

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA**  
**Sistema de Estudios de Postgrado**  
**Maestría de Enfermería en Salud Mental**

**Programa de Intervención de Enfermería en Salud  
Mental a usuarias que asisten al servicio de  
Gastroenterología del Hospital México, con diagnóstico  
de Colon Irritable**

Maria Eugenia Alfaro Solórzano.

Leticia Rojas Zamora.

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio  
Agosto 2006

## Tribunal Examinador

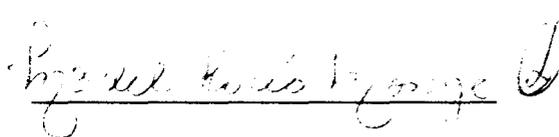
Esta práctica de investigación fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de Postgrado en Ciencias de la Enfermería de la Universidad de Costa Rica para optar al grado de Magister en Enfermería en Salud Mental.

M.Sc. Elena Mora Escalante  
Sistema de Estudios de Postgrado  
Representante



Elena Mora E.

M.Sc. Rocío Monge Quirós  
Programa de Maestría en Ciencias de la  
Enfermería  
Representante



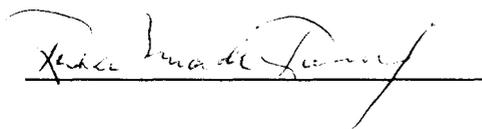
Rocío Monge Quirós

M.Sc. María de los Ángeles Meza Benavides  
Tutora



María de los Ángeles Meza B.

M.Sc. Rosa Granados Font  
Profesora del curso



Rosa Granados Font

# Índice

Índice-----	I
Índice de anexos-----	II
Índice de cuadros-----	III
<b>INTRODUCCIÓN-----</b>	<b>1</b>
<b>CAPÍTULO I-----</b>	<b>8</b>
Propuesta metodológica-----	9
1.1 El estado de la cuestión-----	9
1.2 El punto de partida-----	14
1.2.1 Registros con que se cuenta-----	15
1.3 Preguntas iniciales-----	18
<b>CAPÍTULO II-----</b>	<b>25</b>
2.1 Contexto teórico-----	26
2.2 Contexto teórico metodológico-----	47
2.2.1 El modelo de Sistemas de Betty Neuman-----	48
2.2.2 Enfoque Cognitivo Conductual-----	52
2.2.3 La Relación Interpersonal de Ayuda-----	55
2.2.4 contexto institucional-----	62
<b>CAPÍTULO III-----</b>	<b>62</b>
3. Recuperación de Proceso Vivido-----	63
3.1 Reconstruir la historia-----	63
3.1.1 La práctica-----	63
3.1.2 Relato cronológico-----	72
3.2 Ordenar y clasificar la información-----	76
3.2.1 Resultados de pre-intervención-----	76
3.2.2 Preguntas intermedias con sus resultados-----	105
<b>CAPÍTULO IV-----</b>	<b>139</b>
4. Reflexión de fondo-----	140
<b>CAPITULO V-----</b>	<b>154</b>
5. El punto de llegada-----	155
5.1 Conclusiones-----	155
5.2 Lecciones aprendidas-----	157
5.3 Recomendaciones-----	159
Bibliografía-----	161
Anexos-----	166

## Índice de anexos

1. Consentimiento Informado-----	167
2. Pre-intervención-----	168
3. Entrevista-----	174
4. Registro de tensión y relajación-----	177
5. Registro de sensaciones experimentadas-----	178
6. Registro de signos vitales-----	179
7. Ejercicio de respiración diafragmática-----	180
8. Relajación muscular profunda o relajación progresiva-----	182
9. Entrenamiento en relajación autogénica-----	186
10. Ejercicio de imaginación-----	188
11. Escribiendo mí secreto-----	189
12. Bitácora-----	190
13. Entrevista a la Doctora Madrigal-----	191

## Índice de cuadros

Cuadro 1.....	109
Cuadro 2.....	111
Cuadro 3.....	119
Cuadro 4.....	120

## **Agradecimiento**

Gracias Dios:

Por permitirnos terminar, con alegría, a pesar de tanto dolor que nos rodeaba en el proceso que emprendimos, por las dificultades que en algunos momentos enfrentamos.

Por darnos el coraje de trabajar en medio de la tristeza y aprender de esta forma a mirar el mundo de una manera diferente.

Por que cada vez que solicitamos tu ayuda, talvez sin fuerzas, repartiste bendiciones de las formas menos esperadas, para mostrarnos que siempre es posible salir adelante.

Este agradecimiento es para ti, y para las mujeres que pusiste en nuestro camino, para que nos enseñaran a través de sus historias de vida, una nueva forma de vivir la nuestra.

María Eugenia Y Leticia

## **Dedicatoria**

Agradezco a mi familia por el apoyo incondicional, el ánimo, y acompañamiento que en los momentos que más lo necesitaba, siempre me lo brindaron, en especial a mi madre a mi hija Mónica y Diego, así como a mis hermanas Hilda, Berta y a José Luis que me acompañaron durante todo el proceso. A mis compañeras y compañeros de Gastroenterología por el cariño, apoyo y solidaridad para seguir hacia adelante cuando mis fuerzas se debilitaban.

## **María Eugenia**

Agradezco a toda mi familia por el apoyo y solidaridad que me brindaron durante estos dos años, sin el cual no habría sido posible lograr mi sueño. También, hago extensivo el agradecimiento a todas las personas que en los momentos más difíciles, siempre tuvieron palabras de apoyo y actos de solidaridad para con mi persona, mil gracias por creer en mí.

## **Leticia Rojas Zamora**

## Introducción

Un aporte importante en los avances de la medicina, lo hizo Pasteur, cuando en sus investigaciones sugirió que el estado mental de la persona puede afectar a la tendencia de infección y lo relaciona con el sistema inmunológico débil, siendo vulnerable a enfermar, (Capra, 1996:139). Otro aporte lo da Descartes quien introduce la distinción entre el cuerpo y la mente, y lo considera un aspecto esencial en la naturaleza humana. Son estos aportes los que han originado un nuevo paradigma en la medicina, cuando se atiende a personas que padecen algunas enfermedades que tienen como origen algún déficit emocional y entre ellas se encuentra el Síndrome de Colon Irritable, el cual se define como :

***Un trastorno de la movilidad del tubo digestivo, que puede afectar a todos sus niveles, causando grados variables de dolor abdominal, estreñimiento o diarrea y distensión abdominal después de comer. Los síntomas, por lo general, se desencadenan por stress emocional. (Tu otro médico: 2004)***

Llama la atención que este trastorno de salud, es difícil de resolver y en muchas ocasiones pasa hasta invisibilizado, tanto a nivel personal como institucional, lo cual se evidencia con la mínima población dada de alta, ya que los episodios sintomáticos persisten y son cíclicos, además parece que la sintomatología nunca termina ni cede, repercutiendo en la calidad de vida de la persona que lo padece.

Este trastorno de salud pareciera que afecta más a las mujeres debido a los roles sociales que desempeñan y a la construcción sociocultural, además, es de etiología multifactorial, como lo son los estilos de vida, entre ellos tenemos: horarios de alimentación, vida sedentaria, abusos de drogas y alteraciones emocionales relacionadas con sobrecargas de estrés, ansiedad, depresión y abusos, en la mayoría de los casos, lo cual lo convierte en un síndrome de origen

psicosomático, lo anterior es avalado por estudios realizados en el American Collage Of. Gastroenterology (2002).

La alteración en la salud física y emocional de las personas, produce un impacto importante a nivel social e individual, El cual dificulta en muchas ocasiones, hasta llegar a provocar ausentismo en el campo laboral, poniendo en riesgo su trabajo y productividad, lo que encarece los costos en las instituciones de salud por las policonsultas.

Además, produce cambios en el desempeño de su rol familiar y personal, ya que la persona sufre mucha irritabilidad por los síntomas que la misma le produce, lo que la limita para el desarrollo de sus funciones cotidianas. Este es un síndrome que aqueja a una población importante. Los síntomas que experimenta la persona, llega a limitar el gusto por la vida y su desempeño dentro de la sociedad.

Tomando en cuenta las necesidades y alteraciones de estas personas, utilizamos la Corriente Epistemológica del Humanismo, la cual se basa principalmente, en la actividad del ser humano, su relación con el medio y su función como parte del sistema social. De esta manera, se nos permite brindar una atención humanizada, en forma integral, pronta y oportuna a las personas que sufren enfermedades psicosomáticas, con el objetivo de disminuir riesgos y complicaciones en la salud.

Como antecedente en la atención de las personas que sufren de enfermedades psicosomáticas, tomamos un estudio realizado en el Hospital México (Alfaro, Brenes, Rojas, Solano, 2005), con mujeres que padecen del Síndrome de Fibromialgia, donde se comprueba que al utilizar el Modelo de Sistemas de Betty Neuman en las intervenciones terapéuticas, se lograron identificar los factores estresantes que ellas experimentaban, además la relación que existía

entre el entorno, estilos de vida y su enfermedad, también la forma en que ellas lograron afrontar los diferentes estresores. Asimismo, este modelo lo podemos aplicar a las mujeres que padecen del Síndrome de Colon Irritable, con el fin de brindarles las estrategias necesarias para que ellas puedan hacer los cambios y obtener una mejor calidad de vida.

Las intervenciones antes mencionadas, son de suma importancia tanto en el ámbito físico como emocional para las personas que sufren del Síndrome de Colon Irritable, aplicando el Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental con el Paradigma de la Integración donde se fusionan, el enfoque Cognitivo Conductual en la atención que se le brinda a esta población paralelamente con el modelo de Sistemas de Betty Neuman (2002), basado en el holismo y en la orientación al bienestar de las personas, de acuerdo a la percepción y motivación del sistema cliente, y con la interacción de las variables, físicas, psicológicas, socioculturales, evolutivas y espirituales, funcionando armónicamente en los entornos para disminuir los efectos de los estresores tanto internos como externos.

Según Neuman (2002), un reto importante para la Enfermería es enfatizar dos componentes funcionales, que son: la educación y la práctica. Estas actúan en forma interdependiente y se afectan mutuamente si existiera alguna alteración en alguna de ellas. De esta manera, se acelera el desarrollo e integra a la Enfermería, como una ciencia que forma parte en el contexto en una organización como lo es la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual, le haría un cambio favorable, en la atención que brinda a las usuarias (os), aplicando una estructura flexible en la atención que le ofrece a las personas, donde se debe tomar en cuenta una relación recíproca, con el entorno. Además, el sistema de cuidados de salud que brinda dentro del sistema social y para la cual se desempeña, sin obviar la totalidad, orden, definición, meta dirigida, de los estresores con estabilidad y la retroalimentación, homólogas al concepto de enfermería, cuyo

logro se daría con la aplicación del Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental.

Dada la importancia de trabajar con nuevos modelos de atención de salud a las personas y como parte de un requisito académico de la Maestría en Salud Mental de la Universidad de Costa Rica, se trabajó durante los meses de Abril hasta la primera semana de junio del 2006. En la Residencia Práctica pusimos en marcha un "Programa de Intervención de Salud Mental", dirigido a mujeres que sufren del Síndrome de Colon Irritable, referidas por los especialistas y la especialista en gastroenterología, con el fin de crear un espacio a la necesidad institucional, dando respuesta a los problemas de salud somatizados y a las diferentes formas que afrontan el estrés de estas usuarias que asisten a la Consulta Externa del Servicio de Gastroenterología del Hospital México.

Para definir la metodología de sistematización de la experiencia y lograr una interpretación útil y crítica de la práctica, se trabajó con el método de Oscar Jara (1994) el cual es una propuesta que consta de cinco tiempos con un orden justificado sin ser rígido, de ¿cómo pensamos? o ¿qué se puede o se debe hacer?, que permite reconstruir el proceso vivido para lograr integrar la teoría con la práctica, la cual dará los resultados y las conclusiones de la intervención terapéutica.

Para poder hacer una interpretación crítica y creativa del proceso vivido por las usuarias, y al sistematizarlo, no solo se pone atención a los acontecimientos, sino a su comportamiento, evolución, e interpretación que tienen sobre ellas mismas. Además con la sistematización se tienen dos componentes básicos: la utilidad, que es el proceso y el producto de la misma (Jara, 1994:24).

Los "cinco tiempos" que Jara propone para lograr la sistematización de la experiencia son:

- Primer momento: El punto de partida
- Segundo momento: Preguntas iniciales
- Tercer momento: Recuperación del proceso vivido
- Cuarto momento: La reflexión de fondo: ¿porqué pasó lo que pasó?
- Quinto momento: Los puntos de llegada

Al sistematizar las experiencias, busca lograr describir lo vivido durante el proceso, teniendo en cuenta que no sólo se pone atención a los acontecimientos, a su comportamiento y evolución, sino también a las interpretaciones que los individuos se crean al respecto. También, dice que de esta forma es que se crea un espacio para que esas interpretaciones sean discutidas, compartidas y confrontadas (Jara, O. 1994:24).

Además se propone que la sistematización se sitúa en un camino intermedio entre la descripción y la teoría, aclarando que se trata de un camino por el cual tenemos poca costumbre de transitar (Jara, O. 1994:25).

Por todo lo anterior, es que consideramos de vital importancia lograr sistematizar todo el proceso que hemos logrado construir y así interpretar el desarrollo del mismo, desde su inicio hasta la finalización con un modo de pensar dinámico, riguroso, procesal, crítico y creativo.

Para sintetizar mejor, (Jara 1994:30), dice que la sistematización sirve para:

- Tener una comprensión más profunda de las experiencias que realizamos, con el fin de mejorar nuestra propia práctica.
- Compartir con otras prácticas similares, las enseñanzas surgidas de la experiencia.
- Aportar a la reflexión (y en general a la construcción de la teoría), los conocimientos surgidos de las prácticas, en la atención y los cuidados

que las y los profesionales en enfermería brindan a las personas que asisten a las diferentes consultas y procedimientos como lo es en caso de la población que asiste al Servicio de Gastroenterología del Hospital México.

Puntos en los que nuestra experiencia a sistematizar concuerda en su totalidad, principalmente, cuando se logra o permite diferenciar los elementos constantes de los ocasionales; identificar los que quedaron sin continuidad en el trayecto, los que incidieron en la creación de nuevas pistas y líneas de trabajo con los que expresan que han ido arrastrando recurrentemente. Asimismo, permite determinar los momentos de surgimiento, de consolidación, de desarrollo y de ruptura. (Jara, O. 1994:31)

Uno de los aspectos más importantes que la Enfermería en Salud Mental utilizó al implementar el Programa de intervención, con la atención que brindó a las usuarias, fue llevar los registros y hallazgos de las fases desde la planeación, ejecución, resultados y conclusiones, de las actividades que realizamos en el quehacer, integrando la teorías con la práctica, quedando constancia de los resultados obtenidos, con un análisis crítico que nos ayudó a avanzar y nos sirvió como aporte a la profesión lo cual lo logramos con la sistematización, además puede servir como base a la teorización.

Dice Jara (1994:17) que cuando hablamos de sistematizar, estamos hablando de un ejercicio que está referido, necesariamente, a las experiencias prácticas concretas. El autor tiene como objetivo, definir en forma clara y concreta la utilidad, y el producto o el resultado que esperamos obtener de la sistematización. Esa utilidad se puede ubicar entre una gama grande de posibilidades con los objetivos que se quieren sistematizar. Tomando en cuenta que con la misma se puede comprender mejor la práctica.

Al construir una nueva forma de atención para las personas que sufren del Síndrome de Colon Irritable, podemos delimitar que el problema está en las experiencias vividas de las usuarias y las terapeutas, lo que se obtuvo al trabajar, en un nuevo modelo de atención, integrando el enfoque biologista tradicional de la medicina, con el Enfoque Cognitivo Conductual, aplicando el Paradigma de Integración, con Modelo de Sistema de Betty Neuman, y con la Corriente Epistemológica del Humanismo desde la intervención de enfermería en Salud Mental, con las usuarias participantes que fueron referidas.

# Capítulo I

## Propuesta metodológica

### 1.1 El estado de la cuestión

A través del tiempo, la historia nos dice que las enfermedades de origen psicosomático son de gran impacto, provocando en quienes las padecen una vida llena de dolor y angustia con poca esperanza de solucionar y de mejorar su condición, tal es el caso del Síndrome de Colon Irritable, diagnóstico que ha venido tomando fuerza en los últimos años, cada día son más los y las usuarias (os) atendidas (os) en los servicios hospitalarios, concentrado la atención en los síntomas de la enfermedad. Lo que no ha sido suficiente, para solucionar el problema como tal.

Hace muchos años, Descartes, tuvo la idea de separar la mente del cuerpo, dando origen así a dos perspectivas, la que se dirige exclusivamente al soma y al psique, dejando de lado el lazo tan fuerte que existe entre uno y el otro.

***“La rigurosa separación que Descartes hizo entre mente y cuerpo llevó a los médicos a concentrarse en la máquina del cuerpo y a olvidar los aspectos psicológicos, sociales y ambientales de la enfermedad” (Capra, 1998: 139).***

Epidemiológicamente, el síndrome del colon irritable ha prevalecido como un desorden gastrointestinal en un 10% a un 15% de la población de Norte América, particularmente son mujeres jóvenes las que lo sufren, y lo experimentan por primera vez entre los 30 y 50 años de edad, porque no han tenido buenos estándares bioquímicos o cambios estructurales, o no han tenido la presencia de diagnósticos definitivos.

Según las evaluaciones de acuerdo a la naturaleza de la enfermedad, es normal que presenten múltiples síntomas como dolor abdominal disconformidad, y alteración de los patrones de eliminación provocando diarreas o estreñimiento, originando así el Síndrome de Colon Irritable.

Burke (2005), publicó que en recientes investigaciones alrededor de 1597 personas padecen de este síndrome. Donde el 57% de ellos han experimentado los síntomas, el 25%, los empiezan a experimentar, un 18% afirma ya estar acostumbrados, de estos un 74% tienen dificultad para dormir. De los que reciben tratamientos solo un 27% fueron efectivos.

Al respecto la misma publicación continúa diciendo que, el 70% de los pacientes tienen fe en los tratamientos farmacológicos, de estos el 64% recurren a las drogas farmacológicas, el 45% de ellos las consumen moderadamente y que en otros estudios se ha informado que de un 10% a un 15% de la población presentan frecuentemente síntomas de dicha enfermedad, pero que aun no se han diagnosticado.

Recientemente se han publicado recomendaciones del Colegio Americano de Gastroenterología, que dentro de las cuales se extrae la importancia de buscar y promover el diagnóstico temprano en la gran cantidad de padecimientos gástricos de la población en general. (Burke, 2005)

Como antecedentes, a nivel nacional hay muy pocas investigaciones al respecto sin embargo, es importante mencionar la experiencia que se ha tenido, al atender personas con alteraciones en la salud física, mediante la intervención de Enfermería en Salud Mental, como es el caso de las usuarias con diagnóstico de Fibromialgia, las cuales lograron mejoría tanto en su sintomatología como en su calidad de vida, cuando ya se habían agotado los recursos de resolución, principalmente el humano. (Alfaro, Brenes, Hernández, Rojas, Solano, 2005).

En este trabajo de Investigación se intervino a cinco mujeres portadoras del Síndrome de Fibromialgia, apoyadas teóricamente en el modelo de Sistemas de Betty Neuman y Richard Lázarus y a la luz del Enfoque Cognitivo Conductual, utilizando técnicas de relajación y técnicas para el afrontamiento del estrés, que dieron como resultado una mejoría muy significativa en el afrontamiento del estrés y por ende mejorando su condición de salud física, poniendo en evidencia la mejoría de una enfermedad psicosomática por medio de la intervención desde la Enfermería en Salud Mental.

***“El objetivo principal de enfermería es el cuidado de la salud del ser humano considerándolo con todos sus valores, potencialidades y debilidades, es también la enfermera, a diferencia de otros profesionales de la salud, quien a través de proporcionar los cuidados debe buscar la comunicación estrecha que la conduzca a hacer de su práctica una actitud permanente de acciones éticas a diferencia de sólo demostrar su destreza técnica” (Viveros, 2004:113-117)***

Viveros (2004), realizó un estudio, en el que se dio intervención de Enfermería a usuarios de un Servicio de Urgencias, aplicando el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, en donde se puntualiza la atención de las personas en forma integral haciendo énfasis en que en ese punto recae la diferencia de la Enfermera con los demás profesionales de la Salud.

Esta investigación está muy relacionada con nuestra propuesta de investigación, al referirse a una serie de trastornos del sistema digestivo que han sido asociados con factores psicológicos, tales como la presencia de alteraciones emocionales, estrés crónico, depresión, neurosis o ansiedad, o dificultad para adaptarse a nuevas circunstancias, situaciones que responsabiliza directamente al asegurar que cuando existe cualquiera de estas condiciones se exacerba el cuadro poniendo en evidencia una vez más la relación tan grande que existe entre las enfermedades emocionales y las enfermedades fisiológicas.

Al respecto, una investigación de origen chilena, llamada “Nuevas enfermedades ¿del alma? Reflexiones psicósomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple” en cuya introducción afirma que, en los últimos años se ha observado la expansión de una serie de cuadros clínicos situados en la frontera entre el soma y la psique. Entre ellos cabe destacar el síndrome de fatiga crónica (CFS), la fibromialgia (FM) y la “Enfermedad medio ambiental” sensibilidad química múltiple (MCS). En la actualidad, no hay un consenso científico a propósito de etiología, patogénesis y tratamiento de las afecciones nombradas, lo que ha impedido que se formule una respuesta clínica adecuada a dichas molestias. Dada la mencionada falta de homogeneización de criterios, los autores proponen someter dichas enfermedades a un análisis crítico desde un punto de vista comparativo. CFS, FM y MCS, pensadas desde una perspectiva interdisciplinaria, más que genuinas enfermedades orgánicas parecen ser el resultado sobredeterminado de la confluencia simultánea de múltiples factores psicosociales. Recuperando el concepto de somatización, por un lado, y el de angustia, por el otro, los autores proponen un enfoque psicósomático de CFS, FM y MCS, basado en sus respectivas analogías estructurales. (Niklas Bornhauser N., Herbert Csef, 2005).

Al respecto, el Colon Irritable, es otra de las enfermedades que se puede agregar a este grupo de síndromes causadas por la somatización y la angustia de los individuos al sentirse impotentes y amenazados por las diferentes etapas y situaciones de la vida.

El síndrome del colón irritable es un trastorno de la movilidad del el tubo digestivo, que puede afectar a todos sus niveles, causando grados variables de dolor abdominal, estreñimiento o diarrea y distensión abdominal después de comer. Los síntomas, por lo general, se desencadenan por estrés emocional, caracterizado por las alteraciones de la movilidad intestinal; sin embargo, la estructura del intestino es normal.

Ocurre más frecuentemente en mujeres, y más entre los 20 y los 30 años de edad. Afecta a 5 de cada 1000 personas. Los factores predisponentes son la dieta pobre en residuos, el estrés emocional y abusar de los laxantes.

La sintomatología se caracteriza principalmente por dolor abdominal después de comer, se alivia al defecar, estreñimiento pertinaz, o alternando con diarrea durante al menos 6 meses, distensión abdominal después de comer, náuseas, vómitos, alteraciones emocionales, depresión.

Es fundamental para su diagnóstico descartar que haya otras enfermedades digestivas que puedan provocar síntomas similares. El examen físico y los procedimientos practicados (tacto rectal, rectoscopia, colonoscopia, estudios de laboratorio, exámenes de las heces) no revelaran ninguna anormalidad.

El diagnóstico diferencial incluye una gran variedad de procesos que pueden afectar al intestino. Aunque el médico diagnostique este síndrome, ello no debe impedir que mantenga sus sospechas de posibles enfermedades intercurrentes.

El objetivo del tratamiento es aliviar los síntomas. Los cambios en la dieta pueden ayudar a algunos pacientes, aunque no hay una dieta aplicable a todos. Las medidas más prácticas son una dieta rica en fibra, ejercicio regular y otras medidas para disminuir el stress emocional, y en algunos casos, fármacos anticolinérgicos.

El síndrome del intestino irritable puede ser una alteración de muy larga evolución—incluso de por vida—, pero en general se alivia sin problemas con el tratamiento. No tiene complicaciones mayores, pero si una mala calidad de vida, basada en limitaciones para el desarrollo humano elemental, discapacidad para un

desempeño laboral adecuado y en general el Síndrome de Colon Irritable limita, perjudica y hace aún más infeliz la vida de quienes la padecen, situación que nos impulsa a dar una nueva alternativa de tratamiento a quienes padecen este síndrome.

## 1.2 El punto de partida

Este es el punto en donde se inicia la historia de cómo se sistematizó o donde se empezó dicho proceso, en el cual se hace imprescindible, ser parte del proceso y testigo directo del mismo. Jara (1994:94), aclara que:

***“Solo pueden sistematizar una experiencia, quienes han formado parte de ella y que no es posible que una persona totalmente ajena a la experiencia, pretenda sistematizarla”***

Se planeó y se dio inicio al Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental a usuarias portadoras del Síndrome de Colon Irritable de la siguiente manera:

- Da inicio con los cursos desarrollados durante toda la Maestría.
- Creación y socialización de la propuesta de Intervención por parte de ambas participantes.
- Selección de las usuarias mediante referencia del especialista en gastroenterología, con criterios de selección, previamente señalados por las responsables de la práctica.
- Contacto telefónico con las usuarias seleccionadas para hacer la cita.
- Permiso de las autoridades competentes del Hospital México para la realización de dicho programa.
- Consultas al Servicio de Estadística del Hospital México.
- Consulta a la base de datos del Hospital México.
- Revisiones bibliográficas.

- Conocimientos adquiridos en las clases de los cursos de la Maestría, impartida por la M.Sc Rosa Granados Font.
- Consulta a la base de datos de la Biblioteca de Salud de la Universidad de Costa Rica.
- Inicio de las sesiones, con una pre-entrevista y firma del consentimiento informado.
- Tutoría con la M.Sc... María de los Ángeles Meza Benavides, cada vez que fuera necesario.
- Reuniones tres o cuatro veces por semana por parte de las participantes para analizar y evolucionar a cada una de las usuarias, tomando en cuenta los cambios y mejoría de las mismas.
- Socialización del proceso de sistematización, hasta la reflexión de fondo.
- Elaboración, entrega y socialización de forma total y completa de todo el proceso de sistematización.

### **1.2.1 Los registros e instrumentos**

Se utilizaron en el Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental los siguientes instrumentos:

- **Se inicia con la Pre-entrevista:** donde se registra la información del sistema familiar, así como las relaciones con otros miembros, tomando los datos relevantes relacionados como el tiempo de padecimiento actual, fecha de diagnóstico, tratamiento indicado y presencia de información importante relacionada con los estilos de vida y la salud. (Mcgoldrick, 2003). (Ver anexo N° 2 )

- **Consentimiento informado:** Este documento se utilizó en el momento que se inicia el programa con las usuarias donde se les explica cada uno de los pasos y se le garantiza su confidencialidad.
- **La entrevista:** Fue la guía para la elaboración de la entrevista estructurada basada en el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, aplicando las cinco variables, entre ellas tenemos las siguientes: fisiológicas, psicológicas, evolutivas, socioculturales, y espirituales (anexo nº 3)
- **También se utilizó la Relación Interpersonal de Ayuda:** Es otra de las técnicas utilizadas durante el Programa de Intervención. Se utilizó en todas las sesiones y con todas las participantes, la misma no se tenía en la propuesta, pero debido a que las usuarias tenían la necesidad de expresar abiertamente sus emociones se nos hizo útil trabajar con esta técnica.
- **Se trabajó con una bitácora:** La cual fue el instrumento para registrar los datos de cada una de las participantes, apoyada en (Semerari,2002), nos muestra dos estrategias narrativas, la primera de tipo subjetivo y biográfico, donde las propias autoras al presentar sus descubrimientos eligen las situaciones más relevantes (ver anexo N° 12).
- **Registro de sensaciones experimentadas en el proceso de relajación:** Las usuarias que participaron, expresaron sus sentimientos donde ponen de manifiesto las situaciones de relevancia de algunos problemas específicos con los que se encontraron. Por ejemplo emociones de llanto, tristeza entre otros.(ver anexo N° 5)
- **Instrumento de valoración fisiológica:** Es el instrumento que se utilizó para registrar los signos vitales antes y después de la relajación cuyo

objetivo es determinar la correlación que existe entre pensamientos-conductas-respuesta y manifestaciones somáticas y la medición de ellos, las cuales consistieron en el registro de la presión arterial, la frecuencia cardiaca, los mismos se cuantificaron en cada sesión, (ver anexo N° 6)

- **Escribiendo mi secreto:** Con este instrumento las usuarias participantes expusieron sus diferentes relatos y situaciones de pensamientos y sentimientos dolorosos durante las entrevistas, utilizamos un instrumento muy importante el cual nos permitió en conjunto con cada una de ellas definir el problema o situación estresante sobre el que se debería actuar partiendo de la utilización de los Principios Técnicos de la Terapia Cognitiva como lo es el Diálogo Socrático, la Alianza Terapéutica, el Descubrimiento Guiado y el Empirismo Colaborativo. ( Semerari, 2002: 223), (Ver Anexo 11)
- **Registro de tensión y relajación antes, y después del ejercicio de relajación:** la cual se valoró en una escala de 01, donde 10 es mucho dolor a 01 nada de dolor, donde señala la usuaria el grado de tensión y relajación. (ver anexo N° 4 )
- **Registro y la valoración subjetiva:** del nivel de intensidad de la relajación y el registro de sensaciones experimentadas en el proceso.(ver anexo N° 5)
- **Cronograma:** con las fechas respectivas para cada una de las actividades tanto en las tutorías, como para las sesiones de cada una. El cual está registrado (ver cronograma de actividades)
- **Registro de los hallazgos encontrados:** En cada una de las usuarias.
- **Se realizó una entrevista grabada:** a una gastroenteróloga.

- **Se llevaron las bitácoras de las proponentes:** correspondientes por parte de cada una de las terapeutas donde se registraron cada una de las actividades, desde que se inició el proceso de sistematización.
- **Retroalimentar las experiencias:** Posterior a cada sesión (cinco en total) las dos terapeutas se reunieron para encontrar apoyo mutuo. Además de comentar alguna situación encontrada en cada una de las usuarias, como por ejemplo cuando a la tercera sesión se descubre hallazgos tales como: todas las usuarias eran cuidadoras y sufrían de violencia intrafamiliar, y con sentimientos de pérdida y duelo no resuelto, por lo que nos dimos a la tarea de tomar en cuenta esos hallazgos en el desarrollo de las siguientes sesiones.
- **Socialización:** Se preparó las presentaciones al grupo de maestría con toda la información.

### **1.3 Las preguntas iniciales**

Para lograr continuar con el proceso de sistematización, es imprescindible la formulación de los objetivos, a continuación se exponen los objetivos de la sistematización, los institucionales y los académicos.

#### **1.3.1 Objetivo de la sistematización**

Para seguir un camino firme y seguro durante el proceso de sistematización es necesario que los objetivos estén lo mejor orientados posible y en total armonía con la propuesta planeada, y con la finalidad principal de obtener información de forma equitativa y uniforme. Para la Enfermería en Salud Mental, es fundamental la reflexión constante sobre sus métodos y técnicas de intervención, con el fin de consolidar sus planteamientos conceptuales. Por tanto, el objetivo de la sistematización de esta práctica, es el siguiente:

Determinar la funcionalidad y efectividad del Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental para la atención a usuarias con Síndrome de Colon Irritable que asisten al servicio de Gastroenterología del Hospital México.

Sin duda, es a partir de las experiencias vividas y compartidas que se logrará identificar las necesidades de cada una de las participantes así como los resultados en cuanto al manejo y efectividad de las técnicas, dando como resultado la utilidad del programa.

## **Objetivos académicos**

### **Objetivo general**

Desarrollar un programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental dirigido a mujeres diagnosticadas con Síndrome de Colon Irritable, para que a través de la implementación de técnicas derivadas del enfoque Cognitivo Conductual y de un cambio en los estilos de vida, puedan minimizar dicha sintomatología.

### **Objetivos específicos**

1. Conocer cómo transcurren la cotidianidad de las mujeres que padecen del síndrome de colon irritable y su relación con la Salud Mental.
2. Conocer las estrategias de afrontamiento que la persona utiliza ante las diferentes estresores.
3. Determinar el significado que estas personas le dan a sus estresores o situaciones de estrés.
4. Crear un espacio para que las mujeres puedan expresar sus sentimientos.
5. Facilitar que las mujeres puedan reconocer, clarificar y comprender la relación de su situación y su problema de salud.
6. Identificar qué cambios y resultados logrados al implementar el Programa de Intervención de Salud Mental a las usuarias diagnosticadas con Síndrome de Colon Irritable.

7. Socializar los hallazgos y resultados del Programa a nivel Institucional, propiamente en el Hospital México, en el espacio de la sesión anatomoclínica del área de medicina, para compartir la experiencia con otros profesionales.
8. Presentar los resultados de la Residencia Práctica a las autoridades del Área de Enfermería, con el fin de dar a conocer los beneficios de la misma y así sensibilizarlas, para obtener el apoyo necesario en el desarrollo e implementación de programas de intervención de enfermería en Salud Mental en los problemas de salud física de origen psicosomáticos.
9. Publicar en la Revista del Colegio de Enfermeras los resultados y hallazgos de la sistematización de esta Residencia Práctica para crecer la profesión de Enfermería como ciencia.

### **Objetivo institucional**

Demostrar la importancia de la integración del enfoque médico tradicional con la Salud Mental por medio de la implementación de un Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental a personas con alteraciones de la salud física y realizar el aporte correspondiente a la institución.

#### **1.3.2 Ejes de sistematización**

Los ejes de la sistematización se obtienen por medio de las experiencias vividas y narradas por las usuarias que participaron en el programa, la interpretación y el manejo que las Enfermeras en Salud Mental dieron durante la ejecución del mismo, delimitadas en lugar y tiempo. Para no dispersarse, fue necesario llevar el hilo conductor que atravesó la experiencia del programa, identificando los estilos de vida y los factores estresantes de las usuarias y su relación con la salud.

Lo anterior fue posible al conocer e identificar la cotidianidad y su relación con la salud mental de las mujeres que participaron en el Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental.

Constituye, el significado que las mujeres confieren a sus estresores cuando logra identificarlos en el proceso de intervención, y la aplicación de las estrategias de afrontamiento adecuado del mismo. Esto se adquiere cuando las usuarias alcanzaron reconocer, clarificar y comprender la relación que existe entre su situación de estrés o queja y su problema actual de salud.

Del programa de intervención de Enfermería de Salud Mental surgieron las preguntas intermedias que nos permitieron recuperar los diferentes momentos de la práctica con los hallazgos más importantes en el proceso de sistematización que a continuación las enunciamos:

Existe relación entre la condición de género y la presencia del Síndrome de Colon Irritable, según la experiencia de las mujeres que participaron en el programa. Además, se estableció relación entre el proceso de duelo y la presencia del Síndrome de Colon Irritable.

Con la aplicación del Programa de Enfermería en Salud Mental y de acuerdo a las variables propuestas por el Modelo de Sistemas de Betty Neuman, las experiencias que se obtuvieron al trabajar con el mismo y aplicando la teoría Cognitiva Conductual logramos establecer las relaciones antes mencionadas.

Otro de los ejes de sistematización importante se da con la creación de un espacio donde las mujeres alcanzaron expresar sus sentimientos que a la fecha no habían logrado compartir, de esta forma identificaron los cambios, que sucedieron durante el proceso, así como las relaciones con otros miembros de la familia, tomando los datos relevantes relacionados como el tiempo de

padecimiento, fecha de diagnóstico, tratamiento indicado y presencia de información importante relacionada tanto con su estilo de vida, como su estado de salud actual.

### **1.3.3 Objeto de la sistematización**

El programa de intervención de Enfermería en Salud Mental, dirigido a mujeres con Síndrome de Colon Irritable, el cual se desarrolló durante los meses de abril, mayo y junio de 2006, en el Servicio de Gastroenterología, Consulta Externa del Hospital México.

### **1.4 La Recuperación del proceso vivido**

Es el tercer momento según (Jara, Oscar, 1994), en este momento se entra de lleno a la sistematización, reconstruyendo la historia de la experiencia en una visión global de los principales acontecimientos en forma cronológica a partir de los registros y se logra ir clasificando y ordenando la información.

En esta etapa se permite reconstruir el proceso vivido para lograr integrar la teoría con la práctica, la cual dará los resultados y las conclusiones de la intervención terapéutica.

El poder hacer una interpretación crítica y creativa del proceso vivido por las mujeres, y al sistematizar, no solo se pone atención a los acontecimientos, sino a su comportamiento, evolución, e interpretación que tienen sobre ellas mismas. Además con la sistematización obtenemos dos componentes básicos: la utilidad, que es el proceso y el producto de la misma Jara (1994:24).

### **1.5 La reflexión de Fondo ¿Porqué pasó lo que pasó?**

Para Oscar Jara (1994) Es el cuarto momento: Consiste en analizar, sintetizar e interpretar críticamente el proceso. Se trata de encontrar la razón de ser de lo que sucedió en el proceso de la experiencia. Elaborar la conceptualización a partir de la práctica sistematizada. Uno de los principales instrumentos que se pueden utilizar es este momento son los cuestionarios que interroguen el proceso de la experiencia.

Durante el proceso de sistematización nos hicimos las preguntas intermedias, las cuales respondimos en su oportunidad. Para analizar críticamente el proceso vivido en la reflexión de fondo, nos las hemos planteado nuevamente.

¿Existe relación entre la condición de género y la presencia del Síndrome de Colon Irritable, según la experiencia de las mujeres que participaron en el programa?

¿Qué relación se establece entre el proceso de duelo y la presencia del Síndrome de Colon Irritable?

¿Qué resultados se dan con la aplicación del Programa de Enfermería en Salud Mental de acuerdo a las variables propuestas por Betty Neuman?

¿Cómo se da la experiencia de trabajar con el Modelo de Sistemas de Betty Neuman?

¿Fortalece la teoría Cognitiva Conductual la formación como Enfermera en Salud Mental?

Las preguntas anteriores nos muestran la diversidad de enfoques interpretativos que podríamos sistematizar con las experiencias, así como las diversas

modalidades de realizar análisis, síntesis e identificar contradicciones y semejanzas dentro del proceso, las cuales se desarrollarán, en el capítulo, en la Reflexión de Fondo.

### **1.6 Los puntos de llegada: Quinto momento**

En este momento se formulan las conclusiones y las lecciones aprendidas durante el proceso en forma analítica y crítica sistematizando las experiencias, buscando describir lo vivido durante el proceso.

Jara, considera que teniendo en cuenta que no sólo se pone atención a los acontecimientos, a su comportamiento y evolución, sino también a las interpretaciones que los individuos se crean al respecto. También, dice que de esta forma es que se crea un espacio para que esas interpretaciones sean discutidas, compartidas y confrontadas.

# **CAPÍTULO II**

## **2.1 Contexto teórico**

Para desarrollar este Programa de Intervención debemos incluir algunos temas que tomaremos en cuenta para el desarrollo del mismo.

Para diagnosticar este síndrome es necesario descartar que haya otras enfermedades digestivas que puedan provocar síntomas similares u organicidad.

Cuando a el usuario o la usuaria se le realizan estudios como examen físico y otros procedimientos practicados (tacto rectal, rectoscopia, colonoscopia, estudios de laboratorio, estudios de las heces) éstos, no revelarán ninguna anormalidad.

Para la Asociación Psiquiátrica Americana según lo refiere Burke (2005) hay una distinción de las formas en que los factores psicológicos influyen negativamente en el estado físico de una persona, ocasionando que ésta enferme o presente padecimientos como lo es Síndrome de Colon Irritable, entre otros. El mismo, puede aparecer somatizado, posterior a eventos estresantes y con mal afrontamiento al mismo, por lo tanto es importante desarrollar y aplicar un Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental a usuarias que están diagnosticadas con el Síndrome de Colon Irritable.

En la dirección electrónica. (tuotromédico.com, sin autor, en su última actualización de Mayo, 2006), se define al Síndrome de Colon Irritable: como un trastorno de la movilidad del tubo digestivo, que puede afectar a todos sus niveles, causando grados variables de dolor y distensión abdominal después de comer, estreñimiento, diarrea persistente, náuseas, vómitos. Los mismos se alivian al defecar, alternando con diarrea durante al menos 6 meses. Entre las alteraciones emocionales más comunes están la depresión y la ansiedad. Estos síntomas, por lo general, se desencadenan por estrés emocional.

Como las causas principales del síndrome del intestino irritable están las alteraciones de la movilidad intestinal. Sin afectar la estructura del intestino ya que ésta, es normal. El mismo es frecuente en mujeres, entre los 20 y los 30 años de edad y afecta a 5 de cada 1000 personas, (Burke, 2005).

Entre los factores predisponentes para que se produzca los síntomas de éste síndrome están: dieta pobre en residuos, estrés emocional, vida sedentaria y el uso de laxantes, entre otros.

Un diagnóstico diferencial conlleva una gran variedad de procesos que pueden afectar al intestino. Aun cuando el médico diagnostique este síndrome, no debe impedir que se mantengan las expectativas o sospechas de posibles enfermedades intercurrentes.

El tratamiento para el Síndrome de Colon Irritable tiene como objetivo aliviar los síntomas. Los cambios en la dieta pueden ayudar a algunos usuarios, aunque no hay una, aplicable a todos. Las medidas más prácticas son una dieta rica en fibra, ejercicio regular y otras medidas para disminuir el estrés emocional, y en algunos casos, fármacos anticolinérgicos tipo Buscapina, (tuotromédico.com, en su última actualización de Mayo, 2006).

El pronóstico y complicaciones del síndrome del intestino irritable puede ser una alteración de muy larga evolución, incluso de por vida. Pero en general se alivia sin problemas, con el tratamiento farmacológico indicado, no presentando complicaciones mayores, aunque tiende a reaparecer cíclicamente.

Las personas que sufren de enfermedades psicosomáticas, probablemente que hayan tenido madres sobre protectoras que hicieron lo posible para evitarles el dolor y, de esta manera interrumpieron el desarrollo normal de la unidad psicosomática. Estos niños tardarán más tiempo o presentarán problemas para

registrar las sensaciones de su cuerpo, según explica Michael Fain, mencionado por (Machón, 2005)

Es delicado situar la frontera entre las enfermedades psicosomáticas y las biológicas, además de que, a su vez varía en muchos casos su grado de intensidad.

Existe una dificultad para delimitar el campo psicosomático, ya que encontramos contradicciones en este término según se aplique a toda la medicina o que se restrinja a ciertas perturbaciones. Dentro de estos trastornos de salud está el síndrome de colon irritable. Podemos recorrer toda la gama de enfermedades, desde aquellas en las que los factores biológicos, tóxicos, infecciosos, traumáticos o genéticos son determinantes, hasta afecciones en las que lo son los factores psicosociales, en forma de emociones, de conflictos actuales o antiguos. Pero ya se trate de unas o de otras, es preciso no perder de vista la unidad psicosomática de la persona enferma (Weiss y English, citados por Machón, 2005).

***“La medicina psicosomática no reconoce menos importancia que la medicina general a los factores orgánicos, sino que valora más los factores psíquicos, con lo que devuelve a un antiguo principio su valor, según el cual el espíritu y el cuerpo no son elementos opuestos, sino interdependientes” (Machón y Urbano, 2005:s/p).***

La autora antes mencionada, en su teoría de la "Especificidad de Respuesta" se basa en la concepción de la debilidad genética de un órgano. Según dicha teoría, cada persona tiene una parte de su cuerpo predispuesta a enfermar, independientemente del factor estresante que él o ella experimente. La enfermedad que puede surgir está determinada por el "eslabón más débil" dentro de su sistema funcional orgánico. Un individuo (con constitución personal vulnerable en uno de sus órganos) es más probable que desarrolle una perturbación, que otro individuo con menor predisposición, ante las mismas situaciones estresantes.

Hay personas que se enferman a partir de situaciones relacionadas con su estado emocional, con su rasgo de personalidad o estilos de afrontamiento ante diferentes situaciones estresantes. Estudios clínicos efectuados en enfermos en los que se ha podido establecer todos los antecedentes biográficos han demostrado la existencia de una relación cronológica entre la evolución de su enfermedad y las vicisitudes de su vida afectiva. La situación que precipita al sujeto a la enfermedad reviste para cada paciente una significación afectiva particular, porque está unida al pasado o a una problemática conductual no resuelta. Por esta razón tiene para él o ella un efecto estresante. Por tanto, los afectos pueden, por una tensión emocional crónica inducir la producción de trastornos funcionales crónicos y después la lesión orgánica. Por otro lado, si la expresión motora o verbal de la agresividad o de la ansiedad está bloqueada, las descargas del sistema nervioso central son devueltas hacia el sistema vegetativo, produciendo desórdenes patológicos en el funcionamiento de los órganos.

En ocasiones hay factores no especificados que se asocian al estrés y que pueden inducir efectos adversos sobre el curso o tratamiento de condiciones médicas generales (por ejemplo factores demográficos, culturales o interpersonales). El estrés a su vez influye en la disminución de defensas. El estado mental interviene de forma indirecta, pero real, en la resistencia a las enfermedades infecciosas, influyendo sobre el terreno en el que los gérmenes patógenos ejercen su acción.

Se ve así que la causalidad de la enfermedad no es lineal ni unívoca, sino multifactorial. Los trastornos orgánicos pueden ser desencadenados o agravados tanto por causas psíquicas como las biológicas.

La implicación de lo psíquico y lo biológico lo podemos constatar, ya que no existen trastornos psicoafectivos que no afecten al cuerpo en sus manifestaciones,

por ejemplo la angustia, la excitación, la depresión, la rabia. Pero también vemos que las enfermedades orgánicas provocan trastornos psicoafectivos, como por ejemplo preocupación, temores, tristeza, angustia, y otros. En todo caso, esta interrelación ha de ser probada de una forma rigurosa para aconsejar una intervención terapéutica, distinguiéndolos de los acontecimientos que forman parte de la normalidad en el diario vivir del ser humano. Al ser éste, un ser complejo, que difiere de las demás especies del planeta, por la complejidad de sus actividades y actitudes ante ellas, debemos acudir a la corriente epistemológica que se basa la esencia del ser humano, de su actividad y de su actitud.

## **El Humanismo**

El presente estudio trata de lograr una integración de la Enfermería en Salud Mental con el método tradicional de intervención a usuarios con alguna dolencia física, basado principalmente en la separación que existe entre la mente y el cuerpo, (Capra, 1998). Capra al igual que Sartre, cuya ambición fue la de revolucionar los fundamentos de la psicología, motivados por una profunda insatisfacción con la psicología moderna, con su planteo positivista y su pretensión de tratar a los fenómenos psíquicos como si fueran fenómenos naturales, aislándolos y separándolos de la conciencia que los ha constituido.

***“Por humanismo se puede entender que es una teoría que torna al hombre como fin y como valor superior. Podríamos dar un valor al hombre de acuerdo a los actos más altos de ciertos hombres, o sea que toda actividad humana, aunque se trate de algunos pocos, “responsabiliza” a todos de la actividad realizada“(Sartre, 1998:43-44).***

Agrega que al Humanismo se le puede dar otro sentido, que puede basarse en el hecho de que el ser humano está continuamente fuera de sí mismo; y que es proyectándose, fuera de sí mismo como hace existir al ser humano. Es persiguiendo los fines trascendentales como puede existir; el reboamiento de

éste. La relación con el Humanismo está en el corazón. No hay otro universo que el humano, de la subjetividad humana. Aclara que:

***“Se llama Humanismo, porque recordamos al ser humano, que no hay otro que él mismo, y que es el desamparo donde decidirá de sí mismo; y porque mostramos que no es volviendo hacia sí mismo, sino siempre buscando fuera de sí un fin que es tal o cual liberación, tal o cual realización particular, como el hombre se realizará precisamente en cuanto a humano,( Sartre, 1998:44).***

Al igual que Sartre, nuestra intención como enfermeras es investigar e ir más allá del síntoma y entender que causa dicha disfunción física, ya que desde el punto de vista orgánico no tiene origen ni causa que justifique el padecimiento. Al respecto de la investigación Carl Rogers (1996:25) dice que ésta exige mantenerse a distancia y tratar de enfocar esta rica experiencia subjetiva con objetividad y aplicar los métodos científicos para determinar si no ha habido engaño.

En la dirección electrónica <http://meditaciones.org>, al referirse al Humanismo descrito por Sartre, se menciona que las imágenes mentales no son simples “repeticiones” de datos externos, de objetos, o de hechos; la función imaginativa, al contrario, revela la propiedad fundamental que tiene la conciencia de tomar distancia de las cosas, de trascenderlas, y de crear libremente otra realidad, como es la actividad artística.

Sartre reformula el concepto fundamental de la fenomenología –la intencionalidad de la conciencia como trascendencia hacia el mundo: la conciencia trasciende a sí misma, se supera continuamente hacia el mundo de las cosas. Pero el mundo, a pesar de ser el soporte de la actividad intencional de la conciencia, no es reductible a ésta: es lo otro para la conciencia, es la realidad de las cosas y los hechos, realidad maciza y opaca, dada, gratuita. El mundo es absurdo e

injustificable: está ahí, pero podría no estar porque nada lo explica; es contingente, pero sin embargo esta allí, existe. (<http://meditaciones.>)

Hay otros autores que basan su obra en esta corriente como es Carl Rogers, que al referirse a experiencias que él califica como sus enseñanzas, cuando dice que:

***“No podemos cambiar, no podemos dejar de ser lo que somos, en tanto no nos aceptamos tal como somos. Una vez que nos aceptamos, el cambio parece llegar casi sin que se lo advierta. (Sartre, 1996:27)***

Con esta frase se reafirma la importancia de conocerse y de aceptarse como persona y como ser humano, sustento teórico de vital importancia en el proceso de creación del Informe de Intervención de Enfermería en Salud Mental.

***“...el hombre no es de otro modo más que como él mismo se hace. Este es el primer principio del existencialismo. Y es también aquello que se llama subjetividad y que se nos reprocha con este mismo término. Pero, ¿qué queremos decir nosotros con esto, sino que el hombre tiene una dignidad más grande que la piedra o la mesa? El hombre es, al comienzo, un proyecto que se vive a sí mismo subjetivamente;...nada existe antes de este proyecto;...el hombre, ante todo, será aquello que habrá proyectado ser”. (Sartre, 1996:46)***

## Teoría Género Sensitiva

Sin embargo, según otras teorías, como es la teoría género-sensitiva, y según el punto de vista de Lagarde (1992) en el que expresa que el ser humano más allá de la biología, como seres construidos, históricos, no naturales.

Afirma, que todas las personas han sido afectadas adversamente por la estructura socio-cultural sexista. Examina las contradicciones inherentes al intento individual, para crecer mientras se vive en un ambiente social que enseña los usos apropiados del poder. Limita el acceso a los recursos, basándose en el género, que es uno de los elementos simbólicos de identidad, unido a otros elementos, como lo son: clase, nacionalidad, edad, etnia, religión o ideología, entre otros. Un aspecto esencial de la identidad, es el cambio y éste lo vamos logrando conforme vamos viviendo, dentro de la misma sociedad.

Por otro lado la meta general de la teoría género-sensitiva, según Carter (1995) es incrementar las oportunidades para el crecimiento individual y colectivo de eliminar el sexismo y su impacto negativo en las personas. Se estimula el análisis de los roles sexuales tradicionales y los arreglos de poder en las relaciones, donde se debe tomar en cuenta el sistema de clasificaciones como dice Lagarde (1992), que la mayoría de los sistemas existentes en el mundo, se organizan, a partir de las características corporales, como lo que es ser hombre o ser mujer y la categorización jurídico política, territorial a la que se pertenece. Es esa, la base donde se construyen los géneros. Además, se toma en cuenta la clase a la que se pertenece. Este elemento modifica al género en sus formas potenciales de vivir.

***“Ser mujer es otro elemento que se convierte en un hecho natural. Y en tanto lo consideramos que las mujeres somos efecto de la naturaleza y no de la cultura, los elementos comunes de identidad no cuentan en la conformación de nuestra subjetividad, ni facilita que nos reconozcamos las unas en las otras.” (Lagarde, 1992: s/p)***

En este sentido, es un sistema sexo-género, se supone la dominación de la mujer por el hombre.

La socialización y la construcción de la identidad de género se convierte entonces, en nuestra cultura, en un proceso que responde a estereotipos y comportamientos esperados socialmente, fácilmente transmisibles a través de la familia, la educación, las iglesias y el Estado.

La sociedad en que vivimos también hace diferencia entre las mismas mujeres, porque se debe de tomar en cuenta que estamos en un mundo patriarcal, lo cual, invisibiliza los elementos comunes de la identidad femenina y desde el aspecto de género, se sobrevaloran aquellos elementos de identidad, que son diferenciadores para las mujeres. Lo podemos ejemplificar, con las mujeres obreras y la mujeres profesionales, porque existe distancia de unas a otras, siendo éste un factor que nos debilita y vulnerabiliza, como personas expuestas a sobrellevar cargas asignadas por la misma sociedad, que nos ha enseñado que debemos "ser para los otros" olvidándonos de nosotras mismas, lo podemos ver a través de la maternidad, en el erotismo, o en cuidar a familiares y a otras personas que lo necesiten. El vivir para otros ya es una construcción social de la identidad genérica, donde la mujer tiene el ideal máximo de perderse en los otros, creando una dominación de los hombres sobre las mujeres. Esto quiere decir que mucho antes de que las divisiones de clases fueran creadas, los hombres habían comenzado a dominar a las mujeres. Esto lo relacionamos con el patriarcado que es la opresión de clases. Este hecho tiene enorme implicaciones, ya que ha modelado a la sociedad y a los valores humanos en diferentes formas, (.Laverde y Sánchez, 1986).

Estos hechos de opresión sirven para crear y mantener el poder de los hombres sobre las mujeres siendo la misma un acto de violencia hacia ellas. Es importante

recalcar que estos hechos han sido transmitidos por medio de modelos patriarcales y de generación a generación. Donde algunos hombres aprenden que las mujeres, los niños, las niñas y los(as) jóvenes les pertenecen y que, por lo tanto, pueden ejercer su poder sobre ellos(as). Las mujeres por su parte, aprenden que la sumisión y la resignación son intrínsecas a su condición de mujer.

### **Violencia intrafamiliar**

Se define la violencia mas ampliamente, como cualquier acción que obligue a la persona afectada a hacer algo que no desea hacer, le impida hacer algo que desea hacer, o le ocasiona temor.

El modelo género sensitivo, al igual que los de aprendizaje social, reconoce la necesidad de educar a los ofensores sobre habilidades de cuidado y comunicación pero, a diferencia de éstos, considera igualmente esencial rechazar los expectativas sexistas y los comportamientos controladores.

El eje central de la intervención con las personas afectadas es el empoderamiento. Se busca que la persona afectada reconozca las diferentes formas de opresión, revise sus concepciones acerca de la identidad femenina y masculina y desarrolle estrategias para lograr su independencia y autonomía.

***“Los demás no sólo las completan sino que les dan existencia...Son los otros los que nos dan existencia. De esa manera ellos pueden quitarnos la existencia y lo hacen al no dar la voz, al no dar la mirada, al no dar el nombre, al no dar el dinero, al no dar...” (Lagarde, 1992:s/p)***

Al sentirse mujer deficitaria de muchas cosas en su vida y en su construcción como persona, la enfermedad de cualquier tipo va aflorando y va siendo parte de

su estilo de vida y de su diario vivir, dando como resultado una persona enferma y sin causa aparente.

Un fenómeno que se puede analizar desde la perspectiva de género, es la violencia intrafamiliar, situación que se agudiza al encontrarse sentimientos de diferencia y superioridad entre los seres humanos.

En América Latina como en otros lugares del mundo, la familia sigue siendo la institución primaria en el proceso de transmisión de los patrones tradicionales asumidos tanto por el hombre como por la mujer. Vemos como se construye a la niña para ser obediente, pasiva dependiente, accesible y subordinada al hombre sin posibilidad de dar cuando adulta, una respuesta asertiva ante la agresión a que es sometida.

Es necesario entender, que la violencia intrafamiliar y el abuso sexual extrafamiliar no son un problema íntimo del ámbito privado o simplemente un asunto legal, según Ramellini y Meza (1997). Por su gran frecuencia y generalidad pero, sobre todo, por los efectos destructivos que provoca a nivel físico, psicológico, sexual y económico en el ámbito personal y familiar, la violencia intrafamiliar debe ser considerada como un problema de construcción social, en el que subyace un discriminatorio y violento proceso de socialización, que además de marcar diferencias, crea desigualdad y desvalorización, sustituyendo la cooperación en igualdad de condiciones por poder y manipulación.

Otra autora, la Dra. Gioconda Batres, costarricense, médico Psiquiatra e investigadora de género, quién es una de las primeras estudiosas de nuestro país de la realidad de las conductas abusivas hacia las mujeres y niños, en 1998 puntualizó:

***La violencia y el abuso contra las mujeres, los niños y las niñas, radica en el inmenso poder que a los hombres les confiere el patriarcado. Ellos construyen una conciencia de superioridad que internalizan en su proceso de socialización y les hace creer que tienen el derecho y la obligación de controlar y utilizar a las mujeres, niños y niñas. (Batres, 1998:60)***

La violencia intrafamiliar es consecuencia directa de una estructura jerárquica patriarcal construyendo una conciencia de superioridad que internalizan en su proceso de socialización y les hace creer que el varón tiene el derecho y la obligación de controlar y utilizar estos poderes. Las mujeres se ven afectadas ya que están en desventaja. Se ven minimizadas ante el poder y el ofensor.

El hombre es construido para ser independiente y agresivo, siendo la fuerza y la racionalidad las formas de expresión del poder que ejercen contra las mujeres, ellas se ven dominadas. Entre ellos existe una gran competitividad. En cambio para la mujer solo, el hecho de nacer mujer, hace que su vida se determine y diferencie en relación a la vida del hombre. Ella se ve despersonaliza, se le roba su identidad, se le anula y desde los primeros años de su vida, la niña comienza a sentirse subordinada por los varones. (Padre, abuelo, hermanos y otros).

Es en la familia (primer transmisor ideológico y en donde se dan importantes prácticas de socialización) donde se gesta esta construcción identitaria, que la despoja de una identidad propia, de persona individual y libre.

***“En nuestras pérdidas no solo incluyen a aquellos a quienes amamos, sino también las pérdidas conscientes o inconscientes de nuestros sueños, de ilusiones, de libertad, riqueza o poder, de expectativas imposibles, de nuestro yo más joven, de la seguridad, de partes y de roles nuestros muy queridos” (Fonnegra, 1989:1)***

Se aceptan como naturales e inmutables comportamientos estereotipados que contribuyen a presentar una imagen de mujer carente de objetivos propios y de

identidad autónoma. Desde el inicio de su vida, una mujer se siente desprovista de su libertad de ser humano independiente, como lo es el hombre.

Los cuentos infantiles también constituyen una fuente de transmisión ideológica en donde se enfatizan la absoluta dependencia de la mujer hacia el hombre y el valor de la riqueza como sinónimo de poder bondad y belleza.

De esta forma se inculcan expectativas, estereotipos y roles que llevan a la aceptación incuestionable de conductas y características asumidas como correctas que el fondo realmente son el rechazo a otras posibilidades de desarrollo. Por su parte, muchas religiones estimulan a la mujer la búsqueda de la "pureza" como apreciado atributo femenino, lo que conduce a la consideración de la práctica sexual como algo indebido y pecaminoso, cuyo goce es permitido sólo en hombres y que debe ser realizado por la mujer únicamente como obligación para fines reproductivos. Dentro de este contexto, los medios de comunicación, la iglesia y otros, representan a la mujer bajo dos modalidades: por un lado, madre esposa-ama de casa, cuya mayor preocupación es la felicidad de la familia; siendo ella la responsable del cuidado de todos los miembros de la familia y responsable en un cien por ciento del funcionamiento del hogar. Como es lógico pensar, toda esta carga, va a generar en la mujer, situación de angustia y desesperación no viven los demás miembros de la familia. Es un carga que pasa inadvertida y normal y que recae en mujeres: esposas, madres, hijas y nueras entre otras.

### **El género en el cuidado de otros y otras**

A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más en la atención de las personas mayores bien como cuidadores principales o bien como ayudantes de las cuidadoras principales, lo que significa un cambio progresivo de la situación. Cuando los

cuidadores son la pareja del matrimonio, hermanos o hermanas, es más fácil aceptar las atenciones de la persona enferma y viceversa, porque la ayuda del cónyuge se ve como una obligación como agradecimiento por los años de convivencia.

***Los cuidadores, habitualmente mujeres, deben atender también a las necesidades del resto de su familia (cónyuge e hijos). Decidir dónde y cuando invertir esfuerzos y energía es difícil. Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa. (Peco, 2005 S/P)***

Por otro lado, cabe destacar que aparece una mayor problemática cuando la cuidadora principal es la hija o la nuera del enfermo, debido al gran impacto emocional, que les supone, darse cuenta que su padre, su madre o ambos ya no pueden valerse por sí mismos, cuando hasta hace nada eran totalmente independientes. Además de lo raro que les puede resultar la situación de ser ellos quienes cuiden a sus padres, ya que implica algo totalmente imprevisto que les puede imposibilitar la realización de algunas actividades que pensaban llevar a cabo en un futuro inmediato.

En cada familia hay un cuidador principal que suele responder a las circunstancias necesarias, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre las personas que componen la familia. Cuando se asume el cuidado se piensa que va a ser algo temporal, aunque frecuentemente acaba siendo una situación que dura varios años, con una creciente demanda de cuidados por parte del familiar enfermo.

El perfil del cuidador típico es el siguiente:

- Mujer (en su mayor parte esposas, hijas o madres de la persona enferma),
- Ama de casa y co-residente con el enfermo.
- Cónyuges del enfermo, cuidadores mayores de 65 años (sobre un 25%), dada la importante morbilidad que suelen presentar a esa edad.

Pero sea quien sea el cuidador principal, la tarea de asistir conlleva la aparición de una amplia variedad de problemas de orden físico, psíquico y socio-familiar constituyentes de un auténtico síndrome (síndrome de estar quemado: Sobrecarga del cuidador).

Al darse todos los aprendizajes con las características de socialización ya mencionadas, se empiezan a suceder situaciones que se pueden convertir conflicto en la pareja.

Una pareja a medida que envejece en un matrimonio, reacciona ante las dificultades, alterando la relación con el mundo que los rodeaba. Esos cambios, a su vez, afectan la relación, cambiándolos como individuos y en sus relaciones.

Parece como si el matrimonio se hubiese desgastado lenta y firmemente con el tiempo, de una manera ordenada y regular.

***“¿Y porqué permanecemos en relaciones desdichadas? Lo hacemos porque creemos en el compromiso, porque nos sentimos atados por la ley. Porque no queremos herir a la otra persona. Lo hacemos porque creemos en nuestra propia bondad, en nuestra capacidad de arreglar las cosas. Lo hacemos porque no somos cobardes, porque no nos damos por vencidos, porque salir de esa situación cuesta dinero, tiempo y energía y otras relaciones, y sencillamente, porque no nos podemos permitir irnos, lo hacemos por nuestros hijos. Lo hacemos por nuestros padres, lo hacemos por Dios.”  
(Vaughan, 1986:14)***

Al respecto el mismo autor dice que, dadas las coacciones, no es de extrañar que jamás se terminaran las relaciones. Sin embargo, lo hace, tan universal esta experiencia, que todos somos expertos en ella. Considerando los múltiples factores que nos obligan a seguir con relaciones desdichadas y la frecuencia con lo que las terminan. La pregunta de ¿cómo nos arreglamos para salir de esa maraña y continuar? Sin embargo, son pocas las investigaciones acerca de cómo la gente hace transiciones fuera de las relaciones. Si bien, existen una voluminosa literatura sobre la separación y el divorcio, la misma de manera general, ignora las negociaciones entre los cónyuges a través del tiempo.

La autora se refiere a las investigaciones sobre las parejas que viven juntas y luego se separan, al dirigir la pregunta "cómo", Sociológicamente, la separación ocurre de una manera uniforme, siguiendo un esquema descriptible, a fin de separarse. Dos personas no solo deben deshacerse de sus pertenencias, sino de sus identidades.

Salir de una relación entraña, debe hacer una redefinición de sí mismo en varios niveles de pensamientos privados de la persona, entre cónyuges o parejas y en el más amplio contexto social en el cual existe la relación.

Cuando la persona que aún, sigue amando comprende que la relación se halla en graves problemas, la otra ya se ha ido en muchos sentidos. La persona rechazada se embarca entonces en una transición que la otra comenzó mucho tiempo antes. En consecuencia, el hecho de comprender la separación, depende de examinar el proceso en relación. ¿Si una de las dos es quien la ha iniciado o si la otra es dejada atrás?, situación, que según Vaughan (1986), es difícil identificar.

La separación es un hecho dramático de la vida, cuya trascendencia se refleja en la avidez de las personas para hablar de sus relaciones, inclusive años

después. Al intentar poner la historia en orden cronológico, no hubo nadie a quien se volviera a visitar, ya sea por razones de pena o por la pérdida de que sufrió, que al relatarlas, no tuviera en cuenta el paso del tiempo. Aunque las dimensiones psicológicas de la separación son obviamente importantes.

***“La separación comienza con un secreto. Una de las dos parejas empieza a sentirse incómoda en la relación. El mundo que los dos han construido juntos ya no “encaja” más. A menudo estas sensaciones aparecen muy temprano. En verdad, muchos informan que “sintieron haber cometido un error” antes de combinar la familia o antes de la boda o en el día de la boda o en la luna de miel. Nunca estuve psicológicamente casada, siempre me sentí forzada por los intentos que me llevaron a una unidad matrimonial” (Vaughan, 1986:26)***

Un secreto confiere a quien lo posee la capacidad de controlar el flujo de de la información. El poseedor puede retener la información, considerarla en privado y moldearla de manera que influya en el presente y en el futuro. Un cónyuge insatisfecho trata de remediar la situación. Para aliviar la incomodidad personal, la persona desdichada inicia acciones que, si son efectivas, podrían darle la noción de su propio yo y la identidad otorgada por la relación en armonía. El iniciador empieza a tratar de decirle a la pareja que algo anda mal. Es importante pasar este mensaje, por que la negociación no puede comenzar hasta que los dos cónyuges estén de acuerdo. Sin embargo de no ocurrir este acuerdo y uno de ellos abandona el hogar, el que queda que casi siempre es la mujer sufre una gran pérdida, que se asemeja con la muerte de un ser querido.

## **Duelo**

Según a donde quiera que miremos a nuestro alrededor y en cualquier momento de la vida en que lo hagamos, vemos que los seres humanos debemos enfrentar pérdidas permanentemente. No me refiero sólo a las pérdidas por muerte sino también a la sensación dolorosa, el reemplazar, cambiar y renunciar.

Para Fonnegra (1989), Las pérdidas no sólo incluyen a aquellos a quienes amamos, sino también las pérdidas concientes o inconscientes de nuestros sueños, de ilusiones, de libertad, riqueza o de poder, de expectativas imposibles, de nuestro yo más joven, de la seguridad. De partes y de roles nuestros, muy queridos.

No importa que tan capaces, qué tan fuertes o qué tan hábiles seamos, tenemos siempre que enfrentar muchas pérdidas y es importante aceptarlo así, pues se puede decir que el camino hacia el desarrollo y la madurez humana está pavimentado con pérdidas y determinado en gran parte por nuestra forma particular de enfrentarlas.

***“El término duelo, es el proceso de adaptación que sigue a las pérdidas durante nuestra vida- No es un estado, se trata de un camino con un principio y con un fin. Lento, largo extremadamente doloroso que todos debemos recorrer y que implica deshacer pedacito por pedacito el vínculo, la relación con ese ser amado que ya no está, y estar en nuestro mundo interno su imagen, su recuerdo”, (Fonnegra, 1989:2)***

La misma autora considera que no se puede llevar a cabo el proceso de duelo, si el resultado final será saludable y enriquecedor, o si será patológico frenando el crecimiento como seres humanos, lo cual dependerá de varios factores tanto de la persona, como del tipo de muerte. también se trata de la persona que murió y de la relación que tenía con nosotros, así como de nuestro medio, esto es, de aquellas personas y afectos con quienes podemos contar en esos momentos les de y de las cuales podemos derivar el apoyo, la cercanía, el duelo y la esperanza son tan importantes entonces.

También hay que ver cuantos y cuáles papeles desempeñaba esa persona en la vida. Por ejemplo, cuando se pierde a un cónyuge, no solo se pierde el marido o la esposa. Se pierde un rol que puede ser central para la familia, o el de ser parte de una pareja: se pierde el amigo íntimo, el compañero sexual, el proveedor económico, al amigo íntimo, el compañero sexual, la fuente de gratificación o el

hombro en cual podíamos apoyarnos, o sea pierden sólo dos o tres de esas relaciones, pero de todas formas, cada una de ellas genera un duelo.

***“De pronto, allí donde él o ella estaban, hay ahora un enorme vacío, un espacio que sentimos frío e imposible de llenar y cuya constatación despierta en nosotros inseguridad, honda rabia y punzadas de dolor”. (Fonnegra, 1989:3).***

Cuando se enfrenta al hecho de la muerte de ese ser especial, se queda suspendido en el aire, como atontados por el golpe. Quizás se continúa realizando lo indispensable automáticamente, pero con los sentimientos congelados. La ansiedad, el desarraigo e insomnio, así como partes de la reacción ante la pérdida, son características de esa etapa del duelo y expresan también el temor hacia el futuro con la inseguridad que produce el no poder contar más con ser afectivamente significativo.

No todo el mundo experimenta la misma intensidad de dolor o siente en la misma forma, pero es imposible perder alguien a quien se ha estado muy apegado sin sentir algún nivel de dolor. Para Kübler (1994), el proceso del dolor siempre se lleva a cabo consigo mismo. Algunas veces produce algo de ira y como a ninguno de nosotros le gusta admitir su cólera respecto a una persona muerta, entonces estas emociones son disfrazadas o reprimidas y prolongan el período de dolor que se manifiestan de otras maneras.

Se ha visto la reacción individual humana ante la muerte y el moribundo qué pasa con el ser humano en una sociedad empeñada en ignorar o eludir la muerte. ¿Qué factores, hacen que exista cada vez mayor la inquietud ante la muerte?

Los conflictos bélicos, en el mundo sean tal vez solo una necesidad de enfrentarse a la muerte, de conquistarla y dominarla, de salir de ella con vida, una forma peculiar de negar nuestra propia mortalidad.

***“Si pudiéramos empezar a considerar la posibilidad de nuestra propia muerte, podríamos conseguir muchas cosas, la más importante de las cuales sería el bienestar de nuestros pacientes, de nuestras familias y por último quizá de nuestro país. Si la ciencia y la tecnología no fueran mal utilizadas para aumentar la destrucción, para prolongar la vida en vez de hacerla más humana, si pudieran hacerse compatibles con la utilización del tiempo necesario para los contratos interpersonales a nivel individual, entonces podríamos crear verdaderamente una gran sociedad”( Kübler,1994: 34)***

Aunque cada persona intentará, a su modo posponer estos pensamientos hasta que se vea obligado a afrontarlos, sólo podrá cambiar las cosas si es capaz de concebir su propia muerte. Esto no se puede hacer en grupos ni por la red. Esto tiene que hacerse con cada ser humano solo. Cada uno de nosotros siente la necesidad de eludir este tema, y no obstante cada uno de nosotros tendrá que afrontarlo tarde o temprano.

Lograríamos alcanzar nuestra paz interior y la paz entre las naciones, si nos enfrentamos a la realidad de la muerte y la aceptáramos. Sin embargo las mujeres que somos históricamente y por socialización a las que se nos ha encomendado la tarea de hacer a todos felices, no tenemos el poder de dominar e mundo y mucho menos de dar la paz interior a los esposos, hermanos padres y de alguna forma minimizar ese miedo a la muerte, a la pérdida, ya que nosotras mismas somos vulnerables a ello. Sabemos que al nacer mujer éste, tiene una independencia relativa aún siendo adulta. Por modelage costumbre o socialización, se supone que para que una mujer sea feliz, aún cuando cambien las costumbres, necesitará apoyarse en el hombro fuerte de su compañero y un poquito dejarse guiar. Ser dependiente y débil para satisfacer la propia necesidad de reconocer como mujeres en la imagen legitimada socialmente. Por otro lado, en contradicción con este ideal de pasividad, se filtraban imágenes de las mujeres de generaciones anteriores.

***“La mujer se caracteriza por rasgos afectivos: dulzura, suavidad, emoción, pasividad, altruismo, devoción hacia sus semejantes, resignación. Pasividad y belleza. Necesita de la protección masculina porque se la considera “naturalmente débil”. Es el complemento necesario del hombre, en el que se destacan la actividad necesaria del hombre, en el que se destaca la actividad de inteligencia, la racionalidad, la seguridad, la autonomía, la voluntad” (Lombardi, 1988:28)***

El hombre es el fuerte y por lo tanto asumirá la protección de la mujer. Son estas diferencias esenciales las que se expresan en los distintos roles que asumen los hombres y las mujeres. Las mujeres por su parte, somos básicamente las esposas, madres e hijas y en consecuencia somos las que nos desempeñamos en las actividades domésticas, como si fuéramos la expresión de su naturaleza y no la de un trabajo socialmente asignado: como lo son las labores domésticas: limpiar, cocinar, aplanchar y mantener la casa, criar y educar a los hijos. Su desempeño es intrahogareño.

Estas formas asignadas socialmente, a las mujeres les produce la experiencia, de vivenciar desigualdad, inferioridad y sometimiento, produciéndoles un desgarró difícil de restaurar en el sentimiento y de autoestima, generándoles una situación concreta de asimetría.

### **Relaciones madres e hijas**

Para Lombardi (1988), la madre es la encargada de transmitir en la familia las normas de sistema social. La represión en la sexualidad de las hijas, está dentro de sus funciones básicas de madre. Esto las lleva también a transmitirles la sumisión, el sentirse “menos” que los hombres y ser mujeres criadas para servir a los hombres. Esto, en muchas ocasiones provoca el resentimiento de las hijas hacia su madre y por tanto se dan maltratos. a la vez las madres reclaman a sus hijas el por qué las maltratan. A esto es lo que llamamos: orfandad de hija, orfandad de madre. Continúa la autora diciendo que la cultura crea la imagen de una madre capaz de tener y darlo todo, fuente de comprensión y bondad, pero en

la práctica, la niña se encuentra con una adulta carenciada. No es coincidente para nada con la imagen del varón, quien ve a su madre más cercana a la imagen cultural.

Lombardi (1998), cree que las hijas perciben el impacto psíquico de las carencias maternas, las expresan o traducen en su subjetividad en sentimientos contradictorios que les ocasionan un agudo dolor psíquico. El temor, el miedo, la cólera, la lástima, la compasión, están entrelazadas en un ir y venir a través de ese vínculo tan cambiante en sus modalidades externas, como son los sentimientos.

***“Esta confusión y sensación de no ser contenida por la madre, genera una sensación angustiante de orfandad. Al ser la madre quien satisface nuestras necesidades de adulto, como la preservación, promocionándonos seguridad, crea en las mujeres una deuda de devolución nutricia. Luego, las hijas necesitan ser lo que se denomina: “hijas nutricias de madres cadenciadas” aquellas que llevan a la madre a cuestras” (Lombardi, 1988: 44)***

Un aspecto importante es que la mujer además de ser la que educa y transmite lo que aprendió a sus hijas, es la principal cuidadora en la mayoría de los casos y no sólo de sus sucesoras si no también de otros de sus familiares y adquieren responsabilidades que nunca hubieran imaginado tener.

## **2.2 Contexto Teórico- Metodológico**

En el contexto teórico metodológico se desarrollarán los temas que sustentan los ejes de sistematización de este programa de intervención en Salud Mental, por lo que se trabajará con el Modelo de Sistemas de Betty Neuman con el Enfoque Cognitivo Conductual y la Relación Interpersonal de Ayuda, que los desarrollaremos a continuación.

### **2.2.1 El Modelo de Sistemas de Betty Neuman**

El Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2002), es un sistema único basado en una perspectiva que brinda un acercamiento para la enfermería en un amplio rango de acción. Puede ser utilizado con una persona o con un grupo de personas, para atender problemas sociales. El mismo es un sistema dinámico porque está basado en una continua relación entre las personas, y el entorno, con los factores estresantes, los cuales, tienen un potencial para crear una reacción sintomática del estrés o alterar cierto efecto de algún tratamiento.

Esta teoría trabaja con el concepto de holismo integrando las partes y sub-partes del sistema, organizadas dentro de la interrelación total del mismo. Esas interrelaciones de las partes y sub-partes implica un cambio dinámico de energía, por lo que la enfermería la utiliza, para dar los cuidados en sus nuevas líneas de pensamiento permitiéndole así, avanzar como disciplina científica y con una nueva imagen profesional. (Neuman, 2002).

Este modelo de sistemas de Neuman centra su atención en los sistemas vivientes abiertos, y la relación de los estresores o las situaciones estresantes y las posibles reacciones del cliente/sistema tratando de obtener un equilibrio, para mantener y lograr su salud.( Neuman 2002).

Para la autora antes mencionada, este sistema está basado en las cinco variables que a continuación mencionamos, tanto en los campos intrapersonales, extrapersonales e interpersonales, donde se dará énfasis al significado que estas personas le dan a sus estresores o situaciones de estrés. Estas cinco variables tienen diferentes grados de desarrollo y un amplio margen de interacción potencial por lo que experimenta cambios constantemente, esto constituye un sistema abierto en interacción recíproca con su entorno, las variables se mencionan a continuación:

1. La variable fisiológica: se refieren a la estructura y función interna del cuerpo.
2. La variable psicológica: se refiere a los procesos mentales, interacciones del ambiente y sus efectos tanto interna como externamente.
3. La variable Sociocultural: se refiere a la combinación de los efectos sociales y culturales del entorno, del sistema y de las influencias de este.
4. La variable Evolutivas: se refiere a los procesos y actividades relacionadas con la edad del sistema (persona)
5. La variable Espiritual: es una de las consideraciones más importantes y necesarias para una perspectiva holística y de cuidado en el sistema, sistema -cliente.

Las cinco variables son consideradas simultáneamente, funcionan armónicamente o están estables en relación con las influencias de los estresores internos y externos del sistema. Estas cinco variables están dentro de la estructura básica y ésta a su vez, está inmersa dentro de las líneas flexibles, normal de defensa y las de resistencia.

Enfocado a determinar el sistema del cliente, como un sistema abierto de dos componentes el estrés y la reacción al estrés. Se trabaja a partir de la prevención secundaria, que se relaciona con la sintomatología seguida de una reacción de los estresores; está basada en un apropiado rango de intervención y un tratamiento para reducir los efectos nocivos causados por los estresores. El Modelo de Sistemas para Betty Neuman (2002), que ya mencionamos, nos explica que la máxima meta de la enfermería, es facilitar el óptimo bienestar para la persona a través de la conservación, consecución o mantenimiento de la estabilidad del sistema. Además el bienestar es una parte del continuo entre la enfermedad y la muerte. Enfermería debe basar sus acciones en la comprensión del vivir en la percepción y necesidades según el contexto donde el cliente se desenvuelve.

Los rápidos cambios sociales, las nuevas expectativas, roles, funciones y condiciones de la sociedad, crean nuevas áreas de estrés para la práctica de la enfermería, que, intenta permanecer estable, aunque flexible ante las acciones y

reacciones de las demandas internas y externas del entorno, convertido en un sistema complejo de roles y funciones, que brinda un cuidado holístico a las personas.

Acelerando el desarrollo e integración de la enfermería como una ciencia que toma lugar en el contexto de una organización con una estructura flexible. Como un gran sistema, la enfermería debe tener una relación recíproca con el ambiente o entorno y el sistema de cuidados de salud y con el gran sistema social de los alrededores, tanto para las partes como para los sub-partes de los propios sistemas.

Un sistema puede ser definido como un orden omnipotente de la unión de las partes. Dentro de esta definición la enfermería puede ser conceptualizada como un todo con partes más pequeñas. Toda la estructura es mantenida por las intercalaciones de los componentes del sistema a través de regulaciones de la dinámica de los sistemas abiertos. Un sistema implica el intercambio dinámico de energía, movimiento a través de la estabilidad de la cual tiene relación directa con la predicción de consecuencias. Para Neuman (2002), las necesidades de la persona son el primer paso en el cuidado profesional de enfermería y se fundamenta en una guía de modelos de sistemas.

El modelo de Sistemas de Neuman reúne estas condiciones ya que es un modelo conceptual comprensivo y es fundamentado en la Teoría de Sistemas. El mismo centra su atención en los sistemas vivientes abiertos, con la relación de estresores o las situaciones estresantes y las posibles reacciones del cliente/sistema, ya que los intercambios del entorno son recíprocos y tanto en el medio como en el sistema cliente pueden ser afectados positivamente de uno hacia los otros.

***“El sistema de Neuman basa su filosofía en el holismo y en la orientación al bienestar, la percepción y la motivación del sistema cliente, la dinámica de la perspectiva de la energía de los sistemas y la interacción de las variables con los entornos para mitigar la posible entrada de estresores internos y externos mientras que los cuidadores y el cliente forman una relación de compañerismo. Para negociar metas y decisiones para lograr retener el estado de salud y su restauración y mantenimientos” (Neuman, 2002:10)***

Cada usuaria en forma individual o en grupo es un sistema cliente único, cada sistema está compuesto por un común de factores o características íntimas dentro de lo normal que le dan un rango de respuesta, contenido en la estructura básica.

Existen estresores del entorno conocidos, desconocidos y universales, cada uno difiere de acuerdo a su potencial afectando el nivel de estabilidad del sistema de las líneas normales de defensa. Y con las interrelaciones de las diferentes variables psicológicas, filosóficas, socioculturales, evolutiva y espiritual, pueden afectar en algún momento las líneas flexibles de la defensa como respuesta a una posible reacción ante un simple estresor o una combinación de estos.

Cada sistema/cliente tiene un rango normal de respuesta para el entorno que es referido como la línea normal de defensa o bienestar, de estabilidad, que representa el grado de afrontamiento con los diferentes estresores. La línea normal de defensa puede ser utilizada como un estándar para la medida del grado de salud de un sistema. Cuando la línea normal de defensa es inefectiva en relación con un impacto en particular de algún estresor puede ocurrir una reacción dentro del sistema cliente. Esto ocurre cuando la línea de defensa ha sido penetrada y el cliente presenta síntomas de una enfermedad determinada, causada por uno o más estresores.

El óptimo estado de bienestar del cliente depende de la evaluación de todos los factores causales, a lo largo de acciones de enfermería que resulten relevantes en su intervención.

El Modelo de Sistemas de Neuman identifica estas fuerzas como estresores, a los que define como tensión producida porque tiene un potencial para causar inestabilidad dentro del sistema. Los mismos son considerados como inherentes neutros o inertes, según perciba el cliente al estresor y su naturaleza, este determina como se va a producir el efecto benéfico o nocivo. Estos estresores del entorno son clasificados de naturaleza intrapersonales, interpersonal y extrapersonal, presentes tanto dentro como fuera del sistema cliente.

Según la estrategia de afrontamiento que el cliente haya tenido en el pasado o su comportamiento en situaciones similares, donde las condiciones serán equivalentes. El afrontamiento está relacionado directamente con la percepción y la cognición del cliente. Donde la cognición determina cuánto estrés puede sentir, mientras que las acciones de afrontamiento tratan de frente reacciones (Lazarus, 1981) por lo que es importante tomar en cuenta el Modelo Cognitivo Conductual que Lazarus propone.

### **2.2.2 El Modelo Cognitivo Conductual**

Para Lazarus (1991), los acontecimientos estresantes pueden hallarse fuera del control del individuo, como es el caso de la muerte de un ser querido, una amenaza a la propia vida, una enfermedad incapacitante o perder el puesto de trabajo; también puede ocurrir que los acontecimientos estén fuertemente influidos por el individuo, como es el caso de los divorcios o el de someterse a un examen importante. La lista anterior contiene un buen número de experiencias negativas que resultan nocivas o amenazadoras. El estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno que es evaluado por éste como

amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar. (Lazarus, 1991)

La evaluación cognitiva es un proceso evaluativo que determina por qué y hasta qué punto una relación determinada o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante. El afrontamiento es el proceso a través del cual el individuo maneja las demandas de la relación individuo ambiente que evalúa como estresante y las emociones que ello genera.

La estabilidad del sistema implica un estado de balance o armonía que necesitan de un intercambio de energía entre el sistema y el entorno, para afrontar los diferentes estresores.

En la Enfermería la función consiste en mantener la estabilidad del sistema a través de diferentes contactos y efectos de los factores estresantes y ayudar al sistema a lograr un óptimo nivel o estado de bienestar. La enfermera crea los enlaces necesarios entre el cliente, el entorno, la salud y la enfermería para conservar el estado de armonía y en el programa de intervención de Salud Mental de Enfermería para las usuarias con el Síndrome de Colon Irritable, estos factores estresantes las usuarias lograron identificar y afrontar.

Por otra parte la psicoterapia cognitiva-conductual tiene dos partes, una es la reflexión conjunta sobre el problema donde la responsabilidad de la persona es contribuir plenamente a la definición del problema que no es más que aquello que le preocupa y lo lleva a la consulta, así es como llegan repetidamente a las consultas médicas situaciones somatizadas como lo es síndrome de Colon Irritable, manifestado en un dolor o un síntoma físico, el cual con la aplicación de este modelo, las usuarias lograron identificar las diferentes situaciones que más les preocupaba traduciéndolas en realidades dolorosas a las que tenían que enfrentarse. (Lázarus,1991).

Una vez establecida la visión que la usuaria tiene de su problema, bajo la guía de su terapeuta, se realiza un análisis funcional del problema, enunciándolo en términos operativos y modificables. Se fijan así los objetivos de la terapia y comienza el tratamiento. Este consiste en el establecimiento de un programa para modificar conductas, pensamientos y sentimientos relevantes, logrando hacer los cambios necesarios para obtener bienestar y mejor calidad de vida de las usuarias participantes.

Este tipo de terapia cognitiva conductual propuesta por el autor antes mencionado, parece poder manejar la ansiedad, ya que ha permitido solucionar problemas como fobias, obsesiones y demás trastornos asociados. La misma ha emergido también en los últimos años como una alternativa a la terapia psicodinámica tradicional. Al principio, su punto de vista, fue rebuscadamente científica, positivista y limitada, centrada alrededor del pensamiento clásico y operante radicalmente dissociado del pensamiento psicoanalítico. Más tarde empezó a desarrollar una mayor flexibilidad y a concebir en su interior el movimiento de terapia cognitiva, el cual se consideró como factores principales en la psicopatología con el éxito del afrontamiento, la forma en que la persona interpreta sus experiencias y se centra en las intervenciones necesarias para modificar los pensamientos y, con ellos, los sentimientos y los actos. (Lázarus, 1991).

### **2.2.3 Relación interpersonal de ayuda**

Para lograr expresar esos pensamientos y emociones es necesario obtenerlos por medio de una expresión natural, para lo cual es muy importante utilizar la relación interpersonal de ayuda.

Constituye un instrumento útil dentro de los procesos terapéuticos ya que los relatos que no logran expresar abiertamente las personas, sus emociones dolorosas, como por ejemplo: presentan llanto fácil, frustración y temor, por medio la misma hace el reconocimiento de situaciones invisibilizadas que no han logrado compartir ni reconocer con nadie anteriormente.

Para (Cian, 1995) nadie puede vivir sin comunicarse e interrelacionarse cordialmente con alguna persona. Se nace, se vive, se ama, se trabaja, en ámbitos comunitarios, por lo que, la necesidad de relación se desarrolla con el crecer mismo de la persona. Se requiere tiempo, espacio, ocasiones para adquirir un buen nivel de comunicación. Es necesaria sobretodo, una atmósfera relacional donde se sienta a gusto, en diálogo agradable con una sensación de bienestar y sosiego interior que le hace sentir comprendido.

Cada cual tiene su carga de problemas, sentimientos, emociones, experiencias que desea convivir en un diálogo que sólo florece allí, donde se rompen los barrotes de las prisiones interiores y se celebra en plenitud la libertad.

Continúa el autor, diciendo que los sentimientos negativos como los de odio, envidia, pesimismo, ansia patológica, pasividad, búsqueda de dependencia, el afán de prevalecer o dominar son como sustancias tóxicas o venenos psicológicos que contaminan la atmósfera psíquica y que son la raíz de un gran número de problemas, sea del individuo o de la comunidad. (Cian, 1995)

Una persona que no confiere las palabras el sentido que tienen porque no responden a su pensamiento o las dice con ardor virulento, qué relación puede tener con las realidades que para ella son pesadas, desagradables, y sin sentido, tales como hombre, amor, cultura, fe, justicia, verdad.

Para (Cian, 1995) el guardarse todo para uno mismo puede aumentar los fantasmas que deforman el mundo exterior y que tienden a invadir nuestro espacio mental, así nuestra energía vital estará cada vez más o menos disponible para intereses alternativos. Es imposible dominar y combatir los fantasmas si no los vemos, pero pierden su invulnerabilidad y se esfuman cuando cesan de ser invisibles.

Se nace, se vive, se ama, se trabaja, en ámbitos comunitarios, por lo que, la necesidad de relación se desarrolla con el crecer mismo de la persona. Se requiere tiempo, espacio, ocasiones para adquirir un buen nivel de comunicación. Esta es necesaria sobre todo, en una atmósfera relacional en la que poder sentirse a gusto en diálogo agradable, con una sensación de bienestar y sosiego interior donde que la persona se siente comprendida.

Al iniciar el proceso las usuarias, no podían identificar cual era su necesidad de expresar sus sentimientos mas profundos, pero sí se comunicaban con silencios o llanto al compartir sus experiencias, por lo que resultó útil trabajar con este instrumento de intervención.

Estas palabras que en muchas ocasiones son apagadas en estas usuarias y expresadas con un dolor emocional expresadas con llanto o silencio, sentimientos de culpa o de enojo, las cuales pueden ser somatizadas que en muchas ocasiones son los que causan el síndrome de colon irritable representadas con múltiples síntomas orgánicos no visibles como tal.

***“Dar a alguno la posibilidad de hablar es permitirle, rebajar el nivel de angustia que a veces crece hasta crear una auténtica sensación de ahogo. Hablar equivale a un drenaje emocional “me siento mejor”. “Me he quitado un peso de encima”. Estoy contento de haber hablado”, ¡hace tanto tiempo que sentía ganas de confiarme! “Gracias por haberme escuchado” (Cian, 1995:26 )***

Se sabe que para resolver un problema hay que modificar determinadas conductas, éstas en un sentido muy amplio. Consideramos entre ellas los pensamientos, los sentimientos y las emociones. Podemos llamar Terapia Cognitiva Conductual lo cual es un enfoque, que, sumado a otros instrumentos y técnicas como la Relación Interpersonal de Ayuda aplicadas en los procesos terapéuticos, logran los objetivos propuestos durante todo el proceso con las usuarias que participaron del Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental.

Para lograr identificar estas situaciones tan dolorosas se cuenta en este enfoque con la aplicación de algunos instrumentos, para definir un problema o situación estresante en la que se pueda actuar. La definición de dicho problema se determinará a partir de la utilización de Principios Técnicos de la Terapia Cognitiva, como son la Alianza Terapéutica, el Diálogo Socrático, el Descubrimiento Guiado y el Empirismo Colaborativo la Relación Interpersonal de Ayuda.

#### **2.2.4 Contexto institucional**

La implicación institucional con respecto a las personas que sufren de estas enfermedades son principalmente aumento de los costos de atención, crecimiento de las filas de espera, acrecentamiento de las incapacidades, encarecimiento de los costos debido a los constantes medios de diagnóstico, para control, ya sea invasivos como de laboratorio, estudios endoscópicos. Cantidad de medicamentos despachados con este fin, dando origen a múltiples disfunciones en su rol laboral y social, que van desde ausentismo en el trabajo y en múltiples ocasiones hasta invalidez aprendida, creando un sentimiento de impotencia, irritabilidad, temores, frustraciones, entre otros.

#### **Contexto inmediato**

El Hospital México, se construyó con el fin de crear igualdad en la atención en toda la población costarricense, su construcción se inició el 2 de abril de 1966, la cual finalizó el 15 de julio de 1968, se inauguró el 19 de marzo de 1969 y hasta el 1 de septiembre de 1969, se inician las labores en dicho Centro.

La población que compone el área de atracción ha ido creciendo y junto con ellos los diagnósticos han ido cambiando. La sociedad en general ha modificado su estilo y su comportamiento en general. El Hospital ante estos cambios y ante el compromiso que adquirió con la sociedad, se ha venido adaptando a estos cambios. Su misión dice que:

***“El Hospital es un Organismo de Salud que busca la atención integral y especializada de la población usuaria, así como el desarrollo de actividades de investigación y docencia, mediante servicios ofrecidos con calidad y calidez, de acuerdo con los valores y pilares de la Seguridad Social”***

Y cuya visión se compromete con la sociedad cuando dice que:

***“Seremos una organización de Salud moderna y altamente especializada en su atención al cliente interno y externo. Bajo criterios de una eficiente organización administrativa, trabajamos por la complejidad de atención procedimientos e intervenciones médico quirúrgicas con tecnología de punta, recurso humano motivado y capacitado, que garantiza alta capacidad resolutoria, liderazgo en la atención integral, oportuna***

***y de calidad para la prestación de los servicios con proyección nacional e internacional"***

Como datos generales, se puede decir que el Hospital México, es un Hospital Nacional General, semi-autónomo, ubicado en el distrito de La Uruca, el cual brinda Servicio de Internamiento y Consulta Externa, dividido en especialidades, entre ellas la de Gastroenterología, la cual atiende una población considerable, con un área de atracción de las provincias de Heredia, Guanacaste, Puntarenas, y Alajuela, además del Área Metropolitana con los sectores de La Uruca, La Peregrina, Tibás, León XIII, Barrio México, La Carpio y Rosister Carballo. Todas las personas son atendidas por medio de referencia del área de procedencia, excepto la Unidad de Urgencias cuyo ingreso es directo.

Consta de nueve pisos, en lo que incluye un sótano, donde se encuentra el servicio de urgencias y otros departamentos como el de Bioestadísticas, Admisión, Nutrición, Jefatura de Aseo y Vigilancia, Transportes, Patología y la Tomografía Axial Computarizada. Un piso con el Área Administrativa y la atención ambulatoria de las personas que requieren atención en Consulta Externa donde se atienden todas las especialidades distribuidas por secciones.

Además cuenta con siete pisos de hospitalización, primer piso obstetricia, ginecología y recién nacidos, segundo piso cirugía general, bucodentomaxilar, otorrinolaringología, oncología y ortopedia, tercer piso, urología, vascular periférico, otorrinolaringología emergencias quirúrgicas, unidad de cuidado intensivo quirúrgico y de neurocirugía, capilla, cuarto piso ortopedia, cirugía reconstructiva, oftalmología y neurocirugía.

El quinto y sexto piso son las áreas de medicina donde está cardiología, reumatología, medicina interna, endocrinología, hematología, nefrología, dermatología, gastroenterología, neurología, unidad coronaria y el séptimo piso están cirugía de tórax y unidad de cuidado intensivo médico.

Su diseño lo conforma una torre con suficientes áreas verdes a los alrededores y actualmente se está construyendo el área de la farmacia.

El servicio de Gastroenterología se encuentra ubicado en la Sección Uno B, de la Consulta Externa, consta de dos consultorios para la Consulta y con Salas para endoscopia baja, ( colonoscopías, flexibles y completas), además cuenta con una sala de procedimientos como Ph-metría y Manometrías, y con una sala completamente equipada para realizar procedimientos endoscópicos altos, con dos profesionales a la vez, (gastroscopías y colonoscopías diagnósticas y terapéuticas), además cuenta con una Sala de recuperación para todos aquellos (as) usuarios y usuarias que son sometidos (as) a procedimientos que requieren sedación o anestesia según indicación médica.

El servicio de Gastroenterología del Hospital México, atiende usuarios tanto hospitalizados como de la consulta externa, siendo ésta, un total de 1664 usuarios (as), con un promedio mensual de 552 personas, atendidas en el primer trimestre del 2006. No existe hasta el momento un registro de las consultas por diagnósticos, según nos informa la Oficina de Bioestadísticas del Hospital, si existe un dato de las personas que fueron hospitalizadas por el Especialista en Gastroenterología, egresando con un diagnóstico confirmado de Síndrome de Colon Irritable durante el período del año 2000 hasta el 2005, 37 pacientes para un promedio anual de 7.4% de usuarios egresados con ese diagnóstico de los cuales la gran mayoría son mujeres, representado por un 5.4% del total.

Pareciera que un 7.4% del total de la población que se atiende en el Hospital es muy poco, sin embargo esta cifra es sumamente significativo ya que los que se internan y egresan con diagnóstico de Colon Irritable, son los que presentan complicaciones y es por que su estado de salud física ya está muy alterada, muestran muchos síntomas y es por esta razón que son menos los casos que se hospitalizan, quedando en el grupo de usuarios vistos como pacientes ambulatorios de la consulta externa, sin que sus diagnósticos lleguen a ser

registrados en el Departamento de Bioestadística, como síndrome de Colon Irritable específicamente. Aunque si quedan registrados por el Especialista en el expediente clínico de cada persona, dato que a la fecha no se cuantifica como tal. Tampoco existe a nivel de los registros en la CCSS un dato específico de diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable, los mismos los manejan dentro del gran rubro de consulta de gastroenterología.

Las listas de espera se forman en su mayoría por usuarios multiconsultantes que a pesar del tiempo que tienen en tratamiento no han podido ser dados de alta debido al poco cambio o mejoría de su sintomatología.

Al respecto, es que se decide realizar la investigación, con el interés de demostrar que un enfoque desde la Salud Mental logre la mejoría en la muestra de usuarias seleccionadas.

Al respecto una de las médicas tratantes del Servicio de Gastroenterología opina, y considera de gran importancia el hecho que la enfermera en salud mental intervenga a los usuarios de este servicio, principalmente los que son diagnosticados con el Síndrome de Colon Irritable, ya que es con estos usuarios que se evidencia la causa psicósomática de la enfermedad.

También considera que la atención integral a las usuarias y los usuarios mejora en su proceso de tratamiento.

***“Realmente la intervención es importante porque el Síndrome de Colon Irritable, es una patología que tiene probablemente dos vertientes, una orgánica que es la manifestación que se relaciona propiamente con todo lo que es orgánico, pero la génesis se ha relacionado más que todo con las manifestaciones del estado de ánimo, síndrome depresivo, se ha visto durante los últimos años, lo cual está probado. Generalmente en nuestro sistema de salud, es difícil conseguir un manejo dual, porque usted sabe que la necesidad existe hace mucho tiempo, pero es importante poder abordar a los pacientes no solo desde el punto de vista orgánico sino también desde la Salud Mental” (Dra. Madrigal, 2006)***

Otro de los aspectos que ella considera es que estas intervenciones de salud mental se deben abordar desde una clínica interdisciplinaria.

# **Capítulo III**

## **RECUPERACIÓN DE PROCESO VIVIDO**

### **3.1 Reconstruir la historia**

Este programa se inicia a raíz de la necesidad de crear un espacio terapéutico para usuarias que asisten a la Consulta Externa del Servicio de Gastroenterología, del Hospital México, diagnosticadas con el Síndrome de Colon Irritable. Lo anterior debido a que no existe un espacio de atención integral para estas usuarias.

Aprovechando la oportunidad de que en el Servicio de Gastroenterología se encuentra una Enfermera en Salud Mental se trabajó en forma integral realizando intervenciones de salud mental, a usuarias (os) con diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable quienes estaban presentando situaciones muy estresantes, referidas por los gastroenterólogos y la gastroenteróloga, quienes fueron los y la que las refirieron. Estas intervenciones fueron no programadas ya que no existe el espacio para desarrollar formalmente las mismas. Es debido a esta necesidad que surge el interés tanto del equipo Médico como de Enfermería en Salud Mental el implementar un Programa Intervención de Enfermería en Salud Mental, el cual ya está probado, con la realización y el desarrollo del mismo, dirigido a usuarias con el diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable como parte de la Residencia Práctica.

#### **3.1.1 La práctica misma**

Al ser el Síndrome de Colon Irritable de origen psicosomático que nos puede llevar hasta complicaciones serias en nuestra salud, consideramos importante trabajar con una población de seis mujeres, quienes fueron seleccionadas por el médico tratante, especialista en gastroenterología quien ya había descartado previamente alguna enfermedad orgánica por medio de diagnósticos, como son los estudios endoscopios altos y bajos, exámenes de rayos equis, laboratorio entre otros, los cuales resultaron negativos y cumplieron con los siguientes

criterios: diagnosticadas con el Síndrome de Colon Irritable, que sean mujeres adultas, con edades entre los 29 años y los 68 años, atendidas en el Hospital México en la consulta externa.

Las terapeutas al recibir las interconsultas, se contactaron con las seis usuarias por medio de una llamada telefónica. Se les concedió una cita para el desarrollo del Programa de Intervención en Salud Mental. Se les entregó un formulario para obtener el consentimiento informado donde autorizaron su anuencia a participar en el Programa de Intervención de Salud Mental. Se les explicó el programa de intervención, además se les garantizó la confidencialidad en el manejo de la información y resultados obtenidos durante el desarrollo del mismo.

Cada terapeuta atiende a tres de las participantes de la siguiente forma: el día martes una usuaria a las 3pm, el miércoles 3:00pm y el viernes a las 2:00 p.m. atendidas por la Licda. Leticia Rojas. Las otras tres usuarias son atendidas el día miércoles a las 3:00 pm, el viernes a las 10:00am y a las 3:00 pm por Licda. María E. Alfaro, durante cinco semanas consecutivas.

El programa que se planteó fue desarrollado en tres fases las cuales a continuación se describen:

### **Primera Fase: Valoración y definición del problema**

En esta fase de valoración se realizó la primera sesión del programa de intervención de Enfermería en Salud Mental, la misma se llevó a cabo de forma individual, con una duración de una hora para cada sesión semanal durante cinco sesiones consecutivas para cada usuaria las cuales se llevaron a cabo en un lugar equipado, siendo éstos los consultorios del servicio de gastroenterología, los que se encuentran apropiados para llevar a cabo el proceso terapéutico y con los elementos e instrumentos necesarios para su intervención.

- Se inicia con la Pre-entrevista: donde se registró la información del sistema familiar.
- Otro instrumento utilizado fue el de valoración/intervención basado en el Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2002). En la segunda parte de la entrevista se toma en cuenta el modelo aplicando las cinco variables en los campos intrapersonales, extrapersonales e interpersonales, Estas cinco variables tienen diferentes grados de desarrollo y un amplio margen de interacción potencial por lo que experimenta cambios constantemente, esto constituye un sistema abierto en interacción recíproca con su entorno.

**La segunda fase: consistió en la ejecución del Programa, el cual incluye:**

- En la segunda y tercera sesión se realizó una charla de educación con la usuaria sobre su situación de salud.
- De la segunda a la quinta sesión se trabajó con el entrenamiento en las técnicas de relajación y la medición de los parámetros fisiológicos, los cuales consistieron en el registro la presión arterial, la frecuencia cardiaca, los mismos se cuantificaron en cada sesión, y después de la relajación a cada usuaria.
- También se registró la valoración subjetiva del nivel de intensidad de la relajación y el registro de sensaciones experimentadas en el proceso. Se usaron las siguientes técnicas de relajación :
  - La respiración diafragmática ( 1 sesión)
  - Relajación autogénica (2 sesión)
  - Relajación imaginación guiada (3 sesión)
  - Ejercicios de tensión-relajación o muscular progresiva (4 sesión)

Consideramos que con el desarrollo de las técnicas e instrumentos antes descritos en el programa de intervención, se lograron las modificaciones de las conductas logrando las usuarias introducirlos en sus estilos de vida.

- Para la estimulación en la expresión de emociones, utilizamos la técnica “escribiendo sus secretos” todas las participantes utilizaron esta técnica la cual fue un espacio para expresarse, permitir verse ella mismas con situaciones que no había identificado como tal y mucho menos el dolor y daño que ese secreto les producía

### **Tercera fase: Evaluación y Seguimiento del programa**

En esta fase, una vez finalizada la ejecución del plan, con el fin de evaluar el proceso, se hizo un análisis y valoración de los datos cualitativos y cuantitativos obtenidos desde el inicio de la misma en conjunto con la usuaria.

La recolección de los datos estuvo a cargo de cada una de las terapeutas responsables del estudio, posteriormente se procedió al análisis y sistematización de los datos.

La descripción anterior se basa en la “ruta” que se va a seguir, estuvo conformada por los cinco momentos de Jara (1994), y los instrumentos utilizados para transitar por este camino son los siguientes, Relación interpersonal de ayuda que es una de las técnicas utilizadas en todas las sesiones del programa de intervención, como parte de del proceso.

En la pre-entrevista se utilizó un cuestionario para registrar la información de los miembros del sistema familiar, así como otros datos relevantes, relacionados con el tiempo de padecimiento actual, fecha de diagnóstico, tratamientos indicados, presencia de otros datos relevantes relacionados a su salud. Según Mcgoldrick (2003), la misma servirá como parte de una evaluación comprensiva, sistemática y clínica, que se utilizará como una herramienta interpretativa y que puede generar hipótesis tentativas para otras situaciones sistemáticas y ayudar a la familia a verse a sí mismas, de una manera distinta.

Además, la entrevista, se utilizó en la valoración e intervención basado en el Modelo de Sistemas de Betty Neuman (2002), descrita anteriormente en este mismo apartado.

La evaluación se lleva cabo desde la primera hasta la quinta sesión, con la pregunta escala que va de 01 a 10, donde 01 es sentirse muy mal y 10 es sentirse muy bien, se realiza también con respecto a la evolución del dolor, sensaciones y emociones, desde la primera sesión luego se realiza en la tercer y quinta sesión.

**Programa de intervención de Enfermería en Salud Mental a usuarias que asisten al servicio de Gastroenterología del Hospital México, con diagnóstico de Colon Irritable**

A través de todo el proceso de las cinco sesiones, se puso en práctica el programa que se elaboró previo al inicio de las sesiones, el cual se describe a continuación:

<b>Semana</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Actividad</b>	<b>Evaluación</b>
<b>1</b>	Identificar los estilos de vida y su relación con la Salud Mental.	Contrato terapéutico primera parte de la entrevista Entrega de la bitácora. Relación Interpersonal de Ayuda.	a)Retroalimentación b) Dar oportunidad para la expresión de sentimientos c) Aplicación de la pregunta escala.
<b>2</b>	Conocer las estrategias de afrontamiento que la persona utiliza ante las diferentes estresores.	Segunda parte de la entrevista(modelo de Sistemas de Betty Neuman), recibo y entrega de la bitácora, control de signos vitales antes y después de la relajación, relajación (imaginación y respiración diafragmática) Registro de sensaciones durante la relajación Estilos de vida saludable Relación Interpersonal de Ayuda	a) Evaluación de la bitácora. b)Evaluación de los parámetros de signos vitales c)Aplicación de la escala de nivel de relajación d) Dar oportunidad para la expresión de sentimientos f) Sensaciones experimentadas antes y después de la sesión
<b>3</b>	Determinar	Recibo de la bitácora, control de	a) Evaluación de la bitácora.

	<p>el significado que estas personas le dan a sus estresores o situaciones de estrés.</p>	<p>signos vitales antes y después de la relajación, (muscular progresiva), "escribiendo mis secretos" Registro de sensaciones durante la relajación Estilos de vida saludable. Relación Interpersonal de Ayuda</p>	<p>b) Evaluación de los parámetros de signos vitales                  c) Aplicación de la escala de nivel de relajación                  d) Evaluación de sensaciones durante la relajación                  e) Dar oportunidad para la expresión de sentimientos                  f) Aplicación de la pregunta escala.                  g) Sensaciones experimentadas antes y después de la sesión</p>
4	<p>Implementar un programa de Enfermería en Salud Mental dirigido hacia el afrontamiento adecuado del estrés y a la modificación de estilos de vida saludable.</p>	<p>Ejercicio de relajación (escoger por la paciente) Registro de sensaciones durante la relajación Control de signos vitales Estilos de vida saludable Relación Interpersonal de Ayuda</p>	<p>a) Evaluación de los parámetros de signos vitales                  b) Aplicación de la escala de nivel de relajación                  c) Evaluación de sensaciones durante la relajación                  d) Dar oportunidad para la expresión de sentimientos                  e) Sensaciones experimentadas antes y después de la sesión</p>

<p><b>5</b></p>	<p>Lograr que la usuaria identifique el cambio que sucedió durante el proceso tanto en su estado de salud como en su estilo de vida.</p>	<p>Devolución de los datos y cambios sucedidos en el proceso. Relación Interpersonal de Ayuda.</p>	<p>a) Dar a conocer por medio de una lista de cotejo donde visualizará los cambios o avances logrados. b) Dar oportunidad para la expresión de sentimientos c) Aplicación de la pregunta escala. d) Sensaciones experimentadas antes y después de la sesión</p>
-----------------	--	--	---

Con el fin de unificar criterios y de evaluar uniformemente los datos cualitativos, los cuales conforman los ejes de sistematización del proceso de intervención, es que se crea la siguiente unidad de análisis.

### Unidad de Análisis

Ejes de sistematización	Objetivo	Eje temático	Categoría
Los estilos de vida de cada una de las mujeres	Identificar los estilos de vida de las mujeres que padecen del síndrome de colon irritable y su relación con la Salud Mental.	Roles Estilos de vida Colon Irritable Relación interpersonal de Ayuda	R EV CI R
Lo que hacen las mujeres para afrontar los diferentes estresores	Conocer las estrategias de afrontamiento que la persona utiliza ante las diferentes estresores.	Técnicas de afrontamiento Relación Interpersonal de Ayuda	TA R
El significado que le dan las mujeres situaciones de estrés		Somatización Relación Interpersonal de Ayuda	S R
Las mujeres necesitan un espacio para expresar sus sentimientos dolorosos	Crear un espacio para que las mujeres puedan expresar sus sentimientos.	Diálogo socrático Relación Interpersonal de Ayuda Técnicas de manejo del estrés	
El programa de Enfermería en Salud Mental, dirigido a las mujeres, les permite identificar la relación que existe entre su situación o queja y su problema de salud.	Reconocer, clarificar y comprender la relación de su situación actual o queja con su problema de salud.	Escribiendo el secreto Pantalla de eco Relación Interpersonal de Ayuda	ES PE PM R

### **3.1.2 Relato cronológico**

Como requisito de graduación, se inicia la Residencia Práctica, dicha experiencia, se inició el primer día de clases, en el momento en el que las participantes deciden elegir como tema a desarrollar, la Propuesta de un Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental dirigido a mujeres con Diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable, con el fin de crear un espacio en la consulta de Gastroenterología para integrar el enfoque ya existente con dicho programa, con el fin de disminuir la sintomatología en las usuarias seleccionadas.

El criterio de selección se fundamentó en:

- Ser mujer
- Portadora del Síndrome de Colon Irritable, diagnosticada por parte de médicos del Servicio de Gastroenterología
- Que su sintomatología no haya cedido con medicamentos indicados
- Referidas por parte de médicos tratantes
- Escogidas por parte de las enfermeras a cargo de la propuesta de programa
- Cuya edad esté comprendida entre los 25 y los 65 años

Ya con la adecuada ubicación en el contexto en el que se llevará a cabo, además con el objetivo, objeto y eje de sistematización claramente definidos se inicia el proceso y se inicia con el planeamiento del programa de intervención. Se hacen las primeras revisiones de la bibliografía, en esa semana se hizo la primer reunión y la primer tutoría con la profesora M.Sc. María de los Ángeles Meza, el 20 de marzo se socializa por primera vez en el curso de Sistematización, en donde se consideró que dicha propuesta era viable y que cumplía con el objetivo institucional, académico y de socialización, se elaboran los objetivos de la propuesta, se le entrega el esquema de la propuesta a la tutora y se realiza una reunión el 25 de Marzo para continuar en la construcción de el programa.

En la cuarta semana se continúa con la construcción de la estrategia metodológica, además se elaboran los instrumentos de evaluación y la reunión de las participantes correspondiente a esta semana fue el 30 de marzo.

En la quinta semana se continúa con la construcción de la estrategia, con la búsqueda de antecedentes y con la elaboración de instrumentos, esta semana hubo dos reuniones el 5 y el 7 de abril y con una tutoría el 3 de abril en la cual la tutora nos da estrategias para continuar con el proceso de sistematización.

Los médicos tratantes, nos dan las posibles candidatas a participar en el proceso. Se estudian todas y cada una de las diez interconsultas con la información de estas mujeres, se seleccionan seis, aplicando los criterios antes mencionados, se llama vía telefónica a las usuarias, las seis mujeres aceptaron y se sintieron complacidas y muy afortunadas por haber sido elegidas para el programa, momento que se aprovecha para hacer la cita para el inicio de las sesiones.

En la sexta semana, las participantes se reúnen en dos ocasiones, el 10 y el 11 de abril, como parte de la construcción metodológica.

En la séptima semana, se da inicio con las sesiones del programa, tanto el 19 como el 21 de abril se realiza la pre-intervención con la aplicación de una entrevista, en ambas se hace el contrato terapéutico y además se identifica la necesidad de realizar una Relación Interpersonal de Ayuda, ya que durante sus relatos las usuarias entrevistadas dijeron sentirse muy conmovidas principalmente por el hecho de contar cosas de su vida, que en su momento les causó dolor. También se entrega la bitácora con las debidas instrucciones para su elaboración, esto con el fin de darse cuenta y de identificar los estilos de vida de las mujeres que padecen del Síndrome de Colon Irritable y su relación con la Salud Mental. Se llevan a cabo tres reuniones esta semana, una después de cada sesión, las cuales además de continuar con el proceso de sistematización, brindan un

espacio para compartir las experiencias de cada una de las enfermeras en la primera sesión.

En la octava semana, se continúa con las sesiones de las usuarias que faltaban. Se detecta el mismo fenómeno que en las pre-intervenciones de la semana anterior. Se nota la necesidad de una Relación Interpersonal de Ayuda, esto los días 25 y 28 de abril y las segundas sesiones el 26 y el 28 de abril en las que se les explica acerca de la importancia de conocer sobre colon irritable, tema que la mayoría conocían parcialmente además de técnicas de afrontamiento del estrés. Realizamos la revisión de la bitácora que se entregó en la primera sesión. Se efectuaron sesiones después de cada sesión con tutorías los días 24 y 26 de abril.

En la novena semana, se continúa con las segundas sesiones el 2, 3 y 5 de mayo, esta semana una de las participantes faltó, con previo llamado para la justificación de dicha ausencia; al igual que en las semanas anteriores, se hace reunión después de la sesión. Se entrega la bitácora a las usuarias para la siguiente semana, previa revisión de la semana anterior se giran instrucciones para la realización de ésta, a pesar de que se trata de la misma metodología.

En este nivel se ha podido identificar las estrategias de afrontamiento que la persona utiliza ante los diferentes estresores y determinar el significado que las mujeres le dan a los estresores o situaciones de estrés.

En la décima semana se realizan las sesiones correspondientes a la tercera sesión, también hubo una ausencia el 10 de mayo, la cual se repone el 17 de mayo. Se revisa la bitácora nuevamente y se realiza ejercicio de relajación planeado.

En la décima primera semana se realizan las cuartas sesiones, se repone la ausencia de la semana pasada y se hacen las reuniones los días 16, 17, 18, 19 y 20 de mayo, en las cuales se va clasificando información y se trata de ir dando forma al documento escrito, con la ayuda y tutoría de la profesora.

La décima segunda semana, se inicia con la socialización en clase, de la propuesta del programa, desde el punto de vista de Oscar Jara, utilizando el método de socialización. Además se van realizando las cuartas sesiones, para completar esta parte del proceso, los días 23, 24, 26 de mayo. Al igual que en todo el proceso, con reuniones por parte de las participantes después de cada sesión, en donde se hacen las correcciones al programa con recomendaciones al respecto recibidas por la profesora Rosa Granados Font. A este nivel ya las usuarias han logrado reconocer, clarificar y comprender la relación de su situación actual con su problema de salud.

La décima tercera semana, se realizan las quintas sesiones, con las cuales se culmina el proceso de intervención, en las que se realiza el cierre de las mismas a cada usuaria, con la evaluación respectiva, evidenciando aquí que crear un espacio para que las mujeres puedan expresar sus sentimientos es importante, hacemos énfasis en que serán evaluadas oportunamente.

Se continúa con el proceso de sistematización y con tutorías.

En la décima cuarta semana, se continúa con la sistematización, donde se aplica toda la información del proceso de intervención.

En la décima quinta semana, el lunes 12 de junio, se le entrega a la profesora tutora la "primera parte" del trabajo escrito del proceso de sistematización para su respectiva revisión, además se continúa con la elaboración de la "segunda parte".

Las reuniones por parte de las participantes, tanto individual como con la profesora con el fin de ir dando forma al documento escrito continúan. El lunes 26 de junio y el lunes 3 de julio se asiste a clases por última vez para presenciar la exposición de algunas compañeras de lo que será su defensa pública, además se nos entrega la fecha en que a cada grupo nos corresponderá realizar dicha defensa. El proceso continúa hasta el 17 de Julio, fecha en que se entrega el documento final.

### **3.2 Ordenar y clasificar la información**

El ordenar y clasificar la información permite reconstruir en forma exacta los diferentes aspectos de la experiencia que es catalogada como proceso.

#### **3.2.1 Resultados de la pre- intervención**

La pre intervención, fue la sesión clave en todo el proceso de intervención, a partir de ésta se logró definir las estrategias a seguir en las siguientes sesiones terapéuticas y es considerada como la sesión que marcó la pauta y nos reveló las modificaciones que se debían hacer en el programa previamente planeado, fue la única sesión en la que no se realizó ejercicio de relajación. En la primera sesión de cada participante surgió un emergente, en todas se debió dar atención en crisis, todas las participantes al contar su historia de vida, lloraron y refirieron sentirse mejor luego de haberlo hecho. Este primer encuentro con las usuarias fue muy enriquecedor e importante en el proceso por lo que a continuación se analiza

	<p><b>Cosas que hace para afrontar los diferentes estresores.</b></p> <p>“Es un malcriado, y de feria hace alianza con mi mamá y se ponen en contra mía. Yo lo que hago es que dejo de hablarles y me encierro a leer la Biblia” “ Yo a veces pienso que porqué será que si viven en mi casa me tratan tan mal, yo cuando me dicen groserías, pienso lo siento mucho, están en mi casa yo aquí hago lo que quiera, porque es mi casa”</p> <p><b>¿Qué significado le da esta mujer a sus situaciones de estrés?</b></p> <p>“Yo no entiendo que les pasa, los dos me dicen que soy mala y por eso me maltratan de palabra, pero ¿mala yo?”</p> <p>“Como es posible que los dos sean así con migo si yo me he entregado en cuerpo y alma”</p>	<p>Ella a este nivel de la primera entrevista o pre-intervención, logra decir algunas cosas que ella considera causantes de su enfermedad y que cree que con un poco de tiempo logrará cambiar. Ella sabe inconscientemente que algo está mal en su relación con la madre y con el hijo, pero precisamente por eso, por tratarse de las dos personas más cercanas a ella, no puede creer ni aceptar que ellos ejerzan tanta violencia sobre ella.</p> <p>Identifica que su hijo y su madre son la causa principal de sus enfermedades y que los dos la molestan demasiado, y a la vez sabe que su hijo aprendió a ser agresivo porque eso fue lo que vio en su padre, dice que ella nunca le enseñó a su hijo esas cosas tan terribles, a pesar de que él no vivió con mucho tiempo por el divorcio. Ella se siente responsable de la actitud de su hijo, y se excusa de su actitud cuando afirma que eso lo aprendió del padre, de ella no y sin embargo no pierde la esperanza en que él pueda cambiar, de su madre no espera nada.</p>
--	--	---

	<p><b>¿Necesitan estas mujeres un espacio para expresar sus sentimientos?</b></p> <p>“Viera que bien me siento cuando estoy aquí, usted me escucha me comprende me ayuda y me aconseja, me encanta poder contarle mis cosas a alguien, más que yo no confío en nadie, eso de hablar con usted me sirve de mucho”</p>	<p><b>“Si estamos convencidos/as y reconocemos que en la vida nada es acabado, estático, único y permanente, podemos reconstruir las relaciones de poder jerárquicas y opresivas, modificando actitudes, valores, formas de relaciones entre las personas, por relaciones respetuosas, tolerantes y solidarias, estaremos cambiando prácticas intolerantes y rígidas, dándole un nuevo sentido al poder para promover una vida sin violencia al interior de la familia y de la sociedad” (Quirós,2001:26)</b></p> <p>Quando viene cada día a la terapia, considera que se siente muy bien, en este espacio tiene con quien hablar, lo que más extraña o la diferencia que más se nota es que en este espacio no se la falta el respeto. En su casa no logra establecer una conversación de ningún tipo con nadie y es aquí, durante este relato cuando logra decir que mejor vivir sola, que para que tener a dos personas en la casa si ninguna de las dos le habla. En este espacio se siente escuchada, comprendida y es un espacio libre de violencia.</p> <p><b>“Cuando nos atrevemos a demostrar este mito de la familia, reconocemos que el hogar llega a ser para muchas niñas, niños, adolescentes, mujeres y personas mayores el lugar más peligroso. La violencia intrafamiliar está presente y ya es imposible ocultarla” (Quirós, 2001:33)</b></p>
--	--	---

	<p><b>¿Identifican la relación que existe entre su situación o queja y su problema de salud?</b></p> <p>“No me gusta que me traten así, cuando me gritan y me critican me siento mal y hasta he vomitado después de una discusión”</p> <p><b>Evaluación del dolor según la pregunta escala. En una escala del 1 al 10, cómo está su dolor hoy.</b></p> <p>“Hoy he estado muy cansada y me angustié mucho el tener que alistarme para venir aquí, pero en sí el dolor está como en 3, del 1 al 10, estoy en 3, espero que algún día mi dolor y toda esta incomodidad desaparezca”</p>	<p>Es casi de inmediato que logra hacer la asociación entre su dolor y los problemas interpersonales con su mamá y su hijo. Solo bastó con poder expresar lo que siente y lograr hacer el enlace entre los maltratos y su condición de salud.</p> <p><i>“El diálogo dirigido a la toma de conciencia de un esquema que se desarrolla en dos momentos. En el primero: el terapeuta dirige al paciente al reconocimiento puntual de las representaciones aparecidas en los episodios concretos y específicos en los que se presentó el desorden. En el segundo: el terapeuta invita al paciente a buscar los elementos comunes presentes en las representaciones aparecidas en los diversos episodios en los que se presentó el desorden”</i></p> <p><i>Semerari(2002:223)</i></p> <p>Por lo general el dolor pasa en estos niveles tan bajos ya que los medicamentos que toma no logran hacer una mejoría emocional en ella. Al no lograr identificar lo que pasa se somatiza la insatisfacción y el sufrimiento inexpressado, se comunica mediante el dolor y la inestabilidad corporal, haciendo la vida cotidiana más difícil cada vez más.</p>
<p><b>Virginia</b> Es una usuaria de 57</p>	<p><b>El estilo de vida de esta mujer.</b></p>	<p>El hecho de tener que cuidar a su mamá, la convierte en una persona</p>

<p>años, vecina de Curridabat, nació en Turrialba, en donde pasó toda su infancia y adolescencia, épocas de su vida teñidas por la infidelidad de su padre, el procreó 9 hijos fuera del matrimonio, los cuales ella siempre los aceptó como hermanos. Tiene 2 hermanos más dentro del núcleo familiar, uno mayor y uno menor que ella, el padre murió cuando ella tenía 7 años y dice que recuerda a su mamá muy infeliz, pero hasta ahora entiende las causas de esa infelicidad. Casada desde hace 35 años con un señor que se desempeña como chofer de bus, madre de cuatro hijos, el mayor es un hombre que se llama igual que el papá, el cual es el padre de las dos nietas que tiene, una de 12 años y otra de 6 años (la nieta mayor no es hija de él, pero la ven como nieta y no existe ninguna dificultad al respecto por parte de ningún miembro de la familia), las otras tres hijas están casadas y aún no tienen hijos. Su matrimonio, desde el inicio ha estado caracterizado por las constantes infidelidades por parte de su esposo, hace aproximadamente 10 años se dio cuenta que tiene tres hijos con otra mujer, ella dice que durante todo este tiempo ha vivido fingiendo que todo está bien, y no quería que sus hijos se enteraran de la verdad, ya que como padre ha sido ejemplar y</p>	<p>“Mi vida transcurre muy tranquila, por momentos en otros es todo un alboroto, como yo cuido a mi mamá, nunca salgo ni voy a ninguna parte, pero eso no me molesta. Hay una muchacha que me ayuda a hacer el oficio tres días por semana, además vienen a mi casa todos los días mis nietas, yo las cuido para que mi hijo y mi nuera puedan trabajar, ahora que ya todos están casados me siento sola porque ahora somos él y yo solos, sin nadie más. El viene de trabajar todas las noches me saluda, yo le contesto, le sirvo la comida, le tengo la ropa lista, en fin yo ni lo trato mal ni le tengo rencor, trato de que la fiesta valla en paz, y además vida íntima entre él y yo nunca más. Ese es un día en mi casa”</p>	<p>aislada, lejos de las demás personas y con muchas ganas de hacerlo y de brindarle lo mejor a su madre en los momentos que más lo necesita pero esta situación la hace pasar muy malos ratos y muchas dificultades al negarse a si misma como persona libre e independiente, ya no puede salir de la casa porque su mamá no puede quedarse sola. Para poder asistir a las sesiones, tuvo que pagarle a la señora que le ayuda en los oficios domésticos para que se quede cuidándola, solo sale cuando va a la consulta con el médico. Esta situación tan limitante le produce mucho estrés, sin dejar de lado el hecho de que las actividades bígamas de su esposo le causan mucho estrés también.</p> <p><i>“Un hombre que se compromete en la vida dibuja su figura, y fuera de esta figura no hay nada. Evidentemente, este pensamiento, este pensamiento puede parecer duro para aquel que no ha triunfado en la vida. Pero por otra parte, dispone a las gentes para comprender que solo cuenta con la realidad, que los sueños, las esperas, las esperanzas, permiten solamente definir a un hombre como sueño desilusionado, como esperanzas abortadas. No implica que el artista será juzgado solamente por sus obras de arte; miles de otras cosas contribuyen igualmente a definirlo”</i> (Sartre, 2003:29)</p>
--	---	--

<p>ella dice que no es quien para romper esa imagen que ellos tienen de su padre. Los dolores de estómago han venido en aumento desde hace algún tiempo, considera que Dios es el único que le puede ayudar con este problema de salud y con respecto al fracaso matrimonial piensa que Dios le tiene que ayudar a su marido ya que él es quien tiene que cambiar.</p>	<p><b>Cosas que hace para afrontar los diferentes estresores.</b></p> <p>“Yo me refugio en mis chiquitas, ellas son la luz de mi vida, yo no quiero que se las lleven, si no fuera por ellas yo no tendría con que entretenerme”</p> <p><b>¿Qué significado le dan estas mujeres a sus situaciones de estrés?</b></p> <p>“Yo creo que lo que más me duele es que no me hable, las infidelidades ya las</p>	<p>Ella sabe lo difícil de su situación actual, además está segura y convencida de que no puede dejar de cuidar a su mamá, porque ella es la única hija mujer y que si ella no lo hace, quien lo va a hacer. Lo de su esposo no sabe como hacerlo, aún no sabe como decirlo, pero si lo identifica como algo que le causa mucha infelicidad e inseguridad, tiene muchos fantasmas viviendo con ella, uno de los cuales es el hecho de dejar a sus hijos sin padre, a pesar de que ya no viven con ella, otro es el de que el matrimonio es para toda la vida, y como en esta etapa de la vida, va a dejar ese hombre solo, que va a hacer sin ella y ella que va a hacer sin él, no se comunican entre sí y no comparten más que la casa, porque la única actividad que realizan juntos es dormir.</p> <p><i>“Cuando la cuidadora principal es la hija o la nuera del enfermo, debido al gran impacto emocional que les supone darse cuenta que su padre, su madre o ambos ya no pueden valerse por sí mismos cuando hasta hace nada eran totalmente independientes”.( Peco, 2005)</i></p> <p>Ella considera que el estrés que sufre es solamente por su esposo, lo de cuidar a la mamá y a las nietas lo ve como una obligación, que la esclaviza pero, una obligación al fin, considera que se</p>
--	--	--

	<p>perdoné, pero que me ignore ..., me siento muy mal cuando lo hace”</p> <p><b>¿Necesitan estas mujeres un espacio para expresar sus sentimientos?</b></p> <p>“Me siento muy bien al poder expresar las cosas que no le puedo contar a nadie, ni siquiera a mis hijos, porque a ellos no se les puede hablar mal del papá, y no les puedo decir nada de cuidar a mami porque es mi mamá”</p> <p><b>¿Identifican la relación que existe entre su situación o queja y su problema de salud?</b></p> <p>“Cada vez que yo peleo o discuto con él me duele más,... cuando mi mamá se enferma a mi no me duele</p>	<p>sentiría más mal si no lo hiciera.</p> <p><i>“Las personas que tienen menos poderes con respecto a la/s que se les han asignado más poderes son las mas afectadas por la violencia en la familia” (Quirós, 2001:33)</i></p> <p>Ella considera que el hecho de poder contar estas cosas a alguien que no la critique es muy importante y valioso para ella, ya que a sus hijos no debe contar esas cosas ya que sería hablar mal del papá y decir que está cansada de cuidar a su mamá no está bien visto, porque es su mamá. Aunque no lo quiera aceptar, ella ve la terapia como una válvula de escape de su rutinaria e insatisfactoria vida.</p> <p><i>“El hogar se ha convertido en un espacio peligroso, inseguro e irónicamente, el lugar donde menos se posibilita el adecuado y armónico desarrollo físico, intelectual, sexual y psicológico de sus miembros y donde se concreta más visiblemente la práctica social de resolver los conflictos, obtener y mantener el poder, por medio de la violencia” Chaverri(1997:32)</i></p> <p>Se identifica en su relato la relación que existe, pero no la interioriza y le cuesta decir que va ha hacer para dejar de sentirse mal o que estrategia ideará para lograr la disminución del estrés o disminuir la sintomatología. Reconoce que sus cotidianidades son la causa,</p>
--	---	---

	<p>nada, pero cuando todo pasa, me da un dolor insoportable”</p> <p><b>Evaluación del dolor según pregunta escala</b></p> <p>“Hoy casi no he tenido dolor pero en general toda la semana he pasado como en 2”</p>	<p>pero aún no tiene los recursos internos para tomar decisiones al respecto.</p> <p><i>“Trastornos del sistema digestivo que ha sido asociado con factores psicológicos: presencia de alteraciones emocionales, estrés crónico, depresión, neurosis o ansiedad, o dificultad para adaptarse a nuevas circunstancias. Cuando existe cualquiera de estas condiciones se exagera el cuadro”</i></p> <p>El dolor muy pocas veces se va. Los problemas están todos los días con ella, pero a la vez piensa que no puede dejar ese rol de hija cuidadora y de esposa sufrida, porque así Dios lo quiere.</p>
<p><b>Eloisa</b></p> <p>Es una persona especialmente esmerada en su arreglo personal, la combinación de los colores es muy importante para ella, no menos que los accesorios y el maquillaje, tiene 58 años es hija única, nació de un matrimonio el cual se desintegró por violencia intrafamiliar caracterizada por agresión psicológica, ella cree que la agresión física nunca se presentó. Su padre falleció cuando ella estaba pequeña, su madre intentó tener una nueva pareja cuando ella era adolescente, relación que terminó por sospechas de agresión física, ella misma le dijo que mejor se fuera. Recuerda que durante toda su vida su madre</p>	<p><b>El estilo de vida de esta mujer.</b></p> <p>“Soy hija única y me casé con la persona que mi mamá quiso, lo quiero mucho pero no es el amor de mi vida, mis dos hijas ya se casaron y ahora el tiene parkinson y yo lo cuido, hasta cuando maneja lo tengo que ir guiando y eso me produce dolor, la angustia de que podamos chocar, pero nada tan terrible como el que mi mamá ya no esté conmigo”</p>	<p>Es con respecto a las cotidianidades, que ella se siente impotente, cotidianidad que ya no comparte con su madre, que ya dejó de ser su motor para salir adelante el día a día y a falta de su mamá el dolor y el malestar en general tomó ese lugar tan importante en su vida. Deja entrever situaciones que también le duelen, pero las evade y las niega y no termina de contarlas. En esta primera sesión solo cuentan su historia de vida, suficiente información para darse cuenta de que pudo haber causado dolor, pero refiere que nada le puede haber afectado más que su madre</p>

<p>vivió en función de ella, trabajó mucho para darle todo lo ella "necesitaba", todo lo material, tenía ropa nueva todas las semanas y la relación entre madre e hija era excelente. Cuenta que se enamoró de un muchacho en su adolescencia, el cual no era del agrado de su madre, por lo que hizo hasta lo imposible para separarlos, la manipulación llegó al extremo de mentirle a su hija para hacer que esta última lo dejara a pesar de amarlo con todo el corazón, según ella así lo interpreta. Terminó la secundaria y no estudió más porque tenía que casarse antes de los 18 años y ya casada no podía estudiar más porque tenía que atender al esposo. Para casarse con este hombre le puso una condición la que consistía en traerse a vivir con ellos su madre, si no lo hacía no se casaba. Luego deseaba con todas sus fuerzas ser madre, le costó un poco por muchos problemas de salud, ha sido intervenida quirúrgicamente 7 veces, y además 4 legrados, al final logró procrear dos hijas, las cuales son profesionales y ya se casaron las 2, con excelentes maridos según ella dice. Refiere que en general su matrimonio ha sido muy bueno y su esposo ha sido excelente esposo y padre, tiene mala relación con sus cuñadas, situación que según ella no ha influido en su relación marital. En este</p>	<p><b>Cosas que hace para afrontar los diferentes estresores.</b></p> <p>"Cuando yo siento mucha tristeza y empiezo a preguntarle a Dios ¿porqué se llevó a mi mamá? Y no tengo respuesta, me voy a caminar con el perro y después me siento mejor"</p>	<p>haya muerto.</p> <p><i>"El término duelo es el proceso de adaptación que sigue a la pérdida durante nuestra vida, no es un estado, se trata de un camino con un principio y con un fin. Lento, largo, extremadamente doloroso que todos debemos recorrer y que implica deshacer pedacito por pedacito el vínculo, la relación con ese ser amado que ya no está y estar en nuestro mundo interno su imagen, su recuerdo" (Fonnegra1989)</i></p> <p>Todavía no entiende porqué su mamá se murió, aún la llora todos los días, el duelo es protagonista en su vida diaria. El dolor tan inmenso ante la partida de su madre la tiene presa entre un montón de preguntas sin resolver, el reclamo a Dios es constante y ella no entiende porqué se quedó tan sola, para ella la compañía de su esposo no significa nada, más bien lo considera una preocupación más, la condición de salud actual de él es todo un dolor de cabeza para ella.</p> <p>"La identidad de las mujeres es una identidad basada en la dependencia hacia otros / as ¿Quién soy? "soy los otros / as, si los otros me miran existo, si soy de y para otros /as, si mi vida la dedico a cuidarlos, para hacerles bien me reconocerán, me amarán" Quirós, (Quirós, 1999:77).</p>
---	---	---

<p>momento ya su esposo está pensionado y padece de parkinson, su madre murió hace año y medio y no ha logrado superar emocionalmente esta situación tan difícil, aún no ha resultado el duelo y como si fuera poco si fuera poco dice que tiene que cuidar a su esposo por la enfermedad. Refiere que siempre ha sido muy enferma, pero que desde que su mamá murió, el dolor ha sido insoportable y que cada vez que su esposo maneja, ella tiene que ir guiándolo y diciéndole que hacer. Piensa que el hecho de haber sido elegida para este programa es un honor y lo que más desea en este mundo es dejar de sentir tanto dolor.</p>	<p><b>Qué significado le dan estas mujeres le dan a sus situaciones de estrés ?</b></p> <p>“No soporto vivir sin mi mamá, ella era lo más importante en mi vida, no se por que se fue, cada vez que voy al cementerio se me alborota el dolor”</p> <p><b>¿Necesitan estas mujeres un espacio para expresar sus sentimientos?</b></p> <p>“Que bonito que existan estos espacios para personas tan tristes como yo”</p>	<p>La ausencia de su madre es la causa de un dolor insoportable haciéndola perder su propia felicidad, alterando su rol social. Al ser mujer dependiente del amor de su madre, le hace sentirse sola, y sin ánimo de vencer esa soledad, produciéndole daño hasta en su salud física por la profunda fusión vital con su madre, al sentirse de otros o de otras. y a pesar que ella adora a sus chiquitas, para ser feliz, su mamá era imprescindible en su vida.</p> <p>Ya ella no puede seguir contándole a su hijas y amigas todo lo triste que está a pesar de que el dolor es diario no es tan grande como el dolor de haber perdido la madre.</p> <p>En la sesión se siente feliz al encontrarse con alguien a quien decirle sus sentimientos.</p> <p><i>“Una manera de ayudar al individuo a que logre abrirse a la experiencia es establecer una relación en la cual se lo aprecie como persona independiente, se lo comprenda y se valore con empatía su vivenciar interior, dándole la libertad necesaria para que pueda percibir los</i></p>
--	---	---

	<p><b>¿Identifican la relación que existe entre su situación o queja y su problema de salud?</b></p> <p>“Cuando voy al cementerio es el peor día de la semana, y tengo que ir porque le prometí en vida que yo no la abandonaba”</p> <p><b>Evaluación del dolor según pregunta escala.</b></p> <p>“Yo todos los días me siento muy mal, no soporto el dolor pero hoy me he sentido mejor que siempre, del 1 al 10, me siento como en 2”.</p>	<p><b>sentimientos propios y ajenos sin verse amenazado”</b> <b>(Rogers, 2003:25)</b></p> <p>Sabe que el pensar en su madre le hace mucho daño, sabe conscientemente que no va a regresar pero le encanta pensar en su mamá todos los días, dice que hizo una promesa con ella, entonces aunque le duela el estómago, siempre va a visitar el cementerio, dice que su mamá no se lo perdonaría jamás.</p> <p>Hoy se sentía mejor que el resto del tiempo y su puntuación era de 2, dice que la mejoría se basaba en poder compartir con alguien sus problemas, preocupaciones y sentimientos más íntimos.</p>
--	--	---

A continuación se presentan las intervenciones de la primera sesión realizadas por la Licda. María Eugenia Alfaro Solórzano.

Usuaría	Relato	Interpretación y Relación con la Teoría
<p><b>Iris</b> Usuaría femenina de 29 años de edad, Vive en San José. Con secundaria completa. Refiere que le gustaría continuar sus estudios, pero su situación familiar no se lo permite. Trabaja como auxiliar de farmacia. El sistema familiar está conformado por su madre y padre, ella es soltera, sin pareja y sin hijos Es la hija mayor, con un hermano de 26 años y una hermana de 16 años. Desde que recuerda es Víctima de violencia intrafamiliar, ya que sufrió agresión física y psicológica a causa del alcoholismo del padre. Tiene una madre sumisa. Cuida a su padre, ya que él sufre de</p>	<p><b>El estilo de vida de esta mujer</b> "Cuando como los alimentos, siento que me caen muy mal, a veces hasta el agua no tolero, por eso me preocupo porque me da temor tener algo malo. Además, tengo sobrepeso, y al no poder realizar las dietas, eso me hace sentir mal, aburrida y hasta me quita el ánimo de todo".  " me toca cuidar a mi papá en mi tiempo libre después</p>	<p>Este temor lo refleja la usuaria en muchas ocasiones con sentimientos como: llanto, enojo, tristeza, inseguridad y lo relaciona más con la intolerancia e ingesta de alimentos, que con cualquier situación problemática, o de estrés. Lo anterior por el rol que ella cumple en la sociedad, truncando en muchas ocasiones hasta su proyecto de vida, o sus derechos legítimos de ser humano, llevándola a no poder disfrutar con libertad, el gusto por la vida. <i>"En el ser humano, este proceso de valoración es eficaz en cuanto logra un automejoramiento, tal que sobreviene la apertura del individuo a las vivencias"</i> (Rogers,2003:25) Los cambios que ella logre con una valoración eficaz, la apertura dentro de sus recursos internos y haciendo las modificaciones necesarias para que alcance el automejoramiento en el beneficio de su propia salud tanto física como emocional.  La constante agresión física y psicológica que vivió desde la infancia, acompañado del modelo de</p>

<p>discapacidad posterior a un accidente provocado por el mismo problema de alcoholismo, Es proveedora por ser la que tiene la responsabilidad económica de su familia. Es la que tiene un trabajo más estable y el mejor ingreso económico. Tiene dificultad para relacionarse con otras personas con sus compañeros de trabajo o con sus familiares.</p>	<p>que llego del trabajo, para que mi mamá descanse, Desde hace cinco años que le ocurrió el accidente, porque andaba tomado, quedando en una silla de ruedas para toda la vida”</p> <p><b>Cosas que hace para afrontar los diferentes estresores.</b></p> <p>“Desde que yo tenía cinco años, mi papá me amenazaba con un cuchillo y recuerdo, que me escondía debajo de la cama para que no me hiciera daño. Actualmente me descalifica y me grita todavía, lo que hago es que me enojo mucho y me encierro y no habla con nadie”.</p>	<p>sumisión de su madre, la hizo crecer con temor vergüenza, acompañado de frustración y la inseguridad, afectando, su autoestima. Todo esto, provocó en ella, hacer propios los temores y sentimientos de la madre, haciéndola sumisa a la situación de agresión. Así lo reconoció la usuaria en la primera y segunda sesión.</p> <p>Cuando se realizó la relación interpersonal de ayuda, y el análisis de la bitácora, reconoció durante su proceso de terapia su propia realidad como mujer y ser humano.</p> <p><i>“Una de las principales razones de que la mayoría de cuidadores sean mujeres, es que a través de la educación recibida y de los mensajes enviados por la sociedad, favorece a la concepción de la mujer como más preparada que los hombres para el cuidado”. (Peco,2005)</i></p> <p>La usuaria consideraba que le correspondía ayudar en el cuidado de su padre discapacitado, como un deber de hija mayor y como un castigo por el odio que tenía hacia su padre, ya que su mamá le decía que eran ellas dos, las que les tocaba hacerlo, porque eran las que mejor se desempeñaban en el cuidado de su padre. No participaban al hermano y hermana, en el mismo, quedando así demostrado, que es una abnegada hija, que sigue el mandato social modelado y aprendido a lo largo de</p>
--	---	--

	<p>“ cuando me aparece el dolor y las molestias, a veces hablo con mi mamá, eso me hace sentirme mejor”</p> <p><b>El significado que le dan estas mujeres a sus situaciones de estrés.</b></p> <p>“Tengo mucho odio hacia mi padre, y a veces quiero que se muera, pero después de eso me siento muy mal y empeoró mi dolor”</p> <p>“cuando llegaba al trabajo no quería que nadie me hablara, porque andaba muy enojada y me pasaba todo el día con molestias increíbles en mi</p>	<p>su vida.</p> <p>Creció en un hogar donde su principal modelo era el de violencia intrafamiliar. Con amenazas con cuchillos y otras, por parte de su padre. Golpes, gritos, así como el alcoholismo con todas las consecuencias que éste, tiene en cada familia, creándole a esta usuaria un sentimiento de soledad, inseguridad, enojo y culpa generalizándolo al resto de los hombres, quitándole la posibilidad de formar una relación de pareja sin temores y ser mas segura de ella misma.</p> <p><b>“El género y la violencia son construcciones históricas que se modelan y aprenden, siendo reproducidas y reforzadas” (Chaverri 1997:63)</b></p> <p>Esas situaciones de violencia y agresión vividas en su familia a lo largo de su vida, la limitan. No puede afrontar el estrés y le produce mucho enojo el darse cuenta hasta ahora, que su enfermedad era ocasionada más por todo ese dolor sufrido desde su infancia. La preocupación por su enfermedad. la debería haber canalizado buscando ayuda. Ahora lo tomará en cuenta para afrontar e identificar estas situaciones estresantes.</p>
--	---	---

	<p>estómago.</p> <p><b>¿Necesitan estas mujeres un espacio para expresar sus sentimientos?</b></p> <p>“Vengo a esta terapia contenta porque con lo que aquí aprenda, mi vida cambiará. Nunca antes me habían dado la oportunidad de expresar lo que siento”</p> <p><b>¿Identifican la relación que existe entre su situación o queja y su problema de salud?</b></p>	<p>El poder expresar y compartir con su madre le ayudaba afrontar y mantener sus momentos difíciles.</p> <p>“Todas las personas tiene el derecho de vivir con dignidad y en un ambiente de relaciones interpersonales pacíficas y libres de agresiones, y sin discriminación” (Ramellini, 1997: 30)</p> <p>El ser mujer, la hecho vulnerable a aceptar los roles que la sociedad le ha asignado, perdiendo así sus derechos de ser humano. La ha colocado en un rol de sumisión aceptando el ser la proveedora y cuidadora, perdiendo de vista su propia identidad y derechos de mujer, provocando daño a su salud.</p> <p>El expresar muchas de las cosas que ella siente y algunas preocupaciones, le servían de desahogo que aliviaban mucho todos esos sentimientos que por muchos años los reprimió.</p> <p>“la remoción está en la base de la mayor parte de las perturbaciones psíquicas o psicósomáticas, pudiendo provocar una gran variedad de síntomas” (Cian, 1995)</p> <p>Existe temor a enfrentarse a situaciones estresantes o dolorosas, que la lastimen, toma una actitud de enojo y de odio, que aumentan los</p>
--	--	---

	<p>“Yo estoy enojada y a veces me siento culpable de muchas cosas que pasan porque todos hacen cosas que a mi no me gustan, y yo no hallo como defenderme. Eso me enoja y me carga. Luego me siento muy mal de salud.”</p> <p><b>Evaluación del dolor según pregunta escala</b></p> <p><i>“El dolor de estómago no es muy intenso y el malestar en general”. “El dolor ahora está como en 3”</i></p>	<p>síntomas y las quejas de dolor.</p> <p>La usuaria refiere que le cuesta llevarse bien con algunos compañeros de trabajo, pero que ella considera que es por su misma situación de salud, porque cuando alguien, la incomoda, ella no sabe como actuar, y lo canaliza enojándose o aislándose del grupo.</p> <p>La usuaria tradujo todo su dolor emocional y físico, en enojo, angustia, y frustración, aumentando su problema de salud. Esa frustración que no sabía canalizar, la alejaba de su familia, grupo social, aumentando también la soledad.</p> <p><i>“Una manera de ayudar al individuo a que logre abrirse, a la experiencia es establecer una relación en la cual se le aprecie como persona independiente, se le valore, y comprenda, con empatía su vivencia interior, dándole la libertad para que pueda percibir los sentimientos propios y ajenos sin verse amenazada” (Rogers,2003:25)</i></p> <p>Cuando a las personas que han sido lastimadas, violentadas en sus recursos internos, se les comienza a tratar con respeto, igualdad, es decir en forma humanizada, y sin ejercer presión, se les va a permitir avanzar para que logren hacer los cambios</p>
--	--	---

		<p>necesarios en forma positiva. De esta manera puedan lograr una vida plena, segura de si misma y no en función de otros.</p> <p>Ella, en este proceso pudo reflexionar e identificar como puede ayudarse para mejorar su condición de salud y como llegar a ser, una persona feliz, mejorar su condición de salud y su bienestar general. <b><i>“Las personas que desarrollan dichas enfermedades tienen una tendencia a ignorar las señales de su cuerpo, o en el caso de ser registradas, las consideran desprovistas de importancia.”</i></b> <b><i>Niklas (2005:41-50)</i></b></p> <p>En la primera sesión la usuaria no identificaba todavía el dolor, con su situación de salud. Conforme avanza el proceso, por medio de las técnicas utilizadas en el proceso, como son: la bitácora, escribiendo el secreto, y la relación interpersonal de ayuda, ella identifica que cuando se enojaba, por alguna situación estresante o problemática, su problema de salud aumentaba o se le agudizaba.</p> <p><b><i>“Toda hostilidad , agresión y cólera , no expresadas abiertamente, se vuelven contra la propia persona”</i></b>( Lombarda,1988:62)</p> <p>Ésta forma de identificar su situación de salud, con las situaciones emocionales y su mal manejo del estrés la lleva a hacer un cambio en</p>
--	--	---

		<p>la forma de afrontar las diferentes situaciones estresantes, logrando que su salud mejore.</p> <p>Al inicio del programa al aplicar la escala de valoración, que va de uno a diez, donde uno es mucho dolor y diez es nada de dolor, ella refiere que está en tres.</p> <p>Se nota que la usuaria maneja un grado de dolor importante que le produce angustia y estrés.</p>
<p><b>Anais</b>          Usuaria de 50 años de edad, hipertensa, con tratamiento.          Vive San José. Sufrió los embates del alcoholismo de su padre y de violencia intrafamiliar. Tiene una escolaridad de secundaria, trabaja como manicurista y vende productos de belleza.          Es viuda desde hace 17 años. Su esposo murió en un accidente de tránsito por causa de alcoholismo.          Es Madre de cuatro hijos, tres hombres y una mujer. Tiene una</p>	<p><b>El estilo de vida de esta mujer</b>          “Soy viuda y vivo actualmente en unión libre, con un hombre que no me valora. me siento sola, por no tener apoyo de mi pareja. Él no reconoce los esfuerzos que hago para trabajar en el hogar, como manicurista y como vendedora. Además de que tengo que cuidar a su nieto discapacitado, que me quita mucho tiempo en sus cuidados diarios y en acompañarlo a las citas médicas que siempre son muchas”.</p>	<p>En esta primera sesión doña Anais, se muestra muy triste, presenta hipersensibilidad al llanto, y refiere que ella a pesar de que tiene pareja, siempre se ha sentido muy sola, porque no siente apoyo de su parte. Cuando expresa que se siente sola, lo expresa con mucho enojo y llanto. Refiere que su enojo es con ella misma, porque cuando se unió a él fue porque ella necesitaba alguien que la acompañara, por el contrario, más bien vino a complicarle su vida. Le trae un niño discapacitado para que lo criara, pero muestra una actitud de indiferencia hacia ella. Se aprovecha de la co-dependencia que ella tiene hacia el niño cumpliendo el rol de cuidadora. Sin embargo ella siente que su pareja asume que por él amor que ella le tiene, también hay una obligación de parte de ella dentro</p>

<p>hija que vive en los Estados Unidos de 26 años, por la que se preocupa mucho. Sus otras dos hijas tiene 24 y 22 años de edad. Están casadas. El hijo menor tiene 17 años, estando ella en periodo de gestación de este hijo, momento de su viudez. El joven ha sido criado donde la abuelita.</p> <p>Participó en un grupo de viudos donde conoció a su segunda pareja. Éste, era viudo y tenía una experiencia similar con la muerte de su esposa, quién falleció a causa de un accidente provocado por él, bajo efectos de alcoholismo.</p> <p>Vive con este señor, en unión libre, desde hace 7 años. Éste señor tiene cinco hijos, una de las hijas con problemas de adicción a las drogas. , es madre de un niño de 7 años de edad con diagnóstico de Parálisis</p>	<p>“Cuando me uní a este hombre, perdí a mi hijo menor y esto me enoja mucho. Él no lo aceptó en mi propia casa, y cuando mi hijo viene de visita lo trata muy mal diciéndole que “es un inútil y un muerto de hambre”</p> <p>Los conflictos con mi esposo son constantes, porque cada vez que se enoja con migo me deja sola, porque se cambia</p>	<p>de esa relación, más que de amor, “La separación comienza con un secreto. Cuando empieza a sentirse incómoda en la relación. El mundo que los dos han construido juntos ya no “encaja”. Nunca estuve psicológicamente casada, siempre me sentí forzada por los intentos que me llevaron a una unidad matrimonial” , Vaughan (1986:26)</p> <p>Cuando la usuaria se refiere a su relación de pareja conflictiva acompañado de un acto de de violencia psicológica, crea sentimientos de impotencia, dependencia emocional, y de invalidez aprendida. Hay desesperanza, donde ella no puede salir, aunque en algunos momentos, sí identifica su propia realidad y el entorno que la rodea, llevándola cada día más a la hostilidad, tristeza y enojo. Se culpabiliza de haberse perdido el rol de madre, por unirse a un hombre que no la ama.</p> <p><i>“existía en nuestras madres una imposibilidad de expresarse, por lo que había incorporado como norma el ideal. Ni ellas podían comprender lo que les pasaba y por lo tanto, tampoco transmitirlo con claridad.” (Lombardi, 1988: 34)</i></p> <p>La usuaria al iniciar la relación con su actual esposo, tiene que decidir entre su hijo menor porque esa era la posición para que se diera esa</p>
---	---	---

<p>Cerebral Infantil.</p> <p>Presenta sordera y es una persona ciega. Gastrostomizado, y con desarrollo psicomotor de un año. Anais lo cuida desde el momento que se une a éste señor, porque esa fue la primera condición que él le propuso para su unión: Que ella tendría que hacerse cargo de cuidar a este niño. La otra de las condiciones es que ella no podría vivir con ninguno de sus hijos. Ella aceptó, por lo que tuvo que dejar a su hijo menor con la madre. Esto le provocado sentimientos de culpa y frustración.</p> <p>El sistema familiar actual está conformado por ella y su esposo, el niño Erick (que sufre de discapacidad antes descrita), la hijastra que temporalmente está con ellos pero que no asume el rol de madre con éste niño.</p> <p>La casa donde viven</p>	<p>de cuarto y no me dice nada"</p>	<p>relación. Es una madre carenciada generándole un sentimiento de deuda permanente porque pierde la oportunidad de continuar la crianza de su hijo. Ella maneja un sentimiento de culpa y malignidad por haber abandonado su rol de madre. Por otro lado siente que su pareja está abusando de su poder machista. Hay una relación desigual, él si puede pedirle que le cuide a su nieto con una enfermedad tan difícil, como es la parálisis cerebral infantil, mientras que si ella quiere permanecer con su relación, no le permite compartir con su propio hijo. Porque le niega hasta la comida, que es lo que más le afecta a ella. Esta diferencia de derechos y relaciones desiguales de poder, presentes en las familias que viven situaciones de violencia intrafamiliar, donde el poder patriarcal impera ante cualquier situación. El patriarcado, en este sentido es un sistema de sexo-género que supone la dominación de la mujer por el hombre,</p> <p><b>"La violencia y el abuso contra las mujeres, las niñas y los niños, tal y como ha sido investigada por la docta Walter, radica en el inmenso poder que a los hombres le confiere el patriarcado, ellos construyen una conciencia de superioridad que internaliza en su proceso de socialización y les hace creer que tiene el derecho y la obligación de controlar y utilizar a las mujeres y a los niños" (Batres, 1998)</b></p> <p>La Comunicación con su madre e hijo</p>
---	-------------------------------------	---

<p>desde hace 7 años, es una herencia de su madre. Le resiente a su esposo no fue capaz de ofrecerle un techo para vivir.</p> <p>Las relaciones familiares son disfuncionales. Relaciones conflictivas con su esposo, su madre, e hijo menor. (José) Tiene malas relaciones con su padre. Vive muy enojada por la agresión que él causaba a su madre y a todos hijos, incluyéndose, a causa del alcoholismo.</p>		<p>es disfuncional y con malas relaciones, debido a la situación de pérdida emocional del hijo y la lucha de poderes contra la madre porque compiten la crianza de su hijo y nieto de su madre.</p> <p><b>“El temor, el miedo, la colorea, la lástima. La compasión, están entrelazadas en un ir y venir a través de ese vínculo tan cambiante en sus modalidades externa, como son: los sentimientos. Esta confusión y sensación de no ser contenida por la madre genera una sensación angustiante de orfandad” (Lombardi, 1988)</b></p> <p>Su madre está ejerciendo un poder hacia ella, porque le cobra con manipulación la crianza de su nieto.</p>
<p>En cuanto a la relación con los hijastros: Se lleva mal con una hijastra, pero con el resto de los hijos de su esposo, tiene buenas relaciones. Ella Tiene cinco hermanos con los cuales mantiene buenas relaciones.</p>	<p><b>El significado que le dan estas mujeres a sus situaciones de estrés.</b></p> <p><b>“Mi mamá ni siquiera se da cuenta que cuando me dice cosas hirientes de mi hijo. ella me enferma con esa actitud. Yo lloro mucho y me enojo pero no le digo nada, me lo trago, siempre, porque si no se enoja y ese me tiene enferma de mi digestión”</b></p> <p><b>“Yo no existo como esposa, porque no me toma en cuenta ni en la intimidad ni para</b></p>	<p>En la primera sesión identifica que el trato que él le da a ella, es de mucha agresión, por eso ella lo expresa con enojo, tristeza y llanto.</p> <p>Por lo que de inmediato se trabajó con la intervención de la Relación Interpersonal de Ayuda, logrando un espacio de expresión de sentimientos dolorosos muy guardados durante su vida. La comunicación disfuncional está presente en todo momento en la relación de pareja y la madre.</p> <p>La usuaria sufre silenciosamente todas las descalificaciones que su</p>

	<p>ninguna otra cosa”</p> <p><b>¿Necesitan estas mujeres un espacio para expresar sus sentimientos?</b></p> <p>“Esta terapia para mí es algo tan importante y refrescante, porque puedo hablar libremente, de cosas que nunca me hubiera imaginado poder hablarlas. Estoy comenzando a encontrarme conmigo misma, y también he comenzado a enfrentarme a situaciones que siempre he sabido que se dan, pero me ha dado miedo enfrentarlas.”</p> <p><b>¿Identifican la relación que existe entre su situación o queja y su problema de salud?</b></p> <p>“Desde que me uní con este hombre que me enoja tanto y me saca de las casillas, mi vida es muy difícil. Tuve que asumir la crianza de un niño</p>	<p>pareja le hace y se invalida ante la presencia de un peder al que ella ha “naturalizado”, sin mirar la pérdida de su propia identidad de persona. Ese estrés que ella maneja por dolor emocional que le causa la violencia psicológica de su pareja altera su salud física.</p> <p>Refiere que su único desahoga era, asistir a las reuniones del grupo de su iglesia. Ahora que está asistiendo a este programa, le ofrece otras alternativas para desahogarse y la hace sentir que tiene una nueva oportunidad de afrontar la vida.</p> <p><b>“Al explorar las “comprensibles” razones para que el paciente no venga a sesión pueden descubrirse no solo temores o la crítica y a enfrentar impulsos y deseos reprimidos, sino la desorganización de la vida cotidiana correspondiente a estados confucionales los cuales impiden jerarquizar las actividades y percatarse del paso del tiempo “(Díaz, 2000: 253,254)</b></p> <p>La usuaria logra expresar los temores, miedos, sentimientos de culpa reprimidos por muchos años, abriéndole el espacio para logre enfrentar todos esos temores y pueda sentirse libre, mejorando así su condición de salud.</p> <p>Al evaluar esta primera sesión, ella no relaciona que su problema de salud física es producido por situaciones</p>
--	---	---

	<p>con discapacidad y eso me causa mucho cansancio, pero éste, no es por el niño, ya que lo siento como parte de mi vida y si me lo quitan, me provocará mucha angustia y eso aumentaría el dolor”</p> <p>El cansancio es por todas las actividades cotidianas presentes en mi vida. También potencializan mi situación de salud, los conflictos de pareja y la mala relación con mi madre e hijo. Éstas, me producen mucho dolor, y molestia.”</p> <p><b>Evaluación del dolor según pregunta escala</b></p> <p>“Tengo mucho tiempo de sentirme muy mal, hoy mi dolor y malestar es como un 2”.</p>	<p>psicosomáticas. Lo atribuye a la dieta que consume. Dice que los alimentos le caen pesados. También manifiesta que situaciones dolorosas de la vida, le pueden causar dolor.</p> <p>“En los enfermos psicosomáticos la profunda necesidad de dependencia y la intensidad de su agresividad, le pondría en peligro si aceptasen la evidencia de pulsiones libidinosas y agresivas. Son en apariencia bien adaptados socialmente y no dejan filtrar manifestaciones afectivas para que no emerjan sus deseos o represiones”.(Machón, 2005)</p> <p>Los roles de cuidadora, de madre carenciada, de esposa sumisa, duelo no resuelto y vivir en el ciclo de violencia intrafamiliar la han llevado a somatizar todas esas emociones produciendo el Síndrome de Colon Irritable, pero ella no logra identificarlo como tal.</p> <p>Es una persona llena de ilusiones y esperanzas que al expresar que su dolor está en la escala de 01 a 10 donde 1 es mucho dolor y 10 es nada de dolor, ella refiere que está en 2, lo cual lo percibe como muy fuerte. Ella va lograr con todas las enseñanzas y propósitos, mejorar su condición de salud.</p>
<p><b>NUBIA</b></p> <p>Es una mujer de 51 años de edad, Reside en Tibás.</p> <p>Casada en segundas</p>	<p><b>El estilo de vida de esta mujer</b></p> <p>“mi madre murió de un cáncer gástrico, hace un año. Yo la había cuidado</p>	<p>Ella viajó donde una hija que vive en Estados Unidos. Cuando regresa a Costa Rica nuevamente, su madre había muerto. Se siente culpable por haberla dejado sola, no poder verla</p>

<p>nupcias. Su primer matrimonio fue de un periodo de 10 años. Se divorciada por causa de alcoholismo y violencia intrafamiliar. Desde hace 20 años contrajo matrimonio con su actual conyugue.</p> <p>Madre de tres hijos. Una hija de 27 y un hijo de 26 años de edad de su primer matrimonio y otro hijo varón de 17 años de edad, de su segundo matrimonio.</p> <p>La hija de 27 años, es soltera, con problemas de adicción a las drogas y vive en Estados Unidos.</p> <p>El sistema familiar actual: vive con su esposo, y sus otros dos hijos. Mantiene buenas relaciones con ellos.</p> <p>Las relaciones con su esposo son disfuncionales porque recuerda que desde hace 20 años que vive con él le grita, la</p>	<p>desde que ella comenzó la etapa terminal del cáncer, un año atrás. Sin embargo, en el momento de su muerte, no pude estar presente, y ni siquiera pude asistir al funeral. Ya Hace un año falleció, y todavía lloro mucho”.</p> <p>“Desde la muerte de mi madre, mi vida cambió, porque no me perdono lo que me pasó. Fui a Estados Unidos a visitar mi hija, y el día que yo regresaba, la habían enterrado. No la puede ver nunca más”</p>	<p>morir y cuidarla en su último momento.</p> <p>“En cada familia hay un cuidador principal que suele responder a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre las personas que componen la familia. Los cuidadores habitualmente mujeres deben atender a las necesidades del resto de la familia” (Pecos,2006)</p> <p>La usuaria expresa mucho dolor físico y una gran culpabilidad por no poder estar al cuidado de su madre, a la hora que esta muere, ya que ella fue durante mucho tiempo la principal cuidadora. Cada vez que recuerda esa situación tan dolorosa, ella siente que su problema de salud avanza. El no poder enfrentar las emociones como lo es un duelo, provoca que ella no haya podido resolverlo en forma paulatina. A éste, ella lo acompaña con un sentimiento de culpa, que la embarga.</p> <p>“Predecir cuanto tiempo le tomará a un individuo completar el proceso de recuperación de un duelo es difícil. Algunos podrán hacerlo en unos meses, para otro se requerirán 3-4 años. La cantidad de tiempo invertido depende de muchas variables que interfieren y crean distintos patrones. La intensidad del apego al difunto</p>
--	---	--

<p><b>descalifica, la humilla e ignora.</b></p> <p><b>Tiene 6 hermanos con los que mantiene buenas relaciones, Todos sufrieron de violencia intrafamiliar por parte de su padre que los abandonó cuando ella era muy pequeña.</b></p> <p><b>Sufre mucho con su suegra, porque cada vez que tiene alguna situación estresante con su esposo ella, la llama para echarle la culpa, y gritarle, haciéndola responsable de que su hijo no la llama o visita. Su madre falleció de cáncer gástrico, hace un año.</b></p>	<p><b>Cosas que hace para afrontar los diferentes estresores,</b></p> <p><b>“cuando alguien me hace sentir mal, por ejemplo mi esposo o mi suegra, que me gritan y critican , no importa frente a quien estemos, lo que hago es que me enojo, pero lo reprimo , no digo nada”</b></p>	<p>(tipo de relación), intensidad del shock inicial, presencia/ausencia de la aflicción anticipatoria (cuando la persona tiene tiempo de afligirse previamente a la muerte del ser querido”. - (Montoya ,2006)</p> <p>A las mujeres se les ha construido a nivel social, un rol que las lleva a cumplir con todos estos estereotipos , dejándolas atrapadas, sin libertad, para poder recuperarse y vivir libremente, dejándolas vulnerables a sufrir enfermedades somatizadas.</p> <p>Sufre violencia intrafamiliar psicológica y relaciones maritales conflictivas, en este segundo matrimonio. El esposo y la suegra le gritan, la descalifican, la humillan e ignoran sus sentimientos. Ella lo único que hace es reprimir su enojo, repitiendo el modelo de violencia de sus padres, y de su primer matrimonio.</p> <p>Un importante elemento estructurado de la identidad asignada a las mujeres es la dependencia, como hecho vital. “Se ha educado a las mujeres para que ellas tengan la certeza de que si no están los demás a su lado no serán capaces de vivir.” (Quirós, 2001:78)</p>
---	---	--

	<p><b>El significado que le dan estas mujeres a sus situaciones de estrés.</b></p> <p><b>“Cuando recuerdo la muerte de mi madre, lloro y me encierro, no quiero hablar con nadie”</b></p> <p><b>“Tengo un recargo de trabajo en forma exagerada , ya que hago el oficio de mi casa y el de trabajo de la oficina, ésto me produce angustia y me enferma ”</b></p>	<p>Esta dependencia de pertenecer a otros, es la enseñanza social que se le da la mujer y en este caso la usuaria lo asume sin darse cuenta. sufrió humillación de su primer esposo, luego inicia una segunda relación en iguales condiciones y lo ha soportado por 20 años. Ya lo interiorizó como parte de su vida</p> <p>Esta situación de agresividad de su esposo, es un significado claro en las situaciones que más estresa a la usuaria, porque después de cada situación estresante, ella empeora. Su resignación a sido clara la forma en como lo asume. Siguiendo la necesidad de controlar los sentimientos negativos. La usuaria tomó la actitud sumisa y pasiva de obediencia y sufrimiento siguiendo un aprendizaje de un modelo de socialización patriarcal. . Aunque refiere estar cansada, y quiere salir de esa opresión. Cree que haciendo el intento y cambiando de actitud, lo logrará.</p> <p>Esta forma de afrontar el estrés que le produce la muerte de su madre, le causa mucho daño a nivel de su salud. El recuerdo de la madre, le produce crisis de dolor. Tiene que volver a los medicamentos nuevamente, que aunque la alivian momentáneamente, reaparecen periodos de dolor.</p>
--	---	--

	<p><b>¿Necesitan las mujeres un espacio para expresar sus sentimientos?</b></p> <p><b>“En este matrimonio, nunca he tenido a quien contarle lo que siento. Ahora que mi</b></p>	<p>“La medicina psicosomática no reconoce menos importancia que la medicina general a los factores orgánicos sino que valora a los factores psíquicos con lo que devuelve aun antiguo principio su valor, según el cual el espíritu y el cuerpo no son elementos opuestos, sino interdependientes” (Machón, 2005)</p> <p>Este sentimiento, que le produce dolor, no lo comparte con nadie, ella lo experimenta sola porque siente que no la pueden ayudar con esta situación.</p> <p>Su vida es muy cargada de estrés porque cumple con el rol de trabajadora fuera de su casa, como Jefe de Recursos Humanos, éste es un trabajo muy cargado de situaciones conflictivas casi siempre aunque yo mantengo buenas relaciones interpersonales con mis compañeros y además el rol de madre, esposa y de mujer, por lo que no me queda mucho tiempo para mí aumentando el riesgo de que reaparezcan los síntomas.</p> <p>Este es el espacio que ella visualiza en este momento de su vida, en este proceso tan importante y crucial. Lo ve como el apoyo que nunca se ha dado, ni tuvo la oportunidad de buscar.</p>
--	---	--

	<p><b>madre murió, me siento terriblemente sola.”.</b></p> <p><b>Identifican la relación que existe entre su situación o queja y su problema de salud?</b></p> <p><b>“cuando tengo mucho trabajo acumulado y el tiempo no alcanza, el dolor se agudita. No se alivia hasta que acuda al hospital y me inyecten busca pina” sin embargo en cualquier momento el dolor vuelve”,</b></p>	<p>“ la estrategia más sana es reevaluar su lista de deberes y estándares personales para ver cuales son realmente aptos para usted y su situación actual” ( McKay, 1991:42)</p> <p>Ella considera que ahora está muy positiva y que este espacio será esa posibilidad de tomar una decisión en su recuperación y no continuar con su salud tan deteriorada.. También lo ve como espacio importante para poder expresar su situación tan dolorosa y conflictiva, que nunca ha compartido con nadie.</p> <p>En el inicio de la sesión la usuaria no relacionaba su dolor físico con las situaciones emocionales, pero si las relacionaba más con los alimentos, y con el estrés del trabajo. Nunca mencionó que las situaciones personales y familiares la habían enfermado.</p> <p>“nuestro cuerpo, puede captar y tratar síntomas que desde el punto de vista de la medicina occidental son poco claros, y a los que corrientemente se considera como trastornos psicossomáticos, o sea, producto de las emociones del paciente”. (Acevedo Díaz, 2005)</p> <p>Ella está interesada en el proceso. Su positivismo y ánimo la enfrentaran con ella misma, descubriendo sus</p>
--	---	---

	<p><b>Evaluación del dolor, según precuenta escala</b></p> <p><b>“He sentido mucho dolor en estos días, pero hoy estoy en un nivel de dos.”</b></p>	<p>propios recursos internos, para lograr los cambios necesarios. Esto, para tener mejor calidad de vida.</p> <p>En la evaluación de esta primera sesión la usuaria refiere que siente mucho dolor y síntomas, lo valora en un dos, en la escala en donde una es mucho y diez es nada de dolor. Se percibe angustiada, al inicio. Luego al finalizar, se nota más tranquila. Y con mucho más ánimo. Así lo expresa, ella misma.</p>
--	---	---

### 3.2.2 Preguntas intermedias

En este momento del proceso de sistematización surgió la necesidad de plantearnos una lista de preguntas que nos permitieron recuperar los diferentes momentos de la práctica con los hallazgos más importantes. Esto nos ayudó a no separarnos del eje de sistematización ya que este nos dio la pauta de que componentes tomar en cuenta. (Jara, 1994).

Para recuperar la experiencia, nos hicimos las preguntas intermedias, las cuales se citaron en la recuperación del proceso vivido de la metodología.

#### **1. ¿Existe relación entre la condición de género y la presencia del Síndrome de Colon Irritable, según la experiencia de las mujeres que participaron en el programa?**

En un estudio realizado en personas con 10 años de evolución de dolor abdominal cuyas historias se caracterizan por ansiedad, depresión, no tienen historia de desórdenes alimenticios, reportan abuso emocional. Tienen una dieta normal, no

fuman ni tampoco ingieren bebidas alcohólicas. Además reportan que son casadas, amas de casa y que generalmente están al cuidado de uno o dos niños o de alguna otra persona.

La mayoría de los pacientes que sufren del Síndrome de Colon Irritable son adultos(as) jóvenes y más comúnmente son mujeres, la relación que existe con los hombres es de 2:1. (Burke, 2005:6)

El estudio realizado nos permite identificar la población que padece Colon Irritable, son datos muy similares a los buscados y encontrados en nuestro programa de intervención, haciendo evidente el hecho de que la condición de género no mira culturas ni desarrollo económico para estar en desventaja en la sociedad, solamente por haber nacido mujer. La condición de género, es en sí, el proceso por el que toda mujer pasa en esta vida, donde aprende a ser lo que la sociedad le exige y le enseña, situación que provoca gran nivel de estrés y de ansiedad en las personas, que como mujeres no podemos expresar el rechazo o la no aprobación a dicha situación, convirtiéndose esto en una situación insostenible que provoca en estas mujeres enfermedades y dolores físicos de muy difícil manejo, principalmente por su origen.

El hecho de sufrir de los abusos por parte de las personas que las rodean, personas con las que además se tiene un fuerte compromiso emocional hace que estas mujeres, estén principalmente para dar, expropiándolas de su propia condición de derecho y de mujer en general.( Lagarde, 1992)

Al sentirse expropiadas de su propio ser, les produce opresión y dolor al no

En ocasiones hasta con la expresa prohibición de ser ellas mismas, ya que se marca la necesidad de otros con poder, sobre ellas, convirtiéndose en personas con limitantes ante los demás seres humanos.

A continuación, los relatos de cada una de las usuarias nos confirman la relación que existe entre la condición de género y Colon Irritable.

***“Soy casada 2 veces y divorciada las dos veces, ya el primer esposo se murió, o sea soy viuda y divorciada” (Isabel, 68 años)***

***“Yo cuido a mi mamá, porque soy la única hija mujer, mis hermanos son hombres y ellos no pueden” (Virginia, 55 años)***

***“Mi mamá me crió muy débil, por eso soy tan enfermiza y le tengo miedo a todo” (Eloisa, 58 años)***

***“El no reconoce nada de todo lo que yo hago por él, aunque me toca a mí cuidarlo por ser la hija mayor” (Iris, 29 años)***

***“A mí me toca cuidar a Gabriel porque es un niño gastrostomizado y con Parálisis Cerebral Infantil, a él nadie lo entiende solo yo” (Anais, 50 años)***

***“Desde que me uní a mi segunda pareja hace 20 años, sufro de agresión psicológica” (Nubia, 51 años)***

La relación que existe entre género y Colon Irritable, es evidente en sus relatos, principalmente cuando se describen a sí mismas en función de otros, dicha función es social principalmente, pero aún en la primera sesión no la identifican como tal, fue en el transcurso del proceso que la situación se les fue aclarando y fueron identificando sus derechos a sentirse mejor, sin tanta opresión.

***“ Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa. Cuando la cuidadora principal es la hija o la nuera del enfermo, debido al gran impacto emocional que les supone darse cuenta que su padre, su madre o ambos ya no pueden valerse por sí mismos cuando hasta hace nada eran totalmente independientes”. (Peco, 2005,s/p)***

## **2. ¿Qué relación se establece entre el proceso de duelo y la presencia del Síndrome de Colon Irritable?**

Al igual que en el relato anterior, al perder algo nuevamente, estas mujeres van sintiendo que han perdido ya muchas cosas pero que se les dificulta expresarlo y reconocerlo como tal, han perdido muchos derechos básicos, tales como el de expresarse, el de elegir cual hijo cuidar, el de decidir con quien vivir, el de pensar

por si misma, el derecho de sentirse amada, el de comer lo que ella desea para sentirse mejor, en fin , son pérdidas diarias, a las cuales se han ido acostumbrando y han ido construyendo como normales, porque esa es su realidad, la cual ya no le ven anormalidad ni dificultad alguna para sobrellevarla, aunque no están conformes, no logran identificarlo como situación dolorosa, sin embargo, por el proceso natural de la vida, comienzan a tener nuevas pérdidas, las cuales se convierten en situaciones verdaderamente dolorosas y de gran impacto emocional, situaciones que las relatan dentro del marco de lo insoportable e intolerable. Una de estas situaciones de pérdida, se puede decir que la más importante que ellas en sus relatos visualizan como tal, son las situaciones de pérdida física y emocional de sus familiares o seres queridos.

***“Yo lloro por mi mamá todos los días, aunque ya hace 1 año y medio que se murió” (Eloisa, 58 años)***

***“Cuando yo llegué al casa me avisaron que mi mamá se había muerto, no pude despedirme de ella y no lo he superado, es muy duro estar sin ellos” (Nubia, 51 años)***

***“Siento un vacío muy grande por esta pérdida” (Anais, 50 años)***

***“Yo veo la pérdida de mi matrimonio, como un gran fracaso en mi vida, es como si se hubiera muerto alguien” (Virginia, 55 años)***

***“Me duele mucho haber perdido a mi hijo, lo peor es que no recuerdo cuando sucedió todo” (Isabel, 68 años)***

***“Lo peor que me ha pasado en la vida es que mi mamá se haya muerto, nunca he tenido un dolor tan grande como ese” (Eloisa, 58 años)***

***“Perder el amor de mi padre desde que era muy niña, me duele y me siento diferente a todas las mujeres” (Iris, 29 años)***

El duelo no solo se hizo presente inesperadamente, en gran parte de las participantes, sino que además es una de las causas para que estas mujeres sufran de este síndrome.

estas pérdidas, las convierte en personas con mucha dificultad para superarlas

forma eficiente el día a día, sus frustraciones al respecto se van haciendo más grandes, y su capacidad para resolver el duelo es aún más difícil.

### 3. ¿Qué resultados se dan con la aplicación del programa de Enfermería en Salud Mental de acuerdo con las variables de Betty Neuman?

#### La variable fisiológica

De lo más esperado luego de la intervención de enfermería, se pretendió que luego de dicha intervención se lograra desaparecer el dolor y toda la sintomatología o al menos que disminuyera.

Con esta pretensión se formuló la pregunta escala, la cual se les hizo a las usuarias en tres oportunidades, en la primera sesión, la tercera sesión y en la quinta o última sesión, las respuestas al respecto fueron muy satisfactorias.

La pregunta que se les hizo fue la siguiente:

En una escala del 01 al 10, donde 01 es máximo dolor o presencia intolerable de sintomatología y 10 es cero dolor o ausencia de sintomatología, ¿en qué número está hoy? Las respuestas fueron similares, al igual que la evolución de las mismas, todas mostraron mejoría en el transcurso del programa, a continuación se expone la ilustración gráfica de lo dicho anteriormente.

**Cuadro 1**

**Evolución y evaluación de auto percepción, con la pregunta escala, de 1 a 10**

<b>Puntaje x sesión</b>	<b>Sesión 1</b>	<b>Sesión 3</b>	<b>Sesión 5</b>
<b>Usuaris</b>			
<b>Iris</b>	<b>3</b>	<b>7</b>	<b>9</b>
<b>Anais</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
<b>Nubia</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>8</b>
<b>Isabel</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>9</b>
<b>Virginia</b>	<b>1</b>	<b>7</b>	<b>7</b>
<b>Eloisa</b>	<b>1</b>	<b>5</b>	<b>8</b>

Fuente: Registro de datos

El cuadro anterior evalúa la evolución, la sensación de dolor en el transcurso del proceso de Intervención por parte de las usuarias, cuya mejoría se observa ya en la tercera sesión, y en la última sesión ya las usuarias dicen sentirse notablemente mejor. Esto como dato de increíble utilidad para demostrar la importancia y el cambio en las usuarias luego de participar en el programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental.

En este cuadro también se muestra, que la línea basal de síntomas de dolor físico y emocional y conforme avanzan las sesiones, va disminuyendo en sus emociones y sensaciones dolorosas, por el contrario aumenta el grado de relajación y bienestar. Observamos que en la primera sesión tres usuarias llegan en el menor grado de sensaciones dolorosas y a la tercera sesión que se evalúan nuevamente todas han aumentado a un 6 y solo una queda en el 5 que sería un avance bastante satisfactorio según ella lo refiere, y al finalizar el proceso logran llegar dos en 09 y tres en 08 y una en 07 que fue la que le costó más avanzar aún así ella refiere que para ella fue todo un éxito este proceso. Todas refieren alivio por completo de síntomas de dolor físico y emocional. Por el contrario, lo que ellas manifiestan experimentar son sensaciones de tranquilidad, paz y bienestar.

Los signos vitales, no tuvieron cambios importantes durante todo el proceso, desde la primer sesión se logró identificar y con su historia que la presión arterial y continuación el cuadro que ilustra el promedio de los signos vitales de cada sesión.

## Cuadro 2

### Registro de parámetros fisiológicos antes y después de la relajación Según participante, por promedio de todas las sesiones Mayo 2006

	Antes		Después	
	PA	FC	PA	FC
Iris	123/71	75.6	103/72	74.4
Anais	139.4/79.8	83.6	144.6/ 84	73.8
Nubia	121/65	68.4	125.6/ 73.8	67.2
Isabel	110/65	60.3	104/62	59.5
Virginia	110/70	82.9	110/65	75.2
Eloisa	110/60.4	82.4	110/64	82.2

**Fuente: Registro de datos**

**PA Presión Arterial**

**FC Frecuencia cardíaca**

En el parámetro de presión arterial fue significativo el cambio en dos de las seis usuarias, con una disminución bastante visible, en el transcurso de las cinco sesiones, el promedio en las cifras cuantitativas no sale del parámetro normal, para cinco de ellas. Tres de ellas mantienen las cifras antes y después del proceso con cifras similares.

Llama la atención que una de las usuarias es hipertensa, con tratamiento farmacológico y los parámetros tienden a subir levemente, la sistólica, ha aumentando levemente sus valores, pero sin llegar a la hipertensión, donde luego de los 5 minutos se controla nuevamente y llega a la norma tensión. Refiere esta usuaria que cuando remueve emociones dolorosas siempre le pasa eso, por eso lo ve como muy valioso que fuera así porque logró movilizar algo que ella no había percibido.

Otro parámetro que tuvo cambios importantes fue la frecuencia cardíaca donde disminuía después de la relajación en las seis usuarias. Por lo que se

sorprendieron desde la primera sesión el cambio positivo en sus parámetros fisiológicos antes y después de la relajación.

### **La variable psicológica**

Los cambios con respecto a la variable psicológica se fueron dando pero de forma diferente en cada una de las participantes.

Al igual que en la pregunta escala, esta variable fue evaluada, en la primera, tercera y quinta sesión.

### **Primera sesión**

Isabel, 68 años

- En esta primera sesión, Isabel dice que ella vive con miedo y con mucha angustia, y que es miembro de una familia que no le brinda ninguna seguridad, que todo lo contrario, su mamá y su hijo la tratan mal y lo más increíble de todo es que ella no entiende porqué.

Virginia, 55 años

- Virginia en esta primera sesión, asegura que ella siente que no es completamente feliz y teme en cierto modo decir todo lo que siente porque piensa que no debe reclamar, ni quejarse porque ella es la única hija que cuida a su mamá.

Eloisa, 58 años

- Ella en esta primera sesión y como en todos los aspectos evaluados en esta usuaria, su principal queja es el hecho de que su mamá haya muerto, pero sin embargo desde esta primera sesión, deja entrever algunas otras circunstancias que le provocan dolor e insatisfacción en su vida. Le cuesta un poco analizar su situación y todo su pasado y presente lo justifica con la muerte de su madre hace casi dos años.

Iris, 29 años

-Su principal queja fue el enojo que ella ha cargado durante su vida y lo hace como un reclamo por el alcoholismo y la agresión de su padre. Los conflictos laborales e interpersonales con sus compañeros, y el aislamiento social que ella vive.

Anais, 50 años

-En esta primera sesión expresa como queja principal, las humillaciones de su esposo, cuando tenemos alguna discusión crítica, lo primero que hace es cambiarse de cuarto sin decirme nada, y hasta pasa un mes sin dirigirme la palabra, lo anterior lo expresa con mucho llanto. Por lo tanto en esta ocasión se le da contención e intervención en crisis para ayudar, creando el espacio terapéutico con el que ella logra verse así misma como una persona valiosa y que merece que la respeten como esposa y como persona.

Nubia, 51 años

El sentimiento de culpa que embarga a esta usuaria es inminente ya que ella era la que la cuidaba en los últimos meses de su gravedad, porque tenía el diagnóstico de cáncer gástrico, y el no poder cuidarla en esos últimos momentos la hace sentir muy mal, y no se lo perdona a ella misma, que por ir a pasear, abandona a su madre. Y no la vuelve a ver nunca.

***“Yo me siento muy mal conmigo misma, porque no me perdono que a mi madre cuando más me necesitaba, yo no estaba con ella, y para peores nunca más la volví a ver y otra de las quejas es que mi esposo me humilla y me maltrata, y cuando puede me descalifica”.***

**Tercera sesión**

Isabel, 68 años

- En esta sesión se dio el cambio más importante, ya que este cambio lo dio ella sola con su propio análisis de que lo que en ella estaba pasando era

consecuencia de la agresión emocional que sufría por parte de la madre y de su hermano. En el momento que se le preguntó sobre las decisiones que había tomado para solucionar el hecho de sentirse mal, basadas en las preguntas de la bitácora, dijo lo que la había hecho sentirse mal era su mamá y su hijo y que entonces lo que había hecho fue echarlos de la casa, ella quiso cortar de raíz su malestar, a su mamá la envió a vivir a la casa de su hermano, dijo que él también era responsable de su mamá. Se fue, y ahora se llaman por teléfono todos los días, y la relación mejoró. Su hijo no aceptó irse, aduciendo que ha invertido mucho dinero en esa casa que también es de él y que no piensa irse.

***“Si dice que yo soy tan mala, entonces no quiero que viva con migo, la eché de la casa, y se fue”***

Virginia, 55 años

- Ella dijo que lo que le hacía daño y le causaba dolor era ver a su esposo en la casa y que no se llevaban bien, dice que el hecho de tener que atenderlo, hacerle comida, arreglarle la ropa, y las demás actividades propias de ama de casa, no le molesta, lo que la molesta es saber que no ha dejado “la fiesta” y sigue de mujeriego, entonces tomó la decisión de echarlo de la casa y dejó de hablarle, además se cambió de cuarto y lo dejó durmiendo solo en la cama “matrimonial”, y solamente lo saluda. Sin embargo, no se ha ido, pero lo importante es que logró en este nivel, identificar su factor estresante y causante de la mayor parte del dolor y de su malestar.

***“Yo le dije que mejor se fuera de la casa, que verlo todos los días y no hablarle me hacía mucho daño, pero no se ha ido”***

Eloisa, 58 años

- Dice que logró sentirse mejor tratando de no estresarse tanto por las cosas cotidianas, pero logra contar cosas del pasado, que le causan dolor, tales como: varios abortos o interrupciones de 4 embarazos, de los cuales uno fue terapéutico, el cual le causa una culpabilidad muy grande, razón por la

cual vive pidiéndole perdón a Dios, a pesar que ya un Sacerdote Católico la perdonó y le prometió y le aseguró que ya Dios también la había perdonado, aún así esos "perdones" no le han dado la paz interior que necesita. También cuenta que no pudo casarse con el amor de su vida porque su mamá la manipuló para que no lo hiciera, lo interesante de todo es que lo expresa tan claro como que la mamá la manipuló y la engañó para que no se casara con la persona que ella quería, sin embargo no le guarda rencor ni siente que esto le cause malestar emocional alguno. Además asegura que con su actual marido no lo amaba como al otro, que es muy bueno y muy buen proveedor y excelente padre, pero que a este la mamá si lo quería y si le parecía que podía ser su esposo. A pesar de que expresa todas estas situaciones del pasado, lo doloroso que ha sido para ella y lo desgarrador de esas situaciones, no lo identifica como causas de su quebranto en la salud, su relato siempre jira en torno a la muerte de su madre y ese hecho es el que ella considera como "culpable" o causante de sus enfermedades.

Esta tercera sesión fue de gran riqueza de datos, todas las participantes al escribir el secreto, sacaron sus sentimientos más profundos y más escondidos, los sentimientos que en algunos casos las avergüenzan, pero que en esta sesión dijeron todo, sin miedo y sin ataduras en esta sesión hablaron con el corazón en la mano.

#### Iris, 29 años

-En la tercera sesión la usuaria logra identificar algunos cambios con respecto a la primera sesión, por ejemplo al analizar la bitácora, identifica que se siente sola, pero que tiene mucho miedo de caer en la violencia o el alcoholismo, y ya lo visualiza como algo que se puede repetir, porque ese es el modelo que a ella lo dieron para trabajar en su proyecto de vida, por lo hay que trabajar en ese concepto que expresa y siente.

**Anais, 50 años**

-Logra hacer el cambio de actitud con respecto al niño que ella cuida, porque antes no lo dejaba ni un instante, ahora, ya lo deja con su esposo, y habló con él para que la hija llegara y que ella se comprometía a enseñarla como su madre, lo iba lograr, aunque tenía sus dudas por la adicción pero expresa “en realidad es el hijo de ella” y que se quedara cuando ella tenía que salir, por ejemplo ahora que tengo venir a la terapia, o al salón de belleza, que a Eric lo cuida alguno de ellos, además habló con su esposo y le puso reglas, le dijo que él tenía que respetarla, y que si por alguna situación se iba del cuarto, ahí no volviera, porque ella no era un “trapo viejo” que lo botan cuando quieren. Ya en esta sesión la usuaria se observa mucho más decidida y empoderada y los cambios son evidentes, hasta en su forma de comunicarse, ya no hay tanto llanto como en la primera sesión.

**Nubia, 51 años**

-La usuaria visualiza un cambio muy importante el cual es que logra hablar con su suegra, y le dice, que ella no le gusta lo que toda la vida ha hecho, porque los reclamos se los tiene que hacer a su hijo y no a ella.. Cuando logró hacerlo, experimentó una gran satisfacción personal y ya sus molestias han mejorado porque también habló con su esposo para que no le vuelva a gritar más y que la respete.

**Quinta sesión**

**Isabel, 68 años**

-En esta sesión, a Isabel aún le molesta que su hijo no haya querido irse de la casa y que tiene que seguir soportando su presencia cargada de indiferencia y de malos tratos, piensa que debe pensar en que él no está para lograr sentirse mejor o por lo menos que no le cause dolor.

***“Vieras que pereza, nada que se va, dice que porque él ha invertido mucha plata en esta casa y que también es de él”***

Virginia, 55 años

-En esta sesión para Virginia fue un poco difícil, ya que el hecho de hacer el cierre y que el esposo aún no se haya ido de la casa, dice que ella no quiere ser la piedra para que él pique, pero está convencida de que es lo mejor para su salud es que ya no vivan más en la misma casa.

***“Es muy duro entender que el matrimonio fue todo un fracaso, pero necesito que ya no viva más aquí, me duele mucho no responderle ni hablarle”***

Eloisa, 58 años

-En la última sesión, Eloisa cree que lo único que le sirvió para que el dolor y las molestias disminuyeran fue el hecho de lograr dejar de estresarse tanto por las cosas cotidianas. Su posición ante las cosas del pasado dice que no la atormentan tanto y que puede vivir bien con eso, que a ella lo que no la deja vivir es que su mamá se haya muerto.

***“Hasta ahora hemos visto la reacción individual humana ante la muerte y el moribundo. Si ahora echamos un vistazo a nuestra sociedad, nos preguntaremos que pasa con el hombre en una sociedad empeñada en ignorar o eludir la muerte. Que factores, si es que los hay, contribuyen a hacer cada vez mayor la inquietud ante la muerte” (Kübler, 1994:25)***

Iris, 29 años

-En la quinta sesión se logró hacer un cierre con mucha satisfacción porque ya Iris lograba hablar sin llanto, tranquila, serena, sonriente, y así lo expresaba, ya no tengo dolor, ya en el trabajo logro participar con mis compañeros, y no me dejan sola en el comedor, para mi eso fue un logro, porque siempre me decían que yo era una “peleona y amargada”, ahora, el poder compartir con ellos es mi alegría, el compañero que peleaba mucho con migo ahora me habla, aunque es bastante serio pero no me interesa, porque ya me deja

trabajar en paz, y eso es lo que quería, además todavía no he podido hablar con mi padre, pero creo que ya no tengo tanto enojo y tal vez algún día no muy lejano logre aceptarlo.

**Anais, 50 años**

-El cierre de esta usuaria fue muy importante porque ella en la primera sesión no podía comunicarse porque lo hacía con llanto, ahora, es una mujer que en su forma de expresarse es más segura, empoderada, hablando de su proyecto de vida, es muy importante porque nuevamente va continuar con su sala de belleza, y que sus sueños los quiere hechos en realidad lo cual es hablar con las personas sin enojarse y sin llorar, eso lo logró con su esposo, porque antes no podía dirigirse a él sin llanto y se burlaba de ella, hoy día me respeta tanto y logramos llegar a acuerdos respetándolos los dos.

**Nubia, 51 años**

-La quinta sesión de esta usuaria fue también muy tranquila, ella cree que si cumplió con las expectativas que traía para el programa, y lo ve como o en metas cumplidas concretamente, cuando dice "ahora hablo con mi esposo, y le solicito ayuda en las labores domésticas, y él lo hace", hicimos una reunión familiar y logramos un espacio para comunicarnos de cosas que no estaban bien en la familia, ya mis hijos y mi esposo cumplen con las tareas que les corresponde, ya no me siento la empleada doméstica, ahora me queda más tiempo para ir a la Sala de Belleza y arreglarme el pelo, "vea que bonito que me quedó", esas expresiones son todas logros que ella mismo los consiguió a través de su esfuerzo y valentía.

Además como resultado se puede decir que se obtuvo mejoría en el dato de sensaciones antes y después de cada sesión las cuales se presentan a continuación.

### Cuadro 3

Registro de sentimientos y sensaciones experimentadas antes de cada sesión. Por frecuencia

Sensa. Usu- Arias	Temor	Ansiedad	Tristeza	Deseos de llorar	Sensación de dolor	Dificultad para concentrarse	Palpitaciones	Temblores	Calambres
Isabel	1	1	1	3	2	0	0	1	0
Virginia	0	2	2	2	2	1	0	0	0
Eloisa	0	1	1	2	1	2	0	0	0
Iris	2	2	4	1	3	1	2	0	0
Anais	0	2	2	0	3	4	0	0	0
Nubia	0	2	5	5	0	0	0	0	1

**Fuente:** Registro de datos

El cuadro anterior evidencia la cantidad de veces que las usuarias sintieron y experimentaron sentimientos negativos, causados por el mal afrontamiento del estrés, antes de iniciar el proceso de Intervención de Enfermería en Salud Mental, incluyendo las referidas en las bitácoras.

Los números representan las veces que se presentaron las sensaciones y emociones.

El deseo de llorar fue una de las sensaciones más frecuentes, el número mayor fue de cinco veces y estuvo presente en cinco de las participantes, le sigue la tristeza que también estuvo presente en cinco de las participantes. La ansiedad estuvo presente en todas las participantes con una frecuencia de dos sesiones. El dolor físico también lo percibieron cinco de las seis usuarias en un de tres sesiones, y la dificultad para concentrarse en cuatros de las usuarias en un número no mayor de cuatro sesiones.

### Cuadro 4

Registro de sentimientos y sensaciones experimentadas después de cada sesión. Por frecuencia Mayo 2006

Sensa. Usu- Arias	Temor	Ansiedad	Tristeza	Deseos de llorar	Sensación de dolor	Dificultad para concentrarse	Palpitaciones	Temblores	Calambres
Isabel	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Virginia	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Eloisa	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Iris	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Anais	0	1	1	0	0	2	0	0	0
Nubia	0	0	0	1	0	0	0	0	0

**Fuente:** Registro de datos

En comparación con el cuadro anterior, todos los sentimientos negativos experimentados por las participantes, después de cada sesión disminuyeron, convirtiéndose este dato en uno de los hechos más significativos de la importancia y eficiencia de la intervención de Enfermería en Salud Mental.

Los números representan las veces que se presentaron las sensaciones y emociones.

Si se compara las sensaciones y emociones antes y después de la intervención, se observa que hay una notoria disminución en lo que fue la dificultad para concentrarse en dos de las participantes, luego el dolor, en la frecuencia y número de las usuarias, la sensación que más estuvo presente fue el dolor físico, que persistió en tres de ellas.

### **La variable Sociocultural**

#### **Primera Sesión:**

Isabel, 68 años

- En la primera sesión, en Isabel se hizo evidente la falta de socialización, que ella tiene, que aunque de vez en cuando va a la Iglesia, considera que no tiene amigos y que no puede confiar en nadie.

***“No me gusta hablar con los vecinos, no puedo confiar en nadie”***

Virginia, 55 años

- En la primer sesión, Virginia refiere que sus únicas amigas son sus hijos y nietas, no sale a ninguna parte, porque tiene que cuidar a su mamá, mientras ella esté no puede salir a ninguna parte.

***“No me gusta salir a ninguna parte, no tengo con quien dejar a mi mamá, la muchacha no puede ir todos los días”***

Eloisa, 58 años

- A Eloisa le gusta salir, sale a almorzar con su esposo todos los domingos, pero ese almuerzo no le sabe a nada cuando recuerda que su madre no está. Dice que le hace mucha falta su mamá, ya que con ella, y sus amigas con sus respectivas mamás, salían a tomar café y hacían reuniones en su casa para rezar el rosario, pero desde que la mamá se le murió, no volvió a reunirse y no ha vuelto a verlas, hasta sale a caminar sola.

***“A mi ya nada me hace gracia, sin ella no es lo mismo”***

Iris, 29 años

- En la primera sesión Iris llega disgustada con unos compañeros de trabajo, refiere que por lo menos dos de ellos siempre la molestan, porque le quitan su espacio, y la viven incomodando, y a nivel familiar con la única `persona con quien socializa es con su hermana y madre, no participa de ningún grupo social, ni estudia. Tiene poca facilidad para hacer amistad. Y casi no le gusta salir.

***“No me gusta participar con ningún grupo social, ni siquiera con mis compañeros de trabajo”***

Anais, 50 años

-Ella salió de los grupos donde participaba, porque refiere que no le queda tiempo, y su labor como manicurista la hacía en sus ratos libres, pero no tenía amistades aunque no se le dificulta tenerlas, le gusta el baile, si tenía muy malas relaciones con la hijastra, su esposo, su hijo menor y su madre, con los otros hijos se lleva de los más bien, aunque los visita poco porque ya están casados.

***“No tengo amistades, porque no tengo tiempo de salir ni disfrutar de la vida”***

Nubia, 51 años

-Es muy bien aceptada en su grupo de trabajo, y con las personas dentro del sistema familiar tiene conflictos principalmente con su suegra y esposo. No participa de ninguna actividad social, porque ella refiere que es muy casera, y no le queda tiempo.

***“Soy muy casera y para no tener conflictos con mi esposo, mejor no salgo”***

### **Tercera Sesión**

Isabel, 69 años

- En esta tercera sesión, como segunda evaluación, Ya Isabel logró después de ir a la Iglesia quedarse hablando con una señora que hace muchos años no veía, y dice que llegó muy contenta a la casa, pero que se volvió a acordar de lo triste que vive en ese lugar.

***“Yo pensé que si me quedaba un rato hablando, nada le iba a pasar a ninguno de los dos”***

Virginia, 55 años

- En la segunda evaluación, Virginia dice que un día de esa semana dejó a la muchacha cuidando a su mamá y salió a comer con una de sus hijas, dice

que después de estos días a valorado un poco más el hecho de poder salir aunque todavía siente un gran peso en la conciencia por dejar a su mamá sola.

***“Si me quedo en la calle no me siento mejor, pero hace que se me olviden las cosas aunque sea por un momento”***

Eloisa, 55 años

- Organicé un rosario con mis amigas, lo que no he logrado aún es ir a la casa de ellas.

***“Solo a una de ellas no invité, porque no volvió a preguntar por mí”***

Iris, 29 años

-En la tercera sesión ya lograba relacionarse más con sus compañeros de trabajo, habló con dos de sus compañeros que eran los que más tenían conflictos con ella, y lograron mejorar la relación, visitó un grupo de oración en la iglesia a donde ella pertenece, y refiere que ya va por lo menos al comedor del hospital, porque antes ni siquiera ahí asistía para que nadie la viera ni la molestara, ya eso es un gran avance.

***“Ya me relaciono más con mis compañeros, ya puedo ir al comedor”***

Anais, 50 años

-El avance en la tercer sesión lo obtuvo con un cambio de actitud hacia la su madre, sus hijos, y su esposo, ya lograba hablar sin enojarse tanto, y si comenzó a asistir al grupo de Hombres de Negocios con su esposo al cual pertenecían anteriormente, y también participa del grupo de oración en su comunidad. Considera que ella es muy sociable, pero le cuesta mucho salir por que Eric le quita mucho tiempo con los cuidados que requiere.

***“Ya logro hablar con mi esposo sin enojarme tanto”***

**Nubia, 51 años**

-Yo no tengo muchos problemas de relacionarme con los demás, aunque no me gusta mucho salir, pero de vez en cuando yo lo hago con mi familia, no pertenezco a ningún grupos social, y si debe mejorar más la relación con mi suegra, aunque hemos intercambiado algunas palabras creo que el carácter a veces no se presta., aunque por lo menos no tengamos enemistad. La usuaria se muestra bastante pasiva.

***“Logro intercambiar algunas palabras con mi suegra, aunque por su mal carácter, no se presta para eso”***

**Quinta sesión**

**Isabel, 68 años**

- Considera que debe tener amigas nuevamente, pero que le es un poco difícil porque le cuesta confiar en los demás.

***“Como están las cosas ahora, no se puede confiar en nadie”***

**Virginia, 55 años**

- Sale a caminar y dice que la hace muy bien los ejercicios.

***“Aunque tenga que pagarle más a la muchacha, debería seguir haciendo esas cosas”***

**Eloisa, 58 años**

- Fue a pasear a la casa de sus hijas, sola, fue en un taxi, porque quiere descansar de estar cuidando a su esposo.

***“A veces siento que soy mala, porque no quiero estar con él, ese día me le escapé”***

**Iris, 29 años**

- Considera la necesidad de darse la oportunidad de tener un novio, lo cual le queda pendiente como meta a corto o mediano plazo, o por lo menos socializar más con un grupo de iguales principalmente de sexo masculino para ir cambiando el concepto tan generalizado y de transferencia de su padre.

***“Considero una necesidad de tener un novio, si participo con muchachos de mi edad, creo que lo puedo lograr”***

Anais, 50 años

-Ya está asistiendo a los grupos de oración y al de Hombre de Negocios, salió con su hijo menor una tarde de paseo y lograron hablar muchas cosas, y la pasaron muy bien, eso la hizo recobrar la confianza en ella misma, y aceptada por el hijo, además el sentirse desculpabilizada mejora la relación con su hijo. Está dando instrucciones a su hijastra para que aprenda a atender a su hijo que es gastrostomizado, y con Parálisis Cerebral Infantil y mejorar las relaciones entre ellas. Las relaciones con su esposo están en proceso, lo que si está segura que ya no va seguir aceptando la agresión psicológica que hasta la fecha se venía dando, y logró invitar a su madre a que la visitara en su casa, para llegar a cuerdos en forma amigable con respecto a sus relaciones entre madre e hijas.

***“Ya logré salir un día en la tarde con mi hijo y la pasamos muy bien”***

Nubia, 51 años

-A nivel del trabajo definitivamente logró superar algunas situaciones con respecto a los horarios que le causaban ciertos conflictos con algunos compañeros, además priorizando sus actividades y por medio de agendas logró avanzar y rendir más el tiempo para no estresarse tanto., ella refiere que si lo logró, porque lo nota cuando no hay dolor no molestias de colon. Y yo me siento mucho más tranquila.

***“El tiempo ya me rinde más porque estoy trabajando por prioridades, lo noto por que no hay dolor ni molestias en el colon”***

## La variable Evolutiva

### La primera sesión

Isabel, 68 años

- Tiene 68 años, aún así dice sentirse con mucha fuerza, aunque un poco enferma y piensa que su hijo no toma en cuenta la edad de ella por las cosas tan groseras que le dice, considera que él tiene que tener respeto por las personas mayores, así como ella.

***“Yo siempre he sido muy fuerte y de carácter fuerte, pero ese muchacho es tan malcriado, yo no se a quien salió, yo ya no puedo estar aguantando tantas graserías”***

Virginia, 55 años

- Piensa que ya es una mujer madura y que no tiene fuerzas para pelear con su esposo, no desea más desgaste al respecto.

***“Que peraza, tener que seguir peleando y lo peor es que él no cambia, no entiende que eso ya a esas edades no le luce”***

Eloisa, 58 años

- Dice que aunque es una persona de cierta edad, no deja de maquillarse ni de perfumarse y piensa que ella le prestaba mucha atención a su mamá y que le sobraba energía, ahora no tanto.

***“Yo no salgo de la casa sin maquillaje, eso es lo primero que una persona como yo tiene que hacer, mi mamá me enseñó eso desde que yo era jovencita”***

Iris, 29 años

- Tiene 29 años, es técnica de Farmacia, se considera una mujer joven con el deseo de tener una pareja y continuar los estudios.

***“Soy una mujer joven y me gustaría continuar mis estudios”***

Anais, 50 años

- Tiene 50 años de edad, es manicurista y trabaja con su sala de belleza, lo cual le gusta y lo disfruta. Es una persona cuidadosa de su imagen corporal.

***“Soy una persona cuidadosa de mi imagen corporal, me gusta hacer ejercicios”***

Nubia, 51 años

-Es una mujer de 51 años, muy cuidadosa de su belleza física.

***“Soy cuidadosa de mi belleza física”***

### **Tercera sesión**

Isabel, 68 años

- Sigue pensando igual, considera que ella a su madre nunca le ha dicho las cosas que su hijo le dice a ella. Su perspectiva de edad y de fase evolutiva, se basa en el respeto que la deben tener los demás a ella.

***“Como es posible que le diga a una las cosas que ese malcriado dice, se le olvidó que yo soy la mamá”***

Virginia, 55 años

- A este nivel ella dice que le gustaría que su esposo entendiera que ya ellos son abuelos y que debería hacerle caso.

***“Toda la vida ha sido igual, nunca le dio buen ejemplo a sus hijos, y ahora yo le digo que ya somos abuelos que es un ridículo que a estas edades estemos peleando por las infidelidades de él, tenemos familia a quien dar el ejemplo”***

Eloisa, 58 años

- En esta tercera sesión analiza que si su mamá estuviera ella estaría más fuerte y con más energía, ella dice que desde que su mamá murió le cayeron todos los años encima.

***“A mi antes no me importaba si llovía o si hacía frío, ahora esas cosas me hacen quedarme en la casa”***

Iris, 29 años

- Desea continuar sus estudios, para lo cual se anima, para que logre ese propósito. Yo estoy joven y estos propósitos con mi esfuerzo los voy a lograr.

***“Yo considero que puedo lograr mis propósitos si me esfuerzo”***

Anais, 50 años

-Hace poco ejercicios pero está incitando un programa de ejercicios para ayudarse a la canalización del estrés. Inició también las caminatas cortas para ayudarse poco a poco.

***“Estoy iniciando un programa de ejercicios para ayudarme a mejorar el estrés”***

Nubia, 51 años

-Su ritmo de trabajo la lleva a tener que despejarse un poco para canalizar el estrés y lo está logrando con ejercicios de relajación y meditación.

***“Estoy logrando despejarme un poco con ejercicios de relajación y meditación”***

**Quinta sesión**

Isabel, 68 años

- En la última sesión dice que ya ella hizo lo que tenía que hacer, le dio el estudio a su hijo cuando estaba joven, y que ahora ella lo que necesita es tranquilidad y que no se la da. Ya mi mamá no me preocupa.

***“Ya tengo que dejar de sentirme responsable por esos dos mal agradecidos, ya voy a tratar de vivir tranquila yo, allá ellos con lo que quieran hacer”***

Virginia, 55 años

- Refiere estar tranquila y que su vida, espera, sea más tranquila y ella espera que todo lo que viene sea mejor.

***“Ya le dije que yo no voy a dejar de cuidar a mi mamá, ahora es lo que más me importa, ella y mis nietas son las únicas personas que me necesitan”***

Eloisa, 58 años

- Considera a este nivel de su vida, no puede estar preocupándose por todo y que debe tener mejor actitud ante las situaciones diarias.

***“Hoy, cuando empecé a sentir dolor y pasadas me dije: tranquila, usted tiene solo 2 manos y por más que se apure, nada va a cambiar”***

Iris, 29 años

-Mi tranquilidad vale un tesoro, y ya no me enojo, ahora, mejor reviso lo que me está pasando y vivo más tranquila, lo estoy logrando lentamente y con los ejercicios de relajación y las otras técnicas que he aprendido aquí, me va muy bien.

***“Mi tranquilidad vale un tesoro, por eso ya no me enojo”***

Anais, 50 años

-Definitivamente me siento muy bien con haber concluido el proceso porque esto me hace cada día creer más en mí, estoy aplicando todas las técnicas aprendidas y me relajo con los ejercicios de relajación y las caminatas que ya inicie.

***“Me siento muy bien con migo misma, estoy aplicando todo lo que aprendí”***

Nubia, 51 años

-Si no me cuido yo, nadie lo hará por mí, ya aprendí que debo continuar con estas prácticas tan importantes, porque en realidad me han aliviado, ahora hace poco tuve una situación de salud difícil con mi hijo, en otros momentos mi dolor habría aumentado, pero ahora es cuando mejor estoy de salud.

***“Si no me cuido yo, nadie lo hará por mí”***

## **La variable Espiritual**

### **La primera sesión**

Isabel, 68 años

- En la primera sesión, expresa que se siente un poco triste, que su vida ha sido muy triste y que se le hace difícil olvidar las cosas que vivió y que nunca le ha dicho a nadie.

***“La vida mía ha sido muy dura, mis papás no fueron cariñosos con migo ni con mis hermanos”***

Virginia, 55 años

- Cree que su niñez fue dura pero que en este momento Dios le ha permitido ver que la vida, con su ayuda puede ser muy buena.

***“Darme cuenta que mi papá tenía más hijos con otra señora me afectó mucho, pero hasta que fui adulta y entendí de que se trataba tener hijos”***

Eloisa, 58 años

- Considera que no puede perdonarle a la vida que le haya quitado a su mamá y que ese episodio no le permite ser feliz aunque todavía tenga a su esposo y a sus hijas.

***“Usted sabe, lo que es despertarme cada día y recordar que ya ella no está, es como de volverse loca”***

Iris, 29 años

- En ese momento su enojo es mucho y no solo es con el padre, sino es con otras personas como lo es en relación laboral. Que le ocasiona trastornos tanto de salud como de interrelación personal.

***“Yo me siento enojada, principalmente con mi padre, y estoy furiosa con las cosas que me han pasado, pero voy a permitirme hacer algunos cambios y eso es lo que voy a intentar”***

Anais, 50 años

- En ese momento la usuaria manifiesta frustración y enojo por las cosas que le han pasado. Pero también deja ver mucha esperanza en su actitud.

***“Vivo tan enojada con la vida porque primero me quitó a mi esposo, luego me da otro, y es tan agresivo y humillante, un padre que no nos supo apreciar como familia, no tuve la oportunidad de estar con mi hijo, y a que costo esa relación de pareja que tampoco es muy buena”***

Nubia, 51 años

- Refiere que se ha venido sintiendo muy mal de salud y cuando se trabaja la entrevista en esta primera sesión, ella comienza a relacionar su situación de salud con los conflictos que ella maneja en su cotidianidad.

**“Estoy molesta con relación tan conflictiva que tengo con su esposo, y mi suegra,”**

### La tercera sesión

Isabel, 68 años

- En esta tercera sesión, cuando escribió el secreto, dijo haber intentado perdonar a su mamá porque sintió que ella la descuidaba cuando era niña. Además dijo que para ella lo más doloroso que le había sucedido en la vida había sido el divorcio, que habían sido dos y que definitivamente la habían marcado y que los divorcios son la peor etapa por la que un ser humano puede pasar.

**“El divorcio es lo más terrible que a una persona le puede pasar, yo pienso que ha pesar de todas las cosas duras que la vida le puede dar a uno esa es la peor”**

***“El divorcio, de la misma manera generalmente, ignora las negociaciones entre los cónyuges a través del tiempo.***

***Sociológicamente, la separación ocurre de una manera uniforme, siguiendo un esquema descriptible, a fin de separarse. Dos personas no solo deben deshacerse de sus pertenencias, sino de sus identidades. Salir de una relación entraña, debe hacer una redefinición de sí mismo en varios niveles de pensamientos privados de la persona, entre cónyuges o parejas y en el más amplio contexto social en el cual existe la relación.***

***Cuando la persona que aún, sigue amando comprende que la relación se halla en graves problemas, la otra ya se ha ido en muchos sentidos. En consecuencia, el hecho de comprender la separación, depende de examinar el proceso en relación a si una de las dos es quien la ha iniciado o si la otra es dejada atrás. Admitimos que identificar quién es el iniciador y quién es dejado atrás no es tan fácil en algunos casos” (Vaughan, 1986:26)***

Virginia, 55 años

- Escribe de si misma que los hermanos suyos le han ayudado económicamente y entonces no importa tener que cuidar a su mamá ya que ellos le daban muchas cosas económicas, los justifica y con esta actitud se siente mucho mejor, cree que pensar así la deja vivir en paz consigo misma.

***“Mi hermano mayor tiene mucho dinero, entonces me compró la casa donde yo vivo actualmente con mi familia, él es muy bueno, por eso yo cuido a mi mamá feliz, ya que ellos me apoyan de esa forma”***

Eloisa, 58 años

- Considera que debe continuar con su vida de la forma más normalmente posible, pero que le cuesta mucho luchar contra el sentimiento de tristeza, que a veces es más fuerte que ella.

***“Es muy triste, pero que voy a hacer, tengo que seguir aunque a veces sea sumamente duro”***

Iris, 29 años

Sus relaciones conflictivas las va identificando más con el dolor, pero con a este nivel refiere que está logrando mejorar estas relaciones aunque todavía continúa la mala relación con su padre, lo que parece que ha avanzado mucho.

***“es difícil la convivencia con mi padre, eso me enferma”***

Anais, 50 años

Apenas logra mantener una mejor relación con su esposo y mi madre pero eso todavía me enoja mucho, por que me molesta que sean tan manipuladores, todavía tengo que trabajar mucho esta situación.

***“Me parece que las cosas van mejor con mi esposo y mi suegra, mi hijo”***

Nubia, 51 años

-Manifiesta enojo y reclamo, pero conforme fue avanzando su forma de confrontar la muerte mejora bastante.

***“Estoy menos resentida con Dios, porque hace unos días todavía creía que el no me quería, lo consideré injusto que no me permitiera despedirme de mi madre, y porqué se la llevó”***

### **La quinta sesión**

Isabel, 68 años

- Las últimas sensaciones de esta usuaria se basan en lo bien que se siente en este momento y lo segura que se siente para continuar sintiéndose bien en su casa.

***“Estoy muy bien, yo creo que ya puedo vivir mejor”***

Virginia, 55 años

- Ella piensa que le hizo muy bien hablar con alguien y asegura que va a buscar a alguien para hablar cuando se sienta mal o simplemente preocupada.

***“Es muy importante tener con quien hablar, cuando uno tiene el saco lleno, se debe tener con quien descargarlo”***

Eloisa, 58 años

- Dice que se siente mejor, pero que no logra dejar de sentir dolor por la muerte de su mamá. Considera muy seriamente en la posibilidad de propiciar más tiempo con sus hijas, las cuales a pesar del mucho trabajo, están dispuestas a crear más espacios con ella y lamentablemente sigue pensando que con su esposo no tiene ningún tipo de problema pero que si la cansa mucho.

***“Cuando los cuidadores son la pareja del matrimonio, hermanos o hermanas, es más fácil aceptar los cuidados de la persona enferma y viceversa, porque la ayuda del cónyuge se ve como una obligación como agradecimiento por los años de convivencia” (Peco, 2005: s/p)***

Iris, 29 años

-Ella refiere que en el proceso cada día fue mejorando su cuadro de dolor y síntomas del Síndrome de Colon Irritable. Fue integrando las enseñanzas con su actitud positiva y lo logró. Quedó pendiente trabajar la relación padre e hija. Aunque ella ya se desculpabilizó.

***“Cada día fui mejorando mi dolor físico y en realidad ahora me siento mucho mejor”***

Anais, 50 años

-Todos los avances de Anais, ella los disfrutaba tanto, porque llegaba a la sesión muy alegre, activa, y me decía que ella sentía muchas sensaciones tan bonitas que no podría casi ni explicarlas, era como ver la luz de algo que había sido mucha oscuridad, aliviar mi dolor fue importante pero también muy importante cuando estaba tan cansada, y triste, y descubrir que todo no era tan negro, que se podían hacer cosas diferentes que provocaron un cambio de actitud en mi vida, como los ejercicios de relajación escribir, hablar con alguien de mi confianza, cuidar mi dieta, seguir los controles médicos. Su recuperación fue excelente.

***“No hay duda que fue todo un éxito en mi vida poder encontrarme conmigo misma, todavía me falta avanzar en muchas cosas pero es un buen principio, cuando uno está muy dañado”.***

Nubia, 51 años

Para Nubia fue un poco difícil, hubo que reponer la tercera sesión, porque su hijo se enfermó, pero se vio su interés y dedicación al proceso, ese me daba un significado muy positivo en el proceso como terapeuta.

***“Fue para mí una oportunidad que le doy gracias a Dios por haberme permitido disfrutar de este regalo, el aprender a manejar mi estrés cuando estaba tan mal que ya no daba, fue algo tan valioso.”***

A través de todo el proceso se ha logrado ver el cambio que se ha dado en todas las participantes, siempre con sus diferencias y con similitudes, tanto en la evolución como en la percepción que ellas experimentaron. Mediante los relatos, se hace evidente la transformación y la evolución de ellas como personas, los logros como mujeres y las batallas libradas cada día son diferentes o un poco mejor que ayer, han podido ver más allá de esa rutina diaria, que aunque es su realidad, no está exento el hecho de darle una nueva perspectiva a esa su realidad, tan dolorosa y escondida. Pero que vista con deseos de superación y con optimismo, es posible ir en forma paulatina pero constante, alcanzando la meta.

#### **4. ¿Cómo se da la experiencia de trabajar con el modelo de Betty Neuman?**

Dicha experiencia es muy satisfactoria, principalmente porque se pueden obtener resultados a corto y mediano plazo, que en este caso fueron positivos. Ellas lograron identificar que con las técnicas utilizadas durante las sesiones se lograban sentir mejor.

La aplicación del Modelo de Sistemas de Betty Neuman, ha sido de gran relevancia y de gran ayuda, principalmente, al tratar al usuario desde cinco perspectivas o variables, las cuales consideramos imprescindibles en el manejo y mejoría de dichas usuarias. Con este Modelo, se puede ver al individuo de forma integral y holística. Relacionando la influencia de los estresores tanto internos como externos, dentro de la estructura básica de estas mujeres y a su vez dentro de las líneas flexibles de defensa normal y de líneas de resistencia, lo cual nos lleva a tomar en cuenta las características básicas de estas mujeres como lo son aspectos innatos, genéticos, fortalezas y debilidades, así como los mecanismos de defensa que ellas aplican como respuesta a sus fortalezas o debilidades en los

diferentes órganos de su cuerpo, además, de sus características cognitivas para preservar o mantener la estabilidad en su entorno familiar y social.

Con lo anterior, se puede decir que al aplicar este Modelo, se puede ayudar a las usuarias en dos sentidos, el primero es siendo guía, el otro es en ayudar a que se visualicen como personas con recursos y capacidades suficientes para tomar decisiones y entender de que se trata su dolor.

***“Yo cuando estoy aquí se me quita el dolor y durante la semana me siento mejor” (Isabel, 68 años)***

***“Me siento muy bien lo que más me gusta es tener con quien hablar” (Virginia, 55 años)***

***“No puedo olvidar a mi mamá, pero ya estoy aprendiendo a vivir sin ella” (Eloisa, 58 años)***

***“Ya aprendí a no preocuparme tanto por todo, las cosas se deben de llevar con más calma y no enojarme tanto” (Iris, 29)***

La mejoría de las usuarias, luego de la intervención de enfermería, ha sido evidente, todas expresaron sentirse mucho mejor con respecto al primer día.

***“Yo me siento muy bien después de estas sesiones, ahora veo las cosas con otros lentes, los lentes de mi realidad” (Anais, 50)***

***“Tuve un cambio positivo porque ya no tengo temor a enfrentar mi realidad. Tengo más seguridad en las decisiones que tenga que tomar en mi vida” (Nubia, 51)***

Todo esto gracias al Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental que es un importante aporte a la profesión. Para Betty Neuman (2002), la máxima meta de enfermería es facilitar el óptimo bienestar para el cliente a través de la conservación, consecución o mantenimiento de la estabilidad del sistema. Además el bienestar es una parte del continuo entre la enfermedad y la muerte. Enfermería debe basar sus acciones en la comprensión del vivir, en la percepción y necesidades según el contexto donde el cliente se desenvuelve.

## **5. ¿Fortalece la teoría Cognitiva Conductual la formación de la Enfermería en Salud Mental?**

A la luz de la teoría Cognitiva Conductual se logra una profunda confianza con las usuarias y la posibilidad mutua de alcanzar los objetivos del tratamiento. Según Rogers (2003:95), cuando el terapeuta o asesor como él le llama, capta con claridad el mundo del cliente, y puede moverse libremente dentro de él, puede comunicarle a ese individuo su comprensión de aquello que él conoce vagamente y volcar en palabras los significados de experiencias de las que el apenas si tiene conciencia. Esta clase de empatía muy sensible parece ser un factor importante en el proceso de posibilitar a una persona el acercamiento a sí misma, el aprendizaje, cambio y desarrollo.

***“Un día, cuando yo tenía 2 años, me dejó jugar en un lugar muy peligroso, me caí y me quebré la columna, me tuvieron que operar y desde eso no la he podido perdonar, aún así yo la cuido con todo el cariño que puedo” (Isabel, 68 años)***

Isabel cree que todos los problemas y rencores de ahora empezaron porque considera que su mamá no la cuidó bien en su infancia y por eso ella tiene tantos dolores de espalda. Sin embargo considera que el perdón no es algo fácil de elaborar y que a estas edades el resentimiento ya es muy grande, dice ellas han hablado ya del tema pero que nunca llegan a ninguna conclusión.

***“Me ha dado vuelta desde siempre, hasta con el perro, tiene tres hijos por fuera del matrimonio y yo nunca he dicho nada” (Virginia, 55 años)***

Cuando termina su relato, logra decir lo mal que se siente por saber esas cosas tan tristes y dolorosas y que siempre las ha conocido pero que nunca las había expresado como tal o talvez no las había interpretado desde ese punto de vista.

***“Mi mamá me crió muy débil, por culpa de ella yo soy tan enfermiza y le tengo miedo a todo” (Eloisa, 58 años)***

Eloisa logra identificar el porqué de su conducta actual, todo esto después de relatar su historia, luego de escucharse hace la relación entre su vida pasada, sus miedos y sufrimientos con su condición actual.

***“Las mujeres nos movemos a lo largo de la vida en una tensión entre: culpabilizarnos y culpabilizar al mundo, porque la culpa es un mecanismo político que nos impulsa a las mujeres a reparar el mundo. El otro mecanismo que también está en la identidad femenina es una falta de límites entre el yo y los otros. (Lagarde, 1992: s/p)***

En el anterior relato, Eloisa deja ver los sentimientos de culpa depositados en su madre, sin identificar que la responsable de su salud es ella misma y que son dos personas diferentes, aunque con su construcción de género es idéntica.

Además, de que le ayuda a encontrar o descubrir las estrategias de afrontamiento y solución a las diferentes situaciones expresadas, construcción que se lleva a cabo entre la terapeuta y la usuaria, a través de la empatía, llegando aquí a la amalgama entre la Teoría Cognitivo Conductual y la Enfermería en Salud Mental.

***“Esto es también cierto en parte en el caso de la medicina somática, donde las expectativas del médico influyen siempre sobre las respuestas terapéuticas, y lo es aún en mayor medida en el caso de la psicoterapia. Además para alcanzar la experiencia concreta de un paciente, un terapeuta necesita, en cualquier caso una teoría o un método con los que ordenar y establecer grados de importancia en el conjunto desorganizado de datos que el paciente transmite” (Ellis y Beck, citado por Semerari, 2002:23)***

La Enfermería en Salud Mental, necesita a la Teoría Cognitiva Conductual como instrumento para lograr dar forma a la queja que la usuaria lleva, es un método para lograr comprender cual es la raíz y la profundidad que la misma tiene.

# **Capítulo IV**

#### **4. La reflexión de fondo: ¿por qué pasó lo que pasó? Análisis, síntesis e interpretación crítica del proceso**

En este punto se hace referencia a Jara (1994), cuando dice que para realizar esta reflexión de fondo, será necesario penetrar por partes en la experiencia, es decir hacer un ejercicio analítico; ubicar las tensiones o contradicciones que marcaron el proceso; y con esos elementos, volver a ver el conjunto del proceso, es decir realizar una síntesis, que permita elaborar una conceptualización a partir de la práctica sistematizada. (Jara 1994:117)

Para lograrlo nos hacemos las siguientes preguntas intermedias, las cuales desarrollaremos a continuación.

##### **1.- ¿Existe relación entre la condición de género y la presencia del Síndrome de Colon Irritable, según la experiencia de las mujeres que participaron en el programa?**

A continuación se iniciará con el análisis de la primera parte, lo que en ese momento se vio como problema o situación a mejorar. Se vio la necesidad de dar a las usuarias del Servicio de Gastroenterología una atención desde la Salud Mental, donde se pudiera atender a toda la población que es diagnosticada con el Síndrome de Colon Irritable, desde el origen del mismo, su origen psicosomático, fue entonces cuando se decidió dar inicio, como parte de la residencia práctica, al Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental a usuarias del Servicio de Gastroenterología con diagnóstico de Colon Irritable.

Luego de los primeros relatos, se logra ver la estrecha relación que existe entre la condición de género y el colon irritable, dándonos así bases para pensar que el relacionado con el género (2000) cuando dice que estas mujeres, algunas son cuidadoras, otras con historia de violencia intrafamiliar, en fin todo un marco de

referencia para decir categóricamente que dicho síndrome es producto de la condición de género.

Estas mujeres han sido educadas y formadas con los mensajes que les ha transmitido la sociedad, convirtiéndolas en personas especializadas para cuidar, ya que esa especialidad de abnegación, se hace voluntariamente, sin captar y sin darse cuenta que es un mandato social y no una obligación, esto produce en las mujeres un impacto emocional que las convierte a la dependencia de dar cuidados a sus familiares, sin que estos se lo pidan expresamente.

***“Yo cuido a mi mamá porque soy la única hija mujer, mis hermanos son hombres y ellos no pueden” (Virginia, 55 años)***

Además todas las participantes refirieron ser cuidadoras de alguien de su familia, lo que hace aún más estrecha esa relación.

Ni siquiera en la sobrecarga emocional del cuidado, se dan cuenta que ellas llevan consigo un síndrome causado por situaciones aprehendidas en su construcción social.

Se encontró que todas las participantes expresan situaciones de violencia intrafamiliar cuando en sus relatos expresaban:

***“Odio a mi padre porque desde que tenía 5 años recuerdo, que le pegaba a mi mamá y a mí” (Iris, 29 años)***

***“Mi esposo me gritó criticándome porque mi hijo llegó a visitarme, él me reclamó y me hizo sentirme muy mal” Anais, 50 años)***

El relato de las usuarias, curiosamente, coincidió en varias cosas, pero una coincidencia en particular fue el hecho de que todas expresaron situaciones de violencia intrafamiliar, algunas la identifican como tal, otras no así, pero en sí, es un aspecto presente en su cotidianidad.

La violencia es ejercida desde el miembro que se siente con poder y con autoridad sobre los demás, sin tomar en cuenta los sentimientos de las otras personas.

**“Es una peleona, siempre ha sido así, majadera y dueña de la razón, sólo ella sabe que me voy a dejar” (Isabel, 68 años)**

En apariencia, durante todo el proceso se deja ver la violencia intrafamiliar con la que todas las participantes viven, violencia que va en todas direcciones, de los padres hacia los hijos y viceversa, también dentro de las relaciones maritales está presente la violencia, violencia con la que no contábamos, no contábamos en el sentido propio de las sesiones, ya en los datos de Colon Irritable se mencionaba la co-existencia de violencia intrafamiliar con sintomatología del Colon Irritable Burke (2005).

Para continuar con las situaciones encontradas a lo largo del proceso, cinco de las seis tienen conflictos con la madre, otro tipo de violencia presente, que sin duda está ligada a su condición de género.

**“Me dijo que yo era una mala persona, entonces yo le dije que se fuera, que si yo era tan mala no debería vivir con migo...y se fue” (Isabel, 68 años)**

Es importante destacar el hecho de que la mayoría de las usuarias, expresaron conflictos con la madre, unas por diferencias en su forma de ver la vida y de pensar, otras por que no le perdonan que se haya muerto, pero en general dicho conflicto, lo identifican como causante de su enfermedad física.

Otra de las causas encontrada coincidente entre las usuarias, es que las seis son cuidadoras, todas expresaron estar a cargo de algún familiar en todo sentido de la palabra. El hecho de ser cuidadoras las hace nuevamente similares y nuevamente, se puede decir las cotidianidades basadas relaciones de poder causan le enfermedad en las personas.

**“El no reconoce nada de lo que yo hago por él, aunque me corresponde a mi cuidarlo” (Iris, 29 años)**

**“Desde que le dio el Accidente Vascular Cerebral yo soy la que la cuida y aún así dice que yo soy difícil” (Isabel, 68 años)**

Son los cuidadores, personas que viven bajo mucha tensión y que realizan su actividad con mucho compromiso, no sólo sentimental, sino de culpa y de mandato social. Las usuarias cuidadoras, reconocen sentirse muy cansadas por dicha actividad, también la identifican como una de las causas de su síndrome, pero a la vez es un mandato social y dicen que por ser mujeres están obligadas a hacerlo y que según la teoría dice que generalmente dichos cuidados recaen siempre en las mujeres indiferentemente si esta es madre, esposa, hija o nuera, (Peco, 2005).

Las usuarias consideran que ser cuidador es su obligación, en especial cuando se trata de su familiar cercano.

Cuando se decide ser cuidador es porque se tiene “tiempo”, para cuidar a su mamá, en algunos casos, no hay hijos dependientes de la persona en cuestión, no trabaja fuera del hogar y en consecuencia los demás miembros de la familia la responsabilizan del cuidado y se les olvida que también son familiares de la persona que necesita los cuidados.

Existe otra modalidad de cuidadores, que generalmente continúan siendo las mujeres, una de las usuarias, dice que cuida a su esposo, lo cuida desde que fue diagnosticado con Parkinson, esto le preocupa mucho y le causa mucha ansiedad. En el caso en mención, sus hijas ya se fueron del hogar pero dice que vive pendiente de ellas y de lo que les pase, a pesar de que ya no viven en esa casa ni con ella.

La usuaria a la que se refiere en el texto anterior, es una mujer de 62 años y considera que en este momento es cuando su esposo más la necesita y que no debe fallarle porque él nunca le ha fallado, aunque refiere que esto le causa mucha angustia, angustia que también ayuda con la sintomatología del Colon Irritable.

***“Me provoca mucha tensión el cuidar a mi mamá, pero me provocaría aún más si no lo hiciera yo no podría dejar a mi mamá con otra persona, yo soy feliz atendiéndola y dándole lo mejor los últimos días de su vida” (Virginia, 55 años)***

***“A mi no me toca cuidar a Gabriel que es un niño gastrostomizado y con PCI, yo lo hago porque nadie lo entiende a él, ni siquiera la madre, eso me provoca mucho estrés” (Anais, 50 años)***

Virginia decide por si misma ser la que cuida a su madre y no delegar un poco de su responsabilidad al resto de su familia, aduciendo que en su familia no hay más mujeres, así mismo otra de las participantes considera que el tener que cuidar un niño que no es su obligación pero lo hace para no verlo en abandono, lo cual le genera estrés, dolor físico y frustración.

***“Yo tengo que cuidar a mi mamá, tiene Alzheimer, pero yo soy la única mujer, es a mi a la que le corresponde, porque mis hermanos están en su casa y tienen su esposa y sus hijos” (Isabel, 68 años)***

En este aspecto se puede decir que las sesiones han sido muy fructíferas todas y las cosas que dijeron, las dijeron coincidentemente, es muy curioso que la mayoría de las usuarias tienen relatos muy similares, situación que hace ver que el hecho de haber planeado esta investigación con el soporte teórico utilizado fue una acertada decisión.

Y para continuar con la relación que tiene la condición de género con el colon irritable, no se puede dejar de lado las relaciones de pareja.

Cinco tienen conflicto con el cónyuge, la que no tiene conflicto es porque vive sin pareja y ese es precisamente su queja, pero reconoce que la da temor buscar una.

***“Yo lo quiero mucho, pero no es el amor de mi vida, me desespera que sea tan pasivo” (Eloisa, 58 años)***

***“Cuando discute conmigo me grita y luego se va del cuarto y duerme en otro lado” (Anais, 50 años)***

Parece ser que los conflictos con los demás y que las relaciones interpersonales deficitarias son culpables del inicio o la exacerbación de los síntomas del colon irritable. Caso contrario es el de la usuaria que no tiene pareja ya que ese es uno de los motivos de su conflicto, precisamente el no tener pareja. Lo que nos lleva a

la importancia de las individualidades y a considerarlas como dato relevante siempre.

El aprendizaje social y los estereotipos que sufre la sociedad dentro de las relaciones de poder se dan claramente en este proceso cuando ellas mismas lo manifiestan y lo identifican como causantes de su estrés y por ende de su síndrome.

Las cinco participantes de las seis, que tienen pareja conyugal han sufrido los embates, llevando malas relaciones con sus parejas, y la que no tiene pareja lo desea y sueña con tenerla, pero por temor a sufrir esas malas relaciones aprendidas de su padre y madre, reprime su deseo, cuando lo manifiesta escribiendo su secreto.

**“sueño con tener una pareja, pero me da mucho miedo sufrir lo mismo de mis padres”  
(Iris, 29 años)**

Es esta una de las manifestaciones donde estas mujeres aprenden a vivir en esas relaciones que lo visualizan como normal, dentro de la sociedad por temor a la soledad, a las pérdidas emocionales.

Dentro de la pre-entrevista se logró identificar que tres de las seis son casadas dos veces.

**“A mi segundo esposo lo conocí en la asociación de viudos” (Anais, 50 años)**

**“Yo me divorcié del primero por ser alcohólico, y tengo veinte años de estar con el otro”  
(Nubia, 51 años)**

Las que han sido casadas dos veces, aseguran que su cambio de pareja se ha debido principalmente a un intento por salir de su situación de violencia y de alcoholismo. Con la desventura que en el segundo matrimonio se viven situaciones similares. Al parecer están repitiendo el modelo. Sin embargo, todas continúan siendo alguien en función de si tienen a un hombre al lado o no, Isabel en cambio, dijo que lo más terrible y doloroso que le ha pasado es el divorcio, y son dos divorcios, los cuales según ella, la han marcado para siempre, a ella el

hijo si le duele y le produce mucho dolor, pero nada comparado con el dolor del divorcio.

## **2.- ¿Qué relación se establece entre el proceso de duelo y la presencia del Síndrome de Colon Irritable?**

La relación que se da entre el duelo y el colon irritable es evidente desde el primer día de las sesiones, los relatos están cargados de pérdidas tanto emocionales como físicas y la relación se hace cuando ellas lo expresan mediante la bitácora o cuando lo escriben en el secreto. Nunca lo identifican como causa aparente de su enfermedad, en el consciente solamente una lo dice expresamente que su dolor lo relaciona directamente con la muerte de su mamá, las demás lo expresan cuando escriben y cuando leen lo escrito, se enteran de lo doloroso que ha sido ese proceso en su vida. No conocen el proceso por el que están pasando, pero si pueden decir lo que ese evento les ha dolido.

En nuestra cultura occidental es muy común negar, sublimar y evadir el tema de la muerte, por ende el hecho de seguir sufriendo por esa misma causa, puede que se convierta en algo a negarse también, porque se siente dolor por algo que nunca se aceptó como tal. Las pérdidas emocionales, caben dentro del mismo proceso de duelo, ya que el hecho de "perder" el matrimonio, o su pareja o que el hijo no le hable más, se convierte en algo muy doloroso que también debe tenían antes, para "vivir" la nueva forma que su realidad les da.

Cuando Kübler, (1992), se hace la pregunta ¿que pasa con la sociedad que ignora la muerte?, es cuando nos podemos responder que la muerte se ignora para evitar sentir el fuerte dolor que esto conlleva, sin detenerse a pensar que es algo inevitable, pero es precisamente aquí donde se da la relación con el colon irritable, ya que al sublimar o negar algo innegable, es cuando aparece de nuevo

lo psicosomático. Traducen el dolor emocional en un dolor físico, lleno de angustia, provocando el ciclo de incurabilidad.

Las que son madres consideran que de las cosas más dolorosas que les ha sucedido es la pérdida emocional de los hijos, lo cual lo interpretan como que ellos han cambiado mucho desde que se hicieron adultos, que por sus actividades propias del trabajo ellos no pueden ser todo lo cariñosos y dependientes de ellas como cuando eran niños, en el fondo lo que más extrañan es que ya no dependen de ellas.

**“Él sólo con mi mamá habla, es como si sólo a ella quisiera” (Isabel, 68 años)**

Para Virginia, de 55 años, es doloroso que ya ella no pueda ver a su hijo todo lo que ella quisiera, ya que este tiene otras actividades, relacionadas con la vida diaria, situación muy similar a la que vive Eloisa de 58 años, al expresar que ella ve a las hijas solamente cuando ella las visita.

Cuando expresan algunas situaciones dolorosas en su vida, hablan de la pérdida emocional de sus hijos, pérdida causada por múltiples situaciones, que en este momento lo importante es lo que esto causa, lo que este duelo (uno más), significa.

Por ello, muchas mujeres madres, no utilizan el derecho de expresar su propia cólera. En su lugar, se posicionan de una imagen de mártires o heroínas del sufrimiento, que las convierte en seres débiles y afectadas por lo que sucede a su alrededor. Este sentimiento de impotencia, es la herencia para las hijas, como resultado de la identificación final que hacen con sus madres.

Lombardi (1988) Visualizar a su madre como mujer- sobreviviente causa más rechazo y hostilidad en la hija. De hecho, la madre es el espejo donde la hija

quiere mirar quién es ella misma. Al devolverle éste un rostro inquietante, temeroso y frágil, le indica y le refuerza su condición marginal de mujer.

En este sentido, es muy común que las madres miren a sus hijas como se sienten: afectadas y culpables de algo que no pueden expresar con claridad, porque esto conllevaría reconocerse a sí mismas como carentes de algo.

Debido a esto, la hija con frecuencia siente la necesidad de devolver "en pago" a su madre, todo el sacrificio y el sufrimiento del que ella se siente autora. Este sentimiento de deuda permanente le provoca hostilidad, como consecuencia de la exigencia de tener que devolver mucho amor para reparar el daño que observa o percibe en su madre.

Una madre carenciada, genera un sentimiento de deuda permanente en la hija. A partir del gesto de insatisfacción en el rostro de la madre, la hija percibe que hay algo en ella que no agrada a su madre y que muchas veces interpreta como si fuese poseedora de una cualidad maligna, capaz de dañar a su propia mamá. Manifestación evidente y percibida por dos de las usuarias participantes. Cuando refiere "mi mamá dice que soy mala", eso transfiere a su hija una carencia de afecto que daña sus recursos internos.

En todo momento las tres usuarias se quejan de la muerte de sus madres y esposo, ellas lo ven como algo muy traumático y tan doloroso que no han podido procesar el duelo, aunque al finalizar el proceso si logran evidenciar dolor y lo relacionan con todo lo que han sufrido y es cuando comienzan hablar de sus muertes., ya sin llanto y sin tanto dolor.

### **3.- ¿Qué resultados se dan con la aplicación del Programa de Enfermería en Salud Mental de acuerdo a las variables propuestas por Betty Neuman?**

Los resultados que se dan son muy enriquecedores y útiles, principalmente con el propósito de la implementación de programas similares aplicados a otras alteraciones de salud. Las variables de Betty Neuman, por su versatilidad, no dejan aspectos de cada usuaria por fuera, ya analiza todas las esferas en las que se desarrollan los seres humanos.

También se logró identificar que las principales quejas y dolencias de las usuarias son las siguientes:

**Físicos:** Dolor, inflamación, diarrea, estreñimiento, flatulencia, cansancio, intolerancia a los alimentos.

**Emocionales:** Miedo, duelo, frustración, culpa, temor, enojo, odio, inseguridad, tristeza, intolerancia, irritabilidad, agresivas y pasivas, mala comunicación.

**Evolutivos:** Una adulta mayor totalmente dependiente económica y emocionalmente y una de 29 años, sin pareja, pero con miedo a repetir el patrón de violencia intrafamiliar por ser víctima de agresión psicológica por parte de su padre. Resto de participantes todas trabajan, pero igualmente dependientes de sus parejas emocionalmente.

**Espirituales:** En el campo espiritual, al explorarse, hay buen estado y viven en paz consigo mismas, a pesar que en algunas ocasiones sentían desesperanza.

Además a la pregunta escala de 1 a 10, de cómo se sentían el primer día y como se sienten ahora (quinta sesión), todas dicen estar en: tres en 8, dos en 9 y una en 7, esto en comparación con el 1 del primer día.

La mejoría de las usuarias, luego de la intervención de enfermería, ha sido evidente, todas expresaron sentirse mucho mejor con respecto al primer día.

Sin duda no se puede ignorar la siguiente pregunta:

**¿Qué otros cambios hubo en ellas?**

- Ya no hay tanto temor a la muerte
- Mejoran las relaciones interpersonales (trabajo y hogar).
- Logran enfrentar las situaciones críticas en forma más tranquila
- Han logrado dejar de sentir dolor
- Se resuelven algunos conflictos dentro de la familia, según ellas dicen porque son más tranquilas y seguras.
- Logran comunicarse sin tan enojo y culpa
- Identifican claramente los factores estresantes
- Miran la vida y su proyecto desde otra óptica

En el transcurso del proceso se fueron dando cambios y mejorías en todas las participantes, unas más que otras o más rápido que otras pero con la convicción de cambiar y mejorar cada día.

Poniendo en evidencia que la manera más clara que la ejecución del programa estuvo en total armonía con las expectativas de las usuarias y de las investigadoras.

Las seis participantes identificaron cambios significativos en sus estilos de vida, en los síntomas que desde el inicio del proceso ellas experimentaban.

Lograron por si mismas reconocer los diferentes estresores que les afectaba su salud. Y utilizando las técnicas de afrontamiento que se le brindó durante las sesiones lograron obtener mejoría y recuperación de los síntomas del síndrome de colon irritable, que fue por lo que inicialmente fueron atendidas, mejoraron así su salud tanto física como emocional.

El proceso de sistematización, que se basa en la evaluación del proceso luego de la ejecución del programa, fue desgastante sin duda la falta de experiencia al respecto y la falta de tiempo han sido las principales limitantes que se dieron en ese nivel del proceso de sistematización.

#### **4.- ¿Cómo se da la experiencia de trabajar con el Modelo de Sistemas de Betty Neuman?**

Dicha experiencia se puede catalogar como positiva y enriquecedora, tanto a nivel personal, intelectual como profesional.

Ya que se logró extraer de ella las herramientas más importantes para aplicarlas en el proceso de intervención con las usuarias, dando aportes muy valiosos a la Enfermería y sobre todo a la Enfermería en Salud Mental.

Siendo estas usuarias, sistemas abiertos donde interactúan con el medio ambiente, como lo enfatiza Neuman (2002), se logró que saliera del “sistema” expresiones dolorosas nunca antes expresadas y entraran sentimientos de positivismo y esperanza modificando sus actitudes y aptitudes ante la vida.

De este modo, logran aprehender para si mismas, nuevas estrategias de afrontamiento ante crisis y situaciones problemáticas, durante el proceso terapéutico se ven inmersas en situaciones que las hacen faltar un día a la terapia, inclusive en las ausencias han coincidido, ya que cuatro de las seis han faltado a la sesión una vez, y todas por causas muy similares, aquí se nota el cambio de actitud cuando las usuarias ausentes a alguna de las sesiones se disculparon previamente, demostrando así el interés en llevar a cabo su nuevo plan de vida al concluir el proceso terapéutico; todas se enfermaron, y se les hacía imposible presentarse en la sesión de ese día. Con la particularidad de que las enfermedades presentadas, ninguna se trataba de algún síntoma de Colon Irritable, esto al explorar las posibles ausencias a la sesión, cuyos resultados no se dieron por temores a la crítica, ni por desorganización en la vida cotidiana, (Díaz 2000).

Con respecto a las ausencias de las sesiones, las participantes solicitaron continuar “consideramos importante no perder la continuidad del proceso”, lo cual

se logró haciendo los ajustes necesarios con todas, logrando enfrentar así los temores y situaciones personales que ellas estaban experimentando.

### **5.- ¿Fortalece la teoría Cognitiva Conductual la formación como Enfermera en Salud Mental?**

Consideramos que el aporte fue muy valioso para la enfermería en Salud Mental ya que pudimos constatar que las usuarias participantes en el programa de intervención expresaron sus situaciones dolorosas, sin identificación previa, con la ayuda de este proceso, fortalece a las enfermeras a orientar a las personas en situaciones de estrés, angustia y crisis, por ejemplo, a pesar de todas las previsiones del caso, en la primera sesión se tuvo que cambiar lo planeado en la sesión y se tuvo que recurrir a la Relación Interpersonal de Ayuda, Cian (1995), debido a la remoción de sentimientos en cada una de ellas, durante la pre-entrevista, se indagaron situaciones desde su infancia, se indagaron sus etapas de la vida, razón por la cual se debió atender los emergentes el día de la pre-entrevista, situación que prolongó las sesiones hasta hora y media y en una ocasión hasta dos horas inclusive, sin embargo fue una sesión riquísima en datos e información.

Debido a ese detalle se debió incluir en todas las sesiones del programa una Relación Interpersonal de Ayuda, con el fin de tomarlo en cuenta para el tiempo con el que se cuenta, a lo que las usuarias respondieron muy bien y al final de cada sesión dijeron sentirse muy bien.

Esta identificación fue gracias a la sensibilización de las enfermeras en este campo, gracias a la Teoría Cognitivo Conductual y a todos los conocimientos adquiridos durante la formación curricular.

Con la aplicación de la teoría antes mencionada se logró encontrar muchas situaciones que provocan en las usuarias alteraciones en su salud, dentro de los

más significativos fue el hecho de que, la presencia, en las familias de las usuarias, de situaciones de adicción a drogas y alcohol es inminente. Situaciones que identifican como co-responsable de su condición de salud deteriorada.

Una de las madres dice que su dolor físico se incrementó cuando su hija “cayó” en el mundo de las drogas, desde hace tres años.

Cuatro de las seis usuarias participantes han sufrido el flagelo de drogadicción o del alcohol, por parte de alguno de los miembros de su familia, ya sea su padre, hermano, pareja, o hijas, siendo así parte de una situación muy difícil que en todo momento la han tenido que negar ya sea por vergüenza social o por manejo de culpa, entonces lo han cargado en forma de secreto.

***“Moisés, mi hermano, es la oveja negra de la casa, vive en la calle, usa de todo, y también toma güaro” (Isabel, 68 años)***

En general la reflexión de fondo, nos coloca en una posición de encuentro con nosotras mismas, identificando nuestra identidad de género como algo que si a nivel social se ha podido construir, también se puede desconstruir.

Es cultural ya inmerso en la sociedad “naturalizado” e internalizado y que desde nuestra perspectiva de profesionales que también brindamos el “cuidado”, se deben de tomar en cuenta que en la prestación de esos servicios debe prevalecer la equidad para empezar por nosotras a desestructurar los modelos aprendidos desde el patriarcado.

Y que dentro de las consideraciones finales, creemos que se lograron los cambios propuestos en los objetivos, a favor de una población que necesita ser rescatada. Al final del proceso, se logra que las usuarias se fortalezcan en el funcionamiento como personas, tanto en su familia como en la sociedad.

# **Capítulo V**

## **5. LOS PUNTOS DE LLEGADA**

### **5.1. Formular conclusiones**

A continuación, se trata de expresar las principales respuestas a las preguntas formuladas en la guía de interpretación crítica, tomando como referencia principal el eje de sistematización formulado. Así mismo, las conclusiones deberán estar dirigidas a dar respuesta a los objetivos planteados al inicio de la sistematización. Jara (1994).

Al inicio de la sistematización se plantearon objetivos, a los cuales, mediante el eje de sistematización, se les dará respuesta con las conclusiones de la práctica que se ponen a continuación.

A la fecha presente, en nuestro país, y a nivel institucional permanece un vacío en la atención que se brinda a las personas con alteración en salud física, para que logren expresar sentimientos y emociones somatizadas.

La vida de estas mujeres ha sido caracterizada por situaciones dolorosas y con situaciones que expresan violencia intrafamiliar, las cuales se evidencian en todas las participantes, que según ellas refieren, son las causantes de su síndrome.

Todas las usuarias, en sus relatos evidenciaron el uso de métodos de afrontamiento, que sin saber o sin identificar que estaban siendo víctimas de violencia, las ponían en práctica con el fin de sobrevivir el día a día.

Las usuarias, en su desconocimiento de lo que sucede en sus vidas, en la falta de explicación de esos momentos tan dolorosos, le dan significados, llenos de culpa y es aquí donde empieza la somatización.

Las usuarias del programa de intervención, lograron cambiar y mejorar su condición de salud debido al espacio que se les brindó para la expresión de sentimientos, en el cual además lograron cambios y mejoría de los síntomas.

Se puede decir que las usuarias, al final de la intervención de la enfermera en Salud Mental, lograron encontrar la relación que existe entre su situación especial y su situación de alteración de la salud física, que esto era de las principales cosas que se esperaban demostrar en el programa.

La intervención de un programa de Enfermería en Salud Mental, que integra las variables de Betty Neuman, es indispensable para la recuperación de las personas con alteración de la salud física, aguda o crónica.

Todas las participantes expresaron, intensamente el dolor emocional, relacionado con las dinámicas traumagénicas de la construcción identitaria femenina que las vulnerabiliza a la somatización, representado en un dolor físico.

Las vivencias de los dos terapeutas al ejecutar esta Residencia Práctica de graduación, demuestran que una cosa es el discurso de género y otra cosa bien diferente, la experiencia de efectuar las propias rupturas. Sólo al involucrarse con las usuarias participantes, conocieron el significado vivencial de conceptos como, la opresión entre madre e hijas, equidad en las relaciones de pareja, somatización de enfermedades, efectos del Síndrome de la cuidadora, y de violencia intrafamiliar.

En la sistematización de esta Residencia Práctica las profesionales de Enfermería en Salud Mental demostraron que es el personal idóneo dentro del equipo interdisciplinario de Salud para realizar estos programas de intervención, con una visión género-sensitiva, dado que la versatilidad de su formación le permite abarcar no solo el campo psicoafectivo, sino el campo psicofísico.

En cuanto al proceso de selección, para evitar que se filtren usuarias que se deben intervenir por medio del psicoanálisis debe iniciarse el proceso por medio de un pre- entrevista, en la cual se debe contemplar detalles que reflejen el tipo de Teoría que debe ser utilizada.

Se debe dar seguimiento a todas las usuarias intervenidas para su valoración posterior y así en coordinación con la valoración médica, ver las pautas a seguir.

A partir de un buen planteamiento de los objetivos y un buen proceso de selección en las personas participantes es como se logra el óptimo desarrollo del Programa.

## **5.2 Lecciones aprendidas**

Dentro de la recuperación de la experiencia se van encontrando cosas con las que no se contaba al principio, en el momento de la planeación, lo que Jara (1994) llama conclusiones prácticas, las cuales a su vez, son aquellas enseñanzas que se desprenden de las experiencias, que deberán tomarse en consideración para mejorar o enriquecer las futuras prácticas, tanto propias como ajenas.

Cuando se realizó la pre-entrevista, en la primera sesión, solamente estaba planeado eso, una entrevista, pero que en el proceso de la misma se removieron muchos sentimientos y se tuvo que dar soporte emocional e incluso atención en crisis, a todas las participantes en esta primera sesión, y en todas las sesiones que faltaban y al final de las mismas, se sintieron mejor y consideraron valioso el hecho de tener con quien compartir sus sentimientos. Es importante considerar en próximas experiencias planear y prever situaciones similares, tanto para el factor tiempo como para estar conscientes de que dicha situación puede aparecer sorpresivamente en cualquier momento, principalmente, cuando se trata de relaciones de ayuda en las cuales se vaya a explorar el pasado.



de esta situación es no menospreciar ese sentimiento tan natural en todos los seres humanos.

También se encontró como denominador común la desesperanza, esto debido a que las usuarias se sienten frustradas al no ver mejoría después de tantos años de padecimiento y de sufrimiento. La esperanza y las palabras de aliento que podamos inspirar en las personas intervenidas son casi tan importantes como las técnicas utilizadas con el fin de ayudar a las demás a creer en si mismas. El aprendizaje al respecto se debe a que las palabras dichas con sinceridad son terapéuticas, aunque no se esté en terapia.

### **5.3 Recomendaciones**

Es importante que a nivel institucional se tome en cuenta el aporte que dio como resultado este Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental dirigido a usuarias con el Síndrome de Colon Irritable, el mismo se puede generalizar a otras especialidades con alteración en la salud física, el cual beneficiaría en las áreas de salud física y emocional a las personas que participen.

Consideramos que es muy valioso para el Departamento de Salud Mental de la Caja Costarricense de Seguro Social, aplicar un nuevo modelo de atención integral de salud, aprovechando los recursos profesionales existentes, integrando un modelo de intervención de Enfermería en Salud Mental, esto disminuiría los tiempos de atención y de recuperación en las usuarias, al lograr la transformación en sus estilos de vida y manejo de situaciones estresantes.

En Costa Rica es necesario ofrecer espacios terapéuticos de Intervención en Salud Mental a personas que sufren alteraciones en la salud física ya sea a nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como a nivel Privado.

Se recomienda después de recibir la terapia individual dar continuidad con Terapias Grupales de Apoyo, a las usuarias participantes en el Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental, con el propósito de retroalimentar y crear un espacio, en el fortalecimiento y mantenimiento de su salud física y emocional.

Se recomienda al Sistema de Estudios de Posgrado de la Universidad de Costa Rica, la inclusión permanente en el programa de la Maestría de Enfermería en Salud Mental, el curso "Abordaje de Enfermería en Salud Mental para las personas con alteraciones de la salud física", con el fin de preparar a profesionales con criterios de integración entre los enfoques de la medicina tradicional y la Enfermería en Salud Mental para dar atención a la población en general.

Se recomienda, a corto plazo, elaborar un programa similar a este pero que contemple una población masculina y otra desde la perspectiva de relación entre madres e hijas, con el fin de responder a los hallazgos que se dieron durante el proceso.

## Bibliografía

- Alfaro María, Brenes Mayra, Hernández Marianela, Rojas Leticia, Solano Patricia (2005) **Aplicación del modelo de Sistemas de Betty Neuman para el manejo del dolor en Mujeres con Fibromialgia** Hospital México, San José, Costa Rica.
- Apuntes de clase de maestría de Salud Mental (2005), **Las dimensiones de de la relación Interpersonal de Ayuda** Universidad de Costa Rica.
- Batres, Gioconda (1988) **El incesto en Costa Rica, LXII Congreso Médico Nacional**; Curso de Post- Grado. San José, Costa Rica.
- Burke, Carol, MD (2005), **Understanding Irritable Bowel Syndrome**. Jointly sponsored by the Dannemiller Memorial Education Foundation and Mc Mahon Publishing Group. New York. EEUU
- Capra, Fritjof (1986) **El punto crucial** 1ª edición, Editorial Estaciones, Barcelona, España.
- Carter, Betty (1995) **Terapia Género Sensitiva**. Fundación Ser y Crecer, San José, Costa Rica.
- Chaverri Mayra, González Sonia, Soto Tatiana, Monge Marielos (1997), **Sentir, pensar y enfrentar la violencia intrafamiliar** CMF, San José, Costa Rica.
- Cian, Luciano (1995), **La relación de ayuda**, Editorial CCS, Traducido por: José María Maíllo Sánchez y Jesús Carilla. Madrid
- Dawling, Colette (1998).**El complejo de Cenicienta** , Ediciones Relaciones Humanas, Barcelona, España.
- Granados, Rosa (1998) **Informe de Sistematización de la Residencia Práctica presentado para optar por el título de Maestra en Trabajo Social con énfasis en Intervención Terapéutica** Hospital Nacional de Niños, San José, Costa Rica.
- Díaz, Isabel (2000), **Bases de la terapia de grupo**, Editorial Pax, México.
- Fonnegra de Jaramillo, Isa. (1989), **Cuando se muere un ser querido**. "El Espectador" Fundación Omega, Colombia.

- Jara, Oscar (1994) **Para sistematizar experiencias: una propuesta teórica y práctica.** 3era Edición. Alforja. San José, Costa Rica.
- Jean Paul Sartre (2003) **El existencialismo es un humanismo** Editorial Losada SA, 3 edición, Buenos Aires, Argentina.
- Jean Paul Sartre (1943) **L'être et le néant. Essai d'ontologie phénoménologique.** París.
- Kérouac, Suzanne (1984) **El pensamiento enfermero** Masson, Barcelona, España.
- Kübler, Elizabeth (1992), **Sobre la muerte y los moribundos,** Ediciones Grijalbo, sa, .Barcelona., Buenos Aires, México.
- Lagarde, Marcela (1992) **Identidad y Subjetividad Femenina.** México.
- Laverde, MC y Sánchez L (1986) **Voces inseguras** Editorial Guadalupe, Bogotá, Colombia.
- Lazarus Richard y Folkman Susan (1991) **Estrés y procesos cognitivos** México: Martínez Roca
- Lombardi, Alicia (1988) **Entre madres e hijas** Editorial Paidós, Argentina
- Manchón, Apolonia y Urbano Elisa. (2005). **Enfermedades psicosomáticas** [http://www.psycoarea.org/psicosomatica\\_en\\_niños.htm](http://www.psycoarea.org/psicosomatica_en_niños.htm) México. Recopilado el10/06/06 11:45pm
- Mckay Matthew, Fanning Patrick (1991) **Autoestima, evaluación y mejora** Ediciones Martínez Roca, S.A. Barcelona, España.
- Mcgoldrick, Mónica-Gerson, Randy (2003) **Genogramas en la Evolución Familiar,** Editorial Gedisa Barcelona, España
- Meleiss Afaf Ibrahim (1987) Revisions in knowledge development: A passion for substance. **Scholarly Inquiry for nursing practice. An international journal 1(1)**

- Ministerio de Salud, Organización Panamericana de Salud y Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, (2004), **Situación actual de la salud mental en Costa Rica**, San José, Costa Rica.
- Neuman Betty y Fawcet Jacqueline (2002). **The Neuman System Model** New Jersey, Prentice may.
- Niklas Bornhauser N., Herbert Csef (2005) **Nuevas enfermedades ¿del alma? Reflexiones psicósomáticas a propósito de algunas analogías estructurales entre síndrome de fatiga crónica, fibromialgia y sensibilidad química múltiple** REV CHIL NEURO-PSIQUIAT 2005; 43(1): 41-50 [www.sonepsyn.cl](http://www.sonepsyn.cl) , recopilado el 10/06/06 12:00 a m
- Olivares José, Méndez Francisco (1998) **Técnicas de modificación de conducta**. Biblioteca Nueva. España.
- Peco, Ángela. (2005) **Cuidados de especializados en la enfermedad de Alzheimer** <http://www.mailxmail.com> , recopilado el 7 de junio, 1:30 pm
- Pennebaker, James (1980) **El arte de confiar en los demás** Editorial. Alianza, Madrid, España.
- Peplau, Hildegard E (1990) **Relaciones interpersonales en enfermería** Grafiques Molá, Barcelona, España.
- Quesada, Lisbeth (1991), **Programas de atención integral, módulo educativo sobre la muerte y proceso. Módulo educativo sobre el duelo**. Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social. CCSS, Costa Rica.
- Quirós, Edda (2001), **Sentir, pensar y enfrentar la violencia intrafamiliar**. INAMU, San José, Costa Rica.
- Ramellini Teresita, Mesa Silvia (1997) **Sentir pensar y enfrentar la violencia intrafamiliar** CMF, San José, Costa Rica
- Rogers, Carl (2003) **Persona a persona** 2ª reimpresión, Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis, Buenos Aires, Argentina.
- Rogers, Carl (1996) **El proceso de convertirse en persona** 10ª reimpresión, Ediciones Paidós Ibérica, Barcelona, España.
- Sin autor (2005) **Humanismo Existencialista** <http://meditaciones.org>, recopilado el 22 de abril, 5:00pm.

Semerari Antonio. (2002). **Historia teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva**. Paidós, Barcelona, España.

Tuotromédico.com,(2004) **Colon Irritable**[http://www.tuotromédico.com/temas/colon\\_irritable.htm](http://www.tuotromédico.com/temas/colon_irritable.htm). Recopilado el 7 de abril 4:00pm.

Vaughan, Diane (1986) **La pareja en conflicto,** Editorial Atlántida SA, Primera Edición, Buenos Aires. Traducido Carlos Coldaroli.

Viveros Margarita y Días Rosalina. (2004) **Cuidado de Enfermería en Urgencias con el marco de referencia de Betty Neuman**  
<http://www.enfermería.com.mx/disminución.htm>, recopilado el 7 de abril, 4:30pm

Weilandt (2005) **Consecuencias en el uso de drogas**  
<http://www.monografias.com/trabajos13/ladrogcc/ladrogcc.shtml>, recopilado el 16 de junio 2006, 3:00 pm

## Anexo 1

### Consentimiento Informado

#### **Intervención de enfermería en Salud Mental a usuarias con diagnóstico de Síndrome de Colon Irritable.**

Mi nombre es \_\_\_\_\_ soy estudiante de la maestría de enfermería en Salud Mental de la Universidad de Costa Rica, estoy haciendo un estudio para usuarias portadoras del síndrome de Colon Irritable.

Deseo implementar un programa de Enfermería de Salud Mental. El mismo se efectuará aplicando el entrenamiento de las técnicas de afrontamiento para el manejo del estrés, y la modificación de estilos de vida. En ningún momento se usaran procedimientos invasivos como: toma de muestras de sangre o algún otro fluido corporal, ultrasonidos, pruebas de actividad física o ningún otro examen que altere la integridad física.

Además me interesan algunos datos sobre usted y su salud para lo cual se realizará una entrevista y la elaboración de una bitácora, la cual se le entregará para realizar en su hogar.

La sesión durará aproximadamente 60 minutos, una vez por semana, durante cinco semanas.

Si no desea participar en el estudio, puede negarse sin ningún compromiso.

Si decide participar, le garantizo que sus datos serán estrictamente confidenciales por lo que no los conocerá nadie más.

¿Está de acuerdo en formar parte del estudio?

Sí ( ) No ( ) \_\_\_\_\_

Agradezco su colaboración.

Enfermera a cargo del estudio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## **Anexo 2**

### **Pre-intervención**

#### **Información demográfica**

- Nombre
- Edad
- Fecha de nacimiento
- Estado Civil
- Profesión u oficio
- Nivel educativo

#### **I. Antecedentes patológicos personales**

- Antecedentes familiares alguna enfermedad física de padre y madre abuelos(as), hermanos(as) (si) (no). ¿De que tipo?
- Antecedentes emocionales y mentales

#### **II. Historia personal ( genograma)**

El genograma es un instrumento muy importante para estudiar el sistema familiar desde el punto de vista histórico y las transiciones de ciclos vitales, situando las cuestiones actuales en el contexto de las normas evolutivas de la familia.

Ayuda a los miembros de la familia a verse así mismos de una manera distinta y a unir, dar a conocer el funcionamiento físico, social y emocional de los miembros de una familia, con los cambios de algunas de las partes.

#### **El problema presentado y el hogar.**

- ¿Con quién vive en la casa?
- ¿Cómo está relacionada cada una de las personas en su núcleo familiar?
- ¿Dónde viven los otros miembros de la familia?
- ¿Cuáles miembros de su familia conocen la situación estresante?
- ¿Alguno de su familia tuvo alguna situación similar?

### **La situación actual**

- ¿Cuál es la situación de salud por la que usted está pasando actualmente en el hogar o su trabajo?
- ¿Ha habido algún cambio reciente en su familia?
- ¿Qué ha sucedido últimamente en su familia que llegaron o se fueron, enfermedades, problemas laborales...)

### **Contexto familiar**

#### **Madre:**

- Edad de la madre. Cuando nació
- Si está viva o muerta, si o no
- Cuándo murió, causa de muerte
- Si está viva a que se dedica, ¿Dónde está en este momento?
- ¿Cuándo y cómo su madre conoció a su padre?
- ¿Cuándo se casaron?
- ¿Había estado casada antes? Sí( ) NO ( ) ( Cuándo se casó)
- Tuvo hijos en ese matrimonio
- Se separaron, divorciaron o el conyugue falleció. Si así fue, cuando sucedió.
- ¿Cuántos hermanos(as) tiene? y en qué orden

#### **Padre:**

Edad del padre. Cuándo nació

- Si está vivo o muerto, si o no
- Cuándo murió
- Causa de muerte.
- Si está vivo a que se dedica, ¿Dónde está en este momento?
- ¿Cuándo y cómo su padre conoció a su madre?
- ¿Cuándo se casaron?
- ¿Había estado casado antes? Sí( ) NO ( ) ( Cuándo se casó)
- Tuvo hijos en ese matrimonio

- Se separaron, divorciaron o el cónyuge falleció. Si así fue, cuando sucedió.
- ¿Cuántos hermanos(as) tiene? y en que orden.

### **Contexto social**

- Qué papel juega la o las personas de afuera de la familia
- Recibió ayuda de alguna persona o profesional
- Quién, fuera de la familia, ha sido importante en su vida.
- Alguna otra persona ha vivido en su familia. Adonde están ellos ahora
- Cuál ha sido la experiencia de su familia con respecto a ayuda profesional u otras personas.

### **Hechos**

Cada miembro de su familia si ha ocurrido algún hecho importante:

- Fechas de nacimiento, casamiento, separación, divorcio, enfermedad y muerte, incluyendo la causa.
- Relación con los hermanos
- Antecedentes étnicos y religiosos
- Ocupación y educación
- Situación actual.

### **Perspectiva histórica**

- ¿Cómo reaccionó la familia cuando nació o ingresó un nuevo miembro en la familia?
- ¿Como reaccionó la familia ante la muerte de un miembro en particular?

- ¿Para quien fue peor?
- ¿Para quien fue mejor?

### **Pautas antes durante y posterior a la situación estresante**

- ¿Cuando comenzó la situación estresante, quien lo notó en primer lugar?
- ¿Quien pensó que era serio o no?
- ¿Las relaciones familiares eran diferentes antes de que comenzara de la situación?
- ¿Qué situaciones existían?
- ¿La familia considera que la situación ha cambiado, en que forma, para mejor o peor?
- ¿Qué sucederá en la familia si la situación continúa, si desaparece, como se presenta el futuro?
- ¿Qué cambios posibles imagina para el futuro los miembros de la familia?

### **Estudio de la relaciones y los roles familiares**

- ¿En la familia hay alguna persona que no se dirija la palabra, o alguna vez han tenido períodos de que no se hablen?
- ¿Hay alguno que tenga o haya tenido un conflicto serio?
- ¿Quién proporciona la ayuda cuando se necesita en la familia?
- ¿En quién confía en la familia?
- ¿Considera que todas las parejas tienen algún tipo de dificultad marital?
- ¿A qué tipo de problemas y conflictos tuvo que hacerle frente?
- ¿Cómo son los matrimonios de sus padres y hermanos?
- ¿Cómo son las relaciones de usted con sus hijos?

- ¿Algún miembro de la familia tuvo algún problema en particular al tratar a sus hijos?
- ¿Algún miembro de la familia ha sido considerado como el guardián o el problemático, el malo, el enfermo, el loco?
- ¿Quién es considerado el fuerte de la familia el dominante, el sumiso, el débil?
  
- ¿Quién es considerado el exitoso o el fracasado?
- ¿A quien se ha considerado el cálido, frío o solícito, distante.

### **Funcionamiento individual**

#### **Situaciones serias**

- ¿Alguien de la familia ha tenido algún problema serio de salud, o psicológico, ha sufrido depresiones, ni ansiedades, miedos, ha perdido el control?
- ¿Ha habido maltrato físico o sexual?
- ¿Existe algún problema que le preocupa?
- ¿Cuándo comenzó el problema?
- ¿Buscó ayuda? ¿Si así lo hizo, qué sucedió?
- ¿En que estado se halla dicho problema en la actualidad?

#### **Antecedentes laborales**

- ¿Ha habido algún cambio laboral últimamente, desempleo, le gusta su trabajo?
- ¿Quien más trabaja en su familia?
- ¿Cuánto ganan?
- ¿Cómo compara su situación económica con la de sus familiares?

### **Drogas y alcohol**

- ¿Algún miembro de la familia utiliza algún tipo de medicamentos en forma rutinaria?
- ¿qué tipo y para qué?
- ¿Cree que algunos de sus familiares tiene problemas de drogas y alcoholismo?
- ¿Qué tipo de drogas? ¿Cuándo?
- ¿Que ha hecho la familia al respecto?

### **Problemas con la ley**

- ¿Algún miembro de la familia fue arrestado?
- ¿Porqué motivo?
- ¿Cuándo?
- ¿Cual fue el resultado?
- ¿Cuál es la situación legal de dicha persona en la actualidad?

## **Anexo 3**

### **Entrevista**

#### **Guía para la elaboración de la entrevista estructurada**

##### **1. Factores estresantes percibidos por el paciente**

- a. ¿Cómo considera usted que experimenta el estrés?
- b. ¿En qué medida se diferencian las circunstancias actuales, relacionadas con su problema de salud, de su modo de vida habitual?
- c. ¿Ha experimentado alguna vez una situación similar? ¿Cuál fue su situación y como lo manejó? ¿L conduce con éxito?
- d. ¿Cuáles son las consecuencias que usted vislumbra como resultado de su situación de salud?
- e. ¿Qué hace usted para controlar su nivel de estrés?
- f. ¿Cómo ha sido su experiencia de salud en relación al apoyo que recibe de familiares, amigos y personal de salud? ¿Qué espera de esto?

##### **2. Factores estresantes percibidos por el profesional de salud**

- a. ¿Cuál es la percepción que se tiene de su principal área de estrés o áreas de estrés?
- b. ¿En que medida se diferencian las circunstancias actuales, relacionadas al Colon Irritable, del modo de vida habitual del paciente?
- c. ¿Ha experimentado alguna vez la paciente una situación similar? ¿Como evaluaría lo que hizo la paciente? ¿En que medida considera que tuvo éxito?
- d. ¿Cuáles son las consecuencias que se vislumbran como resultado del Colon Irritable en el paciente?

- e. ¿Qué se percibe que está haciendo la paciente para ayudarse a sí misma?
- f. ¿Qué se piensa es lo que espera la paciente, que hagan por ella el personal de salud, la familia, los amigos u otras personas?

**Este ítem será analizado únicamente por la investigadora**

### **3. Factores Intrapersonales**

- a. **Físicos:** padecimiento actual
- b. **Psico-socioculturales:** modelos de conducta, actitudes, valores, esperanzas, patrones de afrontamiento.
- c. **Evolutivos:** edad, grado de normalidad, factores relacionados con la situación actual.
- d. **Sistema de creencias espirituales:** relacionadas a su familia, comunidad, pertenencia a congregación religiosa.

### **4. Factores interpersonales**

- a. **Físicos:** enfermedades físicas de su sistema familiar y grupo social
- b. **Psico-socioculturales:** relaciones interpersonales, roles formales e informales.
- c. **Evolutivos:** Factores relacionados a su sistema familiar y grupo social con la situación actual
- d. **Sistema de creencias espirituales:** relacionados a su familia, comunidad, pertenencias a congregación religiosa.

### **5. Factores extrapersonales.**

- a. **Físicos:** Padecimiento actual en relación a otras personas de su sistema familiar, grupo social o comunidad
- b. **Psico-socioculturales:** pertenencia a grupos de la comunidad, trabajo.

**c. Evolutivos:** recursos externos utilizados para tratar de mediar las **reacciones de la enfermedad.**

**d. Sistema de creencias espirituales:** existencia de recursos externos espirituales a los cuales la paciente pueda tener acceso.

(El anterior cuestionario es una adaptación de Alfaro, Brenes, Rojas, Solano (2005))

## **Anexo 4**

### **Registro de tensión y relajación, antes y después del ejercicio de relajación**

En una escala de 1 a 10, señale el estado de tensión que UD. Considera tiene en este momento

1- Corresponde a excesiva tensión

-

-

-

5- Regular tensión

-

-

-

-

10- Muy poca tensión.

En la escala del 1 al 10, señale el estado de relajación al que UD. considera que llegó después del ejercicio de relajación

1- No se relajó

-

-

-

5- Regular relajación

-

-

-

-

10- Total relajación

4-Describa las sensaciones que UD. experimentó durante y después del ejercicio de relajación.

**Anexo 5**

**Registro de sensaciones experimentadas en el proceso de la  
Relajación**

<b>Sensación</b>	<b>Antes</b>	<b>Durante</b>	<b>Después</b>
Temor			
Ansiedad			
Tristeza			
Deseos de llorar			
Dificultad para concentrarse			
Sensación de dolor en alguna región de su cuerpo			
Palpitaciones			
Temblores			
Calambres			
Otros			

**Anexo 6**

**Registro de signos vitales antes y después de cada sesión de relajación**

<b>Antes</b>	<b>Después</b>
PA	PA
FC	FC
FR	FR

## **Anexo 7**

### **Ejercicio de respiración diafragmática**

**Prepare su ambiente y acomódese para reducir o no tener ninguna interrupción durante los próximos minutos.**

**Con la respiración diafragmática o respiración profunda usted permitirá que el aire llegue hasta la base de sus pulmones, oxigenando todo su cuerpo y permitiéndole relajarse fácil y naturalmente tan fácil y naturalmente con respiración profunda.**

- Siéntese cómodamente...con sus brazos y sus piernas extendidas, si lo considera necesario afloje su ropa, siéntese cómodamente...
- Si lo prefiere cierre sus ojos o vea fijamente a un punto por encima del nivel de sus ojos (10" seg.).
- Va a empezar a relajarse, a medida que avance todos sus músculos comenzarán a aflojarse, a partir de sus pies hasta llegar a su cabeza sus músculos comenzarán a aflojarse después de unos segundos, (5"seg.), enfoque su atención en su respiración (4" seg.) respire dejando entrar el aire lenta y profundamente, de manera que pueda sentir como su estómago se va inflando (7" seg.). Respire lenta y profundamente, sienta como su estómago aumenta de tamaño (10" seg.).
- Cuando deje salir el aire hágalo que dure más que el tiempo que le tomó dejarlo entrar (6" seg.), tome aire, respire lenta y profundamente. Preste atención a los momentos en los cuales el aire sale y el momento en el cual el aire entra (5" seg.), concentre su atención en su respiración, en sus músculos cuando respira, el sonido del aire y la sensación al entrar y salir.
- Sienta su pecho como se mueve o se queda quieto, alguna sensación de, resequedad o de humedad en su nariz (7 " seg.).

- Continúe, respirando lenta y profundamente. Sienta como se relaja, sienta como la tensión da paso a la relajación.
- Continúe respirando profundamente. (4" seg.).
- Ahora concentre su atención en una palabra, en una frase, en una imagen o en un sabor" o lo que usted prefiera. Algunas personas escogen la imagen y las sensaciones de un lugar cómodo, agradable, tranquilo y a medida que van avanzando en el ejercicio el lugar va siendo más tranquilo y más cercano. (5" seg.)...
- Continúe respirando lenta y profundamente. Cuando el aire va saliendo, palabras como relajarse, aflojarse, serenidad y tranquilidad pueden funcionar, adecuadamente. (Use únicamente una palabra o una imagen durante todo el ejercicio (7" seg.))
- Trate de ver, la palabra o la imagen con el "ojo de .su mente" o trate de escucharle con el "oído interno" (20 " seg.), algunas distracciones pueden estar presentes, pueden ser sonidos o voces, o pensamientos de otros lugares o de otros momentos, use estos distractores como un recordatorio para seguir en su ejercicio y fijar su atención.
- En su respiración, lenta y profunda o en su palabra o imagen escogida (16" seg.).
- Sienta como el aire entra y sale de su cuerpo lentamente, profundamente, fácil y naturalmente, continúe haciendo lo mismo por unos segundos más (13" seg.).
- Ahora muy despacio vamos a concluir el ejercicio, tómese su tiempo y muy lentamente empiece a abrir sus ojos, a mover su cuerpo, sus manos, sus pies, y por último tome conciencia de cómo se siente en este momento.

## **Anexo 8**

### **Relajación muscular profunda o relajación progresiva**

Siéntase cómodamente con la espalda recta, los pies apoyados en el piso y las rodillas ligeramente separadas.

Procure que la ropa sea cómoda y que no tenga ningún accesorio que haga presión con su cuerpo.

Se trabajaran diversos grupos musculares, tensando y relajando progresivamente. Procure que al hacer dicho ejercicio, la tensión se haga dentro de límites tolerables sin que resulte doloroso.

Colóquese en posición cómoda. Ahora estire su brazo derecho al frente, cierre el puño... apriete fuertemente... más fuerte... mantenga la tensión, sienta la tensión en su brazo y su puño, ahora afloje lentamente, muy despacio y fíjese que ocurre, que cambios observa. Deje sueltos los músculos, relajados sin fuerza y compare está sensación con la tensión que tenía hace unos instantes. Ahora fíjese en la textura de su piel.

**Ahora descanse y respire profundamente.**

- Vamos a hacer el ejercicio de tensar y relajar los músculos de la cara.
- Primero levante las cejas, levante fuertemente sus cejas, lo que usted pueda, sostenga la tensión y ahora muy lentamente afloje despacio los músculos, note la diferencia entre tener los músculos de la frente tensos y ahora relajados.

- Ahora cierre los ojos y haga el mismo ejercicio de tensión en los músculos, apriete fuertemente sus párpados y note la tensión en esta parte de su cara, ahora vaya aflojando la tensión lentamente, note que los músculos alrededor de sus ojos están relajados.
- Vamos a concentrar la atención en los músculos de la boca, haciendo un gesto como si estuviera silbando, sienta la tensión en sus labios, mantenga la tensión y ahora despacio muy despacio afloje los músculos lentamente, sienta ahora como los músculos de su boca están relajados. Note la diferencia entre tener los músculos tensos y ahora relajados.
- Respire profundamente... Vamos a tensar los músculos del cuello y la cabeza, dirija su cabeza hacia atrás y sienta la tensión en los músculos del cuello, mantenga la tensión por unos instantes, y ahora despacio, lentamente dirija su cabeza hacia la posición anterior. Sienta la diferencia entre tener estos músculos tensos y ahora relajados. Ahora dirija su cabeza hacia adelante...sienta la tensión sus músculos y volviendo a la posición anterior, note como los músculos se relajan.
- Ahora levante sus hombros como si quisiera alcanzar sus orejas, observe las sensaciones de tensión que se van produciendo y deje ahora que se relajen dejando que los hombros regresen a la posición original, lentamente. Repita el ejercicio una vez más, levante los hombros, sienta la tensión y deje ahora que se relajen, mientras vuelven a su posición anterior, respire profundamente. Al dejar que el aire salga lentamente por su boca, deje que los músculos de su cuello, de su mandíbula y de sus hombros se relajen más.
- Ahora vamos a tensar y relajar los músculos de sus brazos, levantando lentamente su brazo derecho hacia adelante y apretando fuertemente el puño, sienta la tensión en los músculos de su brazo, mantenga esta tensión y ahora despacio muy despacio vamos a empezar a liberar esa tensión, bajando lentamente su brazo y colocándolo en su muslo derecho.

A continuación vamos a hacer lo mismo con su brazo izquierdo, levantando, apretando y manteniendo la tensión, sienta esa tensión en los músculos de su brazo izquierdo, ahora afloje y baje su brazo lentamente, colóquelo sobre su muslo izquierdo. Note la diferencia entre tener los músculos de sus brazos tensos y ahora relajados.

- Sienta como la tensión da paso a la relajación
- Ahora ponga tensos los músculos de su pecho, mantengo la tensión por unos instantes...y lentamente libera su tensión, Sienta la relajación en estos músculos. Seguidamente vamos a tensar los músculos del abdomen, haciendo un movimiento como si se fueran a dar un golpe, sienta la tensión en esta a parte de su cuerpo y ahora muy despacio, lentamente libera la tensión, sienta la diferencia entre tener los músculos tensos y ahora relajados.
- Respire profundamente dejando salir el aire por la boca lentamente despacio... respire de nuevo... y sienta como cualquier sensación de tensión que haya quedado en su pecho en su abdomen, en sus brazos o en sus puños, se va desvaneciendo.
- Ahora apunte con los dedos de los pies hacia sus rodillas, levante lentamente sus piernas y note las sensaciones de tensión que se van produciendo en estos músculos; relaje los músculos lentamente, baje los pies y sienta la diferencia entre tener los músculos de sus piernas tensos y ahora relajados.
- A continuación va a levantar sus piernas esta vez llevando la punta de los dedos hacia delante, contrario a sus rodillas, note la tensión que se produce en los músculos de las piernas, y ahora despacio muy despacio empiece a bajar los pies relajando sus dedos, sienta la diferencia entre tener los músculos tensos y ahora relajados.

- Ahora los músculos de su cuerpo están relajados. Los músculos de la cabeza, el cuello, la cara, los hombros, sus brazos, su pecho, su abdomen y sus piernas están relajados,... cómodos y relajados.
- Mueva su cuerpo lentamente y respire profundamente... Sienta su cuerpo relajado.
- Ahora muy despacio vamos a concluir el ejercicio, tómese su tiempo y muy lentamente empiece a abrir sus ojos, a mover su cuerpo, sus manos, sus pies, y por último tome conciencia de cómo se siente en este momento.

## **Anexo 9**

### **Entrenamiento en relajación autogénica**

Prepare su ambiente y acomódese para reducir o no tener ninguna interrupción durante los próximos minutos.

- Siéntese o recuéstese en una posición cómoda y relajada y respire profundo tres veces
- Repítase las siguientes frases en una forma constante y pausada
- Me siento muy tranquila
- Estoy comenzando a sentirme muy relajada
- Mis pies se sienten pesados y relajados
- Mis rodillas piernas y caderas se sienten pesadas, relajadas y cómodas
- la parte central del cuerpo esta relajada y cómoda
- Mis manos, brazos y hombros se sienten pesados, relajados y cómodos
- El cuello, mandíbulas y frente se siente relajados, cómodo y suave
- Todo mi cuerpo se siente pesado, confortable, tranquilo y relajado
- Mis brazos y manos están pesados y calientes
- Me siento tranquila
- Todo mi cuerpo esta relajado y mis manos están calientes y relajadas
- Puedo sentir el calor fluyendo de mis brazos hacia mis manos
- Mis manos están calientes
- El calor fluye hacia mis manos y estas están calientes muy calientes
- Mis manos están calientes, calientes y relajadas
- Puedo sentir el pulso en las puntas de mis dedos
- Mi mente esta tranquila, siento una tranquilidad interior
- Dentro de mi mente me puedo visualizar y sentir relajada y serena
- Mi mente esta calmada y relajada

- Ahora respírate profundo tres veces, sentirás la energía que fluye sobre todo el cuerpo con cada respiración despacio y cuando lo considere oportuno abriré mis ojos y seguiré sintiendo esa tranquilidad interior

## **Anexo 10**

### **Ejercicio de imaginación**

Prepare su ambiente y acomódese para reducir o no tener ninguna interrupción durante los próximos minutos.

- Siéntese en un lugar tranquilo y cómodo, con los brazos y piernas extendidas, si lo considera necesario afloje su ropa, siéntese cómodamente...
- Gire los ojos hacia arriba, hacia abajo y hacia adentro, luego si lo prefiere cierre sus ojos
- Va a empezar a relajarse, comience a aflojarse, a partir de sus pies hasta llegar a su cabeza
- Respire profunda y tranquilamente, sintiéndose muy tranquila y con mucha paz, respire dejando entrar el aire lenta y profundamente
- Cuando deje salir el aire hágalo que dure más que el tiempo que le tomó dejarlo entrar, tome aire, respire lenta y profundamente
- Ahora concéntrese en la imaginación de un color (el que le cueste menos imaginar)
- Imagine las zonas claras y las zonas oscuras como nubes y sombras
- Luego sobre el fondo del color se imagina una figura geométrica de un color distinto por ejemplo un cuadrado amarillo sobre un fondo verde
- Luego va a imaginar una nueva forma y color (esto se le repite a la paciente)
- Deje que su mente imagine los colores y las formas que desee.....
- Ahora muy despacio vamos a concluir el ejercicio, tómese su tiempo, respire profundamente y sienta su mente muy tranquila y con mucha paz.

por último tome conciencia de cómo se siente en este momento.

## **Anexo 11**

### **Escribiendo mi secreto**

## Anexo 12

### Bitácora

La información que se requiere es de gran importancia para su avance en este proceso.

Se requiere que usted anote la situación o situaciones relevantes durante la semana, que usted perciba le afectan en su salud.

Debe anotar en todas las casillas, según corresponda.

Día	Hora	¿Qué pensó cuando estaba frente a esta situación?	¿Con quien estaba cuando estaba frente a esta situación?	¿Qué sintió en ese momento?	¿Qué hizo?

### **Anexo 13**

#### **Entrevista a la Dra. Marianela Madrigal Borloz, Gastreenteróloga del Servicio de Gastroenterología del Hospital México, realizada el martes 11 de julio.**

Hace varios días hemos estado hablando sobre el Programa de Intervención en Salud Mental como parte de la Práctica Dirigida en el proyecto final de graduación, en el cual atendimos a usuarias con el Síndrome de Colon Irritable, y a raíz de la situación que se ha venido dando con estos pacientes que en muchas ocasiones, se han visto angustiadas por un mal manejo de estrés y su petición tan oportuna y a los de otros doctores de gastro, cuando me solicitaban que le atendiera alguna de las usuarias con aplicación de técnicas y aportes desde Salud Mental, vimos interesante Licda, Leticia Rojas y Licda María Eugenia Alfaro, trabajar con este tema, por lo tanto nos gustaría saber ¿Desde cuándo, con su experiencia como gastroenteróloga, ha visto importante una intervención en Salud Mental?

Realmente la intervención es importante porque el Síndrome de Colon Irritable, es una patología que tiene probablemente dos vertientes, una orgánica que es la manifestación que se relaciona propiamente con todo lo que es orgánico, pero la génesis se ha relacionado más que todo con las manifestaciones del estado de ánimo, síndrome depresivo, se ha visto durante los años, y eso está probado. Generalmente en nuestro sistema es difícil conseguir un manejo dual, porque usted sabe que la necesidad existe hace mucho tiempo, pero es importante poder abordar no solo desde el punto de vista orgánico sino también desde el punto de vista Salud Mental.

Usualmente el médico es quien asume esta responsabilidad y trata un poco de trabajar lo que es la parte emocional del paciente, pero no existe en la Institución la infraestructura, ni el tiempo para poder afrontarlo nosotros, entonces el apoyo de una profesional en salud mental viene a cambiar mucho este abordaje porque

---

nos ayuda en una de las vertientes importantes de manifestaciones de síntesis y de génesis de la patología para ayudar al manejo del paciente. Actualmente se dice que a estos pacientes se necesita ayudarlos en tres grandes vertientes: una es en la parte nutricional, otra son cambios en los estilos de vida, que incluye los aspectos nutricionales, pero también el manejo de estrés adecuado, y la parte orgánica que es el aspecto farmacológico.

***Con su experiencia, ¿desde cuándo cree usted que los médicos se están apoyando en este nuevo abordaje?***

Probablemente depende mucho de la personalidad del médico si ha tratado de incursionar en este campo, y del tiempo que uno tenga para abordar al paciente, Nosotros desde un inicio viendo la génesis y estudiando lo que es la patología, siempre tratamos en darle aunque sea un mínimo apoyo al paciente en este sentido, sin embargo ahora, desde que ustedes están trabajando en esto, nos relevan no del todo, porque la relación médico paciente es importante, en cuanto al manejo de estrés ,etc, que uno debe intervenir para tener empatía con el paciente, sin embargo es un manejo mucho más extenso y mucho más dirigido en este sentido por parte de ustedes, ahora con el trabajo aquí nos ha dado una gran ayuda en este sentido, pero desde que empezamos en la labor profesional con este tipo de pacientes se ha abordado un poco y se ha tratado de abordar en ese sentido , pero como ustedes comprenderán que en quince minutos examinar un paciente, hacerle un examen físico correcto, darle los medicamentos que corresponden, darle los resultados de exámenes y además abordarle desde el punto de vista de salud mental, es muy poco lo que se le puede ayudar a ese paciente en ese sentido, así es que el apoyo de una especialidad en Salud Mental va formalmente coterapéutico es sumamente importante.

---

**Además de que hemos visto que estas usuarias se benefician en esa dualidad, desde el punto de vista orgánico y de la intervención de salud mental ¿considera usted que todas las personas con síndrome de colon irritable, son candidatas para la intervención en este programa?**

No, no todos los pacientes hombres y mujeres son candidatos para ser abordados desde un punto de vista de salud mental.

Hay pacientes que tienen déficit que no son relacionados con alteración emocional o el manejo inadecuado del estrés, claro que a uno le gusta que le ayuden, porque todo el mundo necesitaría, pero realmente no se verían realmente beneficiados ni son tributarios de este tipo de abordaje.

En los pacientes con síndrome de colon irritable existen subgrupos, y eso es función del médico identificar cuáles sí tienen mucha manifestación secundaria a alteración de trastorno de salud mental y otros que son absolutamente orgánicos, y que no requieren un abordaje terapéutico desde el punto de vista de Salud Mental.

**¿Qué recomendaría usted a las especialistas en Salud Mental, si se llegara a integrar e implementar este Programa en este Servicio?**

Lo primero que tiene que hacer es asegurarse que todos los médicos que trabajamos en esto estén enterados del Programa.

Segundo que estén motivados a mandarles los pacientes, porque como este es un ámbito nuevo, obviamente hay que hacer una especie de motivación al profesional que será quien refiera a estos pacientes, y el médico es muy resultado-dependiente y prueba-dependiente por así decirlo, sería muy bueno

poder hacer una charla o una inducción a los médicos en general para poder demostrar con estudios y con procedimientos probados que este tipo de manejo es importante. El trabajo con el médico que eventualmente será el primer contacto con el paciente es muy importante.

Tercero que estos pacientes se manejen en forma bilateral, con una buena comunicación con el médico, porque lógicamente el responsable primario sigue siendo el médico de su paciente en el sentido que es el paciente del servicio y esa retribución y el trabajo coordinado con los dos profesionales va ser vital para cambiar medicamentos, extender citas más, o menos prontas, cambiar algún tipo de recomendaciones de otros estilos de vida que se generan de esto, así que la retroalimentación va ser muy importante y eventualmente se podría generar una Clínica que discuta los casos difíciles o los casos especiales, que eso sería ya otra etapa del proceso.

24 de agosto del 2006

Señores  
Universidad de Costa Rica  
Sistema de Estudios de Postgrado  
Maestría en Enfermería en Salud Mental.

María de los Ángeles Ceciliano Mora, ced 6-092-038 y carné 2230 del Colegio de Licenciados y Profesores, dejo constancia escrita, que he revisado y corregido el trabajo "Programa de Intervención de Enfermería en Salud Mental a Usuarías que Asisten al Servicio de Gastroenterología de Hospital México con Diagnóstico de Colon Irritable", de las estudiantes Lic. María Eugenia Alfaro Solórzano y la Lic. Leticia Rojas Zamora para optar por el grado de Maestría en Enfermería con énfasis en Salud Mental del programa de postgrado de la Universidad de Costa Rica.

Por tal razón doy fe de que dicho documento reúne los requisitos morfosintácticos requeridos.

  
Att: Lic. María de los Angeles Ceciliano Mora  
Ced. 6-092-038  
Carné: 2230