de la salud, entre sus aportes se destacó el envío de profesionales al exterior, a perfeccionar sus estudios, para que a su regreso sirviesen de pioneros en la reforma médica, a esto se sumó la creación de una serie de fundaciones sin fines de lucro como SOLCA a comienzos de los años cincuenta y la implementación de sistemas de información a través del Registro Civil, que permitió contar con datos más estructurados y fiables referentes a la población, constituyendo un aporte esencial dentro de la toma de decisiones de la política pública nacional (Hermida, p.p. 376-377)

Más tarde, en 1928, Ecuador comienza los primeros avances dentro del sistema de Seguridad Social, es así como bajo el mandato del Dr. Isidro Ayora, se fundó la caja de pensiones cuyo objetivo era que los empleados militares, civiles y públicos pudieran contar con todos los beneficios de la jubilación. Más adelante, en 1935, se instaura una ley donde se tenía un Seguro Social Obligatorio y se creó el Instituto Nacional de Previsión, cuyo objetivo fue la práctica de un seguro que sea obligatorio, para que el Seguro Voluntario pueda contar con la comunidad indígena y montubia.

Llega 1937, se establece que los empleados también deben tener un servicio médico bajo el gobierno; de facto, del General Alberto Enríquez Gallo. En 1938 el código de trabajo se forma, mientras que en 1944 se establece el Seguro de Enfermedad, cuya organización estaba encargado del Departamento Médico del Seguro para los obreros ecuatorianos, finalmente se abre la primera clínica del Seguro en Quito en el 1946 mismo año donde Ecuador pasa a ser parte de la Organización Mundial de la Salud. En 1951 en Guayaquil el Dr. Juan Tanca Marengo creó la Sociedad de Lucha contra el Cáncer. Su primer objetivo fue enviar médicos que venían del exterior, posteriormente fundó en 1955 Núcleos Provinciales en Quito, Cuenca y varias ciudades.

En 1963, se creó la Subsecretaría de Salud, bajo la dependencia del Ministerio de Prevención Social. Hasta 1967, la salud en el Ecuador estuvo bajo la dependencia del Ministerio de Prevención Social, a través de la Dirección General de Sanidad, la cual contó con cuarenta Centros de Salud urbanos y ejerció poder sobre el 3% del total de camas hospitalarias del país, precisamente para los pacientes que padecían de enfermedades infecto-contagiosas, que correspondieron a los “Pabellones de Aislamiento” (Valdivieso, 2014, p. 43)

Como se menciona en la cita anterior, es en 1963 donde se comienzan a crear dependencias que se encarguen de la regularización de la salud, posteriormente se comienzan a crear más instituciones para cada ciudad o cantón. Brindando atención un poco más especializada. Años después, en 1967 nace el Ministerio de Salud Pública, quien sería el encargado de supervisar todas las instituciones de salud y las hospitalarias.

En nuestro país el 16 de junio de 1967 fue creado el ministerio de salud, se publicó en el Registro Oficial y entra en vigencia el decreto promulgado por la Asamblea Nacional Constituyente, a través del cual se creó el Ministerio de Salud Pública, la misma que se encargaría de atender las ramas de sanidad y asistencia social que se relacionan con la salud en general. (Castillo, 2015, p. 85)

El Ministerio de Salud Pública (MSP) se estructuró en tres secciones de gestión: directivo, operativo y asesor, instancias que se encargaran de la ejecución del sistema de salud en el país. Su objetivo era organizar instituciones dependientes e independientes para lograr un sistema de salud a nivel nacional. En el año 1968 el Congreso aprueba el Código de Salud y el Plan de Medicina Rural. Su ejecución inicia en 1970. Todas las Juntas de Asistencia Social hacen parte

del MSP. Más adelante se incorpora la Liga Ecuatoriana Antituberculosa. “En 1973 surgió el llamado Plan País, se pone en marcha el Primer Plan Quinquenal de Salud que creó la Subsecretaría de Saneamiento Ambiental 1974-1979” (Castillo, 2015, p. 86), quienes crean diferentes programas para la protección de distintas enfermedades y padecimientos.

Los primeros tres primeros hospitales se inauguraron en 1979: “Carlos Andrade Marín” en Quito; Hospital Regional “Teodoro Maldonado Carbo” en Guayaquil y “Teodoro Carrasco” en Cuenca. El Ministerio de Salud Pública manejó, hasta 1972, 58 Centros de Salud, contando con el 3% de las camas hospitalarias del país (captadas de la Sanidad), mientras “los Servicios de Beneficencia y Asistencia Social manejaban un 79% restante”. (Hermida, 2008, p. 394).

En 1972 ocurren dos sucesos que marcarían la historia de la salud, se centralizó la Dirección General de Salud al Ministerio de Salud y se derogó la Ley de Asistencia Social, integrándose al Ministerio respectivo. Mismo en el que inicio el plan de medicina rural, el cual registró un adelanto considerable para los pueblos secundarios y olvidados de Ecuador, específicamente para los grupos indígenas y afro-ecuatorianos. En el año 1976, se produjeron grandes orientaciones en el Ministerio de Salud Pública: se reestructuró el Instituto Ecuatoriano de Obras Sanitarias (IEOS) y se construyeron 24 Centros de Salud-Hospital en varias cabeceras cantonales del país.

Para 1977 el Ministerio de Salud llegó a controlar 5.465 camas hospitalarias. Se construyó 51 Centros de Salud-Hospital, 80 Sub centros de Salud Rural y 17 Puestos de Salud. En dicho año se produjo la llamada Regionalización de los Servicios del IESS con un total de 319 Unidades Médicas y 1.273 camas hospitalarias. (MSP, 1977).

Por otro lado, en Guayaquil, en el año 1982, se armó la Subsecretaría de la Región, en donde se continuaron los programas de prevención y cuidado de la salud. En 1991-2001 se crea un Plan Nacional de Salud donde se organizan los recursos disponibles para potenciarlos y así brindar un nuevo modelo de atención y de alguna manera hacerle frente a la crisis nacional, la atención estará centrada en la comunidad y sus familias. Finalmente, la salud en el Ecuador quedó dividida, por un lado, estarán integradas el *sector público* que lo forman diferentes entidades como el Gobierno Nacional, entidades descentralizadas y el Seguro Social y luego por el *sector privado* que está sistematizado por entidades con fines de lucro y empresarial.

### **1.3 Marco jurídico y legal de la salud en el Ecuador**

El Ecuador cuenta con un marco normativo y legal que asegura de alguna manera a la comunidad el acceso a la salud gratuita, para ello se han creado varias entidades que a lo largo de los años se han rediseñado y evolucionado para intentar regular y potenciar los recursos médicos, salvaguardar los derechos de los pacientes pero también señalar sus obligaciones y además existen organismos que vigilan la calidad de las prácticas médicas y todas las atenciones que se desprenden de las acciones médicas.

Con la Constitución se crea además el Sistema Nacional Descentralizado de Planificación Participativa y se le da el carácter de vinculante a su principal herramienta, el Plan Nacional de Desarrollo (PND). Para el periodo 2009-2013, el PND se denomina Plan Nacional para el Buen Vivir y éste constituye el máximo instrumento de planificación nacional y de política pública (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES], 2011).

La constitución que se mantiene vigente desde el 2008. En el capítulo VII nos habla sobre el Plan Nacional, que en ese entonces el presidente del Ecuador Rafael Correa Delgado decidió nombrar como Buen Vivir, es en el primer capítulo de inclusión y equidad, donde se engloba a la salud, como derecho y serán los sistemas nacionales que se encargarán de velar por una ejecución con equidad

El Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 tiene como objetivo número tres el mejorar la calidad de vida de la población. Así, se propone promover “acciones públicas, con un enfoque intersectorial y de derechos, que se concretan a través de sistemas de protección y prestación de servicios integrales e integrados” con énfasis en los servicios de salud (SENPLADES, 2009).

#### ***1.3.1 La Constitución de la República del Ecuador***

La constitución vigente que rige las leyes del país fue aprobada en el 2008 y posteriormente ha tenido reformas, en el 2011 se constituye un marco normativo que busca regir cómo se organiza la democracia en el país, este será un respaldo legal que no permita violar los derechos y se pueda tener un libre ejercicio de los derechos y las responsabilidades buscando el Buen Vivir. Según el artículo 258 de la sección segunda de salud, nos escribe según la Constitución de la República del Ecuador (2008):

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional. (pág. 112)

Posteriormente, en el artículo 363 nos menciona brevemente el compromiso que debe tener el Estado frente a la salud de la comunidad:

1. Formular políticas públicas que garanticen la promoción, prevención, curación, rehabilitación y atención integral en salud y fomentar prácticas saludables en los ámbitos familiar, laboral y comunitario;

2. Universalizar la atención en salud, mejorar permanentemente la calidad y ampliar la cobertura;

3. Fortalecer los servicios estatales de salud, incorporar el talento humano y proporcionar la infraestructura física y el equipamiento a las instituciones públicas de salud;

4. Garantizar las prácticas de salud ancestral y alternativa mediante el reconocimiento, respeto y promoción del uso de sus conocimientos, medicinas e instrumentos;

5. Brindar cuidado especializado a los grupos de atención prioritaria establecidos en la Constitución;

6. Asegurar acciones y servicios de salud sexual y de salud reproductiva, y garantizar la salud integral y la vida de las mujeres, en especial durante el embarazo, parto y postparto;

7. Garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales;

**8.** Promover el desarrollo integral del personal de salud. (Constitución de la República del Ecuador, 2008)

Desde un punto de vista integral de salud y la integración de un marco constitucional, algunos de los artículos establecidos hablan de derechos, garantías y obligaciones que se entrelazan con las condiciones de salud, entre los artículos de la Constitución de la República del Ecuador (2008) también se habla sobre aquellas personas que tendrían cierta preeminencia en atenciones y derechos de salud. Dentro del capítulo tercero: Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria.

**Art. 35.-** Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad;

**Art. 45.-** Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano, además de los específicos de su edad. El Estado reconocerá y garantizará la vida, incluido el cuidado y protección desde la concepción. Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la integridad física y psíquica; a la salud integral y nutrición; a la seguridad social (...).

### ***1.3.2 Ley Orgánica de Salud***

Nuestro país cuenta con leyes nacionales y también se acoge a leyes internacionales que tienen que ver con la garantía de los derechos de salud. La Ley Orgánica de la Salud tiene como objetivo homogeneizar las labores que garanticen el derecho a la salud, según lo que dicte la Constitución del Ecuador. Los principios en los que se asienta esta ley aseguran equidad, calidad, eficiencia, intercultural, ética y generacional.

La normativa general nacional para el sector se establece a través de la Ley Orgánica de Salud (LOS) y su reglamento. Estos instrumentos legales están vigentes a partir del 2006 y su propósito es regular, a modo general, las acciones de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y ser el marco formal para aplicar políticas, programas y

normas de atención de salud integral y de calidad. Su finalidad es hacer efectivo el cumplimiento del derecho a la salud al que se sujetan todos los integrantes del SNS (Ley Orgánica de Salud [LOS] 2006).

Luego de 2006 la LOS es sometida a diferentes reformas, la primera surge entre 2011-2015, Ecuador regula el proceso de alimentos con el Reglamento Sanitario del Etiquetado de Alimentos Procesados para el Consumo Humano o más conocido como semáforo de alimentos. Luego en el 2017 se realizan cambios en el capítulo II sobre el correcto manejo por parte del estado e instituciones de la movilización, desecho y recolección de desechos tóxicos o infecciosos. Mientras que en los últimos años (2021-2022) existen varias reformas en el capítulo III donde todas las personas deberán ser informadas y deben dar su consentimiento para cualquier tipo de procedimiento médico. También se menciona que el estado deberá garantizar libre acceso y tratamientos de calidad a mujeres violentadas que deseen realizarse un aborto, además en cualquier caso de violencia las personas afectadas deben tener acceso a una atención integral

El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2013) establece en el primer capítulo de su Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud los lugares de aplicación, concepto, principios y finalidades en torno a lo siguiente:

**Art. 1.- Objeto y Ámbito de la Ley.** - La presente Ley tiene por objeto establecer los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud que regirá en todo el territorio nacional;

**Art. 2.- Finalidad y Constitución del Sistema.** - El Sistema Nacional de Salud tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho a la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionamiento sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes;

**Art. 3.- Objetivos.** - El Sistema Nacional de Salud cumplirá los siguientes objetivos:

- Garantizar el acceso equitativo y universal a servicios de atención integral de salud, a través del funcionamiento de una red de servicios de gestión desconcentrada y descentralizada;

- Proteger integralmente a las personas de los riesgos y daños a la salud; al medio ambiente de su deterioro o alteración;
- Generar entornos, estilos y condiciones de vida saludables; Promover, la coordinación, la complementación y el desarrollo de las instituciones del sector;
- Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud

**Art. 4.-** La autoridad sanitaria nacional es el Ministerio de Salud Pública, entidad a la que corresponde el ejercicio de las funciones de rectoría en salud; así como la responsabilidad de la aplicación, control y vigilancia del cumplimiento de esta Ley; y, las normas que dicte para su plena vigencia serán obligatorias.

**Art. 6.-** Es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública: Regular y vigilar, en coordinación con otros organismos competentes, las normas de seguridad y condiciones ambientales en las que desarrollan sus actividades los

### ***1.3.3 Código Orgánico Integral Penal***

La finalidad del Código Orgánico Integral Penal es ejercer y normatizar el poder disciplinario del Estado Ecuatoriano, también se busca estandarizar las transgresiones, además, vela por los procedimientos involucrados al dictaminar a los posibles culpables. Se encarga de promover la reinserción y rehabilitación social de todas las personas que se encuentran en proceso de sentencia o privadas de su libertad, velando por la conservación de todos sus derechos humanos. Sin olvidar a las víctimas y su proceso de recuperación integral, donde los procesos legales serán bajo los criterios necesarios para salvaguardar su bienestar personal. Según algunos artículos del COIP (2018) analizan las faltas en el sector de la salud y los profesionales médicos.

**Art. 95.- Extracción y tratamiento ilegal de órganos y tejidos.** - La persona que, sin cumplir con los requisitos legales, extraiga, conserve, manipule órganos, sus partes, componentes anatómicos, vitales o tejidos irreproducibles, será sancionada con pena privativa de libertad de diez a trece años. Si la infracción se ha cometido en personas de grupos de atención prioritaria, se sancionará con pena privativa de libertad de trece a dieciséis años. Si se trata de componentes anatómicos no vitales o tejidos reproductibles, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a diez años.



Cuando se produzca la muerte de la víctima se sancionará con pena privativa de libertad de veintidós a veintiséis años. Si la infracción se comete sobre un cadáver, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a diez años. Si la persona que comete la infracción es un profesional de la salud, quedará además inhabilitado para el ejercicio de su profesión por el mismo tiempo de la condena, una vez cumplida ésta.

**Art. 98.- Realización de procedimientos de trasplante sin autorización.** - La persona que realice procedimientos de trasplante de órganos, tejidos y células, sin contar con la autorización y acreditación emitida por la autoridad competente, será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años. Si los componentes anatómicos extraídos o implantados provienen de niñas, niños o adolescentes, personas con discapacidad o adultos mayores, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años.

**Art. 146.- Homicidio culposo por mala práctica profesional.** - La persona que, al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. El proceso de habilitación para volver a ejercer la profesión, luego de cumplida la pena, será determinado por la Ley. Será sancionada con pena privativa de libertad de tres a cinco años si la muerte se produce por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas. Para la determinación de la infracción al deber objetivo de cuidado deberá concurrir lo siguiente:

1. La mera producción del resultado no configura infracción al deber objetivo de cuidado.
2. La inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas o *lex artis* aplicables a la profesión.
3. El resultado dañoso debe provenir directamente de la infracción al deber objetivo de cuidado y no de otras circunstancias independientes o conexas.
4. Se analizará en cada caso la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y evitabilidad del hecho.

El Ecuador por primera vez luego de varios años aprueba una ley para garantizar el acceso a atención de calidad, para mujeres que fueron víctimas de violación, que deseen detener su

estado de gestación, además se despenaliza este suceso. Esto surge a principios del año 2021, aproximadamente en el mes de febrero, cuando el presidente Lenin Moreno estaba por terminar su mandato presidencial. Posteriormente, es Guillermo Lasso quien emite un comunicado donde se veta parcialmente esta ley, realizando ciertas observaciones, pues dicha ley no es acorde con el marco legal de nuestro país. Los cambios consistieron en unificar tanto para sector urbano y rural el plazo de 12 semanas de gestación, además para acceder al procedimiento, las mujeres tienen que presentar pruebas legales de que fueron abusadas sexualmente.

A continuación, se detallan los artículos que se centran en regularizar los procedimientos médicos y bajo qué circunstancias se puede o no practicar un aborto por violación.

**Art. 147.- Aborto con muerte.** - Cuando los medios empleados con el fin de hacer abortar a una mujer causen la muerte de esta, la persona que los haya aplicado o indicado con dicho fin, será sancionada con pena privativa de libertad de siete a diez años, si la mujer ha consentido en el aborto; y, con pena privativa de libertad de trece a dieciséis años, si ella no lo ha consentido.

**Art. 148.- Aborto no consentido.** - La persona que haga abortar a una mujer que no ha consentido en ello, será sancionada con pena privativa de libertad de cinco a siete años. Si los medios empleados no han tenido efecto, se sancionará como tentativa

**Art. 149.- Aborto consentido.** - La persona que haga abortar a una mujer que ha consentido en ello, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. La mujer que cause su aborto o permita que otro se lo cause, será sancionada con pena privativa de libertad de seis meses a dos años.

**Art. 150.- Aborto no punible.** - El aborto practicado por un médico u otro profesional de la salud capacitado, que cuente con el consentimiento de la mujer o de su cónyuge, pareja, familiares íntimos o su representante legal, cuando ella no se encuentre en posibilidad de prestarlo, no será punible en los siguientes casos:

1. Si se ha practicado para evitar un peligro para la vida o salud de la mujer embarazada y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.
2. Si el embarazo es consecuencia de una violación en una mujer que padezca de discapacidad mental

### ***1.3.4 Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina***

La Agencia de Aseguramiento de la Calidad de los Servicios de Salud y Medicina Prepagada (ACESS), adscrita al Ministerio de Salud Pública, se encarga de establecer un control operativo y de vigilancia en los establecimientos sanitarios de estética. Evaluando su sistema organizacional o talento humano, verificando que los establecimientos cumplan con las normas necesarias para su funcionamiento

Según nos dice (MSP, 2015) menciona que: Es importante enfatizar que la participación de los comisarios de la ACESS tiene como objetivo la aplicación de medidas de seguridad en el caso que durante el proceso de control y vigilancia sanitaria se identifiquen infracciones e incumplimientos de las disposiciones contempladas en la Ley Orgánica de Salud y demás normativas sanitarias vigentes.

Esto se realiza conforme al artículo 180 de la (LOS, 2006) señala que: “La autoridad sanitaria nacional regulará, y controlará el funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados con y sin fines de lucro, autónomos, comunitarios y de las empresas privadas de salud y medicina prepagada”.

### ***1.3.5. Consejo Nacional de Salud***

Esta entidad pública se crea el 25 de septiembre de 2002, esta institución es quien representa a todos los integrantes del SNS, los mismos que pertenecen a sectores de salud pública, privadas, comunitarias, etc. Que se rigen con objetivos, normas, principios y políticas particulares. Oficialmente, fue publicado en enero del 2006.

El Consejo Nacional de Salud, se organiza con el mero propósito de avivar la edificación del SNS, en conjunto con el Ministerio de Salud Pública, con la creación del Plan Integral de Salud, coordina con sus participantes las diferentes implementaciones, promueve la participación de la sociedad y el libre ejercicio y la garantía de los derechos en la salud

**Según el Art. 19.- Funciones del Consejo Nacional de Salud.** - Según la entidad del (Consejo Nacional de Salud [CNS], 2006), tiene como funciones principales:

- 1.** Concertar entre todos los actores niveles del Sistema la aplicación de la política nacional en salud.

2. Participar conjuntamente con el Ministerio de Salud Pública en la formulación del Plan Integral de Salud y los criterios para su ejecución, incluyendo la programación de extensión progresiva de cobertura y su financiamiento.
3. Coordinar la participación de los integrantes del Sistema para la implementación del Plan Integridad de Salud.
4. Aprobar la utilización común de normas técnicas y protocolos para las prestaciones; procedimientos de referencia y contrareferencia; y, otros mecanismos necesarios para la provisión de servicios.
5. Promover la participación, el control social, el cumplimiento y la exigibilidad de los derechos de los usuarios.
6. Convocar y organizar periódicamente eventos de amplia consulta nacional sobre los temas relevantes para la salud del país.
7. Promover el desarrollo integral de los recursos humanos en salud.
8. Designar al Director Ejecutivo.

### ***1.3.6 Ministerio de Salud Pública***

Esta organización se encarga de la coordinación, gestión, control, regulación y la correcta planificación de la Salud Pública Ecuatoriana mediante de la vigilancia y control correcto para garantizar el derecho a la salud, brindando atención individual, campañas de prevención, promoción de la igualdad y la salud, investigación para el desarrollo de nuevas ciencias y tecnología, con el objetivo de ofrecer un servicio de calidad. El MSP, tendrá libre control y dominancia sobre el Sistema Nacional de Salud, para promover la salud, con estándares de atención en su calidad, garantizando la salud de la comunidad y el acceso total a su red de servicios, contando con entidades públicas y privadas

Según el (MSP, 2011) se centran en un conjunto de valores para garantizar salud gratuita y de calidad:

- **Respeto.** - Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y a atender sus necesidades teniendo en cuenta, en todo momento, sus derechos.
- **Inclusión.** - Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.

- **Vocación de servicio.** - Nuestra labor diaria la hacemos con pasión.
- **Compromiso.** - Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.
- **Integridad.** - Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento».
- **Justicia.** - Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello.
- **Lealtad.** - Confianza y defensa de los valores, principios y objetivos de la entidad, garantizando los derechos individuales y colectivos.

### ***1.3.7 Federación Médica Ecuatoriana***

FME representa a todos los médicos del país que se encuentran dentro de instituciones hospitalarias, para proporcionar derechos, aspiraciones y obligaciones de los médicos. Mediante los Colegios Médicos que se ubican a nivel provincial, vela por la defensa de los derechos legales conforme lo dice la ley y reglamentos para beneficiar a la comunidad, También instan al médico a continuar su educación de forma constante, así mismo regula los procesos de postulación para las distintas vacantes disponibles por medio de concursos y méritos.

Según la Ley de la Federación Médica Ecuatoriana (1989):

**Art. 1.-** La Federación Médica Ecuatoriana se compone de todos los profesionales médicos, nacionales y extranjeros, que hayan revalidado su título en el país y que se afiliaren al Colegio Médico Provincial del lugar en que ejercen su profesión, con carácter de obligatoriedad. Por el hecho de la afiliación a un Colegio Médico, los profesionales a que se refiere el inciso anterior, adquieren la calidad de federados, esto es, Miembros de la Federación, con los derechos y obligaciones establecidas en la Ley de la Federación Médica Ecuatoriana, en la Ley de Escalafón y en este Reglamento.

Más adelante la (FME, 1989) en el capítulo V nos habla sobre los Colegios Médicos donde nos mencionan un poco sobre en los artículos el quehacer de estas instituciones:

**Art. 15.-** Los Colegios Médicos Provinciales se organizarán y funcionarán de conformidad con la Ley de la Federación Médica Ecuatoriana, con este Reglamento y con su Reglamento interno.

**Art. 16.-** En cada Colegio Médico Provincial habrá la Asamblea Provincial integrada por los profesionales médicos afiliados. Corresponde a la Asamblea Provincial:

- a) Dictar y reformar su Reglamento Interno que someterá a la aprobación del Directorio Nacional, por medio de la Comisión Ejecutiva de la Federación;
- b) Conocer y aprobar o rechazar el informe de labores del Directorio del Colegio; y,
- c) Las demás atribuciones y deberes que se le señalen en la Ley, este Reglamento y su Reglamento Interno.

**Art. 18.-** Los Directorios de los Colegios Médicos se integran en la forma prescrita en la Ley. Sus miembros durarán dos años en sus cargos y sus atribuciones y deberes son:

- a) Velar por el progreso y prestigio de la profesión médica en cuanto a su ejercicio;
- b) Mantener la disciplina profesional;
- c) En los casos que no son de competencia del Tribunal de Honor, imponer las sanciones determinadas en el artículo 25 de la Ley en todo su contexto;
- d) Prestar protección a los médicos afiliados; e) Administrar los bienes del Colegio Médico Provincial;
- f) Amparar y defender, en representación del Colegio, a los médicos afiliados, en los conflictos que tuvieren con las Instituciones en las cuales prestan sus servicios.
- g) Enviar a la Federación Médica Ecuatoriana, tanto a la Secretaría Alternativa de Quito como a la de Guayaquil, la nómina completa de los Delegados, Principales y Suplentes, para integrar el Directorio Nacional, en el término de 10 días,

contados a partir de la fecha en que se haya proclamado el resultado de las elecciones anuales o nuevos dignatarios;

**h)** Realizar los concursos para provisión de cargos de acuerdo a la Ley y a los Reglamentos de la Federación Médica;

**i)** Solicitar del Directorio Nacional la fijación de cuotas extraordinarias;

**j)** Recibir las acusaciones escritas contra los afiliados y ponerla en consideración del Tribunal de Honor;

**k)** En concordancia con los literales h) y j) del Art. 3 de la Ley de Federación, establecer un Reglamento Interno, que deberá ser aprobado por el Directorio Nacional, y, las demás que le señalen la Ley, este Reglamento y el Reglamento Interno.

La FEM (1989) también deja señalamientos sobre los castigos que se aplica si algún médico comete alguna violación a sus leyes.

**Art. 19.-** Las causas por las que puede, el Directorio, imponer las sanciones a las que se refiere el literal c) del artículo anterior son:

**a)** Incumplimiento de las obligaciones que imponen a los afiliados, la Ley y este Reglamento;

**b)** Mora de tres meses en el pago de las cuotas establecidas en este Reglamento;

**c)** Omisión injustificada de la obligación de votar;

**d)** Negligencia en el cumplimiento de sus obligaciones como miembros de los organismos de la Federación o de los Colegios Médicos Provinciales;

**e)** Negativa a cumplir con las disposiciones o resoluciones del Directorio del Colegio Médico respectivo;

**f)** Negativa a prestar declaración o informar ante el Tribunal de Honor, cuando fuere llamado;

**g)** Amparar con su título el ilegal ejercicio de la medicina; y,

h) Los demás que expresamente determinen el Reglamento Interno del respectivo Colegio Médico.

Un poco más adelante, en el capítulo VI, la (FME, 1989) nos habla sobre los Tribunales de Honor, que son los que se encargan de evaluar los expedientes de aquellos médicos que han sido sancionados.

**Art. 26.-** En cada Provincia donde funcione legalmente organizado un Colegio Médico, habrá un Tribunal de Honor, integrado por el número de Miembros que, conforme a lo dispuesto en la Ley, determine el Directorio Nacional para cada una de tales Provincias.

**Art. 27.-** El Tribunal de Honor puede conocer y juzgar la conducta de un profesional médico, afiliado o no a pedido de uno, cualquiera de los demás organismos de funcionamiento de la Federación Médica Ecuatoriana, o por denuncia de otro profesional, o de cualquier persona que se creyere perjudicada. Prohíbese el juzgamiento de oficio.

**Art. 28.-** El Tribunal de Honor juzgará la conducta de los profesionales médicos, afiliados o no, en los casos previstos en la Ley y aplicará las sanciones determinadas en el Capítulo dedicado a tal organismo, en primera instancia y en estas funciones su competencia es privativa, es decir, que incluye la de los demás organismos de la Federación y de los Colegios Médicos Provinciales.

#### **1.4 Estructura y Organización de la salud en el Ecuador**

Ecuador es un país donde el sistema de salud se caracteriza por estar atravesado por precariedades que no le permiten brindar un servicio eficiente, digno y de calidad a sus ciudadanos. Cuenta con programas de salud incompletos, que no permiten una adecuada atención integral a la población. Además, el factor económico es una pieza clave para acceder a servicios de calidad, existe una brecha entre las condiciones socioeconómicas, donde los más desafortunados son aquellas personas en situaciones de pobreza o pobreza extrema, es a esta comunidad la que más dificultades tiene para exigir sus derechos y obtener una salud gratuita y de calidad. Como resultado tenemos a la población ecuatoriana insatisfecha, desesperada y resignada a lidiar con este tipo de problemáticas en el sector de salud.



Una crónica de estas atrocidades cometidas en contra del sistema nacional de salud se ubica en un reporte del diario El Universo, donde se expone los delitos existentes durante el azote del 2020 de la pandemia, señala que Daniel Salcedo Bonilla fue sentenciado a trece años de prisión por el delito de peculado en la compra de insumos médicos en el hospital Los Ceibos del IESS. (El Universo, 2021)

Es en este contexto, que la atención de salud en el país se categoriza por niveles de atención según la visión técnica del MSP. El primero y segundo nivel de atención son donde se puede resolver más del 90% de los problemas de salud. Aunque este sector está problematizado por el bajo presupuesto, el poco cuidado de las unidades, falta de personal e insumos, etc. Como producto de estas disconformidades, se ha provocado que el Sistema Nacional de Salud, tenga un límite en su capacidad y lo más grave de toda la situación, es la poca confianza de parte de la población hacia estas instituciones.

En el tercer nivel de atención se ubican las instituciones hospitalarias donde se atienden los casos derivados del nivel anterior, cirugías y casos más complejos que necesiten varios días de hospitalización, Por último, el cuarto nivel se encarga de los casos críticos que vienen de los niveles anteriores, contando con médicos especialistas que darán tratamiento específico según sea el caso.

Tal cual como se ha explicado en los puntos anteriores. El sistema de salud en el Ecuador está estructurado por niveles de atención según la complejidad del caso y cada uno de los niveles depende completamente del otro. Resulta pertinente agregar que dentro del primer nivel se busca resolver, promover y prevenir, atenciones básicas usualmente es ambulatorio y por ende resuelve problemas de salud de una estancia corta. Aquí encontramos distintos establecimientos:

- **Puesto de salud:** brinda actividades comunitarias y de primeros auxilios, usualmente se lo encuentra a nivel rural.
- **Consultorio general:** presta atenciones de tratamiento y diagnóstico en medicina familiar, general, obstetricia, odontología y psicología.
- **Centro de Salud tipo A:** otorga servicios de prevención, promoción y recuperación en torno a temas de salud, además de cuidados paliativos, atención médica, odontológica y enfermería.

- **Centro de Salud tipo B:** brinda hospitalización de máximo 24 horas, cuidados paliativos, mediante los diferentes servicios de medicina general, odontología, psicología y enfermería, con el apoyo de nutrición, trabajo social, laboratorio e imagenología básica.
- **Centro de Salud tipo C:** ofrece servicios de rehabilitación, cuidados paliativos, mediante medicina general, se encarga de casos donde la estancia es corta en áreas de ginecología, pediatría, odontología, psicología, enfermería, con el apoyo de laboratorio, imagenología y audiometría.

En las instituciones de segundo nivel de atención se cuentan los establecimientos de:

- **Consultorio de especialidades clínico - quirúrgicas:** se manejan de forma independiente liderado por un médico profesional.
- **Centro de especialidades:** está a cargo de un médico, brinda atención de consulta en varias especialidades básicas.
- **Centro clínico - quirúrgico:** brinda servicios bajo programación como diagnósticos, tratamiento o cirugías que requieran una estancia menor de 24 horas. En este nivel se comienza a trabajar con hospitales básicos y generales.

El último nivel de atención hospitalaria pertenece a las instituciones catalogadas como Hospital General, las mismas están acondicionadas para atender desde casos sencillos y complejos en el área quirúrgica, también se tienen distintas áreas para futuro diagnóstico y tratamiento de todos los pacientes.

Mientras que el Hospital General brinda atención clínica - quirúrgica y ambulatoria en consulta externa, hospitalización, cuidados intensivos, cuidados intermedios y emergencias, cuenta con unidad de diálisis, medicina transfusional, trabajo social, unidad de trauma, atención básica de quemados. Además, tiene los servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento. (MSP, 2011, p. 60)

En el tercer nivel nos encontramos con:

- **Centros especializados:** el cual está bajo el manejo de un médico especializado, brinda servicios de hospitalización, además de los servicios de diagnóstico, terapia, recuperación o rehabilitación.

- **Hospital especializado:** donde se atienden casos de más alta complejidad, mediante atención ambulatoria en consulta externa, emergencias y hospitalizaciones, además cuenta con todas las especialidades de la medicina.

Por último, está el cuarto nivel de atención que cuenta con:

- **Centros de experimentación pre registro clínicos:** pueden estar conectados a varias instituciones de salud de todos los niveles, brindando atención de transporte y soporte vital básico, intermedio y especializado.
- **Centros de alta subespecialidad:** estas instituciones cuentan con los casos más complejos y usualmente vienen por algo específico, generalmente cuenta con la más alta tecnología para la recuperación y tratamiento de los pacientes.

En los últimos años, el sistema de salud ecuatoriano se desarrolló ampliamente, gracias al aumento de recursos dotando de equipamiento y medicina. A continuación, la Red Pública Integral de Salud:

Está compuesta de cuatro instituciones prestadoras de servicios de salud: el IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social), el ISSFA (Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas), el ISSPOL (Instituto de Seguridad Social de la Policía) y el MSP (Ministerio de Salud Pública). El primero corresponde a brindar servicios de salud a los afiliados de carácter obligatorio, a los afiliados del seguro social campesino y a los afiliados de carácter voluntario. El financiamiento del seguro de salud del IESS corresponde principalmente a los aportes de los afiliados en servicio activo al sistema y otra parte a transferencias del presupuesto del gobierno central. (Castillo, 2015, p.p. 89)

El sector público cuenta con el MSP, MIES y los servicios de salud de las municipalidades. Todas las entidades se encargan de la atención a la población no asegurada. Las Instituciones de Seguridad Social se encargan de las personas afiliadas en las distintas provincias del Ecuador. Mientras que el sector privado cuenta con entidades con fines de lucro como consultorios, clínicas o seguros pagados, estos últimos pertenecen a una porción específica de ecuatorianos. La estructura del MSP cuenta con dos divisiones: las direcciones provinciales de salud y el área cantonal de salud.

En el caso de la salud pública, policías y militares tienen sus propios sistemas de salud, el ISSFA y el ISSPOL, su financiamiento proviene del presupuesto del gobierno central,

es decir, de impuestos como el IVA, IR, ICE, aranceles y etc. Estos sistemas de salud atienden a miembros activos y pasivos de las fuerzas armadas y de la policía, además de sus familiares. (Castillo, 2015, p.p. 90)

## **1.5 Médicos**

En este apartado se va a intentar ubicar de forma breve lo que significa ser médico. Antes de adentrarnos a ello, precisamos que para una mejor comprensión del concepto debemos pensar en su profesión, la misma que se encuentra enlazada con varias ciencias con el fin de utilizarlas para el servicio del ser humano. Además de ello, se centra en desempeñar distintas tareas que se unen para restablecer y promover el bienestar de la salud, pueden diagnosticar, identificar, curar o tratar enfermedades, basándose en un conjunto de conocimientos o especializaciones que le son otorgados dentro de las instituciones de tercer nivel.

En las facultades de medicina es el lugar donde se les enseña a todos los estudiantes a comprometerse con su trabajo, brindar servicio de calidad y alcanzar el objetivo que mejor beneficie a su paciente, para que esto se logre se necesita que los médicos utilicen y también sepan comunicar a sus pacientes de una correcta forma sus conocimientos basados en ciencias. Es importante recordar que no todos los médicos se centran en brindar tratamiento a las enfermedades, algunos se encargan del estudio de diferentes áreas que repercuten por sobre la salud humana o los tratamientos de algún padecimiento tal como lo hace un patólogo.

Vemos como según el médico Rodríguez (2010) nos menciona que el profesionalismo médico es una mezcla de varios componentes:

Conjunto de principios éticos y deontológicos, valores y conductas que sustentan el compromiso de los profesionales médicos con el servicio a los ciudadanos, evolucionan con los cambios sociales y que avalan la confianza que la población tiene en los médicos. (p.1).

También se les enseña que su trabajo se centra en un constante aprendizaje para lograr brindar una atención de calidad. Todo lo anteriormente mencionado va de la mano con un correcto uso de sus conocimientos, pero también deberán ejercer su rol profesional sin comprometer de algún modo su ética profesional, es por ello que se han formulado códigos de ética médica, como un ente regulador de estos quehaceres médicos. Para que así su práctica profesional esté enfocada en las necesidades más importantes y el bienestar de toda la comunidad. Como

resultado de todas las variables anteriores se obtiene un prospecto de profesionales médicos que van a estar estrechamente relacionados con conocimientos basados en ciencias y de principios éticos, además su conducta profesional será un vivo ejemplo de los valores que le fueron inculcados en su facultad médica.

### ***1.5.1 Organización médica***

Dentro de cualquier entidad de servicios se requiere de un orden preestablecido, para que cada persona o área designada cumpla una función específica y en caso de ser necesario resolver los problemas que quizás en algún momento se lleguen a presentar. Es así como la organización médica depende del tipo de establecimiento de salud, como se ha explicado en el capítulo anterior, estos se verán sujetos a sus niveles de atención médica que se brindan al público. Usualmente en un hospital se cuenta con profesional administrativo y médico, que además de encargarse de áreas financieras, procesos legales y burocráticos, se encargan de designar médicos en áreas específicas según su especialidad y capacidades profesionales.

Los médicos generales serán los primeros que de ser necesario atienden a los pacientes, están encargados de la prevención primaria y secundaria. También dependiendo de su padecimiento, atienden a cierta parte de los pacientes y sus familias, podrán contar con la ayuda de especialistas en caso de ser necesario. En cada área de una institución hospitalaria, se tiene un jefe del área, el mismo que verificará que todo se mantenga en orden y ofrecerá su ayuda, este tendrá a su cargo a los médicos tratantes, quien en conjunto con los médicos residentes estudiarán caso por caso para el correcto diagnóstico y tratamiento.

Profundizando un poco más en un hospital de tercer y cuarto nivel se encuentran usualmente los médicos tratantes, estos darán tratamiento especializado no quirúrgico para cada uno de sus pacientes en sala. En hospitalización se cuenta con varios profesionales que tienen a cargo roles específicos dependiendo de su especialidad. Por un lado, tenemos al personal profesional y técnico que consta de trabajadoras sociales, las mismas que se encargaran de la parte cultural, social y bienestar del hospital y sus pacientes, luego los fisioterapeutas, quienes estarán en varias áreas del hospital, tendrán a su cargo las medidas de estimulación que se le deba brindar oportunamente al paciente si las situaciones de hospitalización o consulta así lo requieran. Los farmacéuticos también deberán recorrer diariamente el hospital, entregando en las diferentes áreas los medicamentos que les son solicitados para el tratamiento de los pacientes.

Los radiógrafos tendrán un apartado específico donde tendrán su departamento de rayos X llevando registro específico de cada paciente, además de los procedimientos y exámenes que realiza. Los técnicos de laboratorio receptorán, evaluarán y enviarán resultados de las muestras que les lleguen de todas las áreas del hospital. Para manejar las dietas especiales de los pacientes están a cargo los nutricionistas, mismos que visitan cada área del hospital para armar dietas y también para educar a los pacientes sobre su alimentación, que le es enviada desde medicina general o consulta externa. En el área de emergencias se cuentan con médicos profesionales que están capacitados para atender según la gravedad del caso, usualmente se encargan de estabilizar y mantener en observación al paciente y de ser necesario oportunamente llevarlo a hospitalización o asignarlo prudentemente a otra área médica donde pueda ser mejor atendido.

También se cuenta con la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios, en algunos hospitales se encuentran en salas separadas, pero serán quienes reciben a los pacientes con casos extremadamente delicados y complejos, los profesionales tratarán el padecimiento específico hasta estabilizar al paciente y posteriormente derivarlo a otra área. En el área de hospitalización se encuentran servicios específicos como pediatría, ginecología, infectología y en algunos hospitales, psiquiatría y psicología, además de encontrar doctores vemos la asistencia de enfermería. Y para finalizar tenemos el departamento de Consulta externa, quienes con el pasar del tiempo y la tecnología correcta serán capaces de realizar tratamientos ambulatorios en salas equipadas, será el punto de conexión entre el hospital y la comunidad a la que se le brinda atención, sean derivados de cualquier área. Se cuentan con médicos y licenciados especializados para tratar tanto salud física como mental.

### ***1.5.2 Ética médica***

Son diversos los autores que a lo largo de la historia han realizado un concepto sobre ética, en este caso nos guiaremos con lo que nos propone Sánchez, A (1984) y menciona que la ética es parte de la sociedad y de la moral, es aquello que será la base para ciertas conductas humanas, para finalizar termina estableciendo que la ética y moral están dentro de lo que engloba al ser humano

La ética es parte importante de la filosofía, nos enseña algo del deber ser, es aquella que se encarga de evaluar la moral de cualquier acto humano. Se basa en el estudio de lo que se comprende como bien y mal, es decir, que estudian y regulan las actividades humanas por

medio de normas morales. Podemos establecer que la ética tiene algo de ciencia, pues debe ser universal y racional, también debe utilizar argumentos que sean válidos para soportar el comportamiento moral o no del ser humano, porque de no ser así se reduciría a una mera opinión.

Es importante hacer énfasis en la ética profesional para continuar adentrándonos más en el tema que nos corresponde, “La ética profesional es el grupo de normas aceptadas por la sociedad, siendo aplicadas en la vida personal como profesional, contribuyendo en la toma de decisiones, fomentando la responsabilidad y el respeto” (Huanca, R. 2012, p.1).

Podemos pensar entonces que si no existiese la ética no habría alguna relación social sana, desde este sentido se establece la ética como un regulador, pues logra que los seres humanos moldeen su comportamiento para preservar su propio bienestar y el de las personas a su alrededor. Es por estas razones que los profesionales médicos tienen como fin servir a la humanidad y para lograr tal meta deben regirse bajo ciertos parámetros que han sido heredados desde épocas antiguas que finalmente se convirtieron en lo que ahora es llamado ética médica.

Como se mencionó anteriormente, la ética médica tiene su génesis en las primeras épocas de la humanidad, que fue erigida por uno de los médicos más destacados de aquel entonces, sus enseñanzas han tenido gran importancia a lo largo del tiempo y los siglos dentro del campo médico. Se comprende que la ética médica es una clase de meditación sobre la moral, que intenta dialogar sobre aquellos principios, normas y criterios, dejando un saber hacer sobre alguna situación específica para aquellos que eligieron una carrera como medicina. También se establecen para esta población algunos deberes y derechos por cumplir. Preparando así a los estudiantes a saber reconocer y saber actuar frente a situaciones complejas para hacerles frente de manera correcta basándose en principios adecuados. Establece principalmente las problemáticas que surgen diariamente en la práctica profesional de la medicina, misma que ha sido planteada medianamente en el juramento hipocrático, como respuesta lo que hace el médico es intentar velar por los intereses del paciente por sobre los suyos, en los últimos años la ética médica ha sido influenciada por los avances en los derechos humanos aunque estos a su vez se ven sujetos a diferentes opiniones según cada país y las leyes que lo gobiernen, lo cual es en parte contradictorio, pues el médico se enfrenta también a problemas derivados de violaciones a cualquier derecho humano. La organización que se encarga de determinar lo ético entre los profesionales de la salud alrededor del mundo será la Asociación Médica Mundial.

Mientras que en nuestro país contamos con una entidad reguladora que supervisa de cerca las prácticas médicas, Código de Ética Médica, comenzando a contar con este instrumento ético y jurídico que se encargue de supervisar de cerca las obligaciones morales a las que deben enfrentarse de forma constante el desarrollo práctico dentro de su campo. Fue constituida por el año 1985, y es en la X Asamblea Médica Nacional, donde se comenzó a considerar este código para las prácticas de la salud, en donde se redactan varios puntos a seguir durante el ejercicio de un profesional médico.

### ***1.5.3 Obligaciones de los médicos con sus pacientes***

En este apartado se intentará explicar las obligaciones que tiene un médico para con un paciente, sabemos que dentro de cada institución hospitalaria siempre se tiene en claro las obligaciones del hospital hacia sus pacientes, así mismo se habla de derechos y obligaciones de los pacientes con la institución sea esta pública o privada. Pero a veces se pasa por alto o no se tiene en claro las obligaciones que tiene cada doctor con sus pacientes. En nuestro país Ecuador existe un código ético que dictamina desde el deber ser hasta las obligaciones que tienen los profesionales médicos con todos sus pacientes. A continuación, se mencionan algunos artículos:

Es en el apartado del Capítulo III que consta con veinticuatro artículos donde el Código de Ética Médica Ecuatoriana (1992) se encarga de redactar sobre los deberes y derechos del médico para con los enfermos:

**Art. 6.-** El Médico desde que es llamado para atender a un enfermo, se hace responsable de proporcionarle todos los cuidados médicos necesarios para que recupere su salud. Su responsabilidad mayor será la conservación de la vida del enfermo.

**Art. 7.-** El Médico está obligado a llevar una ficha clínica escrita de cada uno de sus pacientes y registrar la evolución que constate en los mismos.

**Art. 10.-** Cuando se trate de un caso grave o se tema un desenlace fatal, está en la obligación de dar aviso oportuno, para que puedan ser atendidos los intereses espirituales y morales del paciente y los materiales de los familiares. La advertencia del peligro lo hará a los consanguíneos, amigos o allegados, eligiendo como confidente a la persona más ponderada o a una autoridad competente cuando el caso lo requiera.



**Art. 11.-** En casos de incurabilidad lo dará a conocer a los familiares y en casos especiales al propio enfermo cuando el médico lo crea indispensable usando la mayor prudencia y manteniendo, en primer lugar, los mejores intereses del enfermo.

**Art. 12.-** La cronicidad o incurabilidad no constituye motivo para que el médico prive de asistencia al enfermo, pues en estos casos se hará más necesario el auxilio y en consuelo que el médico pueda brindar.

**Art. 13.-** El médico debe respetar las creencias religiosas e ideológicas de sus pacientes y no oponerse al cumplimiento de sus preceptos, siempre que no sean perjudiciales para su salud.

**Art. 15.-** El Médico no hará ninguna intervención quirúrgica sin previa autorización del enfermo, y si este no pudiera darla, recurrirá a su representante o a un miembro de la familia, salvo que este de por medio la vida del paciente a corto plazo. En todos los casos de autorización incluirá el tipo de intervención, los riesgos y las posibles complicaciones.

**Art. 16.-** Igualmente, los casos que sean sometidos a procedimientos de diagnóstico o de terapéutica que signifiquen riesgo, a juicio del médico tratante, deben tener la autorización del paciente, de su representante o de sus familiares. También lo hará en caso de usar técnicas o drogas nuevas a falta de otros recursos debidamente probados como medios terapéuticos y salvaguardando la vida e integridad del paciente.

**Art. 17.-** Los procedimientos de anestesia general o regional no se realizarán sino en centros hospitalarios o clínicas con personal calificado y medios suficientes para dicho procedimiento (Código de Ética Médica Ecuatoriana, 1992, p.p. 89-91)

En el capítulo XIX nos menciona sobre las obligaciones del médico, sobre la muerte, injertos y trasplantes:

**Art. 110.-** El médico tiene la obligación de certificar la muerte exclusivamente de los pacientes a los cuales asistió en su deceso. Dicha certificación será de su absoluta responsabilidad, y de acuerdo al Código de Salud.

**Art. 113.-** El médico tiene la obligación de establecer la muerte por medios científicamente válidos, antes de permitir la utilización de segmentos, órganos o parte de ellos con fines de injerto o trasplante.

**Art. 115.-** El médico tiene la obligación de velar por la integridad física de sus pacientes; por lo tanto, las desmembraciones de segmentos, órganos o parte de ellos solo las realizará en casos por demás justificados y velando siempre de preservar la función.

**Art. 118.-** El médico tiene la obligación de velar porque las partes, órganos tejidos, sangre y sus derivados, provenientes de donantes, se utilicen exclusivamente para el tratamiento de seres humanos e investigación; sin fines de lucro y al margen de la comercialización. (Código de Ética Médica Ecuatoriana, 1992, p.p. 96-98)

Más adelante, en el capítulo XX, según el CEME nos habla sobre la actualización e investigación médica:

**Art. 119.-** El médico tiene la obligación de colaborar en la investigación científica en salud, así como el desarrollo de nuevas técnicas y métodos para la protección, recuperación y rehabilitación de los pacientes.

**Art. 122.-** El médico tiene la obligación permanente de actualizar sus conocimientos para la práctica de su profesión

**Art. 124.-** El médico tiene la obligación de solicitar los exámenes auxiliares del diagnóstico y tratamiento, estrictamente necesarios para sus pacientes. (Código de Ética Médica Ecuatoriana, 1992, p. 91).

## **Capítulo II: La psicología clínica en las instituciones de salud**

### **2.1 Importancia del psicólogo clínico en las instituciones de salud**

La psicología tuvo sus inicios desde que el humano comenzó a tener preguntas respecto a varios procesos mentales, es así como hoy en día contamos con teorías que forman una respuesta a estos procesos y también le puede dar sentido a ciertos comportamientos humanos. Es así como el mayor ente regulador de los sistemas de salud está compuesta por la Organización Mundial de la Salud y en julio de 1946 crea un concepto de salud y lo define como: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Organización Mundial de la Salud, 1946, p.100).

Es desde este año que comienza a incursionar y a tomar más importancia la salud mental, dando paso a los profesionales de misma. Conforme avanzaron los años, la psicología ha ido aportando en el ámbito hospitalario, colaborando con sus distintas técnicas y corrientes para el tratamiento de pacientes en las diferentes áreas de una institución de salud. Según los datos de la OMS (2021) nos brinda un cálculo sobre el porcentaje mundial respecto a la salud mental de la población donde menciona que:

En 2019, una de cada ocho personas en el mundo padecían un trastorno mental. Los más comunes son la ansiedad y los trastornos depresivos, que en 2020 aumentaron considerablemente debido a la pandemia de COVID-19; las estimaciones iniciales muestran un aumento del 26% y el 28% de la ansiedad y los trastornos depresivos graves en solo un año. (p. 1)

Luego, finalmente, las ciencias de la salud logran crear un espacio para articular a la psicología en el ámbito de la salud, siendo la psicología clínica la encargada mayormente de humanizar la salud dentro de los recintos hospitalarios. Es importante recalcar que además de esta tarea, los psicólogos clínicos están involucrados con el bienestar durante la hospitalización del paciente, con la finalidad de generar beneficios tanto para la salud de los pacientes y también en la mayoría de las ocasiones facilitar el trabajo del equipo médico además permitirle al personal médico empatizar más con sus pacientes y familiares.

Como se mencionó en el párrafo anterior, la humanización de la salud en el contexto de las instituciones hospitalarias fue iniciada y dirigida por los psicólogos clínicos, como su nombre lo indica, este concepto radica en que la atención de salud, debe realizarse guiándose en ciertos criterios que están enlazados con una atención sentada en calidez, sensibilidad, calidad e integridad, también se deberá respetar los derechos del paciente. El contexto hospitalario debe estar exento de prejuicios, discriminación, poder y las condiciones del poder.

En el contexto hospitalario se debe tener en cuenta que la humanización va más allá del trato que reciben los usuarios por parte de los profesionales de la institución, sino que se ve influenciado por el ambiente, diseño arquitectónico y organización de las salas. Además de ello, los equipos, insumos y equipos tecnológicos que se utilizan para la atención, así como la atención, procesos administrativos y gestión de la organización hospitalaria. Como nos menciona Obando Lucely en su libro científico “Finalmente, todo el sistema de atención humanizado debe estar dirigido a la comunidad en sus diferentes niveles; a nivel individual, familiar, grupal, colectivo y comunitario” (Obando, 2020, p. 38).

Los psicólogos clínicos cumplen un papel fundamental en cualquier institución hospitalaria, pues son aquellos que se encargan de humanizar la atención de salud, pues muchas veces en estas instituciones abundan los factores de estrés. Es por ello que su misión será dedicar una atención hospitalaria de calidad, encargándose de la parte psíquica y emocional, ofreciendo acompañamiento psicológico para los pacientes, durante y después de sus tratamientos e incluso brindar soporte a sus familiares si la situación lo amerita y brindando herramientas que le permitan lidiar con sus problemáticas. También el psicólogo clínico sirve como guía y orientador, pues proporciona información sobre cualquier procedimiento médico próximo a realizar.

Es conocido que los ambientes hospitalarios son un escenario que está predispuesto a generar angustia y sufrimiento tanto físico como mental, que no solamente se limita a los pacientes, sino también a sus familiares y el equipo de médicos tratantes. También hay que tener en cuenta que existe siempre una solicitud constante que viene de parte de los pacientes y sus familias, quienes esperan recuperación y confianza, estas solicitudes generan en el staff médico cierta presión y estrés, pues existen ciertas limitantes y por ello las expectativas de los pacientes y familiares no siempre pueden ser cumplidas.

Otro factor que está más conectado del lado del paciente que suma más estrés a su estado de hospitalización o enfermedad, nos lo trae J, Levenson, en su libro Tratado de Medicina Psicosomática, donde nos muestra de forma más clara el sufrimiento por el que pasa el enfermo por el quiebre de su realidad “Durante el ingreso hospitalario, las características de alejamiento de los apoyos sociales y ambientales habituales, así como la pérdida de intimidad, individualidad y control sobre las actividades cotidianas, son para los pacientes algunos de los primeros elementos productores de estrés”. (Levenson, 2006, p. 56)

Lo expuesto anteriormente tiene que ver mucho con las causas que favorezcan o no el proceso de adaptación por el que debe pasar el paciente para contar con las estrategias necesarias para

poder afrontar su cuadro clínico. Las situaciones que se pueden nombrar que generan repercusiones psíquicas y emocionales, encierran el quiebre de la homeostasis de su vida diaria como: desprenderse de su rutina, de su familia, todo lo relacionado a la hospitalización como el compartir un cuarto con gente desconocida, la afectación del ciclo circadiano que trae consigo la pérdida del sueño, además el ser hostigado constantemente por el personal para someterse a distintas pruebas y procedimientos, en ciertos casos invasivos.

Otro factor que dificulta aún más la situación emocional viene cuando llega el momento de que los médicos intercambien información con los familiares y pacientes, pues es sabido que dentro del intercambio de información es dificultoso y usualmente tienden a generar equívocos. Algo que también imposibilita la comunicación con pacientes, pues según su padecimiento están despojados de la probabilidad de hablar, escuchar o comprender lo que se les desea compartir. Por otra parte, al ser una institución de salud acuden personas de culturas, costumbres y hasta idiomas diferentes, haciendo más difícil la comunicación, no se debe olvidar que los conceptos médicos muchas veces pueden ser complejos de transmitir y comprender.

Es por todas estas razones mencionadas anteriormente e incluso podríamos añadir otras más, según fuera el caso o la demanda de la institución hospitalaria, que la figura de un psicólogo clínico pasa a ser sumamente importante en el proceso de hospitalización del paciente, pues como se explicó, pueden surgir ciertas necesidades que deben ser atendidas por profesionales expertos en la salud mental. Los mismos que podrán brindar cierto acompañamiento a los pacientes y familiares, ayudándolos como intermediarios con el personal médico. Así mismo, los psicólogos clínicos brindan al personal de la salud guías para comprender de mejor forma los procesos emocionales que cursan los pacientes y darles herramientas para saber manejar de mejor manera ciertas situaciones que podrían presentarse.

## **2.2 Rol y funciones del psicólogo clínico en los hospitales**

La presencia del psicólogo clínico en la actualidad es sumamente significativa, para poder lidiar con ciertos aspectos que los profesionales de la medicina no cuentan con las herramientas para poder lidiar. Es importante y primero debemos aclarar que el rol se ubica junto al ser y quehacer que una persona desempeña dentro de una institución. Es así como el psicólogo clínico tiene diversos lugares en donde posicionarse para trabajar como personal de salud mental.

Su papel, según Compas y Gotlib (2003) nos dicen que: Los psicólogos clínicos se orientan hacia las personas que experimentan significativa aflicción emocional, que padecen de angustia y cuyo comportamiento es motivo de preocupación para los otros, o cuyos problemas se manifiestan en un trastorno psicológico [identificable]" (p.7). Es así como la mayoría de

psicólogos son receptados por instituciones de salud y educativas. Por el lado de lo educativo, el psicólogo trabajará con los estudiantes en conjunto con sus padres y maestros para prevenir a los estudiantes y promocionar la salud mental dentro de la institución.

Mientras que por el lado de la salud tenemos a psicólogos que se sirven de sus conocimientos y en conjunto con otras disciplinas, buscarán una forma segura e integral para ofrecer a los pacientes una atención de calidad, donde se recupere física y mentalmente, es así como Piña (2010) nos brinda cierta idea sobre lo que encierra el rol del psicólogo clínico dentro de una institución de salud:

Se desempeñará con eficacia, responsabilidad y sentido humanitario, en equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios, en los campos profesionales de la salud, educación, ambiente y otros... identificar con objetividad, [sistematizar y ordenar] los eventos y factores que intervienen en los fenómenos psicológicos... elaborar programas de intervención congruentes con el tipo de problemas que atenderán, así como aplicar con responsabilidad los procedimientos elegidos, y evaluar y contrastar planes, programas y acciones de intervención psicológica en forma coherente con los criterios metodológicos, teóricos y éticos de la psicología. (p.p. 13-14)

Es importante mencionar que el rol del psicólogo va más allá de las áreas anteriormente mencionadas, pues de la psicología clínica se desprende la psicología de la salud y es esta quien estará en varias instituciones promocionando y velando por la salud mental. Para especificar un poco más la idea, se toma como referencia la investigación de García, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas (2008) donde se da una visión más amplia de lo que encierra las distintas organizaciones donde los psicólogos clínicos tienen un espacio para brindar atención, las instituciones son:

- Gabinetes privados de consulta, asesoramiento y tratamiento.
- Equipos de atención primaria en centros de salud u hospitales.
- Unidades de salud mental en hospitales.
- Unidades de Neuropsicología (centros privados u hospitales).
- Unidades de rehabilitación (hospitalarias o comunitarias).
- Hospitales psiquiátricos.
- Centros Geriátricos.
- Unidades Materno-Infantiles en hospitales.
- Centros de atención psicológica infantil (privados o en hospitales).
- Unidades de dolor crónico.

- Cuidados paliativos y atención a enfermos terminales.
- Centros de voluntariado u Organizaciones No Gubernamentales de atención a personas con discapacidades.
- Unidades de Salud Laboral. (p.11)

Mientras que por el lado de las funciones es importante que el psicólogo clínico esté respaldado con conocimientos varios, además contar con una mirada clínica, social, institucional que serán utilizadas con los pacientes, familiares y personal institucional. Estas miradas le dan espacio al cumplimiento de quehaceres de intervención, prevención y prudentes diagnósticos psicológicos. El trabajo que realizan estos profesionales en un ambiente hospitalario siempre debe contar con una coordinación que les permita a los psicólogos clínicos planificar y evaluar las actividades que les conciernen como servicio de psicología. Es así como se deben establecer objetivos claves que debe cumplir como parte del equipo médico, y es en el libro *Experiencias en Psicología Hospitalaria* que los investigadores Grau et al. (1996) nos dan una serie de objetivos:

- Contribuir a la integridad de la atención que brinda el hospital, mediante la atención psicológica en lo que se refiere a profilaxis, diagnóstico y tratamiento de distintas enfermedades, así como de sus secuelas o desviaciones en el proceso de rehabilitación.
- Contribuir al avance del conocimiento científico en lo que se refiere al papel que desempeñan, procesos, estados psíquicos y propiedades de la personalidad en la aparición y evolución de las enfermedades más frecuentes.
- Contribuir a elevar la satisfacción de la población con los servicios recibidos, participando en la evaluación y ajuste de estos a las aspiraciones y las expectativas de la población y a las posibilidades crecientes de la institución.
- Colaborar en la formación de psicólogos, médicos, enfermeras y técnicos.
- Elaborar proyectos, normas de trabajo en este nivel, metodologías específicas para la investigación psicológica en campos o especialidades médicas (Grau et al., 1996, p. 27).

Los objetivos mencionados permitirán que el psicólogo clínico logre desarrollar las actividades que la institución requiera, además se establecen para organizar las funciones de todos los psicólogos en las diferentes áreas hospitalarias que le sean referidas. Así se toma como

referencia lo establecido por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid ocho funciones principales:

1. **Evaluación:** La evaluación consiste en la reunión de la información necesaria con la que más tarde se efectuará una intervención o planificación. En cuanto a lo que se refiere a la psicología clínica, los instrumentos más utilizados suelen ser: tests, cuestionarios, entrevistas, observaciones y registros psicofisiológicos. Estos procedimientos a veces se utilizan en combinación, constituyendo lo que se denomina: una batería de pruebas.
2. **Diagnóstico:** Se trata de la identificación y categorización del problema/s concreto/s del paciente, de un determinado grupo de riesgo o problemática laboral o social de algún colectivo (estrés laboral). Tras el análisis e interpretación de resultados de las pruebas previamente aplicadas.
3. **Tratamiento:** La psicología clínica efectúa tratamientos e intervenciones. Cuando hablamos de tratamientos, estos pueden ser individuales o en grupo, así como basarse en diferentes escuelas psicológicas para llevarlos a cabo: Modificación de Conducta, Terapia Cognitiva, Psicoanálisis, Modelo Humanista, Terapia Sistémica, Terapia de Aceptación y Compromiso, etc.
4. **Asesoramiento, información y coordinación:** Una de las funciones de cualquier psicólogo es la de asesorar a una persona a la hora de elegir una alternativa de solución para determinado problema cuando está, o bien la organización, efectúa una demanda. El psicólogo puede diseñar en colaboración y colaborar en la ejecución de los programas destinados al efecto deseado.
5. **Promoción de la salud/prevenición de la enfermedad:** En esta función la actuación del psicólogo es eminentemente comunitaria. En concreto, la dedicación se centra en el análisis de las problemáticas que llevan a generar “riesgos” para la salud, la difusión de estudios referidos a la problemática, así como la realización de recomendaciones que lleven a la prevención de una enfermedad concreta.
6. **Investigación:** Como en cualquier otra área profesional, la investigación es una parte esencial del papel del psicólogo clínico y de la salud. Las investigaciones del psicólogo clínico y de la salud son llevadas a cabo básicamente en los propios contextos aplicados.
7. **Enseñanza:** Al igual que la investigación, la transmisión de conocimiento es esencial para los profesionales que conforman las profesiones sanitarias.



**8. Dirección, administración y gestión:** Esta función, que está directamente relacionada con la gestión del sistema sanitario, aun siendo más cercana al psicólogo dedicado a recursos humanos, es también un importante ámbito de intervención para el psicólogo clínico y de la salud. Sus labores serían las de dirección, coordinación, supervisión, etc., tanto en atención primaria como en situaciones hospitalarias. Sería esencial para esta tarea ser un especialista en: Solución de Problemas, Relaciones Humanas, Interacción Personal, Dinámica de Grupos, etc. (p.p. 36-41).

En conjunto con funciones y objetivos, los psicólogos clínicos, buscan de cierta manera rescatar cada singularidad de las subjetividades que se ven diariamente en los pacientes y equipo hospitalario, así mismo velar por el bienestar psíquico y emocional de los usuarios tanto en consulta externa y hospitalización. Aportar con sus conocimientos para elaborar distintos planes de acción para atender situaciones complejas que puedan presentarse, pueden basarse en distintos medios como entrevistas, diagnósticos clínicos e institucionales, etc., Siendo la finalidad promover, prevenir y asegurar una atención integral.

### **2.3 Ética de los quehaceres del psicólogo clínico**

Como se expuso en el capítulo anterior, en nuestro país, al igual que existen entes reguladores para la práctica médica, los mismos también regulan a los profesionales de la psicología clínica, pues son parte fundamental de los equipos de salud. Por otra parte, existen organismos que se formaron con la finalidad de regular las prácticas del profesional en psicología clínica y es así que en el año de 1979 aparece la Federación Ecuatoriana de Psicólogos Clínicos (FEPSCLI) la misma que se rige bajo Reglamento General de la Ley De La Federación Ecuatoriana De Psicólogos Clínicos Para El Ejercicio, Perfeccionamiento Y Defensa Profesional.

La Constitución del Ecuador en su Artículo 3 menciona: Son deberes primordiales del Estado: Garantizar sin discriminación alguna el efectivo goce de los derechos establecidos en la Constitución y en los instrumentos internacionales, en particular la educación, la salud, la alimentación, la seguridad social y el agua para sus habitantes. Es por ello que en el año 2013 se crea la Comisión de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y posteriormente el 2014 en Ecuador nace el Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural.

En la Constitución de la República del Ecuador (2008) también se habla sobre aquellas atenciones y derechos de salud mental que tienen todos los ecuatorianos. Dentro del capítulo séptimo: se nos habla de la Salud

**Art. 32.-** La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

También en la Constitución de la República del Ecuador (2008) se habla, en el capítulo sexto, sobre los derechos de la libertad, donde estipula ciertos aspectos de la salud mental en la población, donde el gobierno estará encargado de implementar planes de acción para prevenir la violencia y asegurar el bienestar de los ecuatorianos.

**Art. 66.-** Se reconoce y garantizará a las personas: El derecho a la inviolabilidad de la vida. No habrá pena de muerte. El derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios. El derecho a la integridad personal, que incluye: a) La integridad física, psíquica, moral y sexual. b) Una vida libre de violencia en el ámbito público y privado. El Estado adoptará las medidas necesarias para prevenir, eliminar y sancionar toda forma de violencia.

La Constitución de la República del Ecuador (2008) también no olvida a las personas privadas de la libertad y su bienestar mental. Es en el capítulo decimotercero donde se menciona algunos lineamientos:

**Art. 203.-** El sistema se regirá por las siguientes directrices:

1. Únicamente las personas sancionadas con penas de privación de libertad, mediante sentencia condenatoria ejecutoriada, permanecerán internas en los centros de rehabilitación social. Solo los centros de rehabilitación social y los de detención provisional formarán parte del sistema de rehabilitación social y estarán autorizados para mantener a personas privadas de la libertad. Los cuarteles militares, policiales, o de cualquier otro tipo, no son sitios autorizados para la privación de la libertad de la población civil.

2. En los centros de rehabilitación social y en los de detención provisional se promoverán y ejecutarán planes educativos, de capacitación laboral, de producción agrícola, artesanal, industrial o cualquier otra forma ocupacional, de salud mental y física, y de cultura y recreación.

Finalmente, la Constitución de la República del Ecuador (2008) en el título VII Régimen del Buen Vivir y en el Capítulo 1 sobre la inclusión y equidad, menciona:

**Art. 341.-** El Estado generará las condiciones para la protección integral de sus habitantes a lo largo de sus vidas, que aseguren los derechos y principios reconocidos en la Constitución, en particular la igualdad en la diversidad y la no discriminación, y priorizará su acción hacia aquellos grupos que requieran consideración especial por la persistencia de desigualdades, exclusión, discriminación o violencia, o en virtud de su condición etaria, de salud o de discapacidad.

Es importante precisar que el Código De La Niñez Y Adolescencia (2003) menciona el proceder del equipo de salud médica y mental en algunos casos específicos. Título IV De La Protección Contra El Maltrato, Abuso, Explotación Sexual, Tráfico Y Pérdida De Niños, Niñas Y Adolescentes

**Art. 72.- Personas obligadas a denunciar.-** Las personas que por su profesión u oficio tengan conocimiento de un hecho que presente características propias de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico o pérdida de que hubiere sido víctima un niño, niña o adolescente, deberán denunciarlo dentro de las veinticuatro horas siguientes de dicho conocimiento ante cualquiera de los fiscales, autoridades judiciales o administrativas competentes, incluida la Defensoría del Pueblo, como entidad garante de los derechos fundamentales.

**Art. 73.- Deber de protección en los casos de maltrato.-** Es deber de todas las personas intervenir en el acto para proteger a un niño, niña o adolescente en casos flagrantes de maltrato, abuso sexual, tráfico y explotación sexual y otras violaciones a sus derechos; y requerir la intervención inmediata de la autoridad administrativa, comunitaria o judicial.

**Art. 74.- Prevención y políticas respecto de las materias que trata el presente título.-** El Estado adoptará las medidas legislativas, administrativas, sociales, educativas y de otra índole, que sean necesarias para proteger a los niños, niñas y adolescentes contra las conductas y hechos previstos en este título, e impulsará políticas y programas dirigidos a:

1. La asistencia a la niñez y adolescencia y a las personas responsables de su cuidado y protección, con el objeto de prevenir estas formas de violación de derechos
2. La prevención e investigación de los casos de maltrato, abuso y explotación sexual, tráfico y pérdida
3. La búsqueda, recuperación y reinserción familiar, en los casos de pérdida, plagio, traslado ilegal y tráfico
4. El fomento de una cultura de buen trato en las relaciones cotidianas entre adultos, niños, niñas y adolescentes. En el desarrollo de las políticas y programas a los que se refiere este artículo, se asegurará la participación de la sociedad, la familia, los niños, niñas y adolescentes.

**Art. 75.- Prevención del maltrato institucional.** - El Estado planificará y pondrá en ejecución medidas administrativas, legislativas, pedagógicas, de protección, atención, cuidado y demás que sean necesarias, en instituciones públicas y privadas, con el fin de erradicar toda forma de maltrato y abuso, y de mejorar las relaciones entre adultos y niños, niñas y adolescentes, y de estos entre sí, especialmente en el entorno de su vida cotidiana. Las prácticas administrativas, pedagógicas, formativas, culturales, tradicionales, de protección, atención, cuidado y de cualquier otra clase que realice toda institución pública o privada, deben respetar los derechos y garantías de los niños, niñas y adolescentes, y excluir toda forma de maltrato y abuso.

Es importante comentar que según el miembro y socio del Colegio de Psicólogos Clínicos de Guayas (COLEPSCLI-G) Carlos Burneo (2014) menciona en una entrevista, realizada por la Psicóloga Clínica Micaela Buñay para su tesis de grado “Factores No Éticos Reportados por los Estudiantes de Psicología Clínica de la USFQ:

La federación no tiene influencia directa ni poder sobre los psicólogos clínicos que no son socios. No obstante, como organización sí puede efectuar una denuncia referente a cualquier presunta acción que esté tipificada en el COIP y se relacione con el desempeño profesional del psicólogo clínico. Es así como el Código de Ética no se establece para ordenarse como leyes reguladoras, más bien es un tipo de organización la cual se interesa por transformar el comportamiento e impedir alguna falta ética, pues se busca constantemente los valores de la profesión de psicología. (p. 14)

Es por ello que el Código Orgánico Integral Penal (2014) establece ciertos artículos que pueden ser utilizados en ciertas situaciones donde la ética profesional se ve comprometida:

**Art. 65.- Inhabilitación para el ejercicio de profesión, oficio, empleo o cargo público:** Cuando el delito tenga relación directa con el ejercicio de la profesión, oficio, empleo o cargo público de la persona sentenciada, la o el juzgador, en sentencia, dispondrá que una vez cumplida la pena privativa de libertad, se la inhabilite en el ejercicio de su profesión, empleo, oficio o cargo público, por el tiempo determinado en cada tipo penal. Las o los juzgadores, además de las penas privativas de libertad previstas en cada caso, impondrán, de manera obligatoria, la inhabilitación para el ejercicio de profesión, oficio, empleo o cargo público a la persona que haya cometido algún delito contra la integridad sexual y reproductiva, en el que las víctimas sean niñas, niños o adolescentes, por el mismo tiempo de la pena privativa de libertad una vez cumplida esta, siempre que el ejercicio de dicha profesión, oficio, empleo o cargo público ponga a la persona en contacto directo con este grupo de atención prioritaria.

**Art. 176.- Discriminación:** La persona que, salvo los casos previstos como políticas de acción afirmativa, propague, practique o incite a toda distinción, restricción, exclusión o preferencia en razón de nacionalidad, etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, condición socioeconómica, condición migratoria, discapacidad o estado de salud, con el objetivo de anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de derechos en condiciones de igualdad, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años.

**Art. 177.- Actos de odio:** La persona que cometa actos de violencia física o psicológica, de odio, contra una o más personas en razón de su nacionalidad, etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género u orientación sexual, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, condición socioeconómica, condición migratoria, discapacidad, estado de salud o portar VIH, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. Si los actos de violencia provocan heridas a la persona, se sancionará con las penas privativas de libertad previstas para el delito de lesiones agravadas en un tercio. Si los actos de violencia producen la muerte de una persona, será sancionada con pena privativa de libertad de veintidós a veintiséis años.

**Art. 218.- Desatención del servicio de salud:** La persona que, en obligación de prestar un servicio de salud y con la capacidad de hacerlo, se niegue a atender a pacientes en estado de emergencia, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. Si se produce la muerte de la víctima, como consecuencia de la desatención, la persona

será sancionada con pena privativa de libertad de trece a dieciséis años. Si se determina responsabilidad penal de una persona jurídica, será sancionada con multa de treinta a cincuenta salarios básicos unificados del trabajador en general y su clausura temporal.

**Art. 276.- Omisión de denuncia en razón de la profesión, cargo u oficio:** La persona que, en razón de profesión, cargo u oficio, en los ámbitos de educación, salud, recreación, religioso, deportivo o cultural, conozca de hechos que constituyan graves violaciones a los derechos humanos o delitos contra la integridad física, psicológica, sexual y reproductiva o muerte violenta de una persona y no denuncie el hecho, será sancionada con pena privativa de libertad de dos a seis meses. Si la omisión es por parte de quien sea el propietario, responsable o representante legal de la institución pública o particular, se aplicará el máximo de la pena. Si la omisión se produce sobre delitos contra la integridad física, psicológica o sexual de niños, niñas y adolescentes, se aplicará el máximo de la pena aumentada en un tercio. No se podrá alegar secreto profesional y objeción de conciencia para justificar la falta de denuncia.

**Art. 328.1.- Falsedad de contenido: en recetas, exámenes o certificados médicos.-** La o el profesional de la salud que consigne datos falsos en recetas médicas, certificados médicos o exámenes médicos y suscriba los mismos con el objeto de beneficiar a un tercero, será sancionado con multa de cinco a diez salarios básicos unificados del trabajador en general.

**Art. 422.- Deber de denunciar:** Deberán denunciar quienes están obligados a hacerlo por expreso mandato de la Ley, en especial:

1. La o el servidor público que, en el ejercicio de sus funciones, conozca de la comisión de un presunto delito contra la eficiencia de la administración pública.
2. Las o los profesionales de la salud de establecimientos públicos o privados, que conozcan de la comisión de un presunto delito.
3. Las o los directores, educadores u otras personas responsables de instituciones educativas, por presuntos delitos cometidos en dichos centros.

También es importante mencionar que la FEPSCLI puede ser un ente orientador para aquellas personas que fueron víctimas o testigos de algunos delitos éticos, la institución que se encargará de supervisar de cerca los quehaceres profesionales de los psicólogos clínicos será el Ministerio de Salud Pública (MSP) “Por lo tanto, todo psicólogo clínico que quiera ejercer como tal, debe estar debidamente registrado en el MSP como profesional de salud bajo un número de registro que le permite ejercer de manera legal” (Burneo, 2014, p.1).

En este apartado se debe destacar el papel de la bioética, cuyo concepto se puede definir como: “el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales” (Encyclopedia of Bioethics, 2014). Es así como está encargada de conectar la salud y la vida, pues no existe una sin la otra, siendo así la bioética una rama bastante estudiada, pues permite obtener ciertas reflexiones de diferentes enfoques, lo que da paso al planteamiento de preguntas sobre los desarrollos que existen y los problemas que repercuten en los individuos y sociedades Gracia (1996) nos trae el resumen sobre aquello que preocupa a la bioética dentro de las prácticas profesionales del equipo de salud mental. Nos propone cuatro áreas a considerar:

- Del respeto a la autonomía, señalando que el profesional de la salud mental se encuentra en una posición en la que podría manipular la conciencia de su paciente o cliente. Ya que asiste a alguien vulnerable que solicita su ayuda.
- Del apoyo, pero no dependencia, indicando que los procedimientos terapéuticos deben dirigirse a fomentar la independencia del paciente.
- De la no lesión a través de la negligencia, la ignorancia, la impericia o la ruptura de la confidencialidad.
- De la no discriminación, marginación o segregación de los pacientes, refiriéndose a la equidad en la distribución de los recursos escasos. (p. 21)

#### **2.4 Métodos e intervenciones posibles de la psicología clínica en los ámbitos hospitalarios**

Por el lado de las intervenciones y de los métodos de la psicología clínica en los contextos hospitalarios, sabemos que el profesional cuenta con varias intervenciones que se desarrollan en lo clínico, y está comprobado que estas participaciones son capaces de mejorar la calidad de vida de todos los pacientes. Es el psicólogo Font Guiteras (2003) quien nos ayudará con su manual de Guía de tratamientos Psicológicos Eficaces en el Cáncer, donde trae la eficacia del desempeño del psicólogo clínico:

- Reducir la alteración emocional y mejorar la adaptación a las nuevas situaciones.
- Facilitar el paso por la enfermedad con un menor desgaste psicológico.
- Contribuir a una mayor recuperación a todos los niveles: físico, psicológico y social (p. 25)

Es de vital importancia que se destaque que para cada tipo de padecimiento o trastorno psicológico hay una guía que nos da indicaciones de qué métodos se deben tener en cuenta y qué clase de intervenciones serían más prudentes. Es por eso que en la mayoría de situaciones se tienden a clasificar diversas ópticas de abordaje según su eficacia, por ello se intentará hacer un pequeño resumen de procedimientos y métodos exclusivos del psicólogo clínico que se encuentran inmersos en un contexto hospitalario. A su vez, estos procedimientos cuentan con encuadres determinados por la clase de intervención que se requiere, dirigidas a estancias específicas. Es el colegio Oficial de Psicólogos de España (1998) que nos trae cuáles son los momentos de intervención para que psicólogo clínico actúe según sea el caso

### **Prevención primaria**

Su objetivo es modificar anticipadamente las condiciones sociales y ambientales, así como las conductas de las personas que pueden afectar negativamente a su salud, tanto a corto, como medio o largo plazo, y promover conductas favorecedoras de la misma. De esta forma se pretende evitar la aparición de problemas. La intervención en este primer momento se suele llevar a cabo a nivel comunitario, aunque también se dirige a veces a colectivos especiales o grupos específicos de alto riesgo.

### **Prevención secundaria**

Su objetivo es localizar y tratar lo antes posible los trastornos cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la prevención primaria. Se trata, pues, de identificar los trastornos en los momentos iniciales de su aparición o incluso antes de esta, cuando hay una previsión de que va a producirse con inminencia. Esta detección precoz suele facilitar una intervención más temprana y con frecuencia con mejores expectativas de éxito.

### **Tratamiento**

Su objetivo es la intervención sobre trastornos ya aparecidos y más o menos consolidados (en esto se diferencia de la prevención secundaria).

### **Prevención terciaria**

Su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores. En el caso de los trastornos crónicos, también puede señalarse como objetivo el reducir o disminuir los efectos negativos de estos, con el objetivo de, aunque no sea posible curar el problema, mejorar la calidad de vida. La prevención terciaria, tal y como se ha definido aquí, asume en gran medida el concepto clásico de rehabilitación (p. 42).



Como fue mencionado anteriormente, el nivel de intervención de los psicólogos clínicos en el contexto hospitalario se ve orientado a lo individual, grupal, familiar, comunitario e institucional, donde cada uno de ellos necesitará instrumentos de evaluación y posterior diagnóstico según sea el caso. Es por ello que requieren de ciertos complementos y herramientas para evaluar correctamente a su paciente, aunque estas no sean utilizadas únicamente y solamente por el psicólogo clínico. Nos basaremos en el listado realizado por el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (1998):

- Entrevistas (desde las entrevistas libres a las entrevistas completamente estructuradas, pasando por entrevistas con distintos grados de estructuración).
- Observación conductual.
- Técnicas y procedimientos de autoobservación y autorregistro.
- Tests.
- Autoinformes: Escalas, inventarios y cuestionarios.
- Registros psicofisiológicos.
- Juego de roles y otros procedimientos de apoyo a la observación de las conductas.
- Encuestas. (p. 43)

Los psicólogos clínicos cuentan con gran abanico de técnicas para la intervención, usualmente estas dependen de la práctica clínica y corriente utilizada para su formación profesional. Es por ello que se tratará de nombrar las técnicas que son más frecuentemente utilizadas en el contexto hospitalario, según sea su corriente y posterior resultado. El Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid (1998) nuevamente nos trae una lista mencionando las corrientes y técnicas más utilizadas por psicólogos clínicos:

### **Técnicas de Terapia o de Modificación de Conducta**

- Técnicas de exposición (Desensibilización Sistemática, Inundación, Implosión, Exposición guiada y Autoexposición).
- Técnicas basadas en el Condicionamiento Operante (Reforzamiento positivo y negativo, Control estímular, Extinción operante, Tiempo fuera de reforzamiento, Costo de Respuesta, Saciación, Sobrecorrección, Refuerzo diferencial de otras conductas, Programas de Economía de Fichas y Contratos conductuales) y Técnicas aversivas

(Castigo, Procedimientos de escape y evitación y Condicionamiento clásico con estímulos aversivos).

- Técnicas de condicionamiento encubierto (Sensibilización Encubierta, Modelado Encubierto y otras).
- Técnicas de autocontrol.
- Técnicas de adquisición de habilidades (Juego de Roles, Modelado, Ensayo de conducta, Racional Emotiva, Terapia Cognitiva de Beck, Reestructuración Cognitiva y otras).
- Técnicas de afrontamiento (Inoculación de Estrés, Solución de Problemas y otras)

### **Técnicas Psicoanalíticas**

- Tratamiento psicoanalítico convencional.
- Psicoterapia psicoanalítica de expresión (media y larga duración).
- Psicoterapia psicoanalítica breve y/o focal.
- Psicoterapia psicoanalítica de apoyo.
- Psicoterapia dinámica.

### **Técnicas de Psicoterapias centradas en la persona y experienciales**

- Técnicas de Terapia centrada en el cliente.
- Técnicas de Psicoterapia experiencial.
- Técnicas de Psicoterapia de proceso experiencial.
- Técnicas de Terapia bioenergética.
- Psicodrama.

### **Técnicas de Psicoterapias fenomenológicas y existenciales**

- Técnicas de Psicoterapia gestáltica.
- Técnicas de Análisis transaccional.
- Técnicas de Análisis existencial.
- Técnicas de Terapia existencial y logoterapia.

### **Técnicas de Terapia Sistémica**

- Pautación escénica.

- Posicionamientos.
- Preguntas lineales, estratégicas, circulares y reflexivas.
- Reestructuraciones, reencuadres o redefiniciones.
- Tareas de cambio en la pauta.
- Tareas metafóricas, paradójicas, reestructurantes y rituales.
- Relatos. (p. 30)

En conjunto con las técnicas mencionadas, los psicólogos clínicos se sirven de ciertos instrumentos para ayudar a llegar a un diagnóstico o tratamiento adecuado según sea el caso. También es importante mencionar que cada una de las técnicas descritas anteriormente se pueden utilizar evaluando previamente el caso, verificando que sea apropiada al malestar o padecimiento psíquico por el que pasa el paciente. Para indicar los instrumentos utilizados por los psicólogos, se aludirá a lo descrito por el Colegio de Psicólogos de Madrid (1998)

- Test.
- Escalas.
- Cuestionarios.
- Inventarios.
- Encuestas.
- Guías y protocolos de entrevistas.
- Instrumentos de auto-registro.
- Sistemas de registro de observación directa.
- Aparatos de Biofeedback o retroalimentación.
- Aparatos para registro de señales psicofisiológicas.
- Sistemas de presentación de estímulos.
- Sistemas informáticos para la evaluación y la intervención psicológica. (p. 45)

#### ***2.4.1 Métodos e intervenciones posibles en ámbitos hospitalarios en Ecuador (MAIS)***

Las técnicas, corrientes, métodos e instrumentos mencionados anteriormente fueron descritos de una forma generalizada y además se tomó como ejemplo el Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Por ello, ahora se ubicará de mejor manera el quehacer profesional del psicólogo clínico en el ámbito hospitalario en el Ecuador y para ello se citará el Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural (2014), cuyo objetivo es:

Fortalecer los servicios de salud mental del Ministerio de Salud Pública, y los que pertenecen al Sistema Nacional de Salud, a través de su organización, reorientándolos hacia la promoción de la salud, y la prevención en todos sus niveles, incorporando los enfoques de interculturalidad, género, generacional, derechos y con participación social, de acuerdo a lo que establece el Modelo de Atención Integral de Salud vigente (p. 50).

Mientras que los objetivos estratégicos con los que funciona el (MAIS, 2014) se ven ubicados según la necesidad de prevenir, proporcionar y diagnosticar a los pacientes y usuarios de las instituciones de salud, las que también se verán sujetos los niveles del hospital donde se brindará y buscará la correcta atención hacia los usuarios:

- a) Reorientar la atención en los servicios de salud mental hacia la promoción de la salud, la prevención en sus distintos niveles, con participación social, comunitaria e intersectorialidad.
- b) Organizar una red de Servicios de Salud Mental, donde los servicios, la comunidad y el individuo se articulen y trabajen juntos, y que sustente el proceso de desinstitucionalización.
- c) Garantizar la prestación de servicios de salud mental integral en las unidades operativas de primer nivel de atención, de acuerdo a lo que establece el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS).
- d) Garantizar la continuidad de la atención de los usuarios a través de la creación de servicios de salud mental en el segundo nivel, con enfoque de participación familiar y comunitaria.
- e) Organizar los servicios de salud mental de tercer nivel para una adecuada resolución de los problemas de salud mental, según su grado de complejidad. (p.51)

El MAIS también se encarga de salvaguardar los derechos de los pacientes y promover una atención de calidad, gratuita y objetiva:

**Principio 1. EQUIDAD:** Equidad entendida como la asignación de recursos de acuerdo a las necesidades de la población y del individuo con el fin de brindar igual oportunidad para desarrollar y mantener la salud. En este sentido y en relación a la salud mental, todos los habitantes del territorio ecuatoriano, sin ningún tipo de discriminación, tienen derecho a un acceso fácil, oportuno, desconcentrado a los servicios y acciones que

permitan un permanente crecimiento en su calidad de vida y de manera particular que garanticen el pleno goce de su salud mental.

**Principio 2. INTEGRALIDAD:** El Estado Ecuatoriano reconoce la concepción integral de la persona; es decir, en su condición biológica, psicológica y sociocultural, para la organización de los servicios y acciones respetando sus valores, prácticas y creencias culturales. “La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye prevención, atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa” La integralidad en salud mental no sólo está enfocada en la atención al sufrimiento del sujeto, sino también busca prevenirlo.

**Principio 3. PARTICIPACIÓN SOCIAL:** La generación de condiciones saludables no es posible sin participación activa de las personas como sujetos de derecho, que tienen la misión de construir sus organizaciones representativas para conocer, acordar, ejecutar y evaluar conjuntamente con los equipos de salud las intervenciones del modelo de atención.

**Principio 4. INTERSECTORIALIDAD:** La atención integral en salud mental es competencia y obligación del Estado y las instituciones que conforman los sectores de: producción, económico, social, cultura, ambiente, educación, salud, entre otros.

**Principio 5. DERECHOS:** El enfoque de derechos se basa en el reconocimiento de que las personas son titulares de derechos fundamentales, universales, inalienables, interdependientes, indivisibles que generan obligaciones para el Estado en el ámbito de su garantía y de la creación de condiciones para el ejercicio de los mismos. Este enfoque plantea un cambio en la forma de aproximación a la ciudadanía, como sujeto de participación, y de concepción de las políticas públicas, que se constituyen en herramientas que requieren para su construcción de la dinámica e interrelación entre diferentes actores y que sirven para potenciar el ejercicio de derechos y la exigibilidad de los mismos (pp, 51-52).

El MAIS, también menciona ciertos criterios sobre la organización y funcionamiento de las instituciones hospitalarias donde se brinda atención de salud mental, que se ofrece en la red de servicios del MSP según los tres niveles de atención hospitalaria:

**a) Primer Nivel de Atención** conformado por centros de salud tipos A, B y C; y Centro de Atención Psicosocial (CAPS)

**b) Segundo Nivel de Atención**, conformado por hospitales básicos, hospitales generales a través de la Unidad de Salud Mental (USM) que contará con un servicio de desintoxicación de acuerdo a las necesidades y al perfil epidemiológico; Centros ambulatorios especializados en consumo problemático de alcohol y otras drogas.

**c) Tercer Nivel de Atención** conformado por hospitales especializados, hospitales de especialidades, Hospital psiquiátrico, y Comunidades terapéuticas para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas (MAIS, 2014, pp. 92-93).

Finalmente, el MAIS establece varios apartados donde divide los servicios de salud mental que se ofrecen en los niveles de atención anteriormente mencionados:

**Primer nivel de atención:**

**Consultorio psicológico:** Presta atenciones de diagnóstico y/o tratamiento de psicología. Puede ser público o privado

**Centros Tipo A (apoyo de psicología):** Se dan primeras contenciones psicológicas; y se identifican casos por parte de todo el personal de salud. Se derivan y/o refieren casos que requieran atención especializada. Se realizan acciones de promoción de la salud y prevención primaria (detección precoz).

**Centros Tipo B (atención psicológica):** Presta servicios de promoción, prevención, recuperación y psicorehabilitación. Promueve acciones de salud pública y participación social. Atiende referencia y contrareferencia. El servicio de psicología de este centro, por su nivel de complejidad, podría formar parte de los servicios de salud en los Centros de Privación de Libertad (CPL).

**Centros Tipo C:** Potencia acciones de promoción y prevención primaria con la población, en base a recursos presentes en la comunidad, con participación social y comunitaria (a través del arte, la cultura, el deporte), y trabajo interinstitucional e intersectorial. Además, brinda atención en recuperación y psicorehabilitación, a través de los servicios de psicología clínica, psicología infantil y psicorehabilitación, trabajadora social. Dispone de Servicios de psicorehabilitación. Atiende referencias y contrareferencia El servicio de psicología de este centro, por su nivel de complejidad, podría formar parte de los servicios de salud en los Centros de Privación de Libertad (CPL) Servirá como apoyo técnico para los profesionales de APS en los servicios de

SM en centros de salud tipo A y B, con la figura de 24 horas 90 supervisión para mejorar capacidad técnica y facilitar sistema de referencia y contrareferencia). CATAD: es un servicio especializado que se presta en el Centro de Salud Tipo C, para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas, cuenta con personal profesional de salud formado en la temática. El centro de salud donde está anclado será de referencia provincial. Las actividades de salud que se desarrollan son tratamiento ambulatorio intensivo, en horario de 12 horas.

**Centro de Atención Psicosocial:** Atención ambulatoria de trastornos crónicos y agudos. Servicios de salud abiertos y comunitarios; que ofrecen atención diaria en psiquiatría, psicología, enfermería, medicina general, trabajo social, terapia ocupacional. Servicio de emergencia en salud mental. Promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental a través de la psicoeducación intra y extramural.

**Unidad móvil (atención psicológica):** Tendrá servicios móviles de promoción de la salud mental y prevención, recuperación y rehabilitación, respondiendo a una programación periódica. (MAIS, 2014, p.p. 88-89)

### **Segundo nivel de atención:**

**Consultorio de especialidad (psiquiatría):** Atención ambulatoria de la especialidad de Psiquiatría. Podrán disponer de un stock de insumos básicos previamente 8 horas 91 aprobados de acuerdo a la especialidad. Puede ser público o privado.

**Unidad de salud Mental en Hospital General y Básico:** Evaluación médico-psicológica y social; Atención a personas con casos agudos de abusos de sustancias; episodios psicóticos; trastornos emocionales graves; derivados de CAPS, CR; referidos de unidades de primer nivel. Servicio de emergencia. Internación de corta estancia. Promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental a través de la psicoeducación intramural preferentemente (MAIS, 2014, p.p. 90-91).

### **Tercer nivel de atención:**

**Centro/Unidad especializada de Psiquiatría:** Servicio de salud con o sin hospitalización, bajo la responsabilidad de un médico especialista o subespecialista, Presta servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, recuperación o rehabilitación en psiquiatría; presta servicios también de psicología, terapia 24 horas 92 ocupacional.

Cuenta con un stock de medicamentos e insumos de acuerdo a su especialidad. Realiza actividades de promoción de la salud mental y prevención de problemas de salud mental a través de la psicoeducación intramural preferentemente.

**Centro Especializado para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas:** La CETAD es un establecimiento que funciona en el tercer nivel de atención para brindar servicios especializados al consumo problemático de alcohol y otras drogas. Cuenta con personal profesional de salud formado en la temática. Los servicios que ofrece son: Desintoxicación no hospitalaria, Abordaje psicológico, médico, psiquiátrico, terapia ocupacional, odontológica, vivencial, ocupacional, familiar. Integración social. Programa de reducción de riesgos y daños. 24 horas.

**Hospital Psiquiátrico:** Establecimiento de salud de la más alta complejidad. Provee atención ambulatoria en consulta externa, emergencia y hospitalización en especialidades y subespecialidades como: Psiquiatría, Psiquiatría pediátrica, neuropsiquiatría. Destinado a brindar atención clínica – quirúrgica en las diferentes patologías y servicios. Atiende a la población mediante el sistema de referencia y contrareferencia. Esta atención médica especializada demanda de tecnología de punta, recursos humanos, materiales y equipos tecnológicos especializados, Farmacia institucional para el establecimiento público y farmacia interna para el establecimiento privado (MAIS, 2014, p.p. 91-92).

A continuación, se presentará una síntesis de las actividades que realizan los equipos de salud mental, en los distintos centros de atención hospitalaria, según el MAIS:

### **Tablas de actividades de los equipos de salud mental, según los niveles de atención**

#### **Primer nivel de atención:**

#### **Centros de Salud Tipo A, B Y C:**



<b>CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO CON CICLOS DE VIDA PARA CENTROS DE SALUD</b>	
<b>Recién nacidos hasta cuatro años</b>	<p><b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Información y educación a padres o cuidadores.</li> <li>● Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del niño y fortalecer el vínculo afectivo.</li> <li>● Promover la estimulación Psicomotriz y de Lenguaje.</li> <li>● Psicoprofilaxis del parto y preparación para la maternidad.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Detección de problemas de violencia en el hogar y rechazo de los progenitores.</li> <li>● Prevención, detección y manejo de maltrato: físico, psicológico, sexual.</li> <li>● Detección de problemas de violencia y consumo en los padres.</li> <li>● Detección precoz de depresión post parto</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental.</li> <li>● Diagnóstico y tratamiento de discapacidades.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Actividades de psico rehabilitación basadas en la familia y comunidad</li> </ul>
<b>Niños/as de 5 a 9 años:</b>	<p><b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Información y educación a padres o cuidadores.</li> <li>● Promover la estimulación psicomotriz, lenguaje y conductas saludables.</li> <li>● Promoción de los derechos y valores en los niños.</li> <li>● Fomentar espacios seguros y saludables.</li> <li>● Desarrollo de aptitudes intelectuales.</li> <li>● Habilidades personales, sociales y afrontamiento.</li> <li>● Motivación académica.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestión intersectorial con Educación para integrar la promoción de la salud en las actividades curriculares.</li> <li>● Buen Trato y reducción del estigma, discriminación y exclusión social de la persona con enfermedad mental.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Detección precoz de problemas en las habilidades escolares.</li> <li>● Prevención de maltrato: físico, psicológico, sexual.</li> <li>● Detección de trastornos afectivos, emocionales y mentales.</li> <li>● Bullying</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental.</li> <li>● Diagnóstico y tratamiento de discapacidades.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Actividades de psicorehabilitación basadas en la familia y comunidad</li> </ul>

<p><b>Adolescentes 10 a 19 años:</b></p>	<p><b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Información y educación a padres o cuidadores.</li> <li>● Promover la autoconfianza de los padres en el cuidado del adolescente, Fortalecer el vínculo afectivo.</li> <li>● Información y educación sobre: Violencia, derechos, valores, salud sexual y salud reproductiva, culturas urbanas y juveniles.</li> <li>● Apoyar en procesos de identidad en adolescentes y jóvenes (grupos).</li> <li>● Fomentar espacios saludables, recreativos, con otras instituciones.</li> <li>● Gestión intersectorial con Educación para integrar la promoción de la salud en actividades curriculares.</li> <li>● Desarrollo de la creatividad.</li> <li>● Habilidades personales, sociales y de afrontamiento.</li> <li>● Cambios emocionales en la adolescencia.</li> <li>● Motivación académica y de conductas saludables.</li> <li>● Identidad social e identificación.</li> <li>● Práctica de actividad física.</li> <li>● Buen trato.</li> <li>● Reducción del estigma, discriminación y exclusión social de la persona con enfermedad mental.</li> <li>● Talleres para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, dirigidos a usuarios y familiares.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Valoración psicomotriz y emocional del adolescente en relación con su edad.</li> <li>● Atención y prevención de adolescentes en riesgo: depresión, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, trastornos de la conducta alimentaria (anorexia y bulimia nerviosa) intento de suicidio, violencia.</li> <li>● Grupos de autoayuda profesionalizados.</li> <li>● Coordinación con grupos de autoayuda no profesionalizados.</li> <li>● Intervenciones breves encaminadas a detección precoz, intervención breve, asistencia y/o referencia a niveles de mayor complejidad.</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Programa de reducción de riesgos y daños</li> </ul> <p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.</li> <li>● Desintoxicación ambulatoria, si cumple con los criterios de inclusión.</li> </ul> <p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Actividades de psico rehabilitación y ocupacionales basadas en la familia, comunidad.</li> <li>● Coordinación con los dispositivos de la red de salud mental comunitaria, para garantizar la continuidad de tratamientos y cuidados a nivel ambulatorio y comunitario.</li> <li>● Grupos de autoayuda profesionalizados para usuarios/as, familiares y comunidad.</li> <li>● Programa de reducción de riesgos y daños.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Promover salud sexual y salud reproductiva.</li> <li>● Conformación de grupos de culturas urbanas, juveniles.</li> <li>● Fortalecer la participación social y exigencia de derechos.</li> <li>● Información/preparación sobre matrimonio, jubilación, muerte de familiares, amigos.</li> <li>● Desarrollo de la creatividad.</li> <li>● Habilidades personales, sociales y afrontamiento.</li> <li>● Destrezas emocionales laborales.</li> <li>● Motivación académica.</li> <li>● Prácticas saludables.</li> <li>● Convivencia armónica en pareja.</li> <li>● Preparación para la menopausia/andropausia.</li> <li>● Aprovechamiento del nido vacío.</li> <li>● Buen trato.</li> <li>● Reducción del estigma, discriminación y exclusión social de la persona con enfermedad. Mental y al profesional en salud mental.</li> </ul>

<b>Adultos de 20 a 64 años:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Talleres para la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, dirigidos a usuarios/as y familiares</li> </ul>
	<b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atención preventiva en problemas de salud mental y en personas con enfermedades crónicas ECNT.</li> <li>● Deterioro cognitivo.</li> <li>● Mobbing, estrés, ansiedad y burnout.</li> <li>● Prevención de intentos de suicidio.</li> <li>● Grupos de autoayuda profesionalizados.</li> <li>● Coordinación con grupos de autoayuda no profesionalizados.</li> <li>● Intervenciones breves encaminadas a detección precoz, intervención breve, asistencia y/o referencia a niveles de mayor complejidad.</li> <li>● Prevención de los usos y el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas.</li> </ul>
	<b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental.</li> <li>● Desintoxicación ambulatoria, si cumple con criterios de inclusión.</li> <li>● Gestión de las necesidades de apoyo social de los usuarios/as atendidos/as.</li> <li>● Talleres ocupacionales comunitarios</li> </ul>
	<b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Actividades de psico-rehabilitación basadas en la familia, comunidad.</li> <li>● Coordinación con los dispositivos de la red de salud mental comunitaria</li> <li>● Grupos de autoayuda profesionalizados para usuarios, familiares y comunidad.</li> <li>● Programa de reducción de riesgos y daños</li> </ul>

<b>Adultos mayores de 65 años</b>	<p><b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Fomentar el buen trato al adulto mayor, envejecimiento activo, salud sexual .</li> <li>● Fomentar espacios saludables, recreativos, creación de grupos de apoyo de pares.</li> <li>● Información y preparación sobre jubilación, muerte propia y de familiares, amigos.</li> <li>● Desarrollo de la creatividad.</li> <li>● Habilidades personales, sociales y de afrontamiento.</li> <li>● Práctica de actividad física y conductas saludables</li> <li>● Ocupación del tiempo libre.</li> <li>● Convivencia armónica en pareja.</li> <li>● Buen trato.</li> <li>● Aprovechamiento del nido vacío.</li> <li>● Reducción del estigma, discriminación y exclusión social de la persona con enfermedad mental y al profesional en salud mental.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar factores de riesgo y condicionantes del deterioro funcional y cognitivo.</li> <li>● Valoración y diagnóstico de episodios de depresión, violencia, consumo de alcohol y otras drogas, problemas de salud mental, en personas con enfermedades crónicas ECNT.</li> <li>● Prevención de intentos de suicidio.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental y adicciones.</li> <li>● Desintoxicación ambulatoria, si cumple con criterios de inclusión.</li> <li>● Gestión de las necesidades de apoyo social de los usuarios atendidos.</li> <li>● Coordinación con la red de apoyo social.</li> <li>● Talleres ocupacionales comunitarios</li> </ul>

	<p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Actividades de psicorehabilitación basadas en la familia, comunidad.</li> <li>● Coordinación con los dispositivos de la red de salud mental comunitaria.</li> <li>● Grupos de autoayuda profesionalizados para usuarios, familiares y comunidad.</li> <li>● Programa de reducción de riesgos y daños.</li> </ul>
<p><b>Mujeres embarazadas:</b></p>	<p><b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Promover el buen trato en la familia.</li> <li>● Fortalecimiento de vínculo afectivo con el recién nacido.</li> <li>● Psicoprofilaxis del parto.</li> <li>● Promover la participación social y exigencia de derechos y bienestar emocional durante el embarazo.</li> <li>● Estimulación.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar factores de riesgo: ansiedad, violencia, adicciones.</li> <li>● Depresión gestacional.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico y tratamiento de problemas de salud mental y adicciones.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Actividades de psicorehabilitación basadas en la familia y comunidad.</li> </ul>

Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, adaptado por Ortega San Martín (2022)

**Centros Ambulatorios para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CATAD)**

<b>Centros Ambulatorios para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas (CATAD)</b>	
<b>Adolescentes y Adultos</b>	<p><b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Talleres para la promoción, prevención con usuarios, familiares y comunidad.</li> <li>● Actividades orientadas a la sensibilización de la comunidad y la reducción del estigma.</li> <li>● Investigación y aplicación de técnicas psicoterapéuticas.</li> <li>● Actividades de vinculación con la comunidad.</li> <li>● Implementar acciones de promoción de la salud y salud mental para usuarios, familiares y comunidad en general.</li> <li>● Sensibilización, información, acompañamiento a la familia</li> <li>● Visitas domiciliarias realizada por un profesional</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Colaboración, asesoramiento y seguimiento a través de grupos de autoayuda profesionalizados y sus familiares.</li> <li>● Programa de reducción de riesgos y daños</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Información, reclamos y sugerencias a los usuarios y familiares.</li> <li>● Tratamiento ambulatorio y ambulatorio intensivo.</li> <li>● Desintoxicación y farmacoterapia ambulatoria no hospitalaria.</li> <li>● Conjunto de procedimientos destinados al tratamiento de la intoxicación/abstinencia.</li> <li>● Psicoterapia individual, grupal y familiar.</li> <li>● Grupos de autoayuda profesionalizados y no profesionalizados.</li> <li>● Terapia Ocupacional.</li> <li>● Prevención de recaídas: individual y grupal.</li> <li>● Estrategias psicoterapéuticas de comunidad.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atención integral, médica y mental.</li> <li>● Consultas psiquiátricas y psicológicas para intervenciones en crisis a los usuarios.</li> <li>● Programa de reducción de riesgos y daños de bajo y alto umbral.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordinación con la red de salud mental para garantizar la continuidad y cuidados ambulatorios.</li> <li>● Grupos de autoayuda profesionalizados.</li> <li>● Integración social: individual, laboral, educativa y familiar.</li> <li>● Programa de prevención de recaídas.</li> <li>● Talleres culturales, promoviendo mayor integración de usuarios y familiares con su lugar de vivienda.</li> <li>● Actividades dirigidas a la integración del usuario en la comunidad.</li> <li>● Actividades de soporte social, para obtención de documentos y apoyo para el ejercicio de derechos civiles a través de la formación de asociaciones de usuarios y/o familiares</li> </ul>

Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, adaptado por Ortega San Martín (2022).

### Centros de Atención Psico-Social

<b>CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES PARA LOS CENTROS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL – CAPS</b>	
	<p><b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Sensibilización, apoyo, información y acompañamiento a la familia</li> <li>● Promoción de la salud mental, individuo, familia y comunidad.</li> <li>● Fortalecimiento y desarrollo de habilidades sociales, personales y de afrontamiento.</li> </ul>

<b>Adultos y Niños (CAPSi)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Actividades abiertas a la comunidad: casas abiertas, exposiciones, talleres abiertos.</li> <li>● Visitas domiciliarias realizadas por profesionales.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Actividades para brindar información al usuario y la familia para la prevención de afecciones y trastornos de salud mental.</li> <li>● Actividades comunitarias encaminadas a la reducción del estigma alrededor de los problemas de salud mental</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Diagnóstico y tratamiento de trastornos mentales graves. Intervención en crisis.</li> <li>● Tratamiento medicamentoso y psicoterapéutico.</li> <li>● Terapia ocupacional.</li> <li>● Desintoxicación ambulatoria: Conjunto de procedimientos destinados al tratamiento de la intoxicación/abstinencia</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Atención individual: medicamentosa, psicoterapéutica, de orientación.</li> <li>● Atención en grupos: psicoterapia, grupo operativo, talleres terapéuticos y artísticos, actividades psicoterapéuticas.</li> <li>● Talleres culturales: actividades constantes que buscan despertar en el usuario un mayor interés por los espacios de cultura, promoviendo mayor integración de usuarios y familiares con su lugar de vivienda.</li> <li>● Actividades dirigidas a la integración del usuario en la comunidad. Actividades de soporte social para la entrada en la red educativa, para obtención de documentos y apoyo para el ejercicio de derechos civiles.</li> </ul>

Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, adaptado por Ortega San Martín (2022)

**Segundo nivel de atención:**

<b>CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN HOSPITAL GENERAL Y BÁSICO</b>	
Niños, Adolescentes y Adultos.	<b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Protección de entornos saludables, mediante el desarrollo de habilidades y competencias.</li><li>● Promoción del buen trato; con el objeto de mejorar las relaciones interpersonales en todos los ámbitos en que se desenvuelve la persona.</li><li>● Autocuidado del Personal de Salud; mediante el manejo de estrés y descargas emocionales.</li><li>● Formación de Grupos de ayuda mutua; estableciendo redes de apoyo.</li><li>● Actividades intramurales orientadas a la sensibilización y reducción del estigma.</li></ul>
	<b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>● Actividades grupales tendentes a mejorar el clima terapéutico.</li><li>● Detección precoz.</li><li>● Actividades de Investigación, tanto para el diagnóstico epidemiológico como para la evolución de los diferentes procesos.</li><li>● Colaboración y asesoramiento a usuarios, familiares, con grupos de ayuda no profesionalizados.</li></ul>

	<p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Información, gestión, reclamos y sugerencias al usuario.</li> <li>● Servicio de hospitalización de corta estancia: atención psiquiátrica y psicológica.</li> <li>● Manejo de desintoxicación aguda para trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas.</li> <li>● Abordaje asistencial integral de diagnósticos como terapéuticos, con supervisión de 24h.</li> <li>● Atención de las interconsultas psiquiátricas y apoyo psicológico.</li> <li>● Consultas psiquiátricas y psicológicas programadas para intervenciones en crisis a los usuarios.</li> <li>● Gestión de las necesidades de apoyo social de los usuarios ingresados.</li> <li>● Servicio de emergencia, psiquiatría y psicología de enlace.</li> <li>● Tratamiento médico integral de otros trastornos concomitantes y programas de prevención de riesgos y daños.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordinación con los actores de la red de salud mental comunitaria, tendentes a garantizar la continuidad de tratamientos y los cuidados a nivel ambulatorio.</li> <li>● Grupos terapéuticos, grupos de autoayuda profesionalizados</li> </ul>

Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, adaptado por Ortega San Martín (2022)

**Tercer nivel de atención:**

**Centro/Unidad especializada de Psiquiatría**

<b>CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA LA UNIDAD ESPECIALIZADA DE PSIQUIATRÍA</b>	
	<p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN Y REHABILITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Compensación de crisis agudas</li><li>● Tratamiento para evitar la complicación de los usuarios</li><li>● Los usuarios que tengan el alta deben continuar con su acompañamiento en el nivel que su cuadro requiera</li></ul>

Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, adaptado por Ortega San Martín (2022)

**Centro Especializado para el Tratamiento a Personas con Consumo Problemático de Alcohol y otras Drogas:**

<b>CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA EL CETAD</b>	
	<p><b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Talleres para la promoción, prevención y orientadas a la sensibilización sobre el estigma con usuarios, familiares y comunidad</li><li>● Actividades Docencia e Investigación en el ámbito de las drogodependencias</li><li>● Actividades de vinculación y promoción de salud y salud mental con la comunidad.</li></ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Investigación y aplicación de técnicas psicoterapéuticas</li></ul>

Adolescentes y Adultos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Asesoramiento y seguimiento a través de grupos de autoapoyo, profesionalizados a usuarios y sus familiares.</li> <li>● Programas de reducción de riesgos y daños.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Información, reclamaciones y sugerencias del usuario/a y familiares.</li> <li>● Brindar atención especializada a la problemática relacionada al consumo.</li> <li>● Tratamiento residencial y ambulatorio intensivo.</li> <li>● Desintoxicación no hospitalaria, farmacoterapia.</li> <li>● Psicoterapia individual, grupal y familiar.</li> <li>● Grupos de autoayuda.</li> <li>● Terapia Ocupacional.</li> <li>● Prevención de recaídas: individual y grupal.</li> <li>● Atención integral médica y mental.</li> <li>● Consultas psiquiátricas y psicológicas para los residentes. Ambulancia para traslado de residentes al hospital general.</li> <li>● Ser centros de referencia para los niveles de menor complejidad. Proporcionar apoyo y asesoría a otras modalidades terapéuticas.</li> </ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordinación con los dispositivos de la red de salud mental, tendentes a garantizar la continuidad de tratamientos.</li> <li>● Grupos de autoayuda profesionalizados y no profesionalizados. Integración social: individual, laboral, educativa y familiar. Programa de reducción de riesgos y daños.</li> </ul>

Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, adaptado por Ortega San Martín (2022)

## Hospital Psiquiátrico:

<b>CONJUNTO DE ACCIONES INTEGRALES DE ACUERDO A CICLOS DE VIDA PARA EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO</b>	
	<p><b>PRESTACIONES DE PROMOCIÓN</b></p> <p>Talleres y actividades para la promoción, prevención con usuarios, familiares y comunidad, orientadas a la sensibilización sobre el estigma.</p> <p>Docencia e investigación en el ámbito de la salud mental.</p>
	<p><b>PRESTACIONES DE PREVENCIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Aplicación de técnicas psicoterapéuticas.</li><li>● Asesoramiento y seguimiento a través de grupos de autoapoyo profesionalizados a usuarios y sus familiares.</li></ul>
	<p><b>PRESTACIONES DE RECUPERACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● Información al usuario/a y familiares.</li><li>● Brindar atención especializada a la problemática relacionada al sufrimiento mental.</li><li>● Abordaje asistencial integral, con procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos, que solo pueden realizarse en el marco hospitalario, con supervisión de 24 h.</li><li>● Hospitalización de corta, hasta mediana, estancia.</li><li>● Psicoterapia individual, familiar y grupal.</li><li>● Grupos de autoayuda.</li><li>● Terapia Ocupacional.</li><li>● Terapia farmacológica</li><li>● Servicio y atención en emergencia.</li><li>● Psiquiatría y psicología de enlace.</li><li>● Programa de prevención de riesgos y daños.</li></ul>

<b>Adultos</b>	<p><b>PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Coordinación y grupos de autoayuda profesionalizados: brindar información sobre el tratamiento, sintomatología, manejo de crisis, compartir experiencias.</li> <li>● Coordinación con los actores de la red de salud mental comunitaria.</li> <li>● Estrategias de integración social: individual, laboral, educativa, cultural y familiar.</li> <li>● Trabajo en asambleas para discusión de temas, institucionales con los usuarios y profesionales.</li> </ul>
----------------	--

Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural, adaptado por Ortega San Martín (2022)



## **Capítulo III: Metodología de la Investigación**

### **3.1 Enfoque**

En cuanto a la metodología de esta investigación, se va a utilizar el enfoque cualitativo, pues este se encarga de estudiar de manera objetiva las distintas variables que se encuentran, según los investigadores, Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. en su libro Metodología de la Investigación mencionan que es la metodología cualitativa la que “se basan más en una lógica y proceso inductivo (explorar y describir, y luego generar perspectivas teóricas). Van de lo particular a lo general. Es decir, procede caso por caso, dato por dato, hasta llegar a una perspectiva más general.” (p. 8).

El presente trabajo se basará en distintas perspectivas, instrumentos y recolección de datos que proporcionarán que desde aquello particular encontrar la relación de lo planteado en el presente trabajo, al tratar de ubicar el quehacer del psicólogo clínico dentro del ámbito hospitalario, qué tipo de técnicas y las herramientas utilizadas en la particularidad de los distintos casos. Y así mismo señalar con qué limitaciones se han encontrado. Además del marco teórico de referencia, se contará con entrevistas realizadas a diferentes profesionales que se encuentran relacionados con la temática expuesta anteriormente, será el análisis de estas entrevistas lo que permitirá obtener datos más precisos y profundos sobre el tema y se podrá utilizar como sustento para la investigación.

### **3.2 Paradigma**

Respecto al paradigma de esta investigación se escogió el interpretativo, pues esta investigación nace mediante la búsqueda bibliográfica y literatura de distintas fuentes que corresponden al tema, que van desde el análisis del ambiente hospitalario y personal médico, como ciertas situaciones provocan ciertas dificultades o posibilitan el trabajo de un psicólogo clínico y como es que esto se evidencia en los resultados obtenidos de los diferentes recursos de la metodología utilizada para aquellos estudiantes que tienen que afrontar en las prácticas clínicas realizadas por todos los estudiantes de las carreras de psicología y las falencias o ventajas que pueden llegar a tener durante este tiempo, esto permitirá tener una visión más completa y generalizada sobre estos ambientes hospitalarios.

### 3.3 Método

Teniendo en cuenta lo estipulado en el objetivo general del presente trabajo, se tiene como guía la utilización de un método principal de tipo bibliográfico, pues esto permitirá ahondar en la indagación de las limitantes y dificultades que se topa el psicólogo clínico durante sus quehaceres en el contexto hospitalario. Según el artículo Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso nos mencionan que: “El tratamiento documental significa extracción científico-informativa, una extracción que se propone ser un reflejo objetivo de la fuente original, pero que, soslaya los nuevos mensajes subyacentes en el documento” (Dulzaides y Molina, 2004, p. 2)

Así mismo, se va a emplear el método analítico, lo que según los autores Lopera, Ramírez, Zuluaga y Ortiz (2010) en su investigación Método Analítico, donde los autores desarrollan a profundidad el tema del método analítico como análisis del discurso, con base en los procesos de entender, criticar, contrastar e incorporar, y las actitudes generales de escucha, análisis e intervención (p.89). El método analítico permitirá comprender a cada parte que se verá inmersa en esta investigación, entender desde la perspectiva médica y de los pacientes el rol que tiene el psicólogo clínico para ellos y también se mostrará como los psicólogos clínicos que trabajan en un ambiente hospitalario manejan diariamente las situaciones que se les presentan en este contexto.

También de aquellos estudiantes que realizaron sus prácticas en un hospital. Con toda la información antes mencionada se va a llegar a tener una noción más definida y clara sobre la relación existente entre las partes estudiadas y como es que eso llega a influenciar las prácticas preprofesionales que realizan algunos estudiantes de psicología, comprendiendo los roles que tiene cada parte antes mencionada, y como es que todas se relacionan, teniendo en cuenta que es lo que se espera de estos estudiantes y que esperan ellos de sus prácticas., y también se podrá evidenciar cómo es que estas dificultades inciden en el trabajo del profesional de salud.

El método descriptivo también tiene parte en esta investigación, pues será la que permite, mediante la observación de campo y la teoría clínica utilizada, a ubicar de la mejor manera que es lo que entra en juego en el contexto hospitalario, también la observación de campo será el recurso más fiel que permitirá evidenciar cuáles son las dificultades con las que se encuentra un psicólogo clínico en algún centro de salud, mientras que la sustentación teórica será aquella que permita sentar bases de aquello que se recolectó de forma empírica, para llegar al punto

donde se puede hacer un análisis y un tipo de contraste entre la evidencia encontrada durante las observaciones de campo y la teoría utilizada para sustentar la misma.

### **3.4 Técnicas e instrumentos**

Durante la investigación la parte más importante radica en los instrumentos utilizados, y a su vez son estas técnicas que marcarán el enfoque a utilizar, es decir que las técnicas son un tipo de prácticas de los procedimientos tanto prácticos y teóricos que dan la oportunidad de obtener datos e información que permitan enriquecerla, entre estas se hallan las entrevistas y observaciones de campo.

En este trabajo se utilizará como técnica la entrevista, que será realizada a diferentes profesionales del campo de la salud, además se entrevistaron a psicólogos clínicos, los mismos que cuentan con diferentes corrientes y técnicas que aplican en sus labores dentro de un Hospital General, también a pacientes y familiares que enriquecerán con información que será debidamente analizada y estudiada, sin dejar de lado la opinión de ex-estudiantes de la UCSG que con sus experiencias permitirán de primera mano se estudie a fondo aquello que se enfrenta cada estudiante al iniciar sus prácticas preprofesionales.

Esta investigación se encuentra bajo la guía del enfoque cualitativo, y es por ello que se utilizará la entrevista como una herramienta, que además de facilitar, permite de forma rápida la recolección de datos cualitativos, además brinda al investigador la oportunidad de responder ciertas preguntas elaboradas para así obtener respuestas más trabajadas y complejas por parte de los profesionales a quienes se ubican como población de estudio, que así mismo, permitirán sostener la investigación y también aportará información para indagar más sobre la problemática que ha sido mencionada en con anterioridad.

Es necesario saber que la herramienta escogida, como la entrevista, debe contar con ciertos aspectos sumamente importantes, donde debe ser más íntima, flexible y abierta, es una reunión para conversar e intercambiar información entre una persona (el entrevistador) y otra (el entrevistado) u otras (entrevistados) (Fernández, Hernández y Baptista, p. 403).

La entrevista está organizada con preguntas de tipo semiestructuradas, pues la investigadora realizó un esquema previo con ciertas preguntas que engloban ciertos temas, pero que también brindan la oportunidad de hacer preguntas que puedan añadir más información, para su posterior análisis y así responder a la problemática principal. La muestra y población de este

trabajo serán los cinco psicólogos clínicos, que han sido entrevistados de forma presencial, en sus lugares de trabajo, como es el caso de los Psicólogos Romina Quiroga, Carolina Garcés, Francisco Maquilón, Ricardo Berríos y Hellen Franco. También para entender de mejor manera acerca del rol del psicólogo desde la perspectiva del personal médico, se entrevistó a cinco doctores y licenciadas en enfermería de un Hospital General de Guayaquil, de las áreas donde la autora de esta investigación realizó sus prácticas, Unidad de Cuidados Intensivos, Área de Emergencias, Área de Hospitalización, Área de Hemodiálisis y Área de Quemados.

Además, se entrevistará a pacientes y familiares de las cinco áreas mencionadas, para conocer sus opiniones sobre el psicólogo clínico y sus funciones, también será importante conocer las perspectivas de quienes hicieron sus prácticas profesionales en instituciones hospitalarias, y por ello se escogió a cuatro exalumnos de la carrera de psicología clínica de la Universidad Católica de Guayaquil, quienes nos brindaran más información desde su experiencia sobre el contexto hospitalario.

Los fenómenos que se analizan en esta investigación giran en torno a las situaciones o limitantes que se encuentran los psicólogos clínicos en los ámbitos hospitalarios. Es por eso que se analizará los contextos de los recintos hospitalarios para reconocer de mejor manera cuáles son aquellas situaciones que más se repiten y cómo es que estos inconvenientes de alguna manera repercuten en las prácticas preprofesionales que tienen que cursar los estudiantes de la carrera de psicología clínica. Por ello que el método analítico y descriptivo permitirá realizar un análisis más objetivo sobre el contexto que se pretende describir y observar.

### **3. 5 Análisis de las entrevistas**

Para facilidad del lector se utilizará alias (con letras) para todos los involucrados en esta investigación para salvaguardar sus identidades, pero estarán divididas por áreas, en caso de los pacientes, familiares y el personal médico, para mayor comprensión de las opiniones expresadas, mientras que para los psicólogos clínicos se utilizarán sus apellidos y finalmente para los exalumnos de la UCSG, también estarán catalogados por alias (con letras) para evitar cualquier inconveniente que se pudiese presentar, por el contenido de las entrevistas.

Paciente del área de UCI	Familiar del área de Hospitalización	Paciente del área Hemodiálisis	Paciente del área de Emergencias	Familiar del área de Quemados
P1	F1	P2	P3	F2
Jefa del Departamento de enfermería del área de UCI	Licenciada de enfermería del área Hospitalización	Licenciada de enfermería del área de Hemodiálisis	Licenciado de enfermería del área de Emergencias	Licenciada de enfermería del área de Quemados
L1	L2	L3	L4	L5
Médico intensivista del área de UCI	Doctora del área Hospitalización	Doctora del área de Hemodiálisis	Doctora del área de Emergencias	Doctor del área de Quemados
M1	M2	M3	M4	M5
PSIC. 1	PSIC. 2	PSIC. 3	PSIC. 4	PSIC. 5
Quiroga	Maquilón	Berríos	Garcés	Franco
Exalumna de la UCSG	Exalumna de la UCSG	Exalumno de la UCSG	Exalumno de la UCSG	
A	I	J	S	

En las entrevistas se decidió recolectar datos de distintas poblaciones que permitirán una mejor comprensión y posterior análisis para adjuntar al presente trabajo. Primero se realizaron

entrevistas al personal médico, que constan de cinco doctores y cinco licenciadas en enfermería respectivamente, que serán de las áreas hospitalarias donde la autora tuvo su espacio de trabajo durante sus prácticas preprofesionales. También se añade el punto de vista y percepción de los familiares y pacientes que tienen sobre la salud mental y los profesionales encargados de la misma, así también son de las distintas áreas que tuvo la autora la oportunidad de trabajar dentro de sus prácticas preprofesionales, para saber aún más sobre el desenvolvimiento del psicólogo en una institución hospitalaria.

Se contará con entrevistas realizadas a psicólogos clínicos que se encuentran inmersos desarrollando sus actividades en las áreas de Unidad de Cuidados Intensivos, Hospitalización, Hemodiálisis, Emergencias y el área de Quemados de un Hospital General de la ciudad de Guayaquil, que nos aportarán desde su experiencia y saberes qué sale a flote en este entorno hospitalario. Y por último se analizará las entrevistas y puntos de vista de cinco psicólogos clínicos graduados en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, para así conocer la opinión de aquellos que por primera vez tuvieron que hacerle frente al ámbito hospitalario durante sus prácticas preprofesionales y qué situaciones difíciles o no se encontraron en su desenvolvimiento como practicantes.

Los análisis de las entrevistas se van a presentar por población, se iniciará con los pacientes y familiares, luego se ubicarán a los médicos y a las licenciadas en enfermería, posteriormente estarán los cinco psicólogos clínicos que se escogió respectivamente de las cinco áreas visitadas por la autora de esta investigación durante sus prácticas y por último estarán las entrevistas realizadas a los psicólogos clínicos graduados de la UCSG. Posteriormente, se va a destacar las partes donde convergen y aportan a esta investigación, aunque las personas involucradas pertenezcan a diferentes grupos de población.

### ***3.5.1 Pacientes y familiares: Desde la narrativa clínica médica a una posible clínica psicológica***

Estas cinco entrevistas a pacientes y familiares responden el primer objetivo que es identificar cómo el desconocimiento del rol profesional incide en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario. **P1** comenta que el psicólogo se encarga de evaluar la vida del paciente y cómo repercute la enfermedad según la percepción de cada persona, algo similar nos menciona **P2**, pues dice que el psicólogo es alguien que guía y alivia al paciente en los momentos más difíciles de su enfermedad. Mientras que del lado, quizás un

paciente más institucionalizado, **P3**, menciona que el psicólogo clínico estudia ciertos comportamientos del caso en cuestión para hacer un diagnóstico. Son solamente **F2 y F5** tienen un poco más claro el rol del psicólogo clínico y el primero de ellos menciona que ayuda de alguna manera a los pacientes para sobrellevar y lidiar aquellas cosas difíciles que sucedieron en el pasado que continúan provocando cierto malestar y el último familiar menciona que el psicólogo será aquel que le dé contención a los familiares del paciente ingresado.

Un poco de lado de los prejuicios se pregunta sobre el psicólogo clínico y la supuesta competencia que tiene para convencer, la **P1** menciona que no solo se trata de convencer, sino que va más allá y también el psicólogo trabaja con los sentimientos y pensamientos, comparte de cierta manera con lo que dice el **F1** que es el psicólogo el que va a ayudar al paciente a asimilar entre aquello que está bien y no lo está, vemos cómo estas dos respuestas terminan posicionando al psicólogo como aquel que puede tomar una decisión y manipular el pensamiento. Mientras que **P3** dice, directamente, que una de las funciones es la de convencer o coaccionar a los pacientes sobre algo, la misma opinión la comparte **P2**, pues, dice que sí, convence a los pacientes porque muchas veces su posición es negativa, pues sienten miedo y el psicólogo le ayuda a resolver eso y por último **F2** nos menciona también que la función del psicólogo sí tiene que ver con sugestionar porque estos tienen una percepción distinta de las cosas y a veces los familiares otra idea distinta provocando que sus ideas se contrapongan.

También se habla en las entrevistas sobre la estabilidad mental que debe poseer el psicólogo clínico para desempeñarse como profesional en el área hospitalaria y los cuatro de cinco entrevistados entre familiares y pacientes respondieron que sí se le demandaba una estabilidad emocional, porque caso contrario no podrían desempeñarse de forma correcta, tampoco podrían brindarle la ayuda que el paciente o familiar necesita, pues los pacientes, al pasar por malos momentos, necesitan de alguien que sea centrado y pueda guiar en estas situaciones. Es **P3** el que menciona una respuesta corta, pero contundente, que permite abrir un tema de debate y dice que es importante que el psicólogo no mezcle sus emociones propias con aquello que sucede al paciente y por último es **F2** que menciona desconocer totalmente del tema.

Respecto al apoyo que puede brindar el psicólogo clínico en situaciones con alto dolor emocional, **P1** y **F1** mencionan que no solo es el psicólogo, que cualquier persona, como familiares y amigos, pueden hacerlo, pues **P2** y **P3** opinan que solamente es el profesional de salud mental como psicólogos o psiquiatras que pueden brindar soporte en estas situaciones y están capacitados para saber lidiar con estas, pero en casos particulares también puede

inmiscuirse el personal médico. Y solamente **F2**, comenta que cree que sí, aunque nunca se ha visto inmersa en una situación para comprobar aquello.

Para cerrar se pregunta sobre la importancia que tiene el profesional de psicología clínica para los familiares o pacientes, todos los entrevistados dejaron en claro la importancia que tenía esta figura para ellos, **P1** menciona que son importantes porque tienen los conocimientos necesarios para manejar ciertas situaciones, al igual que **F1**, pues, él menciona que habrá momentos que no sabrá cómo ayudar a su esposa y que el psicólogo podrá ayudar con eso debido a su experiencia. Mientras que para **P2** y **P3** mencionan que es importante porque sirve como guía y acompañamiento tanto a pacientes y familias en las situaciones difíciles de la vida, y para **F2**, es importante un psicólogo porque este sabrá explicar al paciente ciertas cosas que el familiar no puede.

### ***3.5.2 Los médicos y las licenciadas de enfermería: De lo médico que generaliza a un singular del paciente***

En este apartado de análisis se engloba a la población del personal médico, tanto licenciadas de enfermería y también a los médicos, de las áreas anteriormente mencionadas, serán entonces cinco enfermeras, entre ellas la jefa de área de enfermería en UCI y cinco doctores quienes nos darán su perspectiva de lo que hace un psicólogo clínico en el contexto hospitalario, esta muestra nos dará también más información para trabajar el primer objetivo planteado en el trabajo, el cual consiste en identificar cómo afecta el desconocimiento del rol al psicólogo clínico que trabaja en centros de salud. Es prudente recalcar que primero se trabajará con el análisis de las licenciadas de enfermería y posteriormente se lo hará con el grupo de doctores.

Respecto a las actividades del psicólogo clínico, **L1** nos menciona que se encarga de dar soporte a los pacientes, familiares y de ser necesario al equipo de salud, también **L2** menciona una idea similar, pero que se dedican mayormente a familiares debido al estrés por el cual pasan, mientras que **L5** nos dice también que debido al área es más el trato con el familiar, pero menciona un dato importante donde nos dice, que cada persona es diferente y puede aceptar o no un diagnóstico del paciente. A diferencia de **L3** añade que el psicólogo también tiene una parte clínica para evaluar, además de dar contención a familiares y pacientes, también **L4** menciona que el psicólogo clínico se encarga de diagnosticar al paciente según la patología.



Respecto a sugestionar o coaccionar como función del psicólogo clínico, **L1**, nos dice que los psicólogos en conjunto con los médicos tratan de explicar al paciente lo positivo o negativo del tratamiento e incluso brinda acompañamiento, pero finalmente es el paciente el encargado de decidir, posición similar **L4**, pues habla de informar al paciente. Opinión que es compartida por **L2** que menciona, no se puede obligar al paciente y pone ejemplos de algunos pacientes que ha atendido que se han negado a alguna clase de tratamiento y se les entrega un consentimiento para que firmen, mientras que **L5** opina algo similar a las enfermeras anteriormente mencionadas, y dice que el psicólogo es el que informa lo positivo de aquellos tratamientos dolorosos, en conjunto con los doctores, también **L3** menciona que sí podría hacer un trabajo para convencer, pero que no se puede obligar al paciente, porque tienen ciertas creencias y por más explicaciones que se le den se mantiene en su negativa.

Por el lado de la estabilidad emocional que le demanda la institución al psicólogo clínico, todas las licenciadas mantienen una posición diferente, **L1** dice que efectivamente así ocurre, porque el psicólogo no debe dejarse afectar por lo que sucede al paciente y cree que así sucede, pero que eso no debe ser parte de su trabajo, mientras que **L2** menciona que aunque el psicólogo clínico tenga ciertos problemas no debe su trabajo verse afectado por aquello, y resalta la importancia de la confidencialidad paciente y profesional que siempre debe cuidar un psicólogo. **L3** menciona que sí debe tener especial cuidado en eso porque incluso para las licenciadas es complicado manejar ciertas situaciones emocionales que se dan con los pacientes, mientras que **L4** también dice que sí, pues no se involucran con la parte emocional del paciente y por ende brindan una mejor orientación. **L5** es la única que menciona que esta situación en particular está sujeta a diferentes situaciones, pues incluso al equipo médico se ve afectado por algo que le sucede al paciente y cómo esto repercute también a las familias del mismo.

**L1** menciona que no es solo el psicólogo el que debe brindar apoyo, pues cuando el psicólogo no se encuentra en la institución es el personal médico que se encarga de brindar apoyo a los pacientes o familiares que estén cursando por algún momento delicado. Mientras que **L2** menciona que desde su experiencia siempre ha visto al psicólogo brindando apoyo, que aunque el personal trata no está capacitado para hacerlo opinión similar a **L3** comenta que aunque a veces los pacientes tengan confianza con las enfermeras, ellas deben derivar para que el psicólogo pueda hacer un buen trabajo respecto a lo que le sucede al paciente. **L4** menciona

que son solamente los psicólogos quienes se encargan de brindar soporte, al igual que la **L5**, quien menciona que son los psicólogos quienes brindan consuelo.

Los licenciados de todas las áreas están de acuerdo en la importancia que tiene el psicólogo clínico para cada equipo de salud, tanto para brindar soporte por el desgaste emocional y problemas propios de cada profesional médico, también para colaborar con el trabajo médico y brindar soporte a los familiares que los médicos les deriven, también para brindar contención a pacientes con enfermedades catastróficas, además le permite al paciente contar con herramientas para un buen apego al tratamiento.

Mientras que por el lado de los doctores, esta opinión va variando según su área, **M1** opina que las actividades del psicólogo en un hospital es el manejo de la parte psicoafectiva, es el enlace entre el paciente o familiar y personal médico, mientras las condiciones clínicas lo permitan, porque a veces el desconocimiento, puede generar desapego al médico, pues los doctores no tienen ciertas cualidades comunicativas, y el psicólogo clínico ayuda a superar el problema en caso de haberlo, opinión que coincide también con **M5**, pues el psicólogo puede generar una comunicación más fluida y le permite al médico más interacciones con los pacientes y familiares. Mientras que **M2** menciona que brinda contención a los pacientes o familiares, sobre todo en ciertos diagnósticos catastróficos, o cuando un paciente está irritable por temas hospitalarios y posterior valoración. **M3**, menciona que es el apoyo a los pacientes, pues su estilo cambia completamente, mientras que **M4** menciona que es la promoción y orientación a la parte emocional del paciente.

Según **M1**, menciona que en cierta forma sí convence al paciente, pues le brinda información certera al paciente, brindándole una idea más clara de la problemática, haciendo que el paciente acepte el procedimiento y los beneficios que le traen, aunque trae como ejemplo que sí hay pacientes que no aceptan procedimientos que a la larga comprometa la vida del paciente se hace firmar unos documentos de exoneración de responsabilidad. **M3** tiene una opinión parecida, menciona que el psicólogo, no tiene tanto que ver con convencer, sino más bien plantear desde otra perspectiva los diferentes tratamientos y así poderlo guiar, pero la decisión al final es del paciente. Mientras que **M2**, **M4** y **M5** mencionan que los psicólogos no se encargan de convencer, solo de brindar información a los pacientes y familiares y ayudarlos o guiarlos para decidir, pues los pacientes si están en sus facultades podrán elegir lo que deseen según sus creencias.

Mientras en lo que respecta a la estabilidad emocional que requiere un psicólogo para ejercer en un campo hospitalario, **M1** menciona que, sí, y es importante, pues por el tipo de pacientes en el área, pues les permite saber cómo enfrentar y saber manejar ciertas situaciones que puedan presentarse, también acota algo importante que son las secuelas que ha dejado la pandemia tanto en el personal como en los pacientes, opinión que concuerda con **M3** porque un hospital tiene mucha diversidad de pacientes que provocan más impacto en distintos niveles, por otro lado, **M2** nos dice que sí, pues, existen ciertas actividades protocolarias en el sector público de la salud, que limitan a todo el personal, además la cantidad de pacientes e interconsultas que están condicionados a ver. Del otro lado nos encontramos **M4** y **M5**, quienes mencionan que es importante la estabilidad emocional para saber guiar y ayudar de forma correcta al paciente, y es indispensable para cualquier profesional.

En la pregunta que indica si solo es el psicólogo clínico quien debe dar soporte en eventos que causen dolor emocional, **M1** menciona que esto se basa en el trabajo en equipo, para brindar soporte y generar confianza entre médico y paciente, pero el desconocimiento en temas de comunicación con pacientes y familiares por parte del equipo médico hacen más dificultosa esta situación. Al igual, **M2** menciona que se debe formar un equipo, el personal médico que se encarga de brindar el diagnóstico, tratamiento, información y contención, para que posteriormente acuda a brindar soporte el psicólogo clínico, Mientras que **M5**, dice que debe fluir la comunicación entre familiar es vital en estos casos porque a veces se puede ir preparando a los pacientes y familiares para cualquier situación, pero se debe contar con el departamento de psicología para saber manejar estas interacciones al momento de brindar información. **M3** y **M4** comparten opiniones, pues el personal médico no cuenta con las herramientas para dirigirse al paciente y los psicólogos podrán brindar más información y recibir o hacer cualquier pregunta.

La importancia de la presencia del psicólogo clínico en un hospital, mencionan los doctores de todas las áreas que es supremamente necesario, aunque varía ligeramente según las áreas, porque puede atender a los pacientes como a su propio equipo, pues cuenta con conocimientos que ayudan con otras perspectivas a los pacientes, así también brindar ayuda al personal médico respecto a cualquier cuestión, pues es psicólogo es parte del personal médico, menciona **M2**, mientras que **M1** dice que el psicólogo será importante, pues es el enlace entre el personal y usuarios, además de poder brindar charlas para que los profesionales médicos puedan tener una mejor comunicación y hacer que la parte emocional y científica estén en ilación. **M3**

menciona que permite al personal de salud actuar de mejor manera, porque aunque tiene pacientes que llevan años en diálisis continúan en negación, según **M4**, menciona que puede guiar de mejor manera y brindar terapia a los pacientes que necesiten, y **M5** comenta también que serán los que brinden herramientas para aceptar el diagnóstico y cuadro clínico.

### ***3.5.3 Análisis de las entrevistas de los psicólogos clínicos: Lo particular y psicológico de las instituciones hospitalarias***

Aquí se hará el análisis de las entrevistas realizadas a los cinco de seis psicólogos clínicos que desempeñan sus labores en un Hospital General en Guayaquil, cada uno de ellos nos mencionan desde su experiencia y abordaje psicológico, como ha sido su experiencia en dicha institución en el transcurso de los años y que es aquello que ha favorecido o limitado su accionar como psicólogo tanto con el equipo médico, enfermeras, pacientes y familiares, que conviven desde su particularidad en un ambiente propicio de factores como estrés, ansiedad y depresión. Es este grupo el que va a responder a los tres objetivos específicos, tanto para el desconocimiento, las condiciones institucionales poco favorables y la dificultad de anclar cierto abordaje clínico, según sea el caso.

Respecto a cómo afectan las condiciones institucionales y hospitalización, **Quiroga**, menciona que no afectan, simplemente, el abordaje es diferente durante hospitalización, UCI o emergencias, donde se busca la demanda en el paciente. Mientras que **Maquilón** opina que esto se ve sujeto al tipo de queja del paciente, porque a veces hay una queja sobre la calidad en la atención hospitalaria por la falta de insumos, sin dejar paso para voltear algo de esa queja y buscar aquello singular. Por otro lado, **Berríos** menciona que es algo negativo porque Ecuador no maneja prevención y promoción en cuanto a salud mental, al igual que **Garcés**, quien menciona que a veces debe ser el psicólogo que justifique durante la hospitalización ciertas actitudes del personal médico, para disminuir ansiedad y aumentar la confianza en el paciente, lo cual, de cierta forma también será una limitante, pero es **Franco** quien menciona una opinión similar a **Maquilón**, y dice que actualmente el sistema de salud no es el mejor en estos momentos y muchas veces el psicólogo es visto para dar soporte en aquellas falencias y lo que estas provocan en el paciente.

Mientras que respecto a los factores estresantes en los contextos hospitalarios, **Quiroga** menciona que para el paciente de UCI el estrés es inmediato, porque hay un encierro abrupto que muchas veces provoca delirios, y menciona el delirio de la UCI, pues solamente se

escuchan máquinas, además de verse aislado de sus familiares y conocidos, mientras que con los familiares el factor de estrés es no tener acceso a información constante de cómo se encuentra su paciente ingresado y es este desconocimiento o desconexión la que provoca estrés en ellos, mientras que para el médico se puede volver un hostigamiento por parte del familiar el querer obtener información constante acerca de su paciente. Mientras que **Maquilón** menciona que en hospitalización la falta de recursos se vuelve un factor estresante y afecta, aunque por distintas causas, tanto al paciente, por la constante incertidumbre y al médico, porque, se presenta también como una limitante para sus funciones, y correcta atención a sus pacientes, y para el familiar el estrés es no poder ser de mayor ayuda para su familiar ingresado.

Aunque para **Garcés**, quien comparte opinión con **Maquilón**, dice que para el médico es un factor sumamente estresante y limitante, la falta de insumos y esto repercute en su trato con pacientes y familiares, pero para el paciente será un factor de estrés la forma poco empática de comunicación que utilizan el personal médico, mismo factor que se puede también ubicar con los familiares. Por otro lado, la opinión de **Berríos** dice que la parte más afectada de esta tríada será el paciente, es la ausencia de medicamentos, y la falta de un adecuado nivel de comunicación e información por parte de los profesionales y añade, que no hay gestión ni calidad que garanticen un servicio digno, confortable y de excelencia, opinión similar a **Franco**, pero ella menciona que además de la falta de insumos un factor estresante para pacientes, familiares y médicos, es que el médico no sabe cómo comunicarse con los pacientes y familiares, provocando que haya un tipo de “maltrato” de usuarios a médicos, motivo por el cual los doctores no saben cómo afrontar estos comportamientos en determinadas situaciones.

Respecto a la parte de estabilidad emocional que demanda un hospital, **Quiroga** menciona que, sí debe ser de esa manera, pues, hay personas que no pueden lidiar con la parte clínica y emocional, porque no todas las personas están capacitadas para tratar con escenarios hospitalarios. Mientras que **Maquilón** menciona que eso es netamente personal, pues sea de la formación que sea el profesional, se debe realizar un proceso psicoterapéutico, caso contrario, los casos derivados, siempre van a tocar algo de tu fantasma o de tu síntoma y provocando que se pierda la objetividad y vas a intervenir desde esa posición. Desde otra perspectiva, **Berríos** menciona que todos los profesionales de salud y salud mental necesitan tener un balance, un equilibrio en su forma emocional, ante lo desventurado que suele ser el contexto hospitalario.

**Garcés** menciona que desde su experiencia no se ha sentido esta demanda, pero que, definitivamente, todos los psicólogos deben saber que es aquello que puede afectarlos, y

comenta desde lo propio, que cuando había ciertas situaciones que le afectaban, sabía en qué momentos ponía escudos o límites, para tener en claro hasta dónde podría avanzar, opinión que es compartida con **Franco**, pues también comenta que no ha sentido ese tipo de presión o demanda, pero que es importante que cada psicólogo sepa cuál es su punto de quiebre o que es aquello que no puede tolerar independientemente de su sitio de trabajo, pero agrega, que en ocasiones sí se ha sentido saturada por la cantidad de interconsultas que debe atender en el día.

Dentro de las entrevistas se trata de precisar cuáles son las limitaciones que se han encontrado estos psicólogos en su situación laboral. **Quiroga** menciona que se debe al lidiar con la parte administrativa y médica, y dice que lo más difícil es tratar de psicoeducar o enseñarle al personal de salud el trabajo del psicólogo, porque muchas veces no lo entienden, y cuestionan sobre la permanencia de un psicólogo clínico, sobre todo aquí en mi área que es UCI. Mientras **Maquilón** plantea otra postura y dice que a veces el desconocimiento del personal médico afecta porque no hay un motivo de consulta claro, al momento de hacer una interconsulta con el servicio de psicología,

Esta opinión converge con **Berríos** y **Franco**, el primero comenta que es el desconocimiento del médico sobre el quehacer del psicólogo clínico que representa una limitante para los psicólogos y el propio paciente, mientras que **Franco** coincide **Maquilón**, pero agrega también la importancia de la psicoeducación diaria a pacientes, familiares y al equipo médico, para que puedan hacer uso de las competencias que tiene un psicólogo. **Garcés**, añade otras limitantes y habla sobre la gran cantidad de pacientes y dice que, por eso, el tiempo es corto con cada uno, también menciona que en emergencias no existe un espacio adecuado para tratar con el paciente.

Para comprender más sobre el desconocimiento de usuarios y personal médico y cómo esto se vuelve una limitante para el departamento de psicología en un hospital general, **Quiroga** menciona que no es una limitación, sino un retraso, porque tienes que explicar, a los médicos, familiares y pacientes, cuál es tu quehacer como psicóloga, de forma similar opina **Garcés** y comenta qué, eso depende mucho de uno mismo, en una institución pública, cada profesional tiene que dar a conocer sus funciones para darse un lugar en dicha institución. **Maquilón** menciona que sí es una limitante, pues, existe una confusión sobre lo que hace el psicólogo, a veces para el personal médico, somos los que pueden convencer al paciente de alguna cuestión, con los familiares a veces sucede lo mismo y el paciente se queja con nosotros sobre cuestiones institucionales que no nos competen, opinión que comparte con **Berríos**, y dice que el

desconocimiento influye en algunos roles que tiene el psicólogo como profesional de la salud mental, lo cual a veces dificulta nuestro accionar. Mientras que **Franco**, menciona que sí es una dificultad que el personal médico no sepa las funciones del psicólogo clínico, y añade una situación, pues esto provoca que el espacio paciente y psicólogo, muchas veces sea interrumpido por el personal médico.

Repercute el tiempo de hospitalización y el padecimiento del cuadro clínico del paciente en los tratamientos, abordajes o métodos que utiliza el psicólogo clínico. **Quiroga** dice que esto depende mucho del área donde se encuentra el paciente y agrega que es importante para el psicólogo para poder trabajar, en que condiciones se encuentra el paciente, si está orientado en sus tres esferas o si se encuentra en estado de somnolencia, en la parte de hospitalización, es diferente porque no puedes aplicar todas las pruebas que se necesitan, entonces en muchos casos se necesita que el paciente salga del área de hospitalización, para posteriormente en consulta externa realizar un buen trabajo con el paciente, acotando una idea desde el deseo propio de cada profesional e indica, que uno debe adaptar el tipo de intervención que se hará con ese paciente, por ello hay que aprender a ser flexibles con las intervenciones para llegar a cierto punto con el paciente.

En cuanto a la hospitalización menciona que se debe saber si es un paciente de corta o larga estancia, entonces dependiendo de eso puedes organizar un poco tu trabajo, también añade que hay pacientes a los cuales se les debe dar meramente acompañamiento emocional, pero hay otros con los que se puede trabajar y cuestionar al paciente, prepararlo para un trabajo posterior. **Maquilón** comparte la idea con la psicóloga antes mencionada, pero añade que es también la privacidad un factor que no se debe olvidar, y que también por eso es mejor que con una interrogante se logre anclar un paciente a consulta externa, además menciona que es importante que de ser necesario el paciente cuente con un respaldo psiquiátrico farmacológico para realizar un mejor trabajo, mientras que la hospitalización para él sí se vuelve algo negativo, sobre todo si es un paciente de larga estancia, porque es un paciente hostigado, y ya no quiere hablar, porque quiere irse a su casa, volver a su rutina.

Mientras que **Berriós** menciona que a veces hay cuadros clínicos complejos donde la vida del paciente se compromete y el psicólogo solo debe dar un acompañamiento, pero menciona que la dificultad se presenta porque, la mayor parte de sus pacientes no se encuentran alfabetizados, lo cual perjudica aún más su accionar como psicólogo, aunque siempre se debe buscar la manera, de entablar una conversación empática para que el paciente comprenda qué se le trata

de decir, nos menciona que durante la hospitalización de los pacientes, el propio psicólogo debe adaptarse al contexto, crear necesidad y demanda, aunque las interconsultas no tengan concordancia con nuestras capacidades a veces se debe abrir la oportunidad de crear una demanda, además de buscar oportunidad para psicoeducar al profesional médico, para saber que es lo que se necesita para una necesidad psicológica. En emergencias, **Garcés** menciona que depende de la magnitud del cuadro clínico, tendrá acompañamiento terapéutico, donde se le enseña al paciente las técnicas para que pueda sobrellevar el cuadro clínico de mejor manera, y en casos extremos trabajar con los cuidados paliativos y dolor del paciente.

Termina diciendo que sí depende mucho del cuadro clínico, gravedad, las manifestaciones físicas que pueda llegar a tener el paciente, que puedan entorpecer el acompañamiento, también comenta que en pacientes de corta estancia se trata de acompañar y psicoeducar al paciente sobre los procesos clínicos a seguir, mientras que los pacientes de larga estancia, a veces se encuentran hostigados y no desean trabajar y es importante que eso se respete, tratando de siempre llevar al paciente a consulta externa, para trabajar de mejor manera cualquier situación. **Franco** señala otras situaciones, y dice que sí repercute, porque todo depende del paciente y del diagnóstico médico, y cómo es que llega este paciente al hospital y añade algo importante, cada paciente es un mundo psicosocial y emocional distinto y a pesar de tener un mismo diagnóstico sus formas de enfrentarlo son distintas, mientras que en la hospitalización comenta que, aunque sea corta o larga la estancia el acompañamiento psicológico siempre va a ser importante, pero todo depende del diagnóstico y tiempo de estancia en el hospital y en cualquiera de los casos los psicólogos tienen un impacto positivo.

Respecto a los factores que posibilitan o dificultan el quehacer del psicólogo clínico en la institución hospitalaria, **Quiroga** menciona que probablemente la experiencia, el saber manejar la parte médica, es una habilidad que el psicólogo que está inmerso en el área hospitalaria debe tenerla y menciona que para ella no existen dificultades, pues, con la promoción de salud mental realizada en la institución hospitalaria donde ella labora, se ha dado a conocer diferentes cosas que trabaja el psicólogo clínico, aunque a veces se deba psicoeducar repetidamente al personal para reforzar el trabajo que se hace en el departamento. Mientras que para **Maquilón** algo que le posibilite aún más su trabajo, es que el personal médico, conozca las funciones del psicólogo.

Sobre las limitaciones, menciona que viene por parte del personal médico, al momento de hacer interconsultas, se refiere a motivos de consulta que no tienen sentido, y dice que es importante



hacerle un lugar al psicólogo, por ello lo que también se hace es intentar de cierta manera psicoeducar al personal. Desde otra postura, **Berrios** nos dice que aquello que favorece su quehacer como psicólogo, son los factores de infraestructura, si bien es cierto en el hospital donde trabajo se ve de una forma favorecida y señala como otro factor, que cada vez la inserción de los psicólogos a los ambientes hospitalarios se está dando, señala también como un factor que dificulta sus funciones el desconocimiento sobre lo que hace un psicólogo, cómo lo hace y para qué, esto es algo que ocurre tanto en pacientes, familiares.

Mientras que **Garcés** dice que el factor que favorece sus funciones consisten en el apoyo y la motivación, factores que deben venir de los diferentes jefes en cada área, que haya también este respeto con tus funciones y una comunicación respetuosa, clara y concisa de cómo son las cosas. Mientras que señala como dificultades, la demanda de pacientes, pues ella se encuentra trabajando en diferentes áreas del hospital, también señala que es el tiempo y la poca privacidad que tiene para sus sesiones con los pacientes y por último, es el corto tiempo de hospitalización, pues, eso dificulta un correcto proceso terapéutico. Para **Franco** también es importante, como factor positivo, la comunicación asertiva con el médico, se debe estar siempre en comunicación para estar a la par con la información actualizada acerca del paciente.

Lo segundo es que para tener un efecto en nuestro accionar, el paciente debe estar orientado en tiempo y persona y por último que sepa nuestro rol durante el acompañamiento en la estancia hospitalaria, y señala como una dificultad la poca privacidad que existe para trabajar algunos temas delicados con ciertos pacientes y ejemplifica diciendo que pueden ser casos de consumo de sustancias o diagnósticos de VIH, también vuelve a mencionar que la falta de recursos limita el acercamiento del psicólogo con el paciente, porque eso provoca que se vea al psicólogo como un “buzón de quejas” en lugar de recoger la verdadera queja o malestar, pero menciona como una limitante de todos los días, que no hay información de las funciones del psicólogo clínico en los hospitales.

Respecto a la burocracia institucional y la demanda del paciente o familiar que se encuentran presentes en los centros de salud, **Quiroga** menciona que se enfoca en la parte emocional del paciente, pues eso es lo que le interesa al resto de las disciplinas, saber el estado emocional del paciente para discernir si el paciente está en condiciones para alguna revelación diagnóstica, es decir, que se fijan en cómo encuentras al paciente y cómo lo dejas, dice que en el sistema de empleadores, no se colocan ciertos datos para evitar inconvenientes, como no especificar que

hay una escasez de insumos, termina mencionando que se debe acoger la queja, trabajar la queja en la sesión, manejarla, canalizarla, elaborar, desarmar y armar nuevamente.

Mientras **Maquilón** funciona de otra manera, dice que a la institución se le da lo que pide, manejándose en el sistema de empleadores y en los informes psicológico mediante plantillas, pero con el paciente el manejo es diferente y muy aparte, mencionando que siempre se debe tomar la singularidad del paciente para devolvérsela, pero señala que también es importante que se respete lo que el paciente quiere, a veces no todos pueden trabajar desde el sin sentido, y añade, acá no hay un analista, ni sesiones analíticas, solo hay efectos analíticos, como tocar ciertos significantes que traen en el discurso, algo bastante breve, muchos de los pacientes que trabajan así, terminan yendo a consulta externa para continuar el trabajo, en ese caso trabajaría un tipo de entrevistas preliminares.

**Berríos** el sistema de salud es bastante carente, que solo se limita a estándares, sin brindar un servicio de calidad, donde menciona que la burocracia a veces sobrepasa al paciente y al mismo profesional de salud y por eso la demanda es más complicada de encontrar, dificultando el trabajo de los psicólogos con los pacientes. **Garcés** tiene una respuesta parecida a **Quiroga**, menciona que, se centra en qué es lo que está pasando el paciente en ese momento, en dar un acompañamiento psicológico y disminuir esta sensación de poca información que podrían tener los pacientes para disminuir los niveles de ansiedad que podrían presentar y para darles herramientas a los pacientes para que puedan manejar el cuadro clínico por el cual están atravesando, pero en el sistema de empleadores se maneja respetando las normas, códigos y deberes institucionales.

Desde otra perspectiva, **Franco** comenta que lo que hace primero es hablar con el médico tratante para saber qué es lo que él necesita del paciente, y si dentro de la sesión salen a flote ciertos temas más complejos, habla con el médico residente para comunicarle que va a discutir cierto caso con el médico tratante, donde se le dice al doctor qué es lo que se hizo, acompañamiento o soporte psicológico, comenta también que trata de tranquilizar al paciente y posteriormente se le indica, que se hablará con el médico y que se tratará de ser un tipo de mediador. Cuando existe alguna situación más delicada y compleja que puede ser sensible, se le comunica a la jefa del servicio, para que se resguarde la información, pero de todas maneras se lo ubica en el sistema de empleadores, de una forma muy técnica y sutil, sin afectar al médico ni al paciente.

**Quiroga** trabaja mancomunadamente con el personal médico y los pacientes e intenta conciliar las demandas de cada grupo. Según **Quiroga** comenta que el médico infiere lo que le pasa al paciente, a veces la demanda del médico gira en que el paciente no quiere comer, pero cuando tú vas a realizar la entrevista, encuentras que hay algo que mueve al paciente de manera inconsciente, es por eso que tú explicas en el sistema que es lo que está sucediendo. También comenta que el personal médico hace interconsultas por todo, y ellos tienen la confianza de que los psicólogos van a hacer que el paciente haga lo que el médico necesita, o también hay médicos que solamente piden que se vea al paciente sin especificar nada, y ahí es cuando en realidad nosotros tratamos de mediar, resolver o arreglar la situación para darle al médico lo que está pidiendo.

**Maquilón** conciliar las demandas, institucionales y de los pacientes, va por el lado de ingresar en el sistema de empleadores el motivo de consulta, la atención, lo que se hizo, la conclusión y la recomendación, junto con el diagnóstico del CIE-10 en términos comprensibles para el personal médico y, por otro lado, trabajas lo singular, aplicando las técnicas según tu formación y lo que el paciente necesite. Menciona que al ser un sistema público y la información la puede leer cualquier persona, es por eso que no amerita agregar partes de la sesión, señalando que es importante que sepamos aplicar cada corriente aprendida en nuestra formación a las instituciones en donde laboramos y que no sea viceversa. **Berrios** menciona que es importante la promoción y prevención de salud mental, para contar con habilidades de afrontamiento para lidiar con enfermedades, así se podría tener una mejor visión de lo que los psicólogos hacen para favorecer a la estructura hospitalaria como a los pacientes y familiares.

**Garcés** plantea que influye mucho la comunicación que se brinda y que se tiene con el paciente, y la comunicación que se tiene con el personal médico, desde su experiencia menciona que, cuando ha habido malestar por parte del paciente, trata de hacerlo saber muy sutilmente, muy empáticamente, comunicarlo de alguna manera, a veces de forma verbal, a veces de forma escrita en las evoluciones en el sistema de empleadores, así se favorece al paciente y el personal médico, opinión que es compartida por **Franco**, quien menciona que será vital la comunicación entre psicólogos y personal médico, agregando un detalle importante, recordar que no solo se trabaja con distintas personalidades en cuanto a pacientes, sino que también pasa eso con los médicos, y por eso, hay que ser educados y directos, para que el personal médico sepa qué es lo que ocurre, recordando que no se pueden ir por sobre los derechos ni creencias religiosas del paciente.

Se consideró importante conocer la opinión de los psicólogos acerca de la función de coaccionar al paciente según el personal médico, las respuestas se plantean desde el área en que cada psicólogo trabaja, **Quiroga** menciona que, si se vuelve algo necesario, cuando depende de aquello el paciente para quizás salvar su vida, y lo señala como deber en la institución donde trabaja, hacerle ver al paciente o concientizar al paciente desde su condición clínica actual. Menciona que es psicoeducar al paciente, explicarle, qué es lo que pasó y cuáles serán las consecuencias de ciertas decisiones, le das la información necesaria para que ellos decidan qué hacer, si el paciente está consciente, tiene la decisión absoluta de hacer con su cuerpo lo que quiera.

Opinión que coincide de cierta manera con **Franco**, ella comenta que primero se debe evaluar y determinar que el paciente esté orientado y también consciente de su enfermedad, el psicólogo debe evaluar si el paciente está emocionalmente estable para poder decidir, y posteriormente explicarle al médico de que el paciente sí está consciente e informado sobre la enfermedad y puede tomar una decisión, sea esta positiva o negativa, dice que es psicoeducar y tratar de que el paciente entienda por qué es importante algún procedimiento, hay que darle información y apoyo emocional para que pueda decir y sentirse seguro con eso, respetando siempre la voluntad del paciente, sin inmiscuirse o tratar de convencerlo.

Mientras que **Maquilón** responde que en su lugar de trabajo se creía que el psicólogo estaba para convencer, entonces hay familiares que presionan para que alguien convenza a ese familiar que es paciente para realizarse algún procedimiento, pero comenta que actualmente la situación ha mejorado por la psicoeducación constante, y dice que también hay que ser firmes al respecto y establecer limitaciones sobre el rol del psicólogo clínico en un contexto hospitalario. **Berriós** menciona lo mismo, y dice que, desde los altos rangos administrativos hasta el personal médico, creen que el psicólogo es una persona que se encarga de convencer a las personas, que cambia comportamientos, persona que sencillamente está dada a resolver los problemas que las otras especialidades no pueden resolver.

Agregando, que el psicólogo hace un acto de reflexión sobre alguna problemática, y es al final el individuo que debe trabajar con ciertas circunstancias como motivación y voluntad para tomar una decisión. **Garcés** comenta que muchas veces llaman al psicólogo para convencer o sugestionar una decisión del paciente, agregando que lo que se debe hacer es escuchar por dónde va esta inquietud del paciente, y habla desde su experiencia y menciona que detrás de esto no hay información, no podemos convencer, sino psicoeducar al paciente sobre el posible

tratamiento, comunicarle al paciente que se mantenga informado y aclare cualquier duda con el doctor, y a su vez que el personal médico informe al paciente.

Para conocer desde qué perspectivas teóricas abordan cada caso, se les pregunta qué método clínico utilizan y qué situaciones lo dirigen a un método en particular, **Quiroga** menciona que el abordaje utilizado es el cognitivo conductual, poder realizar un trabajo más breve, y explica que aplica cada técnica de acuerdo al plan de tratamiento, que va a la par con el diagnóstico médico clínico. Para **Maquilón** será el psicoanálisis, es analista, pero menciona que no en el hospital, pero añade algo importante y dice que, sí, hay efectos psicoanalíticos en unidades no analíticas. Brevemente, da un ejemplo: “Había una paciente, y en su discurso ella utilizaba mucho la muletilla como tal, por lo que yo le pregunté si en algún momento tuvo trastornos alimenticios, la paciente bastante asombrada me dice que sí que como yo sabía esto, se queda sin palabras y se ríe”, agrega que es un poco escuchar y traerle aquello, “le comenté que si quería continuar trabajando me busque en mi consultorio par agendar una cita”. Es importante la escucha clínica, porque eso también tiene un alivio, teniendo en cuenta que hay casos que también requieren primero una estabilización farmacológica. Menciona que es el psicoanálisis, el que permite determinar una estructura, para saber qué tipo de paciente tienes en consulta y cómo puedes o no intervenir.

**Berríos** menciona que el factor que lo motiva para discernir qué tipo de paciente tiene, consiste en indagar un poco respecto a los niveles de cultura, siendo la idea tratar desde la parte integral, buscar la forma de ubicar a todos los pacientes por igual, y señala que dentro de su práctica por utilidad y formación, la terapia cognitiva conductual, pero también la teoría sistémica, porque tiene como objeto de estudio al sujeto en sus diferentes sistemas, desde el familiar hasta el laboral. **Garcés** comenta que el psicoanálisis fue la corriente aprendida en su formación, que sí definitivamente instauró bases importantes, las que de cierta forma trabaja más con los pacientes en la consulta particular, pero menciona que en el hospital le permite un mejor trabajo, la corriente cognitiva conductual.

Y dice que principalmente, trata de trabajar la conducta que en ese momento está teniendo el paciente, porque son pacientes de corta estancia, menciona que usa las técnicas de relajación, porque a veces son muchos los pacientes que vienen con crisis de pánico o ansiedad de ahí los primeros auxilios psicológicos, dirigida a familiares más que todo, también comenta que trabaja en los métodos o técnicas que pueda aplicar, dependiendo del caso, y aclara que una

vez que el paciente se encuentra más estable, se le da un espacio de escucha para saber qué es lo que ocurre, luego en consulta externa, es más factible aplicar cualquier método.

Y por último, **Franco** dice que usa la corriente humanista porque le permite abordar al paciente de una forma más empática, y dice muchas veces debe manejar la corriente cognitiva conductual, porque hay pacientes que necesitan ser manejados así, y comenta que los pacientes con los cuales trabaja en el hospital, son de un estrato medio, y al igual que **Garcés**, también comenta que en consulta externa se puede utilizar el psicoanálisis, aunque allí también hay que fijarse el nivel de cultura y diagnóstico del paciente, concluye comentando que estas dos cuestiones le permiten fijarse en qué tipo de abordaje, técnica o corriente utilizar.

Por último, se hace una pregunta extra a dos de los cinco psicólogos debido a las áreas en las cuales se encuentran, pues el fallecimiento de pacientes es algo que ocurre diario allí, **Quiroga**, encargada del área de UCI, comenta un poco al respecto y dice que para los médicos es algo que lidian a diario, se vuelve algo normal el tema de la muerte, y muchos de ellos se vuelven algo indolentes, porque ellos lo ven desde que lo estudian y para lidiar con ello continúan con sus quehaceres. Añade desde su experiencia: “Me tuve que adaptar a la idea, porque me gusta el trabajo que se hace acá, es decir, preparar a los familiares e incluso al paciente para el duelo o su muerte, pero debo decir que depende de cada profesional”.

Mientras que **Maquilón** del área de hospitalización, menciona que muchos médicos lo que hacen es no querer saber más al respecto, es decir, de cierta forma se desvinculan de aquello que sucede, por otro lado, hay médicos que van al baño a llorar, añade que esto se vio sobre todo cuando sucedió lo del covid por la cantidad de fallecimientos diarios que sobrepasaba también muchas veces al equipo médico, menciona que para lidiar con estas situaciones aquello que le permitió saber hacer con eso, fue es el análisis propio, y agrega que además esto también se vuelve una herramienta porque te permite saber responder a este tipo de contingencias, incluso usando el cuerpo como intervención.

#### ***3.5.4 Análisis de las entrevistas de los exalumnos: desde la teoría a la práctica***

En este segmento se va a analizar las entrevistas a cuatro exalumnos de la carrera de psicología clínica, los mismos realizaron sus prácticas previas a la obtención de su título en diferentes centros de salud, quienes nos brindaran una perspectiva amplia de aquellas situaciones provechosas y adversas que se suscitaron en sus labores como practicantes.

La exalumna **A** nos comenta sobre la corriente que utilizó más durante sus prácticas, y dice que al entrar a prácticas la corriente psicoanalítica era dificultosa de aplicar por el tiempo de ingreso de los pacientes, y añade algo desde su propio deseo y dice, es por ello que se hizo primordial la búsqueda personal de nuevas técnicas o tratamientos que permitan analizar mejor los casos que le eran derivados. Opinión que es compartida con la estudiante **I** la cual menciona, la mayoría de sus pacientes eran oncológicos, y suelen contar con una red de apoyo centrada en la familia, por lo que más le ayudó a implementar herramientas para llevar a cabo el rol en el acompañamiento psicológico fue la Terapia Familiar Sistémica.

Por otro lado, se encuentra el exalumno **J** que menciona, que al momento de realizar sus prácticas preprofesionales, los recursos que tenía en un primer momento eran los psicoanalíticos. Por lo tanto, fue los que utilizó y fueron los de más utilidad. Opinión relativamente parecida al exalumno **S**, aunque él agrega algo importante sobre las prácticas, la orientación teórica de ese entonces es la obvia, por supuesto, y los efectos eran meramente pragmáticos antes que beneficios terapéuticos sobre los pacientes, creo que es algo que sucede en cuanto a instituciones, si alguien practica psicoanálisis es importante que lo supervise con alguien que también sepa varias áreas teóricas, porque ahí digamos que podría haber un mejor ejercicio de la profesión.

También se plantea algo sobre los conocimientos para comenzar esta etapa a lo que respondieron, por decirlo así, desde su propio deseo y lo particular de cada uno, la exalumna **A** comenta, desde mi experiencia puedo comentar que en gran parte sí, nos impartieron varias corrientes, posteriormente en prácticas también comencé un aprendizaje autónomo, además de tener la ayuda de mis tutoras, de acuerdo con esta opinión la exalumna **I** nos dice, que recibió un bagaje teórico sobre las diferentes corrientes epistemológicas de la psicología, sin embargo, consideró que el profesional de la salud mental debe buscar por cuenta propia, en vista de las exigencias y demandas de nuestra sociedad contemporánea, nuevos estudios e investigaciones de la psicología.

Mientras que el exalumno **J**, comenta, que se enfocaba en la corriente psicoanalítica. Sin embargo, las materias impartidas sobre corriente cognitiva conductual le permitieron ejercerla también en sus prácticas, y finalmente menciona que no contaba con los conocimientos necesarios para las prácticas en un ámbito hospitalario. Y el exestudiante **S** comenta, que es el psicoanálisis, que se puede utilizar desde la urgencia subjetiva, y añade que los estudiantes futuros profesionales que van a empezar sus prácticas en un contexto hospitalario, carecen de

la suficiente experticia, teórica y conocimiento e incluso para poner en funcionamiento dichas cuestiones teóricas, añade que la persona que va a empezar sus prácticas debe cuestionarse sobre cuál es la mejor modalidad para abordar eso desde su marco y si ese marco no es suficiente, es importante reconocerlo y continuar formándose.

Respecto al método clínico más complejo de emplear, respondieron de forma algo similar, **A** nos dice, que fue el psicoanalítico, porque el tiempo de hospitalización influye mucho, pero también es aplicable en situaciones particulares, aunque menciona desde su experiencia que depende también del cuadro clínico del paciente y si este desea y tiene disposición para trabajar su malestar. **I** también nos dice, fue el modelo psicoanalítico, mientras que **J** comenta, el que me fue más complejo emplear ha sido el método clínico psicoanalítico, pero, contaba con sus supervisores de prácticas que me ayudaron a emplear este método en el ámbito hospitalario.

Mientras que **S** comenta algo importante sobre el contexto hospitalario, y dice que el espacio en un hospital es repensar desde qué postura abordar esto, y tener en cuenta que no es un lugar para ejercer un trabajo teórico enorme, como por ejemplo el psicoanálisis, sino, que es un espacio de escucha, de planteamientos y posibilidades respecto a las situaciones por las que pasa el paciente hospitalario, al ser un espacio no tan habitual para desarrollar este pensar en abordar, se debe saber que el trabajo que se haga será en un cuarto compartido, fuera de un contexto de seguridad para el paciente.

Mientras que sobre el método clínico más adecuado, **A** nos dice algo que se debe tener en cuenta en estos contextos, los métodos siempre dependen del caso, y también lo que pide el paciente y a veces el personal médico, pero comenta que las corrientes que más utilizó fueron la cognitivo-conductual, la psicoanalítica, técnicas como el mindfulness entre otras, mientras que **I** dice, para mí fue la Terapia Sistémica Breve la cual se define como procesos de intervención que pretenden ayudar a los pacientes y su familia a poner en juego sus recursos para alcanzar sus objetivos en el menor tiempo posible.

**J**, comenta que en un ámbito hospitalario, el más adecuado es el de la corriente cognitiva conductual. El alumno **S** tiene una opinión similar a la primera entrevistada **A**, él comenta, que se deben situar qué roles se va a tener, en un contexto hospitalario y educativo, no se puede ejercer desde una posición de analista, y propone, un ejemplo, es una área de trabajo muy distinta, ahí las formas de obrar muchas veces por parte del psicoanálisis sería la urgencia



subjetiva, termina diciendo que debe depender del caso clínico que cada persona tenga, pues, piensa que no hay un método adecuado, las posibilidades quedan reducidas a cada psicólogo.

Del lado de las dificultades que se hacen presentes en el contexto hospitalario y cómo las mismas podrían influir en el abordaje utilizado, **A** menciona que las emergencias en el contexto hospitalario son frecuentes, y también la poca privacidad que se llega a tener con los pacientes al momento de las sesiones o consultas, comenta que fue muy importante la compañía de sus tutoras para saber actuar frente a determinadas situaciones, la estudiante **I** comenta algo similar, los practicantes de la carrera de psicología están sujetos a las condiciones variantes y situaciones emergentes de cada caso en su particularidad. Y dice que esto significa responder a emergencias y actividades no planificadas, por lo que considera pertinente y útil preguntar, investigar y socializar inquietudes con el equipo (sean estos supervisores, médicos, enfermeros, etc.) con la finalidad de tener una orientación más clara sobre cómo proceder antes de realizar una intervención. **J**, nos comenta que sí, hubo un choque en la aplicación de abordajes, debido a que el hospital se manejaba bajo un régimen psicológico distinto, comenta que tuvo que adaptarse a las exigencias hospitalarias, sin dejar de lado el abordaje clínico que aprendió en su carrera, manteniendo un equilibrio entre los dos.

Mientras que **S** comenta algo bastante importante, se debe pensar en que es lo que se sabe y cómo se puede aplicar esto o qué debería cada quien saber. Él considera importante que primero se debe buscar supervisión desde los mismos ámbitos en los que se quiera trabajar, porque es importante hacer algo para que le sea de utilidad al paciente utilizando los métodos correctos para determinada problemática. Y dice que es algo que se debe aprender sobre la marcha, la gran recomendación que añade, siempre buscar supervisión, con alguien que sepa al respecto, que pueda ser una guía donde puedas apoyarte y a veces eso no siempre se encuentra en algún texto, me refiero a las personas que desean aprender algo más de lo que dentro de la carrera se ha formado. Y para concluir menciona que también es importante actualizarse sobre los contenidos psicológicos que nos competen.

Por el lado de la dificultad de ingresar a las prácticas, **A** nos dice, fue difícil al comienzo, pues era una institución desconocida para mí, desde su funcionamiento interno, hasta protocolos establecidos para determinados casos. Y añade nuevamente, que el acompañamiento de sus tutoras e incluso del personal médico, fue lo que poco a poco le permitió obtener el conocimiento necesario para trabajar de forma correcta los casos, mientras que **I** nos dice, fue relativamente difícil y a la vez enriquecedor porque, pudo identificar aquellas situaciones que

representaron obstáculos en los que debía trabajar, así como aptitudes y cualidades que debía aprovechar y pulir para llevar a cabo su rol de manera segura, funcional y ética de acuerdo a cada caso.

Para **J** fue, en un primer momento, medianamente difícil, iniciar prácticas en un hospital, debido a la demanda institucional, y también contaban con un enfoque totalmente distinto con el que él iba a realizar sus prácticas. Para **S** es algo un poco distinto, y menciona que la primera dificultad, fue definitivamente darse cuenta de que es un lugar donde se debe buscar la forma de interactuar con todo el personal, paso primordial para poder hacer un mejor trabajo. Y así tener la oportunidad que se comprenda que es lo que estás haciendo, más allá de ver a un paciente por cierta problemática específica, y menciona que ahí también radica un poco la dificultad para comunicar que es lo que nosotros hacemos y podemos hacer en cada área y que es aquello que definitivamente no podemos hacer. Y menciona que para él fue difícil hacerse un lugar dentro de este espacio hospitalario, pues, el rol del psicólogo sigue siendo muy pequeño en un espacio donde se prioriza la atención de otros profesionales.

Respecto a las dificultades dentro del ámbito hospitalario, **A** nos dice algo importante que todos los practicantes deben tratar de hacer, y dice desde su experiencia que al inicio fue algo nuevo y desconocido, añade, por ello tuvo que aprender y leer ciertas cosas, pues la universidad no te puede enseñar todo, nuevamente menciona que también las supervisiones diarias con la tutora de destino y también con la tutora de prácticas le permitieron conocer más el contexto hospitalario y también las funciones de un psicólogo en las instituciones de salud. Comenta que es muy importante hacerte un lugar como practicante frente al personal médico, y explica que en su caso le ayudó mucho porque le derivaban casos y también podía adquirir más conocimientos del contexto hospitalario. Para **I** consistió en los tiempos hospitalarios, pues se le presentaron dificultades como el no poder realizar un acompañamiento psicológico a un paciente debido a que había sido trasladado a otra unidad de cuidado o que había fallecido, situaciones que ella manejó a través del trabajo y la vinculación con los familiares de dichos pacientes, así también buscó apoyo, guía y supervisión de parte de su tutora de destino y compañeros de equipo.

Para **J** fue difícil por la institucionalización, el hospital tenía un modelo estructurado que iba en contra del enfoque psicoanalítico que tenía en ese momento, y comenta que se le presentaron dificultades en el momento de atender un paciente con la demanda institucional de por medio. Dice que gracias a sus supervisores, esta dificultad, fue manejada. **S** nos habla desde lo

particular y menciona que, para lidiarlo, fue un trabajo de cada día, aprender de este contexto y de las interacciones que ocurren, dice que siempre se debe estar dispuesto a aprender, reforzar y reformar ciertos conocimientos y experiencias. Menciona que su primera semana de prácticas fue terrible, dudaba demasiado, sudaba demasiado y pensaba qué hago acá, se retraía bastante, no atendía todos los casos que le eran derivados, tuvo que ir paso a paso, quizás a su propio ritmo, así fue la interacción hasta que logró perder el miedo y encontró la mejor forma de estar constantemente aprendiendo.

Para conocer sobre sus experiencias por particular, **A** nos dice, fue una experiencia muy enriquecedora, porque tuvo la oportunidad de poner en práctica lo aprendido y también me motivó a continuar aprendiendo, además de protocolos e interacciones, instituciones y del personal hospitalario. Señala también la variedad de casos con los que debía trabajar en sus prácticas, le dejaron una amplia experiencia, además de contar con supervisiones que aumentaban más el aprendizaje. Mientras que **I** nos menciona, fue enriquecedora porque le proporcionó conocimientos teóricos y técnicos de utilidad para poder ser aplicados al aprendizaje de la Psicología y la salud, y, por otro lado, comenta que le brindó herramientas y recursos personales que le han permitido enfrentar dificultades y contingencias presentadas actualmente dentro de su trabajo, sobre todo con relación al trabajo y comunicación en equipo.

**J** nos dice, fue de gran utilidad, le dio una perspectiva que hasta ese momento no tenía en consideración, además, de cómo hacer con la demanda institucional que se presenta en ese momento. Mientras que **S** termina diciendo, es un ambiente que necesitamos comprenderlo y entenderlo para asimilar otro campo de acción que no sea solamente la noción de lo que hacemos dentro de un consultorio psicológico, sino, acudir donde un paciente, y también tener en cuenta las interacciones que ocurren en ese contexto hospitalario, porque también el personal médico y administrativo, está involucrado con aquellas dinámicas que suceden en ese espacio, y son espacios de estrés, problemas psicológicos, y eso también puede ser un campo de acción para el psicólogo.

Sobre aquellas situaciones difíciles de asimilar, **A** nos comenta algo importante y que se debe tener en cuenta, lo más complejo de asimilar fue el fallecimiento de los pacientes y cuadros clínicos complejos o catastróficos, pues fue aquí donde pudo apreciar que el psicólogo debe aprender a lidiar con la idea que no se puede hacer algo por encima de estas situaciones, pero ella considera necesario que al menos los primeros días de prácticas haya un tipo de familiarización entre el contexto hospitalario, pacientes, familiares y el equipo médico con los

practicantes de psicología. Mientras que **I** comenta algo similar a la exalumna anterior, y dice, que fue el acompañamiento en el fallecimiento o previo al mismo, ella considera que el tiempo que el profesional de la salud mental tiene para sí mismo para verbalizar sus emociones también es importante y debe ser atendido en un espacio de supervisión.

Por otro lado, **J** nos habla desde una perspectiva diferente, y comenta que el acontecimiento más complejo, fue la adaptación a los protocolos y rutas de atención que se realizaban en el departamento de psicología del hospital. **S** finalmente nos dice nuevamente desde lo particular, definitivamente, fue la muerte, por un lado, aquello que pide la institución, por otro lado, lo que creemos nosotros que debemos esperar como profesionales y lo que pasa por nuestra mente como personas sujetas a experiencias previas con la muerte, y por supuesto también está la reacción que tienen los familiares al enterarse, y dice desde su propia experiencia, esto fue algo que para mí era complejo, porque me cuestionaba bastante sobre cómo reaccionar y saber hacer frente a estas situaciones, porque me pasó en mis primeros días de practicante, tuve que enfrentar el fallecimiento de dos pacientes, y yo estaba ahí inmóvil, no sabía con quién ir primero o cómo abordar esta situación, y termina con una recomendación, la constante formación para lograr adaptar un abordaje, y cómo justificarlo.

## **Criterios generales que posibiliten una adecuada práctica preprofesional**

Durante el inicio de las prácticas previas a la titulación en la UCSG, el estudiante se ve inmerso por primera vez en un contexto no educativo de forma sostenida, también será una ocasión para poner en práctica aquello que se le ha ido enseñando en su formación universitaria. Al ser las instituciones hospitalarias, establecimientos particularmente protocolarios e inmensos, en donde el estrés, las carencias y la desolación son notables desde el ingreso a las mismas, el psicólogo clínico muchas veces pasa desapercibido, otorgándole quehaceres por fuera de sus competencias, debido a la poca cultura de salud mental que hay en nuestro país. Todo lo anteriormente mencionado, más otras situaciones son vividas por los estudiantes, entonces, ¿de qué forma podrían hacerles frente los practicantes a estas situaciones?

Es por ello que se elabora este trabajo, para tratar de brindar un tipo de guía, para aquellos practicantes que no tienen ideas muy claras de aquel contexto nuevo e intimidante para la mayoría, es importante acotar que cada estudiante pasa por una experiencia singular, y también será el contexto hospitalario, un lugar para plantear, aprender y desaprender ciertos conocimientos, pues la universidad no puede brindar conocimientos universales, y aquí entrará en juego el querer ser de cada estudiante. Donde la siguiente pregunta permitirá establecer los ejes que se toman en cuenta, ¿cómo inciden el desconocimiento del rol profesional, las condiciones institucionales poco favorables para el trabajo y la dificultad para articular el método clínico adecuado en cada caso, en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario?

A lo largo de toda esta investigación se logró constatar, gracias a la observación de campo realizada durante las prácticas en un Hospital General de Guayaquil, las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico, para así formular criterios generales que posibiliten una adecuada práctica preprofesional. Es importante esclarecer esta situación porque le va a permitir a los próximos estudiantes tener ciertas referencias previas a empezar sus prácticas y también serán soporte para una adecuada practica profesional:

1. Se debe destacar el conocimiento previo que se tenga sobre el contexto hospitalario, donde de alguna manera se destaque las interacciones que ocurren allí entre el personal médico y usuarios, además de conocer el funcionamiento administrativo y médico, para estar al tanto de quien es la persona a la cual se deben dirigir en determinadas áreas, y así también saber que en estas áreas el manejo es particular en cada una, no olvidando

que las personalidades y caracteres son singulares, desde los casos que se pueden encontrar hasta el personal médico que allí se encuentra.

2. Se vuelve necesario, conocer sobre ciertos criterios, procedimientos, patologías médicas e incluso un poco sobre la utilidad de alguna medicina, para así lograr comprender o hablar el idioma técnico que es empleado por médicos y enfermeras en un recinto hospitalario. Para así mismo lograr psicoeducar al paciente sobre algún padecimiento que sea generado por su cuadro clínico, aquí se destaca, que cada practicante, desde su particular, debe hacerse un espacio en esta institución, para enseñar cuál es el motivo de su presencia ahí, todo lo mencionado anteriormente engloba de alguna manera la formación que se obtiene más allá de una institución universitaria.
3. Es crucial que los practicantes tengan un reforzamiento autónomo sobre varias corrientes recibidas a lo largo de su formación, para atender los casos según los conocimientos adquiridos, pero así mismo no dejar de lado aquello que está pidiendo el paciente o el familiar, y del mismo modo también tener en cuenta qué es lo que los médicos están pidiendo que se haga con aquel paciente dejando en claro las funciones que se tiene como profesional.
4. Respecto al método clínico, se debe tener en cuenta que los pacientes están fuera de su zona de confort, desprovistos de su privacidad y con malestares debido a su hospitalización y por ello muchos pacientes no están dispuestos a trabajar sobre sus propios padecimientos. El abordaje o método queda en función del diagnóstico médico y clínico (psicológico) y lo que pide el paciente, respetando siempre la opinión del mismo. Sin olvidar que, aunque sea dificultosa la aplicación del psicoanálisis, debido al tiempo de hospitalización de los pacientes, existen los efectos psicoanalíticos, donde se puede emplear sobre todo en casos de urgencias subjetivas, duelos y lo más importante para esa mirada y escucha clínica que permite rescatar aquello singular en una institución que generaliza a todos sus pacientes, dando paso a responder con intervenciones particulares.
5. Continuando, se debe recalcar que los practicantes de psicología clínica deben contar con un tutor de destino que por lo menos durante una semana esté dispuesto a enseñarle al practicante sobre el contexto hospitalario, así mismo que los directores de prácticas y tutores de destino sean quienes guíen y supervisen al paciente durante este proceso.

6. Es importante que los practicantes tengan un espacio para algún tipo de proceso psicoterapéutico para pesquisar y resolver situaciones que puedan entorpecer su objetividad, a la par de un lugar para manifestar dudas e interrogantes particulares en casos específicos.
7. Finalmente, se destaca la importancia de la formación continua luego de obtener la titulación por parte de la universidad, sobre todo si se desea continuar un trabajo en el contexto hospitalario.

## Conclusiones

A partir de la investigación realizada en función de mis prácticas en una institución hospitalaria y el acercamiento que se tuvo en este contexto para un acercamiento a las realidades donde se pudo reconocer aquellas situaciones que dificultan el accionar de un psicólogo clínico en los centros de salud, estas circunstancias provenientes de este contexto son también aquellas que afectan al practicante de psicología clínica, donde se establece que el desconocimiento del rol profesional, las condiciones institucionales poco favorables para el trabajo y la dificultad para articular el método clínico adecuado en cada caso, son factores que inciden en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en contexto hospitalario.

Para llegar a esta conclusión se estudió a fondo la problemática planteada, gracias a las entrevistas a psicólogos clínicos, exalumnos, personal médico y bibliografía investigada, mediante sus respuestas, las experiencias y opiniones recogidas de cada uno de ellos, se pudo comprobar que en la mayoría del personal médico, familiares y pacientes existe un desconocimiento del rol profesional del psicólogo, que incide muchas veces de manera negativa, provocando ciertas limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario.

También se constató que las condiciones institucionales son poco favorables y de igual manera son un factor limitante para el psicólogo, pues el paciente se centra en aquellos malestares provocados por la falta de ciertos recursos y poca comunicación empática, haciendo caso omiso a sus verdaderos malestares, sumándose a todo esto, es tanto el paciente que se encuentra hospitalizado como sus familiares que se encuentran en un lugar ajeno y bastante desesperanzador, fuera de sus rutinas diarias y su privacidad. Estas situaciones provocan que el psicólogo, pierda su posición de profesional encargado de la salud mental, convirtiéndose muchas veces en solucionador de problemas netamente institucionales, también como aquel que puede sugestionar a los pacientes, y por ello, es que no puede adaptar un correcto plan de tratamiento psicológico para con estos pacientes.

Otra situación que se pudo evidenciar como limitante del quehacer del psicólogo clínico, fue la dificultad para articular el método clínico adecuado en cada caso, porque existen factores externos, como los mencionados anteriormente, que entorpecen la labor del psicólogo, además



se comprobó que no hay un método clínico adecuado para abordar la mayoría de los casos hospitalarios, algo importante y que se debe tener en cuenta, son las tres demandas que suelen presentarse en los contextos hospitalarios, la demanda del paciente, la demanda institucional para con los psicólogos y la demanda que hace el médico al psicólogo, es por ello que el profesional de psicología debe saber adecuarse a las situaciones que se lleguen a presentar, y se debe tener presente que cada paciente es singular, aunque compartan un mismo diagnóstico y así mismo el personal médico también cuenta con personalidades singulares en cada área.

Finalmente, son estos factores mencionados en los párrafos anteriores, que entorpecen el accionar del psicólogo clínico, pues su trabajo en instituciones hospitalarias es hasta cierto punto aún desvalorizado, y aquellos estudiantes que tienen sus prácticas en estos establecimientos, muchas veces son intimidados por estos establecimientos hospitalarios, para ello se elaboró ciertas pautas, lo más importante es que primero deben hacerse con una respuesta, para lograr posteriormente hacerse un lugar en el recinto hospitalario, respetando siempre los tiempos que le tomen para llegar a esta situación, para mejor comprensión, se establecieron criterios generales que le ofrecerán al futuro practicante, ciertos ejes que le otorgarán mejor visión sobre el contexto hospitalario y que es lo que ocurre dentro del mismo, adicionalmente se añadirán ciertas pautas que dependerán del deseo que exista de por medio en cada estudiante.

## Bibliografía

- Burneo, C. (2014). FEPSCLI y su funcionamiento. Entrevistado por M. Buñay.
- Castillo, Morocho. S. (2015). Desarrollo Histórico Del Sistema Sanitario De Ecuador <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/46021/1/TESIS%20DOCTORAL%202015....pdf>
- Código De La Niñez Y Adolescencia (2003). Obtenido de: [https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit\\_accion\\_files/11020.pdf](https://siteal.iiep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/11020.pdf)
- Colegio Oficial de Psicólogos (2005). Perfiles profesionales del psicólogo. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de España
- Constitución. (2008). Constitución de la República del Ecuador.
- Dulzaides Iglesias, María Elinor, Molina Gómez, Ana María. (2004). Análisis documental y de información: dos componentes de un mismo proceso. ACIMED, 12(2), 1. Obtenido de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-94352004000200011&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-94352004000200011&lng=es&tlng=es).
- Encyclopedia of Bioethics, Macmillan Referense (2014), USA, Estados Unidos de Norteamérica.
- España, Soledad. (04 de junio del 2020). Una oleada de casos de corrupción golpea Ecuador en medio de la pandemia. <https://elpais.com/sociedad/2020-06-05/una-oleada-de-casos-de-corrupcion-golpea-ecuador-en-medio-de-la-pandemia.html>
- Fernández, R., Hernández, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. Ciudad de México, México: McGraw-Hill.
- Font Guiteras, A. (2003). Guía de tratamientos psicológicos eficaces en el cáncer. En Manual de Psicología de la Salud (2ª ed.). Madrid: Pirámide
- García, M. (s,f). La responsabilidad civil del Médico en el Ecuador. [https://www.bioetica.org.ec/wp-content/uploads/2020/07/articulo\\_responsabilidad\\_civil.pdf](https://www.bioetica.org.ec/wp-content/uploads/2020/07/articulo_responsabilidad_civil.pdf)
- Gracia, Diego (1996). Bioética Clínica. Bogotá: Editorial Búho.
- Grau, J., Cunil, C., Martín, M., Más, M., Duque, A., Zas, B. (1996). La atención psicológica en los hospitales clínico-quirúrgicos. La Habana:Impresiones ligeras. MINSAP.
- Hermida, C. (2008). Historia de la Medicina. Cuenca.

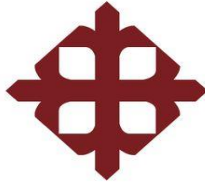
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2020). Estadísticas de Recursos y Actividades de Salud 2018. Obtenido de: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/inec-difunde-estadisticas-de-recursos-y-actividades-de-salud-2018/>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2022). Registro Estadístico de Recursos y Actividades de Salud. Obtenido de: [https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas\\_Sociales/Recursos\\_Actividades\\_de\\_Salud/RAS\\_2019/Principales\\_resultado\\_RAS\\_2019.pdf](https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Recursos_Actividades_de_Salud/RAS_2019/Principales_resultado_RAS_2019.pdf)
- Levenson, J. (2006). Tratado de Medicina Psicosomática (Tomo I). Barcelona, España: Ars Médica.
- LONS. (2002). Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud.
- LOS. (2006). Ley Orgánica de Salud
- Ministerio de Salud Pública. (2011). Acuerdo: Expedir La Tipología Para Homologar Los Establecimientos De Salud Por Niveles De Atención Del Sistema Nacional De Salud. <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosDirecciones/dnn/archivos/Acuerdo%20Tipolog%C3%ADa1203.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Modelo de Atención de Salud Mental, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. Obtenido de: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2021/09/Modelo-de-Salud-Mental-con-firmas-y-acuerdo.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Dirección Zonal de Comunicación, Imagen y Prensa
- MSP. (1977). Nuevos enfoques en salud. Informe del Ministro a la Nación. Quito
- Organización Mundial de la Salud. (1946).
- Organización Mundial de la Salud. (2022).
- Organización Panamericana de Salud (2022). Estudio advierte sobre elevados niveles de depresión y pensamientos suicidas en personal de salud de América Latina durante la pandemia. Obtenido de: <https://www.paho.org/es/noticias/13-1-2022-estudio-advierter-sobre-elevados-niveles-depresion-pensamientos-suicidas-personal>
- Parafito, D. (s,f). Recorrido Histórico Sobre las Concepciones de Salud y Enfermedad. Obtenido de: [https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas\\_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf](https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_ficharecorridohistoricodelasconcepcionesdeSE1.pdf)

- Piña, L. (2010). El rol del psicólogo en el ámbito de la salud: de las funciones a las competencias profesionales. Enseñanza e Investigación en Psicología. Obtenido de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29215980001>
- Rodríguez, J. (2010). Definición de ‘Profesión médica’, ‘Profesional médico/a’ y ‘Profesionalismo médico’. Viguera Editores SL 2010. EDUC MED 2010; 13 (2): 63-66
- Sánchez, A., (1984). Ética. Barcelona: Editorial Crítica, Grupo Editorial Grijalbo.
- Valdivieso, Velasco. D. (2014). “Evaluación De La Situación Actual Y Perspectivas De La Salud Pública En El Ecuador. Periodo 2007-2012”. <https://core.ac.uk/download/pdf/71902908.pdf>

## **Anexos**

Para más comprensión sobre el análisis de las entrevistas que se encuentran en el apartado anterior, se colocaron en los anexos las preguntas de las entrevistas realizadas, diferenciándolas por los grupos de las poblaciones presentes en esta investigación. También es importante agregar que en caso de querer tener las entrevistas con sus respectivas respuestas junto a los consentimientos informados firmados por cada participante de esta investigación, se añadirá también un formato digital del consentimiento. Se dejará un link de Google Drive, para pedir acceso a la autora de la investigación, según sea crea conveniente.

→ <https://docs.google.com/document/d/1zifRKK15L140a-8jULjHE0mN8aTOHadXU18ox-hl31U/edit?usp=sharing>



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL  
FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**

**Consentimiento Informado para participantes de Proyecto de Investigación**

Yo, \_\_\_\_\_ con C.I.# \_\_\_\_\_, acepto participar voluntariamente en esta investigación dirigida por la estudiante Mary Ángel Ortega San Martín, de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. He sido informado de que el objetivo general de la investigación es analizar el desconocimiento del rol profesional, las condiciones institucionales poco favorables para el trabajo y la dificultad para articular el método clínico adecuado, y en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en contexto hospitalario, mediante los datos obtenidos en una investigación de campo realizada en un Hospital General de Guayaquil, para formular criterios generales que posibiliten una adecuada práctica pre profesional. Me han indicado también que tendré que responder preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente de 60 minutos. Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado 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 Mary Ángel Ortega San Martín, al teléfono 0968679556. Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Mary Ángel Ortega San Martín, al teléfono 0968679556.

Firma

Estructura de las entrevistas realizadas a los cinco grupos de población:

- Entrevistas Médicos - Licenciados.
- Entrevistas Pacientes - Familiares.

<b>Desconocimiento</b>	<b>Prejuicios</b>	<b>Quehacer del psicólogo clínico</b>	<b>Ámbitos hospitalarios</b>
<p>¿Qué actividades cree usted que realiza un psicólogo clínico en un establecimiento hospitalario? (funciones, responsabilidades)</p> <p>¿Usted cree que una de las funciones del psicólogo clínico es la de coaccionar o sugerir a su paciente?*</p>	<p>¿Tiene algún prejuicio sobre los psicólogos clínicos? (preconcepto, idea previa establecida)</p> <p>¿Usted cree que al psicólogo clínico que ejerza su función dentro de ámbitos hospitalarios se le demanda una mayor estabilidad emocional?</p>	<p>¿Es solamente el psicólogo clínico el que puede brindar soporte a los pacientes durante algún evento que cause dolor emocional?</p>	<p>¿Usted cree que es importante la presencia de un psicólogo clínico para el equipo de salud?</p> <p>¿Usted cree que es importante la presencia de un psicólogo clínico para los familiares?</p>

- Entrevistas a profesionales de la salud mental, psicólogos clínicos de un Hospital General

<b>Condiciones institucionales</b>	<b>Limitaciones/ventajas</b>	<b>Hospitalización</b>	<b>Deber ser del quehacer</b>
<p>¿Las condiciones institucionales y la hospitalización afecta positiva o negativamente en su abordaje como psicólogo?</p>	<p>¿Cuáles son las limitaciones más complejas con las que se ha encontrado en su ejercicio profesional?</p>	<p>¿Cree usted que el padecimiento del cuadro clínico repercute sobre el tratamiento clínico psicológico?</p>	<p>¿Qué factores influyen positivamente en su quehacer como psicólogo?</p> <p>¿Existe alguna</p>

<p>¿Qué factor cree usted que genere más estrés a pacientes y familiares equipo médico?</p> <p>¿Usted cree que al psicólogo clínico que ejerza su función dentro de ámbitos hospitalarios se le demanda una mayor estabilidad emocional?</p>	<p>¿Cree usted que el desconocimiento del personal médico, paciente y familiar sobre el rol del psicólogo sea una limitación para sus quehaceres?</p>	<p>¿Cómo influye el tiempo de hospitalización de los pacientes con el abordaje o método que usted aplica?</p> <p>¿Qué instancias o situaciones lo motivan a utilizar un método clínico adecuado?</p>	<p>dificultad que no le permita realizar sus quehaceres como psicólogo en esta institución?</p> <p>¿Cómo lidian entre la burocracia institucional y la demanda del paciente y familiar?</p> <p>¿Cómo pueden llegar a un concilio entre las demandas institucionales y las demandas propias del paciente?</p>
--	---	--	--

- Entrevista a exalumnos de la carrera de psicología clínica, profesionales que hicieron su práctica en algún recinto hospitalario.

<b>Corriente</b>	<b>Método clínico</b>	<b>Dificultad</b>	<b>Experiencia / Preprofesional</b>
<p>¿Qué corriente cree usted que le fue de más utilidad para sus prácticas preprofesionales?</p> <p>¿Contaba con el conocimiento necesario sobre corrientes psicológicas antes de ingresar a sus prácticas preprofesionales?</p>	<p>¿Qué método clínico le fue más complejo de emplear en los casos que le fueron derivados?</p> <p>¿Qué método clínico fue el más adecuado según su experiencia?</p> <p>¿Hubo alguna dificultad entre la aplicación de su abordaje clínico y las condiciones hospitalarias?</p> <p>Cómo lidiaste con esta dificultad</p>	<p>¿Qué tan difícil fue para usted comenzar prácticas en una institución hospitalaria?</p> <p>Existió alguna dificultad dentro del ámbito hospitalario durante sus prácticas, ¿cuáles fueron y como las manejaste?</p>	<p>¿Su experiencia pre profesional fue enriquecedora para sus actividades realizadas en su trabajo?</p> <p>¿Qué acontecimiento fue más complejo de asimilar durante sus prácticas?</p>





**Presidencia  
de la República  
del Ecuador**



**Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes**



**SENESCYT**  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## **DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN**

Yo, **Ortega San Martín, Mary Ángel**, con C.C: # **0706574134** autora del trabajo de titulación: **Limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario. Criterios generales que orienten una adecuada práctica preprofesional**, previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicología Clínica**, en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

**Guayaquil, 12 de septiembre de 2022**

f. \_\_\_\_\_

Nombre: **Ortega San Martín, Mary Ángel**

C.C: **0706574134**



Presidencia  
de la República  
del Ecuador



Plan Nacional  
de Ciencia, Tecnología,  
Innovación y Saberes



SENESCYT  
Secretaría Nacional de Educación Superior,  
Ciencia, Tecnología e Innovación

## REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

### FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en el contexto hospitalario. Criterios generales que orienten una adecuada práctica preprofesional.		
AUTOR(ES)	Ortega San Martín, Mary Ángel		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Martínez Zea Francisco Xavier		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Faculta de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación		
CARRERA:	Psicología Clínica		
TITULO OBTENIDO:	Licenciada en Psicología Clínica		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	12 de septiembre de 2022	No. DE PÁGINAS:	116
ÁREAS TEMÁTICAS:	Quehacer del psicólogo clínico, contexto hospitalario, práctica preprofesional, método clínico.		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Desconocimiento, quehacer, método clínico, contexto hospitalario, limitaciones, prácticas preprofesionales		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>En la realización de este trabajo, se pudo comprobar que existen diferentes dificultades que limitan los quehaceres del psicólogo clínico en los contextos hospitalarios, cuyas circunstancias evaluadas responden a un nivel de salud, social y desde luego psicológico, esto se realizó mediante recopilación bibliográfica, observación de campo y entrevistas a profesionales médicos y psicólogos. En este recorrido de investigación se captó enfoques médicos, psicológicos y sociales, donde se logró cumplir el objetivo de esta investigación, el mismo que se encaminó a: analizar el desconocimiento del rol profesional, las condiciones institucionales poco favorables para el trabajo y la dificultad para articular el método clínico adecuado en cada caso, en las limitaciones del quehacer del psicólogo clínico en contexto hospitalario, mediante los datos obtenidos en una investigación de campo realizada en un Hospital General de Guayaquil. El método central de este estudio fue el bibliográfico, donde se hizo uso de teoría fundamentada, también se tomó en cuenta la opinión de familiares y pacientes, además de los profesionales de salud, psicólogos clínicos y exalumnos. Esto permitió comprender de mejor manera aquellas limitaciones en los quehaceres del psicólogo debido a la institucionalización. Se obtiene como resultado de esta investigación que el desconocimiento del rol, las condiciones institucionales poco favorables y la dificultad para articular el método clínico adecuado, son limitaciones del quehacer del psicólogo, dependen de ciertos factores institucionales. Como conclusión se elaboran siete criterios generales para una adecuada práctica preprofesional.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593968679556	E-mail: mariangel.ortega@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE):	Nombre: Martínez Zea Francisco Xavier, Mgs.		
	Teléfono: +593-4-2209210 ext. 1413 – 1419		
	E-mail: francisco.martinez@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			