

**DIAGNOSTICO PARA EL DISEÑO DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL PARA LA POBLACIÓN QUE ACCEDE A LOS SERVICIOS DEL HOSPITAL REGIONAL "SAN SALVADOR" DE LA CIUDAD DE CHIQUINQUIRÁ.**

Presentado por ANA PATRICIA NIEVES ACERO

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**  
**UNIVERSIDAD DE LA SABANA**

Chía, Mayo 2el 2001

## TABLA DE CONTENIDOS

<i>Resumen</i> .....	1
<i>Introducción</i> .....	2
Diagnostico para el Diseño de un Programa de Atención en Salud Mental para la Población que accede a los Servicios del Hospital Regional “San Salvador” de la ciudad de Chiquinquirá.....	2
Método.....	63
<i>Diseño</i> .....	64
<i>Análisis de Resultados</i> .....	65
<i>Los programas</i> .....	81
<i>Referencias</i> .....	85
ANEXOS.....	86
ANEXO A. Proyecto de Acuerdo por Medio del cual se expide el Estatuto del “Hospital Regional de Chiquinquirá Empresa Social del Estado” 1999.....	87
ANEXO B. Organigrama actual Hospital Regional San Salvador de Chiquinquirá.....	88
ANEXO C. Organigrama según reestructuración Hospital Regional San Salvador Chiquinquirá.....	89
ANEXO D. Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social.....	90

## INDICE DE TABLAS

Tabla 1.	<u>Tabla de Códigos SIIS (Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social</u>	26
Tabla 2.	<u>Diagnósticos más representativos durante el mes de Enero por Grupo Diagnóstico</u>	28
Tabla 3.	<u>Diagnósticos más representativos durante el mes de Febrero por Grupo Diagnóstico</u>	32
Tabla 4	<u>Diagnósticos más representativos durante el mes de Marzo por Grupo Diagnóstico</u>	34
Tabla 5	<u>Diagnósticos más representativos durante el mes de Abril por Grupo Diagnóstico</u>	37
Tabla 6	<u>Diagnósticos más representativos durante el mes de Mayo por Grupo Diagnóstico</u>	40
Tabla 7	<u>Diagnósticos más representativos durante el mes de Junio por Grupo Diagnóstico</u>	43
Tabla 8	<u>Diagnósticos más representativos durante el mes de Julio por Grupo Diagnóstico</u>	46
Tabla 9	<u>Diagnósticos más representativos durante el mes de Agosto por Grupo Diagnóstico</u>	49
Tabla 10	<u>Diagnósticos más representativos durante el mes de Septiembre por Grupo Diagnóstico</u>	51
Tabla 11	<u>Diagnósticos más representativos durante el mes de Octubre por Grupo Diagnóstico</u>	54
Tabla 12	<u>Diagnósticos más representativos durante el mes de Noviembre por Grupo Diagnóstico</u>	57

Tabla 13	<u>Diagnósticos más representativos durante el mes de Diciembre por Grupo</u>	
	<u>Diagnóstico.....</u>	60
Tabla 14	<u>Diagnósticos más representativos durante el año 2000 por Grupo</u>	
	<u>Diagnóstico.....</u>	65
Tabla 15	<u>Número de Historias seleccionadas por cada entidad diagnóstica, mes asignado.....</u>	66
Tabla 16	<u>Concepto Médico por entidad diagnóstica analizada.....</u>	67

## INDICE DE FIGURAS

<u>Figura 1</u> Morbilidad de Cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Enero .....	28
<u>Figura 2</u> Morbilidad de Cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Febrero.....	31
<u>Figura 3</u> Morbilidad de Cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Marzo.....	34
<u>Figura 4</u> Morbilidad de Cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Abril. ....	37
<u>Figura 5</u> Morbilidad de Cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Mayo.....	40
<u>Figura 6</u> Morbilidad de Cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Junio.....	43
<u>Figura 7</u> Morbilidad de Cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Julio.....	45
<u>Figura 8</u> Morbilidad de Cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Agosto.....	48
<u>Figura 9</u> Morbilidad de Cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Septiembre.....	51
<u>Figura 10</u> Morbilidad de Cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Octubre.....	54
<u>Figura 11</u> Morbilidad de Cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Noviembre.....	57
<u>Figura 12</u> Morbilidad de Cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Diciembre.....	60
<u>Figura 13.</u> Incidencia de los Grupos Diagnósticos a través del año 2.000.....	63

Chía, Mayo 2 de 2001

Señores  
UNIVERSIDAD DE LA SABANA  
Atn. Comité de Trabajos de Grado  
Ciudad

Respetados Señores

Presento a ustedes el Informe Final del proyecto de Investigación titulado Diagnostico para el Diseño de un Programa de Atención en Salud Mental para la Población que accede a los Servicios del Hospital Regional "San Salvador" de la ciudad de Chiquinquirá.

Este Informe ha sido asesorado por la Psicóloga Sandra Gisella Miranda Peña, quien, por motivos personales en este momento se encuentra fuera del país, pero quien conoce y acepta las correcciones al proyecto, hechas por el jurado.

La Doctora Sandra Gisella está dispuesta a comunicarse con el comité vía internet, en el momento que se estime conveniente, para aclarar cualquier duda con respecto a este Informe.

Agradezco inmensamente la colaboración que puedan prestarme. .

Atentamente,

**ANA PATRICIA NIEVES ACERO**

Cod. 9515302

## Resumen

En el presente proyecto de investigación se realizó una revisión bibliográfica correspondiente al tema de la salud mental, la psicología de la salud y los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, con el ánimo de sustentar teórica y metodológicamente la elaboración de un análisis sobre el perfil epidemiológico de la población que accede a los servicios del Hospital Regional "San Salvador" de Chiquinquirá, y relacionarlo con las principales problemáticas que pueden tratarse desde la psicología, para lograr establecer programas orientados a contribuir con el afrontamiento, recuperación y tratamiento de las enfermedades que padece la población que se presenta diariamente ante este centro hospitalario, buscando contribuir a elevar la calidad de vida de la comunidad en general.

Se espera que este proyecto de investigación, contenga la suficiente información para comprender, globalmente, la importancia de establecer estos programas y la contribución que desde la psicología puede hacerse para lograr un buen nivel de salud mental en la población.

**Diagnostico para el Diseño de un Programa de Atención en Salud Mental para la Población que accede a los servicios del Hospital Regional “San Salvador” de la ciudad de Chiquinquirá.**

Describir una población en torno a situaciones de crisis o enfermedad, hace necesaria la ubicación histórica que permita comprender los fenómenos que han sucedido para llegar a una forma de organización en particular. A raíz del análisis de las diversas problemáticas encontradas en el servicio del Hospital Regional “San Salvador” de Chiquinquirá, se ha realizado una recopilación de información sobre los principales temas que abarca la salud mental, específicamente lo relacionado con la Psicología de la Salud y la manera de promoverla, como un ejercicio para comprender la presencia de comportamientos que de alguna manera propician bien la salud, o bien la enfermedad y que son de interés fundamental para llevar a cabo el planteamiento del presente proyecto. Se ha encontrado que es dentro de diversos contextos, por ejemplo, la familia y su evolución social – cultural donde se están gestando los comportamientos sanos o patológicos exhibidos por la población en general por lo que se hace necesario un abordaje integral al tema de la salud, basándose para esto en una visión integral de ser humano.

Se busca además de esta contextualización, abordar los principales tópicos que sobre salud, especialmente Psicología de la Salud y salud mental se consideran actualmente por los teóricos, para conocer qué se está haciendo al respecto especialmente desde la psicología como ciencia encargada, en su mayoría de la promoción y prevención, para luego entrar a formular los ejes principales de la intervención que deberán contener los programas, que manejados interdisciplinariamente contribuyan a elevar la calidad de vida de las personas que de ellos se servirán.

Como base epistemológica para el desarrollo de este estudio, se ha tomado la idea formulada por Souza y Machorro (1988), considerando que el ser humano es una entidad “biopsicosocial”, es



decir, en él intervienen aspectos físicos, psicológicos y sociales, teniendo cada uno igual incidencia en su conducta o comportamiento, relacionado éste con los estilos de vida, planteados de igual manera por el autor como saludables o propiciadores de salud o enfermos o propiciadores de enfermedad.

Estos conceptos son ampliados en el desarrollo del concepto de salud, encontrando que la OMS describe la siguiente idea al respecto: *“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales e inalienables del ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”*, afirmando el mismo autor que: *“Es así que la salud de todos los pueblos es una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los diferentes estados”*. (Souza y Machorro, 1988, p 17).

En este argumento se conjugan varios de los aspectos que guían la formulación del presente proyecto, ya que para lograr el objetivo fundamental del mismo, es necesario tomar en cuenta no sólo las necesidades, presentes de por sí en cualquier tipo de población, que deben ser atendidas desde la psicología, sino que se deben tomar en cuenta los lineamientos políticos y estructurales que enmarcan el desarrollo integral del país, partiendo desde la constitución nacional hasta la ley general de salud en donde se deben encontrar todos los argumentos necesarios y suficientes que justifiquen la formulación de un plan básico de salud mental. Al respecto la ley 100 de 1993 que reglamenta todo el sistema de seguridad social colombiano contempla:

*“La Seguridad Social Integral es el conjunto de instituciones, normas y procedimientos, de que disponen las personas y la comunidad para gozar de una calidad de vida, mediante el cumplimiento progresivo de los planes y programas que el Estado y la sociedad desarrollen para proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad”* (Ley 100/93).

Hablar de calidad de vida implica necesariamente hablar de salud como el único camino que con seguridad conduce a la elevación de los niveles de vida de la población como una condición para que los diferentes programas de reforma se realicen. Al respecto se encuentra la siguiente afirmación: "De manera política conviene a los fines del estado asegurar lo que hoy se ha hecho constitucional, el derecho a la salud de los ciudadanos como resultado directo de las luchas de reivindicación, pero también porque es la única posibilidad de llevar a cabo los objetivos fijados al contar con una población productiva y para ello es menester que sean sanos". (Souza, *ibid*, p18).

Revisando los conceptos sobre salud consultados, se encuentra que el progreso y desarrollo de las naciones se mide en gran parte por las condiciones de salubridad que se mantengan en los países, así como el nivel de atención y prevención que se brinda para mantener la salud y la facilidad de acceso de que dispongan los ciudadanos para los servicios de salud. Desde este punto de vista, la salud no sólo es considerada como "un estado de ausencia de enfermedad o como el bienestar físico, mental y social, sino además como un desarrollo dinámico en el que el hombre realiza todas sus potencialidades". (Souza, *ibid*, p18).

Si se tiene en cuenta que el individuo es una entidad demarcada por sus tres elementos: bio + psico + social, se deben analizar cada uno de estos subsistemas para encontrar el punto de equilibrio que conduce a un estilo de vida saludable, es decir, aquel comportamiento que le permite una adecuada adaptación a su entorno, analizando para ello los tres aspectos considerados por Fernández Ballesteros como indicadores de homeostasis: las cogniciones, las respuestas fisiológicas y la conducta manifiesta.

Un individuo y por extensión, una comunidad, se considera sana cuando se logra una estrecha comunicación entre el ser y su entorno, cuando la capacidad de adaptación es buena y cuando se tiene

una visión adecuada del mundo. Por esto, la salud, bien sea considerada física o mental, requiere de interacción de elementos que indiquen un buen nivel de organización. Cuando esto no se logra, se tiene entonces la presencia de enfermedad, considerada para este caso como "el estado que presenta un individuo cuando los estímulos físicos, psicológicos o sociales inciden sobre él con una intensidad suficiente y determinada cualidad, de tal modo que la movilización adaptativa del organismo no llega a ser suficiente para restablecer la homeostasia". (Souza, *ibid*, p 26).

Las respuestas desadaptativas del individuo no se generan en un momento determinado sino que se deben considerar además los factores hereditarios e históricos del desarrollo, la influencia de las personas cercanas y las experiencias vitales para entrar así a determinar la causa o posible causa de la enfermedad. Además se debe considerar que la conducta del individuo evoluciona de la misma manera que su entorno es cambiante, por lo que se mantiene una dinámica constante que exige nuevas formas de adaptación. -

En lo referente a la salud mental como tal, se aborda de manera similar a la salud física, siguiendo la pauta del modelo que se ha asumido; sin embargo, las enfermedades mentales presentan una connotación diferente dentro del quehacer del psicólogo y del médico tratante, ya que además del malestar físico que se experimenta como consecuencia de la mala adaptación al medio, se enfrenta el temor de las personas hacia la pérdida de control. Una forma de diferenciar las enfermedades mentales de las físicas es precisamente la presencia de signos o síntomas que prevalecen sobre otros, en este caso, la mayoría de ellos de carácter psíquico. Souza hace al respecto la siguiente afirmación: "La principal diferencia que tienen las enfermedades mentales respecto a las físicas es que representan la pérdida del autodomínio, lo que resulta seguramente muy amenazante para la mayoría de los individuos, quienes son dados a concebirlas como perturbadoras, socialmente intolerables y de esta

forma, este grupo de enfermedades no provocan simpatía ni se aceptan en comunidad, por tanto, generan ansiedad y actitudes evasivas, la gente no las reconoce, teme enfrentarlas y es así que en consecuencia, trata de justificar, rechazar, negar, etc.". (Souza, *ibid*, p 28).

Como entidades que generan malestar, las enfermedades mentales deben seguir el mismo curso de tratamiento que las enfermedades físicas, aclarando de nuevo que están completamente interrelacionadas e influidas por el ambiente. Por esta razón, debe hacerse un diagnóstico teniendo en cuenta los factores que ya sabemos componen el comportamiento del individuo, conociendo además su predisposición biológica y el ecosistema dentro del cual se desarrolla.

María Jahoda, citada por Souza, propone 6 categorías esenciales que comprenden el paradigma de la salud mental: "(1). El grado de conocimiento; (2) desarrollo y actualización de potencialidades; (3) actitudes hacia uno mismo; (4) integración de la personalidad; (5) autonomía; (6) percepción de la realidad y dominio del ambiente personal". (Souza. *Ibid*, p 31).

Estas categorías pueden ser consideradas como un determinante de la salud mental, si se analiza que en ellas se conjugan los principales aspectos psíquicos que pueden observarse en el comportamiento de un individuo.

Se encuentra que Fromm, citado por Souza, afirma que la persona nace provista de cualidades anatómicas, fisiológicas y psíquicas definibles y clasificables y que la interrelación de todas ellas son las que le permiten al ser humano tener una visión particular del mundo; de esta manera, la razón y el amor son las primeras características a considerar en el análisis del comportamiento humano, agregando además la productividad, que le permite, según Fromm, "poner al hombre a crear material y espiritualmente todo lo necesario para la mejor relación con su medio físico y con los demás seres con los que interactúa por necesidad". (Souza, *ibid*, p32)

Del análisis hecho por el autor se extrae que Freud consideraba que el amor y el trabajo eran dos de las condiciones necesarias para calificar a una persona como sana. En general, y ampliando entonces el concepto que sobre salud mental que ha analizado hasta ahora, vale la pena mencionar que el autor conjuga 7 elementos de manera totalitaria en el concepto de salud mental, enmarcándolos dentro de un cuadro clínico de madurez, que permitirá la evaluación de un comportamiento, casi que como una operacionalización del mismo que puede ser útil para la propuesta de los programas que se busca realizar.

Según Souza, estos criterios son los siguientes:

- (1) Que existiera un funcionamiento vital eficaz como unidad independiente y autónoma, bajo el concepto de que autonomía se refiere a la capacidad para tomar decisiones sin tutela alguna o dependencia emocional de otro ; (2) una capacidad relativa para la interacción social y que ésta sea adecuada incluyendo desde luego una buena adaptación interpersonal que en la intimidad despliegue las potencialidades de la sexualidad; (3) una captación objetiva de la realidad propia y del mundo son excesivas deformaciones debidas a diferentes factores emocionales que los individuos poseemos y captamos a lo largo de nuestro desarrollo personal; (4) la realización o por lo menos el intento de realización de lo que sean las posibilidades personales auténticas que serán diferentes de individuo a individuo y la capacidad para discernir si se tienen y cuáles son sus alcances; (5) una capacidad genuina para el amor a los demás y el respeto a uno mismo; (6) un comportamiento individual que tienda a la realización de valores universales, entendidos éstos como congruentes con la educación del grupo sociocultural que forma al individuo, y (7) la ausencia total de sintomatología propia de las entidades psicopatológicas

clínicamente reconocibles, debido a que su presencia sería totalmente incompatible y excluyente de las características anteriores. (p 33).

En este momento de análisis del sustento teórico para este estudio, se hace necesario formular una disyuntiva que debe ser muy clara si lo que se pretende es establecer el papel de la Psicología dentro del proceso de salud – enfermedad y cómo debe ser su intervención, diferenciando la Psicología Clínica, que puede estar referida en los conceptos anteriormente expuestos y la Psicología de la Salud, que pretende demostrar la importancia que como ciencia mantiene dentro del concepto integral del ser como entidad bio- psico – social, en lo referido a promoción de la salud y prevención de la enfermedad física.

Al respecto, Rodríguez (1995) refiere el concepto de Medicina Comportamental, como el primer paso antes de determinar específicamente el campo de la Psicología de la Salud, describiendo que en él se mezclaban aspectos relacionados con la interdisciplinariedad necesaria para el abordaje de los problemas de la salud, desde la biomedicina hasta la educación, pasando por la sociología, la antropología, la odontología, la nutrición , la enfermería, el trabajo social y la salud pública, es decir, la formulación de un concepto de salud integral.

De aquí se desprende la concepción de la psicología como ciencia y como profesión en el campo de la medicina comportamental y el autor la define como: “el conjunto de contribuciones científicas, educativas y profesionales que las diferentes disciplinas psicológicas hacen a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención y tratamiento de la enfermedad, a la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas, a la mejora del sistema sanitario y a la formación de una política sanitaria”. (Rodríguez, 1995. p. 20).

El autor señala que específicamente el campo de la psicología de la salud está determinado por el papel en la prevención de la enfermedad a partir del análisis de las conductas del individuo buscando orientarlas hacia lograr estilos de comportamiento que propicien la salud, y a la influencia de los conocimientos comportamentales para la salud y la enfermedad.

De igual manera, este autor define como a partir del análisis del concepto de Psicología de la Salud presentado por varios autores, finalmente se llega a la conclusión de que esta rama de la Psicología se define como un campo de aplicación de la teoría psicológica al marco de la salud que utiliza diversos métodos de muchas disciplinas psicológicas básicas y que hace capaces a los psicólogos de la salud de intervenir en problemáticas específicamente relacionadas con el campo de la salud y prevención de las enfermedades. De esta manera afirma:

“Cualquier actividad de la psicología relativa a cualquier aspecto de la salud o de la enfermedad físicas, el sistema sanitario, o la formación de políticas sanitarias se considera dentro del campo de la psicología de la salud, y es importante subrayar que las actividades de las diversas áreas de la psicología, tales como la evolutiva, fisiológica, cognitiva, industrial, organizacional, social, de la personalidad, etc., deben ser tomadas en cuenta cuando se define la psicología de la salud. La psicología de la salud debe ser capaz de integrar datos de las diferentes disciplinas psicológicas cuando se plantean todas estas cuestiones”. (Pág.. 21).

Finalmente al autor aporta aclaraciones referentes a la relación y diferencia de la psicología de la salud con otras áreas de estudio mostrando los elementos comunes entre si al tiempo que la dedicación específica de cada una de ellas. Empieza demostrando esta relación – diferenciación entre la Psicología Clínica y la Psicología de la Salud, referida la primera específicamente al área de la Psicopatología pero aportante para la comprensión y tratamiento de enfermedades físicas, sigue con la

exposición de la Medicina Psicosomática en relación con la Psicología de la Salud ocupándose de las enfermedades sin causa física específica como resultado de inadecuados valores psicológicos que logran afectar finalmente la salud y la Psicología Médica, mejor entendida como Psiquiatría en donde se analizan los aspectos psicológicos de las interacciones curativas que se establecen entre los médicos y sus enfermos. (Rodríguez, 1995)

Una temática que expone este autor y que se considera indispensable en la comprensión del asunto que orienta este estudio, es la referida a la Psicología Social de la Salud, encontrando una aplicación de esta rama de la psicología en la comprensión de los procesos de salud – enfermedad y la forma como se aplican sus principios en la elaboración de los programas orientados a la prevención y la promoción. En este sentido, el autor señala como la Psicología Social se encarga de analizar la conducta humana referida a salud – enfermedad en interacción con los diversos ambientes dentro de los cuales se desarrolla el individuo. En este sentido afirma que:

“Todas las actividades implicadas en el concepto de Psicología de la Salud (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad, además de la mejora del sistema de cuidado de la salud y de la formación de políticas de salud), son resultado de interacciones entre los profesionales y los usuarios del sistema de salud, y se desarrollan en dicha interacción. La conducta relacionada con la salud y la enfermedad se aprende y/o se realiza en un contexto social, por lo que “un abordaje psicológico puramente individual probablemente sólo ofrecería una perspectiva muy limitada de las relaciones entre conducta y enfermedad” (Pág.. 24).

Así mismo, el autor señala cómo es el contexto social el que muchas veces determina el papel del enfermo, la comprensión, asunción y tratamiento de la enfermedad y la presencia o no de conductas



saludables. Explica como no es posible comprender la conducta de salud – enfermedad de un individuo si se separa de su contexto y manifiesta como es necesario que los programas de prevención y promoción se integren y se gesten dentro de las comunidades para que a partir de la comprensión de las creencias de cada grupo social, se intervenga en la adopción de estilos de vida saludables, que es finalmente el objetivo de toda intervención de la Psicología de la Salud. (Rodríguez Marín, 1995).

Se encuentra así mismo, la exposición referida a los campos de estudio de la psicología social de la salud, encontrando en primer lugar la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, donde describe que es necesaria la comprensión de los sistemas sociales para la formulación de los planes de atención primaria, secundaria y terciaria y los programas de educación sanitaria donde se promuevan estilos de vida saludables. Estudia como el tipo de organización social aporta bien a la aparición de enfermedades o a la práctica de comportamientos que atentan contra la salud y finalmente explica el aporte que hace esta rama mediante la aplicación de técnicas de comunicación persuasiva, los principios del aprendizaje social, teorías sobre la formación y cambio de actitudes y teorías de la atribución, a las campañas de salubridad.

En segundo lugar, habla acerca del proceso de enfermedad, es decir , los procesos psicológicos que intervienen en la asunción de una enfermedad, su padecimiento, tratamiento y rehabilitación y contribuye con la implementación de programas alternos al de medicación, buscando en todo sentido mejorar las condiciones de vida del enfermo. Se apoya en la teoría acerca del grupo social y sus contribuciones como red de apoyo al enfermo y estudia las interacciones que se derivan de un proceso de hospitalización. Así mismo, explica la importancia en la intervención comunitaria en campañas por ejemplo, de aumento de la donación de órganos, programas de reintegro y aceptación de las discapacidades y finalmente, aplica su teoría en la comprensión de la relación médico – paciente.

El tercer campo de estudio, lo relaciona con la conducta de enfermedad, diferenciando entre conductas de enfermedad y enfermedad como tal, en donde las conductas son todas aquellas acciones que dan significado a determinados síntomas o signos de enfermedad y cómo afectan la cotidianidad de las personas, mientras que la enfermedad está determinada por una instancia biológica que termina por afectar igualmente la cotidianidad pero desde una posición diferente a la anterior.

El cuarto campo se refiere a las relaciones entre el profesional de la salud y el enfermo, refiriéndose al proceso de interdependencia que se crea entre el médico y el paciente y cómo lograr un tratamiento eficaz a partir del cumplimiento de las prescripciones médicas, mediante el establecimiento de una relación, cálida, clara, oportuna y edificadora, donde el paciente se sienta satisfecho de la intervención y donde se mantenga un buen nivel de retroalimentación. Determina igualmente el aporte de la Psicología social al establecimiento de programas de mejora en la relación médico paciente, donde se prioricen las instrucciones de cómo lograr un cambio en una conducta antes que establecer la cantidad de conductas patológicas que puedan padecerse.

El último aspecto se refiere a la mejora del sistema de cuidado de la salud y política sanitaria, en donde se destaca el papel de la psicología de la salud en el establecimiento de los estándares de calidad de vida que se pretenden con los programas de prevención y promoción, contribuye con la comprensión de las conductas de los individuos frente a los servicios de salud, aplica en el mejoramiento de la calidad relación médico – paciente con los métodos de entrenamiento en habilidades sociales y programas de manejo del estrés para el personal de la salud, técnicas de coordinación y aprovechamiento de los recursos y del equipo sanitario, contribuye a mejorar la comunicación entre el médico y la familia del enfermo para lograr compromiso en el tratamiento y a disminuir las dificultades que se pueden presentar durante el proceso terapéutico. De igual manera

contribuye con las campañas publicitarias sobre la promoción de la salud aportando su conocimiento sobre estilos de vida y patrones conductuales, estudiando necesidades y priorizando niveles de intervención, de la misma manera que estudia el impacto de nuevas tecnologías en la comprensión y uso en los tratamientos médicos. (Rodríguez Marín, 1995).

Al llegar a este punto, se hace necesario entonces considerar que un programa de atención en salud como el que desea implementarse en el hospital regional de Chiquinquirá, y básicamente, cualquier programa de atención en salud, debe estar orientado a la prevención y promoción de la salud, de manera integral, y en él deben involucrarse todos los sectores que tengan que ver con lo que se considera calidad de vida. De ésta manera, cualquier programa de atención en salud debe integrar los contextos individuales, políticos o institucionales y sociales o comunitarios para plantear en cada uno de ellos acciones que en conjunto contribuyan a mantener la salud. Dentro de estos programas se hace necesario igualmente el trabajo interdisciplinario como la única alternativa de abordar integralmente los problemas, definiendo muy bien las tareas de cada persona involucrada para no repetir tareas ni esforzarse en vano. Se habla entonces de programas de prevención entendida como: "el conjunto de medidas encaminadas a evitar, en el individuo, la familia y la colectividad, la aparición, desarrollo y propagación de las enfermedades, manteniendo y promoviendo la salud y limitando las invalideces que aquéllas puedan ocasionar." (Vallejo, 1992 p 858).

Dentro del área de la prevención se tiene que existen tres niveles básicos que deben ser considerados en todo tipo de programa que sobre salud intente promoverse. La prevención primaria, definida por el mismo autor como un concepto que implica "la disminución del índice de incidencia, es decir, la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población, durante un cierto periodo, contrarrestando las circunstancias perniciosas antes de que tengan ocasiones de producir

enfermedad". (Vallejo, *Ibíd.*, p 859),. De acuerdo con esto, la prevención primaria presenta acciones muy específicas que deben ser tomadas como parte fundamental de cualquier ejercicio, ya que su orientación, eminentemente educativa, redundará en beneficios muy amplios para la comunidad y proporcionará a las entidades involucradas, los elementos necesarios para promover efectivamente la salud mediante tareas específicas en cada campo. En este sentido, se propone que un programa de prevención primaria debe involucrar acciones dirigidas a tres grandes grupos de población, utilizando las diferentes técnicas que existan para ello. Estos grupos son: niños y adolescentes, jóvenes y adultos y personas de edad avanzada.

Guillermo Calderón de Narváez propone acciones específicas para cada grupo, considerando que aunque son momentos diferentes en la vida de cada ser humano, en la práctica deben ser considerados integralmente.

Para el grupo de niños y adolescentes, propone que las actividades deben iniciarse desde la época perinatal, tratando de evitar cualquier tipo de enfermedad durante el embarazo que pueda originar daño cerebral en el feto, o nacimientos prematuros, partos mal atendidos. En este sentido, el autor afirma: "La educación de la pareja que espera su primer hijo es indispensable para que sepa adoptar las actitudes adecuadas en relación con su responsabilidad hacia él, tomando en consideración que el desarrollo adecuado del pequeño depende en gran parte de la habilidad de sus progenitores para satisfacer sus necesidades básicas" (Calderón, 1984).

En lo referente al trabajo con adolescentes, hace énfasis en la labor del maestro que tiene a cargo gran parte del bienestar emocional del niño y del adolescente durante su vida escolar. Se trata de evitar y prevenir problemas relacionados con el aprendizaje, la autoestima, y en general, problemas del desarrollo psicosexual del joven y aun del adulto.

Con individuos de edad adulta, el autor plantea como alternativas una correcta orientación en las actividades maritales, laborales, religiosas y sociales, y en general, evitar problemas que puedan traducirse en trastornos psicopatológicos con su correspondiente influencia negativa dentro del núcleo familiar. Educación en áreas específicas como el alcoholismo, los accidentes, las intoxicaciones, etc., generalmente disminuyen la frecuencia de este tipo de problemas dentro de la comunidad. Igualmente plantea que se deben tener en cuenta los trastornos psicológicos que entidades sociales como el retiro laboral, la pérdida de amigos o familiares, los matrimonios tardíos con personas de edad menor, etc., pueden generar en la persona de edad avanzada. (Calderón, 1984).

De otra parte, se encuentra que en los programas de prevención primaria a nivel comunitario, se deben tener en cuenta no sólo las causas de las enfermedades de unos, sino además, las razones para la salud de otros, con el fin de conocer las circunstancias que rodean la aparición de las enfermedades y de este modo, lograr que éstas disminuyan. Es decir, se debe prestar la misma atención a las condiciones que modifican la vulnerabilidad de las personas expuestas a las enfermedades como a las condiciones perjudiciales que las rodean.

Vallejo sostiene al respecto que: " Las cualidades de los miembros de una colectividad que determinan su vulnerabilidad o resistencia a factores medioambientales comprenden dos tipos de atributos: 1. Cualidades tales como la dotación genética, edad, sexo y grupo étnico, que no pueden manejarse, ya que implican elementos de destino individual. 2. Factores como la habilidad para resolver problemas, la capacidad para tolerar la ansiedad y la frustración, el nivel cultural y el status socioeconómico, que son modificables." (Vallejo, 1992).

En el mismo sentido, el autor plantea la teoría de los aportes, formulada por Caplan, y que es tomada como base para todos los programas de profilaxis. Según ésta, se plantea la hipótesis de que

para evitar la aparición de trastornos mentales, la persona necesita continuos aportes adecuados a las diversas etapas de crecimiento y desarrollo, clasificando estos aportes como físicos, psicológicos y socioculturales. Los aportes físicos incluyen la alimentación, vivienda, estimulación sensorial, oportunidad de ejercicio, etc., factores necesarios para el crecimiento y desarrollo corporales, el mantenimiento de la salud y la protección del daño físico, antes y después del nacimiento.

Los aportes psicosociales incluyen la estimulación del desarrollo intelectual y afectivo de la persona, por medio de la interacción familiar, escolar, laboral, etc. Según Caplan, citado por el autor, estos aportes comportan la satisfacción de necesidades interpersonales de las que se destacan tres áreas: "(1) Las necesidades de amor y afecto; (2) las de limitación y control (estructuras de afirmación y mantenimiento de autoridad), y (3) las de participación en las actividades colectivas". (Vallejo, 1992).

Los aportes socioculturales agrupan las influencias que sobre el desarrollo y funcionamiento de la personalidad ejercen las costumbres y los valores de la cultura y la estructura social. Lo que otros esperan de la conducta de una persona influye profundamente sobre sus acciones y sus sentimientos acerca de sí misma.

Este mismo autor, cita de nuevo a Caplan, para referirse a los aportes que a su teoría hicieron Lindemann y Erikson, sobre la teoría de las crisis: "Esta considera que las transiciones de las fases evolutivas del ciclo biopsicosocial (acontecimientos vitales programados) y los acontecimientos vitales imprevistos que comportan una pérdida súbita o una amenaza de pérdida de aportes básicos para la persona (muerte o enfermedad grave de una persona amada, pérdida de empleo, amenaza a la integridad corporal, cambio de situación o función social y/o afectiva, situaciones que afectan la autoestima, etc) pueden suscitar crisis que indistintamente pueden causar crecimiento personal o inicio de trastornos psíquicos." (Vallejo, 1992, pg. 860).

El autor plantea además que las crisis vitales entrañan un riesgo, por ello en prevención primaria se habla de poblaciones con riesgo especial y situaciones de alto riesgo. Se entiende que el riesgo es ante todo estadístico, utilizado en epidemiología y aplicado a grupos o muestras de población, y es inseparable del concepto de vulnerabilidad psicobiológica. Según el autor: "La vulnerabilidad no está ligada a la ausencia de capacidades tanto innatas como adquiridas, sino que vendrá dada como una falta de armonía entre los medios interno y externo y una falta de aptitud para acomodarse al cambio con flexibilidad. La invulnerabilidad y la vulnerabilidad están íntimamente ligadas a los conceptos de autonomía y de competencia, de cuyo equilibrio o desequilibrio dependen, respectivamente ambas". (Vallejo. 1992, pg. 860).

Según el autor, el hecho de que una crisis vital evolucione negativamente depende del desequilibrio entre la dificultad y la importancia de un problema y los recursos de los que se dispone para enfrentarlo. Para la resolución de las crisis, tienen enorme importancia las influencias socioculturales, ya que una crisis no es enfrentada por un individuo en solitario, sino ayudado o trabajado por quienes le rodean, familia, amigos, vecinos, comunidad e incluso nación (prestaciones sociales). Se han diseñado técnicas de intervención en crisis orientadas al individuo y a su entorno, siendo las más utilizadas las derivadas de la terapia familiar sistémica por ser la familia el grupo primario y la red social más cercana que puede aportar apoyo a sus miembros.

La prevención secundaria es considerada por Calderón de Narváez como "la identificación temprana de los procesos psicopatológicos o de los trastornos funcionales resultantes de conflictos intra o interpersonales. Esta actividad permite el tratamiento oportuno de los mismos". (Calderón, 1984, p 24) Igual que el anterior autor, éste plantea acciones muy puntuales que deben tomarse en cuenta cuando los trastornos ya se han presentado, de acuerdo con el momento vital de cada individuo.

Por ejemplo, durante la época preescolar se presentan varios factores que originan alteraciones crónicas en el sueño o en los patrones alimentarios, que posteriormente pueden determinar conducta autística, severos síntomas fóbicos y obsesivo-compulsivos, o trastornos psicofisiológicos importantes que, como el asma, el eczema y otros, frecuentemente están relacionados con estados de ansiedad infantil.

Al entrar a la escuela, se pueden identificar trastornos en el aprendizaje (agresividad, hiperactividad o apatía), que lo mismo pueden ser determinados por problemas endocrinos, alteraciones orgánicas o conducta neurótica, con frecuencia resultado de un manejo inadecuado por parte de los padres. El autor afirma que: "El tratamiento oportuno de una insuficiencia tiroidea, la educación para el manejo adecuado de los hijos o el uso de técnicas especiales de enseñanza nivel escolar, suelen resolver situaciones que de no ser oportunamente atendidas, determinarán una problemática psicopatológica creciente.". (Calderón, *Ibíd.*, p 24)

Afirma además, que la condición turbulenta de la adolescencia hace muy difícil la detección de cualquier cuadro psicopatológico en este momento de la vida, ya que fácilmente pueden consistir en una exacerbación de los conflictos internos propios de esta edad. Sin embargo, vale la pena tener en cuenta que la epilepsia y la esquizofrenia suelen iniciar sus manifestaciones en esta época de la vida, al igual que los problemas de tipo psicosocial, como la farmacodependencia, el suicidio, el alcoholismo y la conducta antisocial.

En lo referente a la edad adulta, considera: "las descompensaciones psicológicas que pueden originar depresiones severas, suicidios o cuadros psicóticos, se presentan con frecuencia asociados a crisis vitales y a cambios importantes en los patrones conductuales establecidos.". (*Ibíd.*) Se debe poner especial importancia a la aparición de enfermedades como el asma, la úlcera péptica, la artritis y la



colitis ulcerosa, ya que son enfermedades que muy comúnmente se presentan en personas mayores, pero que generalmente vienen asociadas a factores como la falta de satisfacción en el trabajo diario, en la forma de vivir y en el deterioro de las relaciones interpersonales.

El autor afirma: “Los cuadros depresivos en el climaterio afectan cada día a un mayor número de personas, y determinan generalmente cuadros severos y de difícil manejo terapéutico. En la edad proveya también suelen presentarse manifestaciones de una psicopatología preexistente, pero que previamente había sido controlada o sublimada por el trabajo”. (Ibíd.).

Por su parte, Vallejo hace especial énfasis en la detección precoz y el tratamiento intensivo adecuado como el eje central de la prevención secundaria. Para ello, se deben tener en cuenta los recursos disponibles para atender oportunamente el caso y evitar que se complejize. En este sentido, deben intervenir todos los estamentos involucrados para el manejo de las enfermedades y se deben tomar en cuenta todos los recursos de los que se disponen. El considera que la eficiencia terapéutica debe comprender, acercar y poner a disposición del enfermo y de su entorno próximo, todos los medios terapéuticos actuales y conseguir la oportuna adecuación y coordinación de las instituciones o espacios asistenciales que deban cubrir con sus dispositivos todas las fases o incidencias del enfermar. (Vallejo. 1992).

En cuanto a la prevención terciaria, Calderón de Narváez toma igualmente a Gerald Caplan, y afirma que éste ha considerado la meta de la prevención terciaria “a la reducción de los efectos residuales que se presentan después de que los trastornos mentales han terminado. Entendemos por efecto residual a la reducción en la capacidad de un individuo para contribuir a la vida social y ocupacional de la comunidad”. (Calderón, 1984).

En este sentido, se consideran importantes los programas de rehabilitación, los cuales permiten al ex – paciente funcionar a su máxima capacidad lo más pronto posible después de ser dado de alta de un hospital. Al respecto afirma. “La atención de poscuración de estos pacientes, que tiende a evitar recaídas y nuevos internamientos, puede realizarse en servicios de consulta externa, en hospitales diurnos o nocturnos, en talleres protegidos o en centros comunitarios especialmente programados para permitir la vigilancia del antiguo paciente en todas las actividades que realiza en el seno mismo de la comunidad.” (Ibíd.).

Por su parte, Vallejo plantea 4 grandes principios que debe contemplar la rehabilitación .

“1. La rehabilitación debe comenzar con el diagnóstico; no hay que esperar a las etapas finales del tratamiento; la rehabilitación debe transcurrir paralelamente a éste y continuar si es preciso, concluidos el diagnóstico y la terapia.

2. Es preciso contrarrestar la alienación debida al prejuicio, ya que la actitud ante la enfermedad mental aparece, aun actualmente, como un obstáculo en la inserción laboral y social del paciente. Si éste, además , ha precisado hospitalización, un conjunto de estereotipos adicionales modifican negativamente las expectativas del entorno dificultando su retorno a la vida productiva y ejerciendo una poderosa influencia inhibitoria en el paciente. Por tanto desde el inicio del proceso ha de comenzarse la rehabilitación como parte de un plan de tratamiento total que debe incluir a la familia.

3. Debe mantenerse la comunicación con la red social procurando que el tratamiento sea en la comunidad y en caso de ser necesaria la hospitalización, ésta debe ser breve. Para conseguir

el alta precoz, es preciso establecer desde el ingreso un programa de alta, antes aún que un programa de tratamiento, y facilitar durante la estancia hospitalaria los contactos familiares.

4. La continuidad y la coordinación de los cuidados son fundamentales, ya que una de las principales dificultades con que se encuentra el personal responsable del tratamiento y la rehabilitación radica en que gran número de pacientes dados de alta, tras un episodio agudo, no se vincula en el seguimiento. Es preciso que éste prevea, además, del trabajo con la familia, la visita domiciliaria, etc." (Vallejo. 1992. pg. 862).

Este autor considera vital el trabajo que debe hacerse con la familia del enfermo, ya que asegura que la mejor reinserción del paciente se consigue evitando la segregación y discriminación y para ello, la familia es el principal soporte. Por tanto, ésta no debe ser desatendida, puesto que su sobrecarga emocional puede estar presente, incluso antes de la aparición del trastorno, es decir, no sólo la predisposición biológica y la historia de desarrollo personal deben considerarse ante la aparición de una enfermedad, sino que además el medio social en el que se desarrolla el individuo hace posible la aparición de la crisis.

La familia es considerada el eje fundamental del funcionamiento individual, ya que se constituye en el primer vínculo social afectivo que rodea a las personas. Es de ella de donde se derivan las fortalezas o debilidades que caracterizan el comportamiento individual, proporcionando las tres entidades que constituyen la unidad del ser humano y que en este proyecto se ha denominado bio – psico – social. Según Souza (1988), sólo cuando la familia es armónica y permite, a través de sus lazos, una comunicación positiva y estable se convierte en un generador de posibilidades que permiten el desarrollo integral de las potencialidades de aquellos que hacen parte de ella, convirtiéndolos en

seres capaces de amar y trabajar, contribuyendo así a que los aspectos psicológicos evolucionen de manera positiva, permitiendo al individuo su expansión y un alto grado de madurez.

De esto se deriva la importancia de la familia en torno a la salud mental ya que existe un claro vínculo entre las dos partes. Al respecto afirma: "La relación que existe entre familia y salud mental está claramente establecida, de igual manera se ha probado el vínculo entre familia y el desarrollo de la enfermedad mental. Por ello, si a fin de cuentas el núcleo familiar estructura y conforma a los sujetos para hacerlos sanos, cumple su función; pero si ésta se descuida, es capaz de provocar trastornos mentales". (Souza, 1988, p 116).

Esta relación existe desde la propia concepción del individuo ya que desde ese mismo instante entra en contacto con su núcleo familiar, que aunque primariamente está conformado por la madre, recibe igual influencia del entorno, en este caso, influencia básicamente psicoafectiva proveniente del resto de su familia y de la dinámica en la que ésta se desenvuelve. Por esta razón, Souza (1988) afirma que para comprender la psicología del recién nacido es importante considerar los aspectos psicológicos de la madre durante todo el embarazo y aún antes de la etapa de concepción. El autor describe cómo la madre elabora toda una serie de expectativas frente al hijo que espera, que poco a poco se van convirtiendo en vivencias más o menos significativas, enmarcadas en una relación ambivalente donde se experimentan por igual sentimientos de amor y rechazo, apego y desconcierto, alegría y calma o tristeza y ansiedad. Puede por lo tanto, adoptar múltiples actitudes, que en ocasiones son tan firmes y persistentes que llegarán a convertirse en factores que influyan de manera determinante en la vida de ese sujeto. De estas fantasías y vivencias de la madre durante la etapa de gestación, van a depender las futuras conductas y reacciones del niño.

De la misma manera, el niño aún no nacido puede entrar a formar parte importante dentro del núcleo familiar, ya que es la madre la que se ocupa de buscar el espacio para él dentro de la vida cotidiana de los demás miembros, haciéndolo igualmente importante para todos.

Sin embargo, el autor afirma que realmente los traumas psicológicos no son originados como tal en esta etapa de desarrollo, ni aún durante el nacimiento como llegó a pensarse alguna vez, ya que el neonato no posee una estructura psicológica basada en lo neuronal que pueda afectarse de manera significativa. Al respecto afirma: "Hoy se sabe que el nacimiento no constituye un verdadero problema psicológico, debido a que las vías nerviosas hacia la corteza del cerebro y del encéfalo no han madurado lo suficiente, y que los patrones de comportamiento funcionales en el recién nacido tienen como base anatómica la medula espinal y el tallo cerebral; no siendo funcional la corteza en ese momento, no logra formar o llegar a constituir una "psique" que pueda "traumarse" por la acción del parto o por la descompresión súbita originada por la operación cesárea.". (Souza, *ibid*, p 117)

Sin embargo, no deben desconocerse problemas que puedan estar generados a partir de traumatismos de orden biológico como un accidente durante el embarazo o la necesidad de aplicar fórceps traumáticos, un parto prolongado, hipoxia, cambios de presión repentina o cualquiera otra alteración durante el nacimiento.

Luego del nacimiento del bebé se encuentra que se van formando diferentes tipos de relaciones, basadas primordialmente en las respuestas obtenidas del recién nacido y que son interpretadas por el grupo como causa – efecto. Para ello, el bebé utiliza básicamente mecanismos perceptivos que están predeterminados filogenéticamente. Quizás el más claro de todos es la sonrisa social, considerada psicológicamente muy importante ya que, determina que la madre, o en efecto, la figura afectiva que la sustituye, ha estimulado esta respuesta con su presencia y sus actitudes, (Souza,

1988) En este momento, la lactancia es considerada además como una actividad crucial en el desarrollo de las relaciones afectivas, debido precisamente a las características básicas y psíquicas de este acto.

Souza (1988) analiza que durante este primer periodo se establece una relación simbiótica entre madre e hijo, psicológicamente básica, que termina alrededor del sexto mes de vida cuando aparece la "ansiedad por separación". Afirma que durante esta relación se inicia y se desarrolla la llamada "confianza básica" del niño hacia la madre como figura gratificante y que cuando esta relación no opera, se puede originar un desarrollo anormal que altera la relación del binomio madre – hijo, generando por lo tanto, la aparición de una serie de trastornos en múltiples funciones.

De esta manera es posible comprender cómo la familia se constituye en un núcleo básico que se forma a partir de las relaciones que establecen sus miembros. Estas pueden clasificarse de acuerdo con sus características y es, aquí donde el autor hace una clasificación entre familias de origen y familias extensas, cuyas diferencias fundamentales se encuentran en los lazos intra psíquicos que las conforman. Al respecto afirma: "En el plano psicológico pueden coexistir diferentes tipos de grupos familiares e inclusive se pueden agrupar en dos clases: el de la familia cristalizada obligatoria, que se rige por normas que regulan la convivencia entre ella y las demás, y la familia difusa, no cristalizada, cuyos miembros tienen poco contacto y, sin embargo, ocupan un lugar en la representación del grupo familiar ampliado. Esta última familia se torna evidente en situaciones de crisis.". (Souza, *Ibíd.*, p. 119).

Para dar paso a la contextualización de la población objeto de este estudio, es necesario describir algunos aspectos socio – geográficos de la región donde se encuentra ubicada, mencionando que hace parte de la denominada Región Andina, influenciada y caracterizada por estilos de vida y

organización basados en la dominación del hombre y la sumisión de la mujer, lo que complejiza muchas veces la participación en programas orientados a la prevención y promoción. E

En esta región se encuentra ubicada Chiquinquirá, considerada según documentos de la Oficina Municipal de Turismo, la cuarta ciudad en importancia del departamento, principalmente por su creciente desarrollo poblacional, su infraestructura y su permanente demanda de servicios.

Según este documento, la economía del municipio se basa principalmente en la producción agrícola y ganadera, contando también con una alta incidencia de la comercialización esmeraldífera que se desarrolla en todo el occidente boyacense. El clima promedio es de 12° centígrados y las ciudades que ejercen mayor influencia sobre su proceso de desarrollo son Tunja, capital del departamento y Santafé de Bogotá, capital de la República. Según un análisis presentado en este documento, Chiquinquirá posee un alto potencial de desarrollo industrial pero éste se frena por la idiosincrasia dominante, caracterizada por la sumisión, el conformismo y la falta de liderazgo, cuestiones que impiden el desarrollo de oportunidades laborales en este aspecto.

Uno de los principales atractivos que posee Chiquinquirá es el Turismo Religioso, poco desarrollado y poco aprovechado por circunstancias similares a las anteriormente mencionadas, encontrando que las fuentes de trabajo se reducen básicamente a las entidades gubernamentales o del sector bancario.

Según un estudio informal realizado por la Oficina de Planeación Municipal, en los últimos años se ha incrementado el asentamiento de profesionales en diferentes ramas dentro de la ciudad, especialmente relacionadas con el sector salud, al encontrar una altísima demanda de servicios. Sin embargo, hace falta mayor inversión en infraestructura de salubridad para ampliar los servicios.

En Chiquinquirá se cuenta con el Hospital Regional "San Salvador", constituido como empresa social y comercial del Estado, definida bajo el proyecto de acuerdo por medio del cual se expiden los estatutos que rigen su funcionamiento. (Ver anexo A).

Esta entidad se encuentra actualmente en proceso de reestructuración con miras a lograr el máximo nivel como Institución prestadora de los servicios de Salud, categorizada como Hospital Universitario. Actualmente se encuentra catalogada como una entidad de tercer nivel por el número de servicios que presta dentro de los que se encuentran: Cirugía y Anestesia, Gineco – obstetricia, Pediatría, Medicina Interna, Medicina General, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Enfermería, Nutrición y Dietética, Radiología, Laboratorio y Odontología. Estos servicios, junto con otros complementarios, se encuentran organizados por departamentos, como puede apreciarse en el Anexo B, que de acuerdo con la nueva estructuración, quedará organizado como aparece en el Anexo C.

Para cumplir con el objetivo propuesto en este estudio, se recurrió al archivo existente actualmente en el Hospital donde reposan todos los controles de registro sobre morbilidad, es decir, número de casos atendidos a través de los servicios de Urgencias, Medicina General, Gineco . obstetricia y Pediatría, encontrando que para el año 2.000 se han atendido en estos departamentos un total de 24.292. Estos corresponden a los 3 primeros trimestres del año, es decir los meses de Enero a Septiembre durante los cuales se presentan diferentes variaciones que serán analizadas a continuación.

Vale la pena tomar en cuenta que en el Hospital Regional "San Salvador" se utiliza, al igual que en las demás instituciones prestadoras de servicios de salud, el Manual de Clasificación de Diagnósticos, expedido por el Ministerio de Salud, el cual hace parte del Sistema Integral de Información SIIS del Sistema General de Seguridad Social. (Ver Anexo D). Esta clasificación permite obtener los



Grupos Diagnósticos bajo los cuales se identifican los diferentes casos, como puede apreciarse en la

Tabla 1:

Tabla 1

Tabla de Códigos del SIIS (Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social).

Código Grupo Diagnóstico	Nombre Grupo Diagnóstico
001 – 139	Enfermedades Infecciosas y Parasitarias
140 – 239	Tumores
240 – 279	Enfermedades de las Glándulas Endocrinas, de la Nutrición, del Metabolismo y Trastornos de la Inmunidad
280 – 289	Enfermedades de la Sangre y de los Órganos Hematopoyéticos
290 – 319	Trastornos Mentales
320 – 389	Enfermedades del Sistema Nervioso y de los Órganos de los Sentidos
390 – 459	Enfermedades del Aparato Circulatorio
460 – 519	Enfermedades del Aparato _Respiratorio
520 – 579	Enfermedades del Aparato Digestivo
580 – 629	Enfermedades del Aparato Genitourinario
630 – 676	Complicaciones del Embarazo, del Parto y del Puerperio

677 – 679	Atención del Embarazo Normal y del Recién Nacido y Lactante Sano.
680 – 709	Enfermedades de la Piel y del Tejido Celular Subcutáneo
710 – 739	Enfermedades del Sistema Osteomuscular y del Tejido Conjuntivo
740 – 759	Anomalías Congénitas
760 – 779	Ciertas Afecciones Originadas en el periodo Perinatal
780 – 799	Signos, Síntomas y Estados Morbosos Mal Definidos.
800 – 999	Traumatismos y Envenenamientos.

A partir de los anteriores Grupos Diagnósticos, se hace un análisis mes por mes del índice de morbilidad de cada uno de ellos, presentando además el índice de más alta significación en cada mes de cada categoría.

Al respecto se tiene:

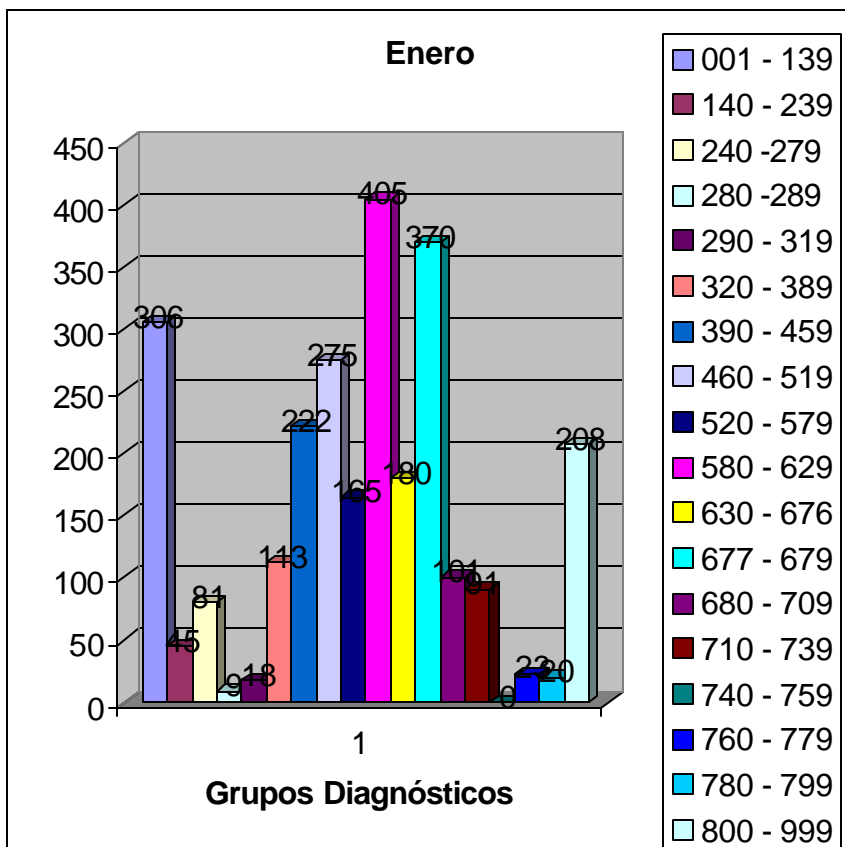


Figura 1. Morbilidad de cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Enero.

Dentro de los índices de morbilidad de los Grupos Diagnósticos, se presentan algunos que fueron especialmente representativos durante el mes de Enero y se pueden apreciar en la Tabla 2.

Tabla 2

Diagnósticos más representativos durante el mes de Enero por Grupo Diagnóstico.

Grupo Diagnóstico	Código	Nombre	No. Casos
001 - 139	0069	Amibiasis no especificada	35
	0093	Diarrea de presunto origen infeccioso	14

	0799	Infecciones víricas sin especificación	24
	1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	112
140 – 239	2191	Otro tumor benigno cuerpo del útero	14
240 – 279	2500	Diabetes Mellitus sin mención de complicac.	29
	2630	Desnutrición de grado moderado	11
280 – 289	2800	Anemias por deficiencia de hierro	6
290 – 319	3004	Depresión Neurótica	4
320 – 389	3459	Epilepsia sin especificación	11
	3461	Jaqueca común	20
	3720	Conjuntivitis aguda	18
390 – 459	4019	Hipertensión esencial no especificada	109
	4059	Hipertensión secundaria no especificada	12
	4280	Insuficiencia cardiaca congestiva	12
	4549	Prominencias cutáneas	12
	4551	Hemorroides internas trombasadas	12
460 – 519	4600	Rinofaringitis aguda "resfrío común"	49
	4620	Faringitis aguda	16
	4630	Amigdalitis aguda	21
	4659	Infecciones agudas de las vías respiratorias	34
	4660	Bronquitis aguda	54
	4661	Bronquiolitis aguda	14

	4850	Bronconeumonía organismo causal no espec.	20
	4939	Asma no especificada	12
520 – 579	5350	Gastritis aguda	71
	5355	Gastritis y gastroduodenitis sin especificación	13
	5750	Colecistitis aguda	14
580 – 629	5950	Cistitis aguda	43
	5990	Infección urinaria sin especificación del sitio	42
	6160	Cervicitis y endocervicitis	23
	6161	Vaginitis y vulvovaginitis	84
	6260	Amenorrea	34
	6272	Estado climatérico femenino menopáusico	48
630 – 676	6330	Embarazo abdominal	12
	6440	Amenaza de parto prematuro	12
	6500	Parto en condiciones completamente normales	82
677 – 679	6771	Control de primer embarazo normal	99
	6772	Control de otro embarazo normal	121
	6791	Control de la salud del lactante o el niño: sano	36
	6793	Otra persona sana	76
680 – 709	6929	Dermatitis por agente no especificado	25
710 – 739	7140	Artritis reumatoide	13
	7241	Dolor en la región dorsal de la columna verteb	17

	7245	Dolor de espalda sin especificación	15
740 – 759		No hubo	
760 – 779	7634	Parto con cesárea	5
780 – 799	7809	Otros síntomas generales	11
800 – 999	8726	Herida de otras partes especificadas sin comp.	15
	9160	Traum. Superf. De la cadera, etc.	12

El comportamiento de los Grupos Diagnósticos durante el mes de Febrero se puede apreciar en la Gráfica 2.

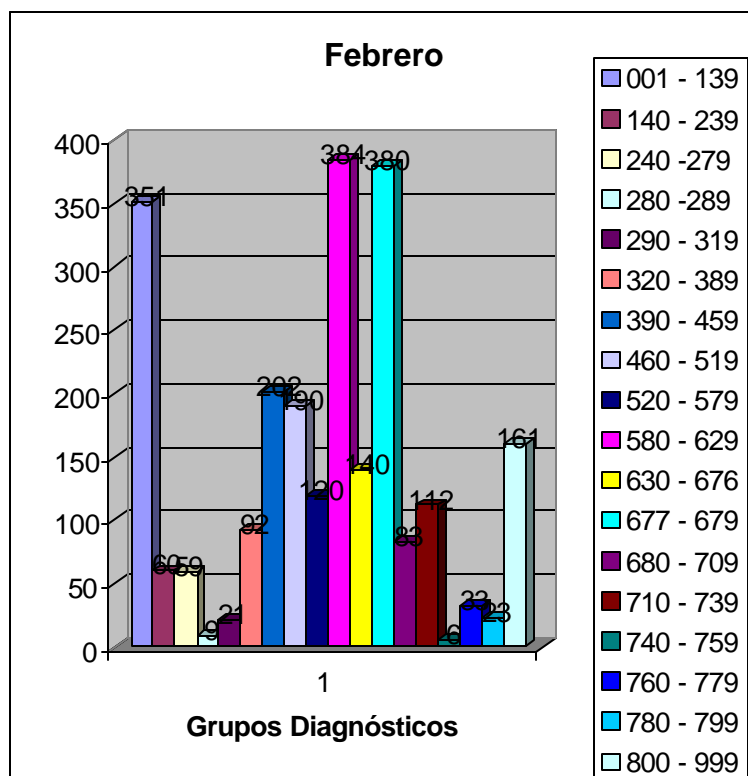


Figura 2. Morbilidad de cada Grupo Diagnóstico durante el mes de Febrero.

El comportamiento de los anteriores grupos mostró los siguientes índices para este mes, con poca variabilidad respecto del anterior.

Tabla 3

Diagnósticos más representativos durante el mes de Febrero por Grupo Diagnóstico.

Grupo Diagnóstico	Código	Nombre	No. Casos
001 – 139	0069	Amibiasis no especificada	45
	0062	Diarrea de presunto origen infeccioso	13
	0799	Infecciones víricas sin especificación	18
	1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	153
140 – 239	2191	Otro tumor benigno cuerpo del útero	36
240 – 279	2500	Diabetes Mellitus sin mención de complicac.	21
280 – 289	2800	Anemias por deficiencia de hierro	8
290 – 319	3004	Depresión Neurótica	4
320 – 389	3461	Jaqueca común	19
390 – 459	4019	Hipertensión esencial no especificada	102
	4059	Hipertensión secundaria no especificada	11
	4280	Insuficiencia cardiaca congestiva	9
460 – 519	4600	Rinofaringitis aguda "resfrío común"	28
	4620	Faringitis aguda	20
	4659	Infecciones agudas de las vías respiratorias	23
	4660	Bronquitis aguda	32

	4850	Bronconeumonía organismo causal no espec.	13
520 – 579	5350	Gastritis aguda	46
	5750	Colecistitis aguda	14
580 – 629	5990	Infección urinaria sin especificación del sitio	30
	6161	Vaginitis y vulvovaginitis	107
	6260	Amenorrea	19
	6272	Estado climatérico femenino menopáusico	36
	6235	Leucorrea no especificada como infecciosa	30
630 – 676	6330	Embarazo abdominal	14
	6379	Aborto no especificado sin mención de complicación	12
	6500	Parto en condiciones completamente normales	53
677 – 679	6771	Control de primer embarazo normal	105
	6772	Control de otro embarazo normal	154
	6791	Control de la salud del lactante o el niño: sano	15
	6793	Otra persona sana	60
680 – 709	6929	Dermatitis por agente no especificado	13
	7020	Otras Dermatosis	25
	7080	Urticaria Alérgica	12
710 – 739	7241	Dolor en la región dorsal de la columna verteb	15
740 – 759		No representativo	
760 – 779	7640	Bajo peso para edad gestacional sin mención de	11



desn.

780 – 799	7809	Otros síntomas generales	10
800 – 999		En general no representativo	

Durante el mes de marzo, los Grupos Diagnósticos presentaron el siguiente comportamiento.

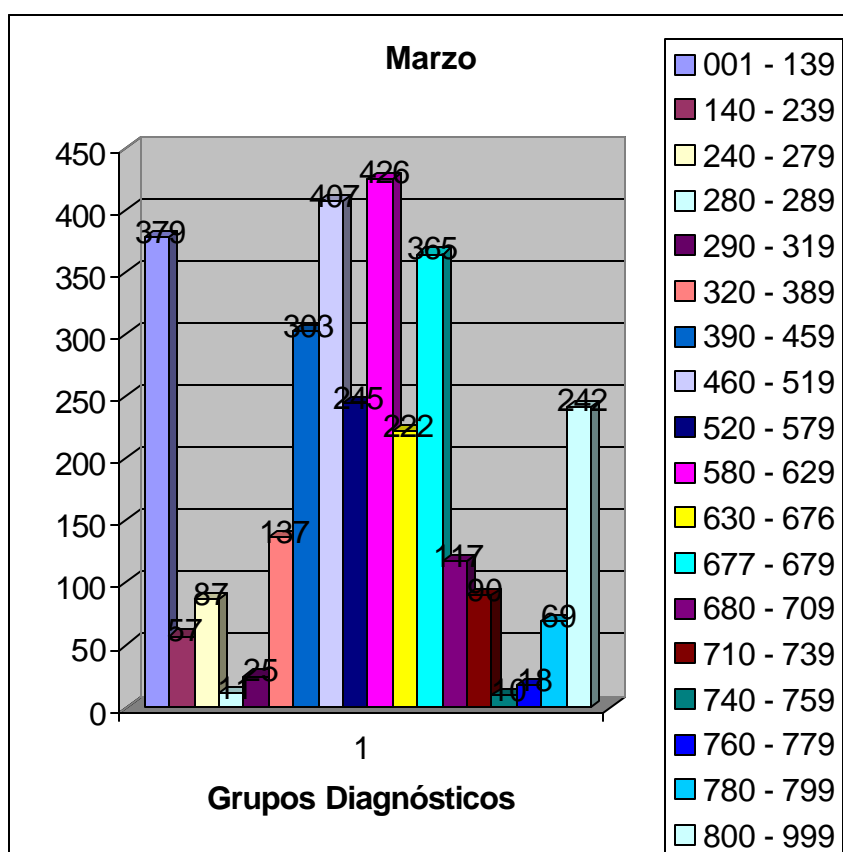


Figura 3. Morbilidad por grupo Diagnóstico para el mes de Marzo.

Los índices más representativos para este mes se pueden apreciar en la Tabla 4.

Tabla 4

Diagnósticos más representativos durante el mes de Marzo por Grupo Diagnóstico.

Grupo Diagnóstico	Código	Nombre	No. Casos
001 – 139	0069	Amibiasis no especificada	42
	0090	Colitis, enteritis y Gastroenteritis infecciosa	14
	0093	Diarrea de presunto origen infeccioso	12
	0799	Infecciones víricas sin especificación	18
	0098	Infecciones gonocócicas del tracto genitourinario	13
	1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	134
140 – 239	2191	Otro tumor benigno cuerpo del útero	17
240 – 279	2500	Diabetes Mellitus sin mención de complicac.	37
280 – 289	2800	Anemias por deficiencia de hierro	4
290 – 319	3004	Depresión Neurótica	4
	3000	Estados de ansiedad	8
320 – 389	3461	Jaqueca común	26
	3460	Jaqueca clásica	17
	3459	Epilepsia sin especificación	12
390 – 459	4019	Hipertensión esencial no especificada	93
	4549	Varices de los miembros inferiores etc.	25
	4280	Insuficiencia cardiaca congestiva	12
460 – 519	4600	Rinofaringitis aguda "resfrío común"	135
	4620	Faringitis aguda	34
	4659	Infecciones agudas de las vías respiratorias	25

	4660	Bronquitis aguda	41
	4850	Bronconeumonía organismo causal no espec.	15
520 – 579	5350	Gastritis aguda	59
	5509	Hernia inguinal sin mención de obstrucción etc.	23
	5750	Colecistitis aguda	28
580 – 629	5990	Infección urinaria sin especificación del sitio	49
	5950	Cistitis aguda	36
	5959	Cistitis sin especificación	13
	6160	Cervicitis y endocervicitis	23
	6161	Vaginitis y vulvovaginitis	90
	6235	Leucorrea no especificada como infecciosa	17
	6260	Amenorrea	36
	6272	Estado climatérico femenino menopáusico	28
630 – 676	6400	Amenaza de aborto	12
	6440	Amenaza de parto prematuro	11
	6500	Parto en condiciones completamente normales	100
677 – 679	6771	Control de primer embarazo normal	88
	6772	Control de otro embarazo normal	173
	6791	Control de la salud del lactante o el niño: sano	15
	6793	Otra persona sana	48
680 – 709	6929	Dermatitis por agente no especificado	26

710 – 739	7241	Dolor en la región dorsal de la columna vertebral	16
	7119	Artritis infecciosa sin otra especificación	20
740 – 759		No representativo	
760 – 779		No representativo	
780 – 799	7840	“Dolor de cabeza”	10
800 – 999	8730	Herida del cuero cabelludo sin mención de complicación	16

Durante el mes de abril, el comportamiento de los grupos Diagnósticos fue el siguiente.

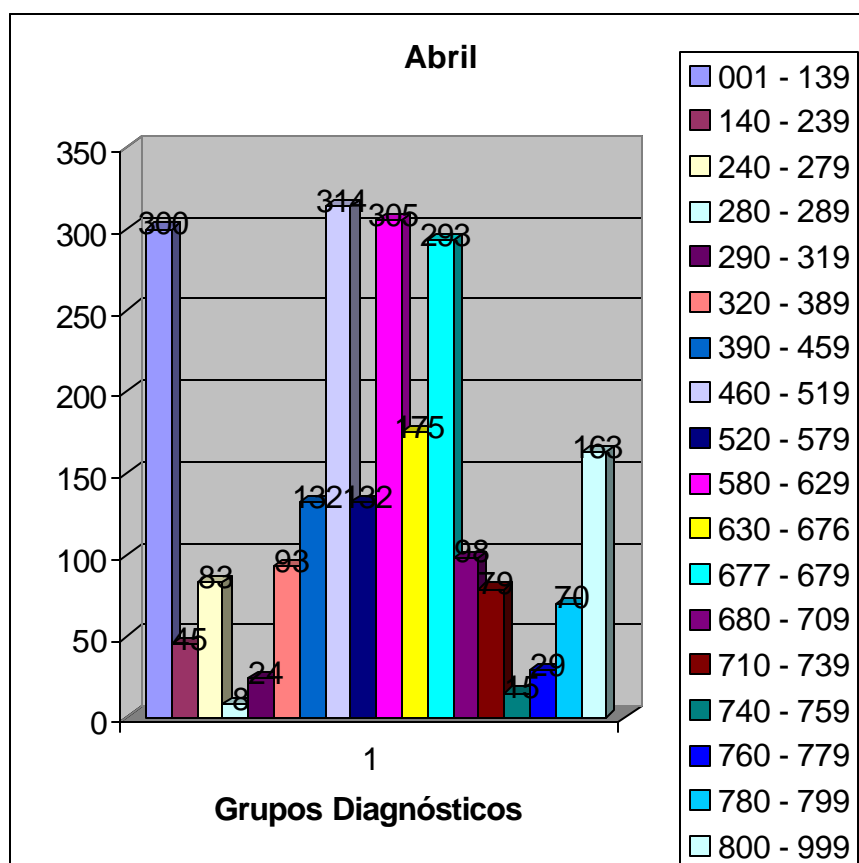


Figura 4. Morbilidad por grupo Diagnóstico para el mes de abril

Los índices mas representativos para este mes se pueden apreciar en la Tabla 5

Tabla 5

Diagnósticos más representativos durante el mes de Abril por Grupo Diagnóstico.

Grupo Diagnóstico	Código	Nombre	No. Casos
001 – 139	0069	Amibiasis no especificada	16
	0090	Colitis, enteritis y Gastroenteritis infecciosa	21
	0093	Diarrea de presunto origen infeccioso	15
	0799	Infecciones víricas sin especificación	37
	1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	91
140 – 239	2191	Otro tumor benigno cuerpo del útero	22
240 – 279	2500	Diabetes Mellitus sin mención de complicación	25
	2630	Desnutrición de grado moderado	12
280 – 289	2800	Anemias por deficiencia de hierro	4
290 – 319	3004	Depresión Neurótica	4
	3000	Estados de ansiedad	11
320 – 389	3461	Jaqueca común	12
	3720	Conjuntivitis aguda	12
390 – 459	4019	Hipertensión esencial no especificada	64
460 – 519	4600	Rinofaringitis aguda "resfrío común"	95

	4630	Amigdalitis aguda	37
	4659	Infecciones agudas de las vías respiratorias	12
	4660	Bronquitis aguda	41
520 – 579	5350	Gastritis aguda	31
580 – 629	5909	Infección renal sin especificación	11
	5950	Cistitis aguda	19
	5990	Infección Urinaria sin especificación del sitio	23
	6161	Vaginitis y vulvovaginitis	47
	6235	Leucorrea no especificada como infecciosa	12
	6260	Amenorrea	28
	6272	Estado climatérico femenino menopáusico	19
630 – 676	6500	Parto en condiciones completamente normales	80
677 – 679	6771	Control de primer embarazo normal	59
	6772	Control de otro embarazo normal	149
	6791	Control de la salud del lactante o el niño: sano	18
	6793	Otra persona sana	38
680 – 709	6929	Dermatitis por agente no especificado	18
	7020	Otras Dermatitis	11
710 – 739		No representativo	
740 – 759		No representativo	
760 – 779		No representativo	

780 – 799		No representativo
800 – 999	8730	Herida del cuero cabelludo sin mención de 12 complicación

Durante el mes de mayo, el comportamiento de los grupos Diagnósticos fue el siguiente.

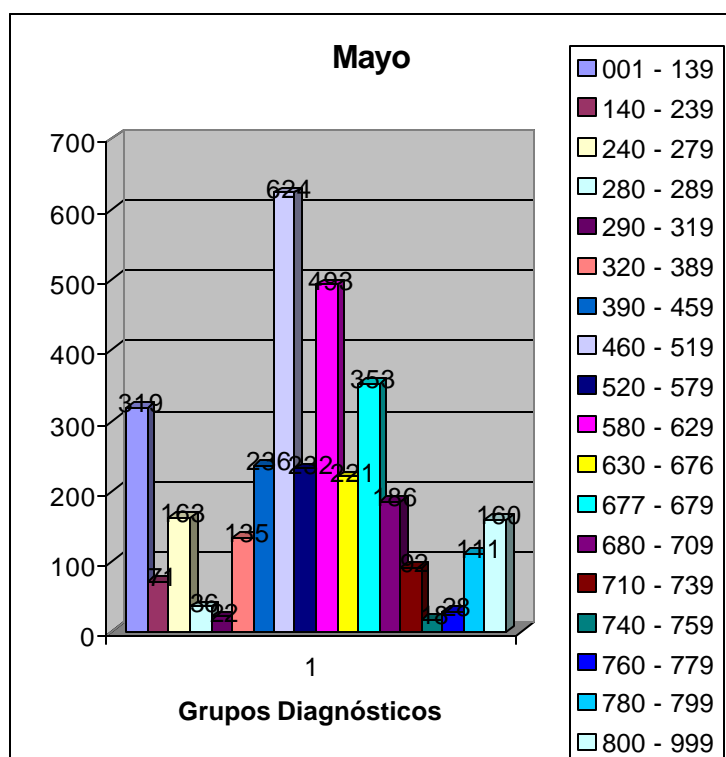


Figura 5. Morbilidad por grupo Diagnóstico para el mes de mayo

Los índices mas representativos para este mes se pueden apreciar en la Tabla 6

Tabla 6.

Diagnósticos más representativos durante el mes de Mayo por Grupo Diagnóstico.

Grupo Diagnóstico	Código	Nombre	No. Casos
001 – 139	0069	Amibiasis no especificada	14

	0090	Colitis, enteritis y Gastroenteritis infecciosa	20
	0093	Diarrea de presunto origen infeccioso	14
	0799	Infecciones víricas sin especificación	44
	1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	98
140 – 239	2191	Otro tumor benigno cuerpo del útero	24
240 – 279	2500	Diabetes Mellitus sin mención de complicación	55
	2509	Diabetes con complicaciones no especificadas	13
	2630	Desnutrición de grado moderado	19
	2631	Desnutrición de grado leve	24
	2724	Otras hiperlipidemias y las no especificadas	13
280 – 289	2800	Anemias por deficiencia de hierro	32
290 – 319	3000	Estados de ansiedad	12
320 – 389	3461	Jaqueca común	15
	3720	Conjuntivitis aguda	12
	3724	Pterigion	12
390 – 459	4019	Hipertensión esencial no especificada	122
	4280	Insuficiencia cardiaca congestiva	20
460 – 519	4600	Rinofaringitis aguda "resfrío común"	181
	4620	Faringitis aguda	90
	4630	Amigdalitis aguda	66
	4659	.Infecciones agudas de las vías respiratorias	54



	4660	Bronquitis aguda	46
	4800	Neumonía debida a adenovirus	35
	4850	Bronconeumonía organismo causal no especificado	14
520 – 579	5350	Gastritis aguda	46
	5317	Úlcera gástrica crónica etc.	16
	5355	Gastritis y gastroduodenitis sin especificación	17
580 – 629	5909	Infección renal sin especificación	24
	5950	Cistitis aguda	26
	5990	Infección Urinaria sin especificación del sitio	56
	6150	Enfermedades inflamatorias del útero	14
	6160	Cervicitis y endocervicitis	16
	6161	Vaginitis y vulvovaginitis	76
	6235	Leucorrea no especificada como infecciosa	19
	6260	Amenorrea	54
	6272	Estado climatérico femenino menopáusico	18
630 – 676	6500	Parto en condiciones completamente normales	115
677 – 679	6771	Control de primer embarazo normal	95
	6772	Control de otro embarazo normal	252
	6793	Otra persona sana	78
680 – 709	6929	Dermatitis por agente no especificado	30
	6927	Dermatitis por radiación solar	24

710 – 739	No representativo
740 – 759	No representativo
760 – 779	No representativo
780 – 799	No representativo
800 – 999	No representativo

Durante el mes de junio, el comportamiento de los grupos Diagnósticos fue el siguiente.

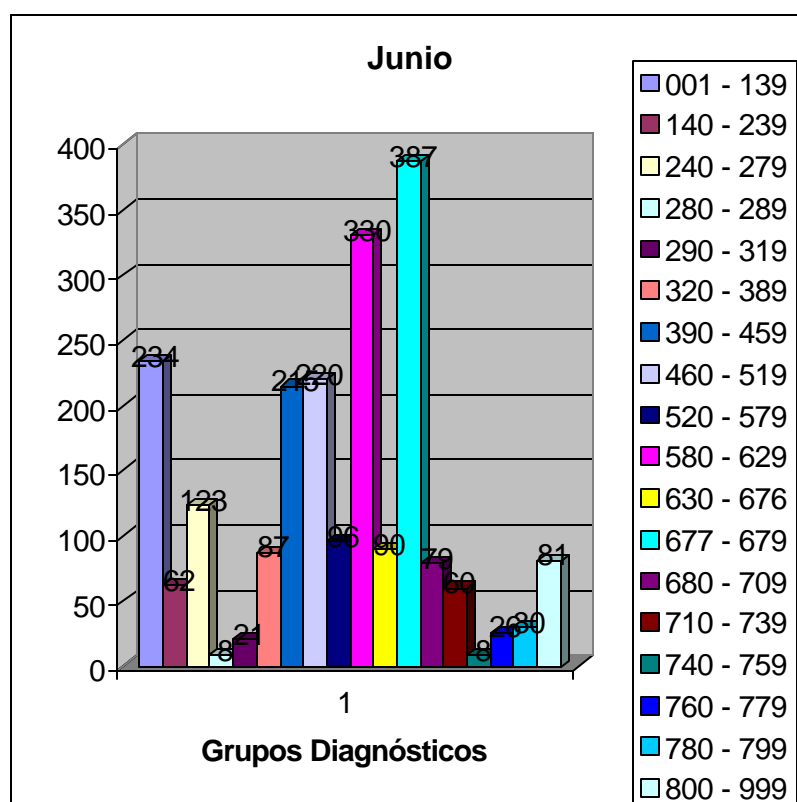


Figura 6. Morbilidad por grupo Diagnóstico para el mes de junio

Los índices mas representativos para este mes se pueden apreciar en la Tabla 7

Tabla 7

Diagnósticos más representativos durante el mes de Junio por Grupo Diagnóstico.

Grupo Diagnóstico	Código	Nombre	No. Casos
001 – 139	0069	Amibiasis no especificada	17
	0061	Amibiasis intestinal crónica etc.	15
	0799	Infecciones víricas sin especificación	22
	1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	71
140 – 239	2191	Otro tumor benigno cuerpo del útero	29
240 – 279	2500	Diabetes Mellitus sin mención de complicación	37
	2630	Desnutrición de grado moderado	12
	2631	Desnutrición de grado leve	15
	2780	Obesidad	28
280 – 289	2800	Anemias por deficiencia de hierro	5
290 – 319	3000	Estados de ansiedad	5
320 – 389	3461	Jaqueca común	19
	3720	Conjuntivitis aguda	12
390 – 459	4019	Hipertensión esencial no especificada	134
460 – 519	4600	Rinofaringitis aguda "resfrío común"	53
	4620	Faringitis aguda	17
	4630	Amigdalitis aguda	15
	4659	.Infecciones agudas de las vías respiratorias	15

	4660	Bronquitis aguda	44
520 – 579	5350	Gastritis aguda	18
	5317	Úlcera gástrica crónica etc.	12
580 – 629	5990	Infección Urinaria sin especificación del sitio	59
	6160	Cervicitis y endocervicitis	12
	6161	Vaginitis y vulvovaginitis	78
	6235	Leucorrea no especificada como infecciosa	12
	6260	Amenorrea	32
	6272	Estado climatérico femenino menopáusico	14
630 – 676	6500	Parto en condiciones completamente normales	27
677 – 679	6771	Control de primer embarazo normal	88
	6772	Control de otro embarazo normal	170
	6793	Otra persona sana	83
680 – 709	6929	Dermatitis por agente no especificado	20
710 – 739	7140	Artritis reumatoide	15
740 – 759		No representativo	
760 – 779	7640	Peso bajo para la edad gestacional etc.	14
780 – 799		No representativo	
800 – 999		No representativo	

Durante el mes de julio, el comportamiento de los grupos Diagnósticos fue el siguiente.

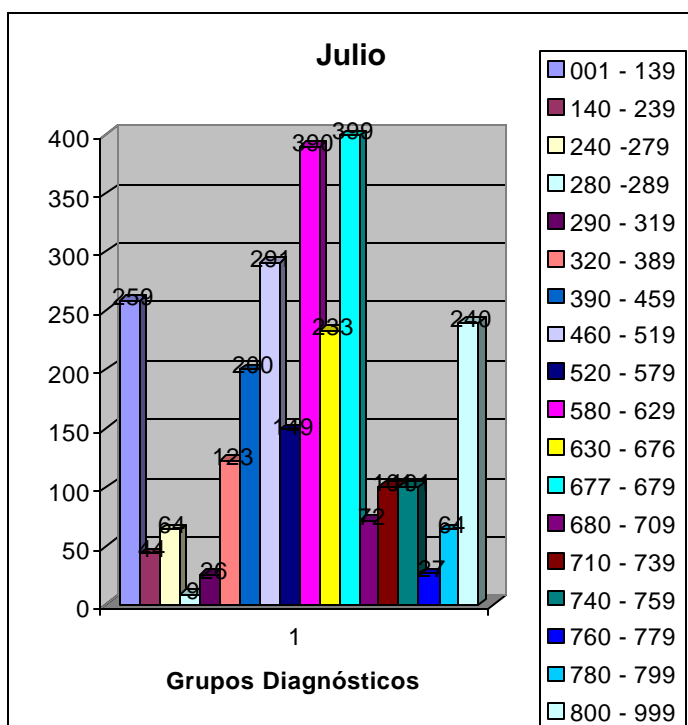


Figura 7 Morbilidad por grupo Diagnóstico para el mes de julio

Los índices mas representativos para este mes se pueden apreciar en la Tabla 8

Tabla 8

Diagnósticos más representativos durante el mes de Julio por Grupo Diagnóstico.

Grupo Diagnóstico	Código	Nombre	No. Casos
001 - 139	0069	Amibiasis no especificada	34
	0093	Diarrea de presunto origen infeccioso	25
	0799	Infecciones víricas sin especificación	22
	1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	61

140 – 239	2191	Otro tumor benigno cuerpo del útero	20
240 – 279	2500	Diabetes Mellitus sin mención de complicación	22
280 – 289	2800	Anemias por deficiencia de hierro	7
290 – 319	3000	Estados de ansiedad	10
320 – 389	3461	Jaqueca común	25
	3460	Jaqueca clásica	16
	3820	Otitis media aguda superativa	15
390 – 459	4019	Hipertensión esencial no especificada	98
	4011	Hipertensión esencial especificada como benigna	23
	4280	Insuficiencia cardiaca congestiva	14
460 – 519	4600	Rinofaringitis aguda "resfrío común"	78
	4620	Faringitis aguda	22
	4630	Amigdalitis aguda	20
	4659	.Infecciones agudas de las vías respiratorias	25
	4660	Bronquitis aguda	29
	4800	Neumonía debida a adenovirus	14
	4850	Bronconeumonía organismo causal no especificado	24
520 –579	5350	Gastritis aguda	47
580 – 629	5990	Infección Urinaria sin especificación del sitio	48
	5959	Cistitis sin especificación	14
	6160	Cervicitis y endocervicitis	29

	6161	Vaginitis y vulvovaginitis	61
	6235	Leucorrea no especificada como infecciosa	16
	6260	Amenorrea	37
	6272	Estado climatérico femenino menopáusico	13
630 – 676	6500	Parto en condiciones completamente normales	111
	6330	Embarazo abdominal	19
	6400	Amenaza de aborto	16
677 – 679	6771	Control de primer embarazo normal	62
	6772	Control de otro embarazo normal	204
	6780	Recién nacido sano único	15
	6793	Otra persona sana	88
680 – 709	6929	Dermatitis por agente no especificado	14
710 – 739	7140	Artritis reumatoide	13
740 – 759		No representativo	
760 – 779		No representativo	
780 – 799		No representativo	
800 – 999	8730	Herida del cuero cabelludo etc.	26
	9590	Otros traumatismos y los no especificados cara y	16
	9599	cuello	29
		Otros traumatismos de sitio no especificado	

Durante el mes de Agosto, el comportamiento de los grupos Diagnósticos fue el siguiente.

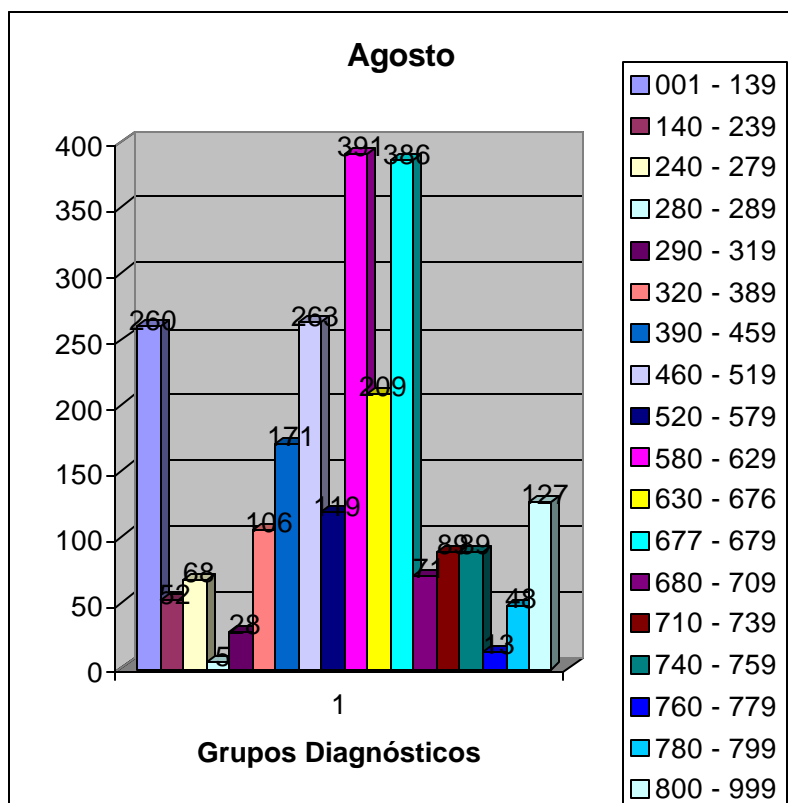


Figura 8. Morbilidad por grupo Diagnóstico para el mes de Agosto

Los índices mas representativos para este mes se pueden apreciar en la Tabla 9

Tabla 9

Diagnósticos más representativos durante el mes de Agosto por Grupo Diagnóstico.

Grupo Diagnóstico	Código	Nombre	No. Casos
001 - 139	0069	Amibiasis no especificada	29
	0061	Amibiasis intestinal crónica etc.	15
	0090	Colitis, enteritis y gastroenteritis infecciosa	20

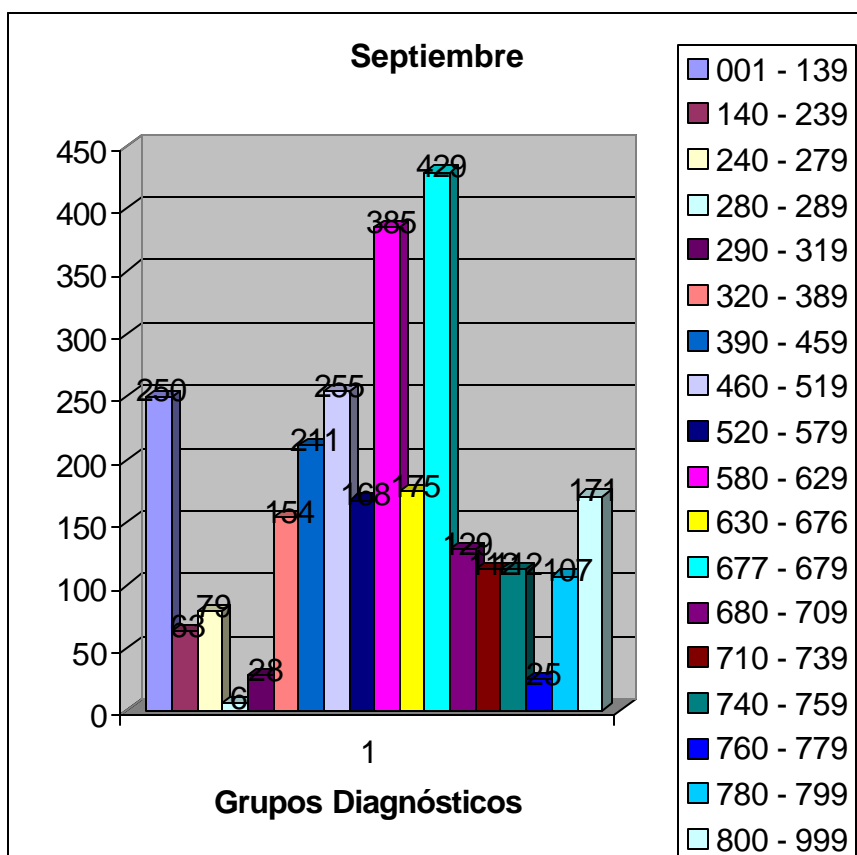


	0092	Diarrea infecciosa	12
	0799	Infecciones víricas sin especificación	22
	1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	66
140 – 239	2191	Otro tumor benigno cuerpo del útero	29
240 – 279	2500	Diabetes Mellitus sin mención de complicación	28
280 – 289		No representativo	
290 – 319	3000	Estados de ansiedad	9
320 – 389	3461	Jaqueca común	11
	3460	Jaqueca clásica	21
390 – 459	4019	Hipertensión esencial no especificada	77
460 – 519	4600	Rinofaringitis aguda "resfrío común"	47
	4620	Faringitis aguda	25
	4630	Amigdalitis aguda	29
	4659	.Infecciones agudas de las vías respiratorias	29
	4660	Bronquitis aguda	44
	4800	Neumonía debida a adenovirus	14
	4850	Bronconeumonía organismo causal no especificado	21
520 –579	5350	Gastritis aguda	47
580 – 629	5990	Infección Urinaria sin especificación del sitio	53
	5959	Cistitis sin especificación	14
	5950	Cistitis aguda	17

	6160	Cervicitis y endocervicitis	22
	6161	Vaginitis y vulvovaginitis	67
	6235	Leucorrea no especificada como infecciosa	48
	6260	Amenorrea	31
	6272	Estado climatérico femenino menopáusico	12
630 – 676	6500	Parto en condiciones completamente normales	96
	6330	Embarazo abdominal	51
	6400	Amenaza de aborto	14
677 – 679	6771	Control de primer embarazo normal	85
	6772	Control de otro embarazo normal	164
	6793	Otra persona sana	105
680 – 709	6929	Dermatitis por agente no especificado	18
710 – 739	7241	Dolor en la región dorsal de la columna vertebral	15
740 – 759		No representativo	
760 – 779		No representativo	
780 – 799		No representativo	
800 – 999		No representativo	

Durante el mes de Septiembre, el comportamiento de los grupos Diagnósticos fue el siguiente.

Figura 9 Morbilidad por grupo Diagnóstico para el mes de Septiembre



Los índices mas representativos para este mes se pueden apreciar en la Tabla 10

Tabla 10

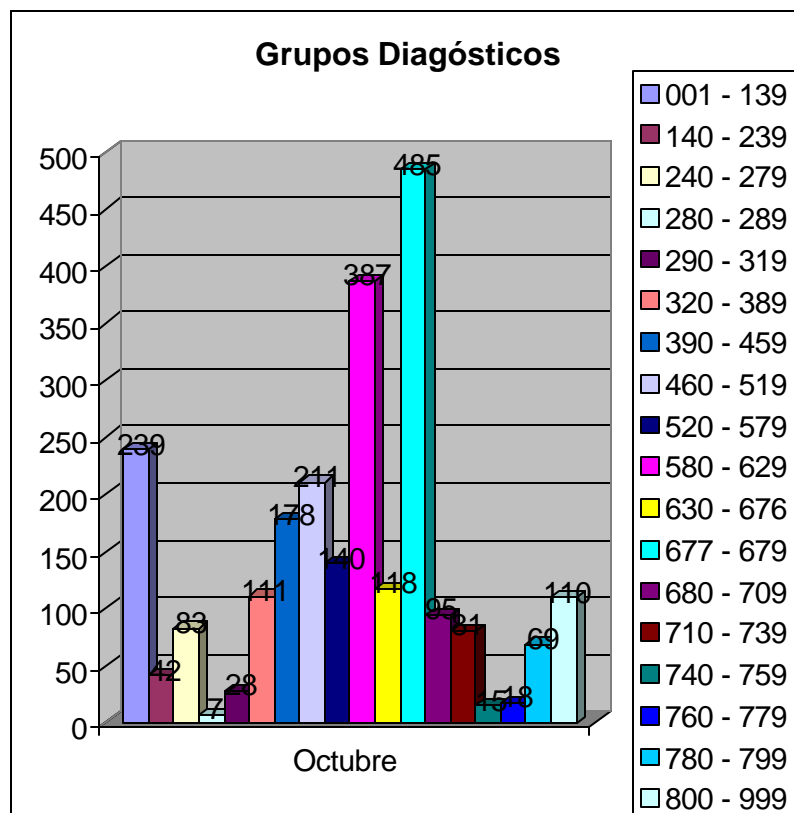
Diagnósticos más representativos durante el mes de Septiembre por Grupo Diagnóstico.

Grupo Diagnóstico	Código	Nombre	No. Casos
001 - 139	0069	Amibiasis no especificada	28
	0090	Colitis, enteritis y gastroenteritis infecciosa	31
	0093	Diarrea de presunto origen infeccioso	23

	0799	Infecciones víricas sin especificación	14
	1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	56
140 – 239	2191	Otro tumor benigno cuerpo del útero	20
240 – 279	2500	Diabetes Mellitus sin mención de complicación	25
280 – 289		No representativo	
290 – 319	3000	Estados de ansiedad	8
320 – 389	3461	Jaquaca común	18
	3724	Pterigion	12
390 – 459	4019	Hipertensión esencial no especificada	101
	4549	Varices de los miembros inferiores etc.	38
460 – 519	4600	Rinofaringitis aguda "resfrío común"	46
	4620	Faringitis aguda	17
	4630	Amigdalitis aguda	22
	4659	.Infecciones agudas de las vías respiratorias	18
	4660	Bronquitis aguda	20
	4800	Neumonía debida a adenovirus	14
	4850	Bronconeumonía organismo causal no especificado	19
520 –579	5350	Gastritis aguda	39
580 – 629	5990	Infección Urinaria sin especificación del sitio	20
	5950	Cistitis aguda	20
	6000	Hiperplasia de la próstata	36

	6160	Cervicitis y endocervicitis	19
	6161	Vaginitis y vulvovaginitis	61
	6235	Leucorrea no especificada como infecciosa	48
	6260	Amenorrea	31
	6272	Estado climatérico femenino menopáusico	23
630 – 676	6500	Parto en condiciones completamente normales	104
	6400	Amenaza de aborto	13
677 – 679	6771	Control de primer embarazo normal	65
	6772	Control de otro embarazo normal	215
	6793	Otra persona sana	111
680 – 709	6929	Dermatitis por agente no especificado	23
	6971	Liquen nítido	21
710 – 739	7242	Otros trastornos del dorso y el no especificado	13
		lumbago	
740 – 759		No representativo	
760 – 779		No representativo	
780 – 799		No representativo	
800 – 999		No representativo	26

El comportamiento de los grupos diagnósticos durante el mes de octubre, puede apreciarse en



la figura 10.

Figura 10 Morbilidad por grupo Diagnóstico para el mes de Octubre

Los índices mas representativos para este mes se pueden apreciar en la Tabla 11

Tabla 11

Diagnósticos más representativos durante el mes de Octubre por Grupo Diagnóstico.

Grupo Diagnóstico	Código	Nombre	No. Casos
001 - 139	0069	Amibiasis no especificada	16
	0090	Colitis, enteritis y gastroenteritis infecciosa	23

	0093	Diarrea de presunto origen infeccioso	23
	0799	Infecciones víricas sin especificación	14
	1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	85
140 – 239	2191	Otro tumor benigno cuerpo del útero	24
240 – 279	2500	Diabetes Mellitus sin mención de complicación	38
280 – 289		No representativo	
290 – 319	3000	Estados de ansiedad	17
320 – 389	3461	Jaqueca común	13
	3720	Conjuntivitis aguda	9
390 – 459	4019	Hipertensión esencial no especificada	122
	4549	Varices de los miembros inferiores etc.	19
460 – 519	4600	Rinofaringitis aguda "resfrío común"	40
	4620	Faringitis aguda	20
	4630	Amigdalitis aguda	11
	4659	.Infecciones agudas de las vías respiratorias	17
	4660	Bronquitis aguda	15
	4800	Neumonía debida a adenovirus	7
	4850	Bronconeumonía organismo causal no especificado	20
520 –579	5350	Gastritis aguda	30
580 – 629	5990	Infección Urinaria sin especificación del sitio	40
	5950	Cistitis aguda	27

	6000	Hiperplasia de la próstata	30
	6160	Cervicitis y endocervicitis	21
	6161	Vaginitis y vulvovaginitis	66
	6235	Leucorrea no especificada como infecciosa	13
	6260	Amenorrea	36
	6272	Estado climatérico femenino menopáusico	20
630 – 676	6500	Parto en condiciones completamente normales	74
	6400	Amenaza de aborto	7
677 – 679	6771	Control de primer embarazo normal	98
	6772	Control de otro embarazo normal	235
	6793	Otra persona sana	128
680 – 709	6929	Dermatitis por agente no especificado	25
	6971	Liquen nítido	13
710 – 739	7240	Estenosis espinal en región distinta a la cervical	14
740 – 759		No representativo	
760 – 779		No representativo	
780 – 799		No representativo	
800 – 999		No representativo	

Para el mes de Noviembre, el comportamiento de los grupos diagnósticos puede apreciarse en la figura 11



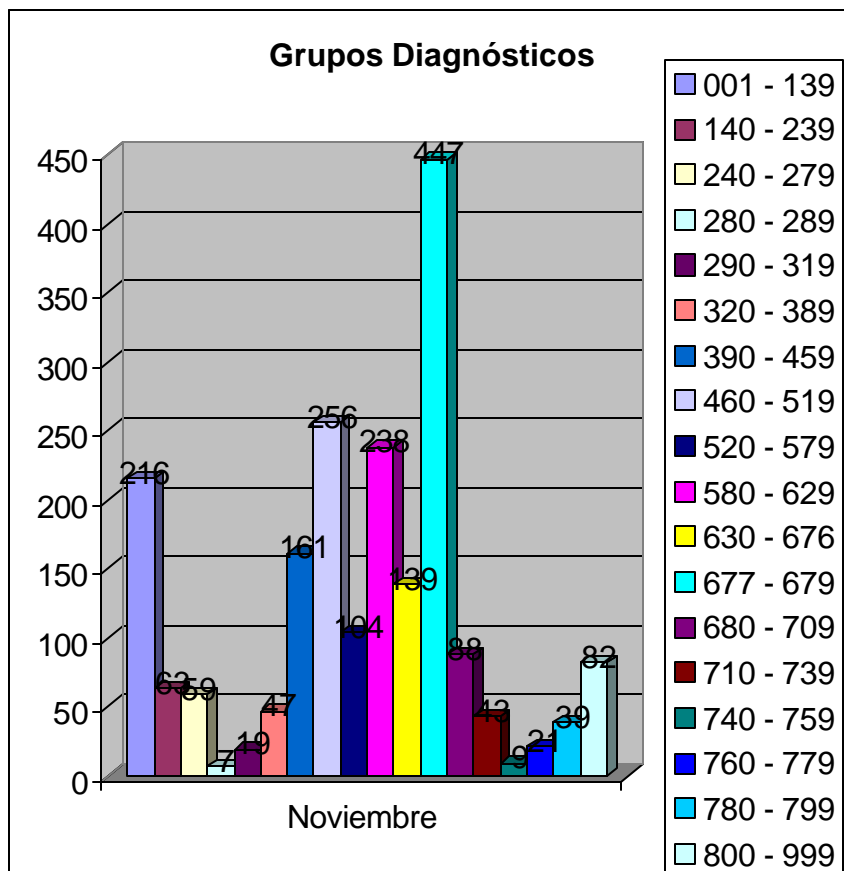


Figura 11 Morbilidad por grupo Diagnóstico para el mes de Noviembre

Los índices más representativos para este mes se pueden apreciar en la Tabla 12

Tabla 12

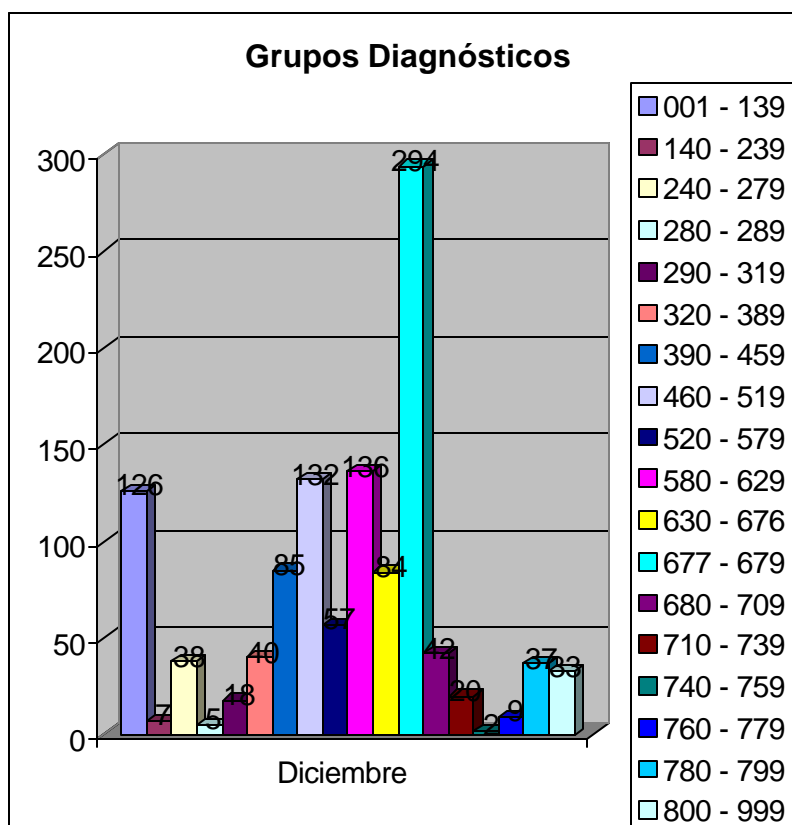
Diagnósticos más representativos durante el mes de Noviembre por Grupo Diagnóstico.

Grupo Diagnóstico	Código	Nombre	No. Casos
001 - 139	0069	Amibiasis no especificada	33
	0090	Colitis, enteritis y gastroenteritis infecciosa	18
	0093	Diarrea de presunto origen infeccioso	18
	0799	Infecciones víricas sin especificación	17

	1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	56
140 – 239	2191	Otro tumor benigno cuerpo del útero	29
240 – 279	2500	Diabetes Mellitus sin mención de complicación	26
280 – 289		No representativo	
290 – 319	3000	Estados de ansiedad	10
320 – 389	3461	Jaqueca común	13
390 – 459	4019	Hipertensión esencial no especificada	108
	4549	Varices de los miembros inferiores etc.	7
460 – 519	4600	Rinofaringitis aguda "resfrío común"	71
	4620	Faringitis aguda	14
	4630	Amigdalitis aguda	27
	4659	.Infecciones agudas de las vías respiratorias	30
	4660	Bronquitis aguda	36
	4800	Neumonía debida a adenovirus	4
	4850	Bronconeumonía organismo causal no especificado	16
520 –579	5350	Gastritis aguda	29
580 – 629	5990	Infección Urinaria sin especificación del sitio	17
	5950	Cistitis aguda	21
	6000	Hiperplasia de la próstata	1
	6160	Cervicitis y endocervicitis	5
	6161	Vaginitis y vulvovaginitis	47

	6235	Leucorrea no especificada como infecciosa	48
	6260	Amenorrea	3
	6272	Estado climatérico femenino menopáusico	17
630 – 676	6500	Parto en condiciones completamente normales	96
	6400	Amenaza de aborto	12
677 – 679	6771	Control de primer embarazo normal	90
	6772	Control de otro embarazo normal	223
	6793	Otra persona sana	78
680 – 709	6929	Dermatitis por agente no especificado	23
	6971	Liquen nítido	11
710 – 739	7242	Otros trastornos del dorso y el no especificado 4 lumbago	
740 – 759		No representativo	
760 – 779		No representativo	
780 – 799		No representativo	
800 – 999		No representativo	

Finalmente, para el mes de Diciembre, el comportamiento de los grupos diagnósticos fue el



siguiente.

Figura 12 Morbilidad por grupo Diagnóstico para el mes de Diciembre

Los índices mas representativos para este mes se pueden apreciar en la Tabla 13

Tabla 13

Diagnósticos más representativos durante el mes de Diciembre por Grupo Diagnóstico.

Grupo Diagnóstico	Código	Nombre	No. Casos
001 - 139	0069	Amibiasis no especificada	15
	0090	Colitis, enteritis y gastroenteritis infecciosa	6
	0093	Diarrea de presunto origen infeccioso	5

	0799	Infecciones víricas sin especificación	10
	1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	40
140 – 239	2191	Otro tumor benigno cuerpo del útero	1
240 – 279	2500	Diabetes Mellitus sin mención de complicación	17
280 – 289		No representativo	
290 – 319	3000	Estados de ansiedad	13
320 – 389	3461	Jaquaca común	6
	3724	Pterigion	4
390 – 459	4019	Hipertensión esencial no especificada	59
	4549	Varices de los miembros inferiores etc.	2
460 – 519	4600	Rinofaringitis aguda "resfrío común"	38
	4620	Faringitis aguda	7
	4630	Amigdalitis aguda	13
	4659	.Infecciones agudas de las vías respiratorias	11
	4660	Bronquitis aguda	15
	4800	Neumonía debida a adenovirus	5
	4850	Bronconeumonía organismo causal no especificado	13
520 –579	5350	Gastritis aguda	18
580 – 629	5990	Infección Urinaria sin especificación del sitio	18
	5950	Cistitis aguda	2
	6000	Hiperplasia de la próstata	1

	6160	Cervicitis y endocervicitis	4
	6161	Vaginitis y vulvovaginitis	44
	6235	Leucorrea no especificada como infecciosa	5
	6260	Amenorrea	16
	6272	Estado climatérico femenino menopáusico	19
630 – 676	6500	Parto en condiciones completamente normales	70
	6400	Amenaza de aborto	4
677 – 679	6771	Control de primer embarazo normal	36
	6772	Control de otro embarazo normal	154
	6793	Otra persona sana	64
680 – 709	6929	Dermatitis por agente no especificado	28
	6971	Liquen nítido	7
710 – 739	7242	Otros trastornos del dorso y el no especificado	1
		lumbago	
740 – 759		No representativo	
760 – 779		No representativo	
780 – 799		No representativo	
800 – 999		No representativo	

Como puede apreciarse en las tablas anteriores, la variabilidad de los diagnósticos es muy poca a través del tiempo. El comportamiento de los grupos Diagnósticos puede apreciarse mejor en la figura 13, presentando mayor incidencia los relacionados con las Enfermedades del Aparato

Genitourinario y las relacionadas con la Atención del Embarazo Normal y del Recién Nacido y Lactante Sano.

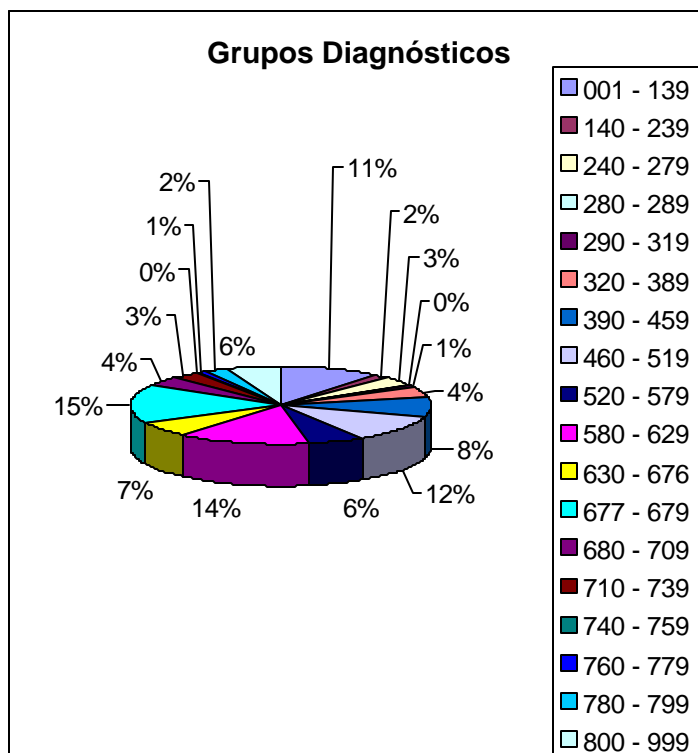


Figura 13. Incidencia de los Grupos Diagnósticos a través del año 2000.

## Método

Para la recopilación de la anterior información, se tomó en cuenta el Método de Recopilación de Datos a partir de Archivos, técnica utilizada en investigación en ciencias sociales, aplicada especialmente para aquellos casos, como Chiquinquirá, en donde no se cuenta con estudios similares o investigaciones formales que puedan arrojar otro tipo de información.

Esta técnica es válida, según lo expuesto por Padua y colaboradores (1979) quienes manifiestan, que la literatura actual y los documentos históricos pueden dar luz sobre los problemas sobre los cuales se investigará. En su obra, hacen mención a la posibilidad de consultar informaciones de prensa, radio o televisión sobre todo cuando se trata de medir opiniones. "La consulta de archivos públicos y de documentos oficiales es también útil si existe la necesidad de extraer de ellos algunos datos; el trabajo puede volverse más dispendioso en la medida de la organización interna del archivo. El estudio puede también recurrir a las informaciones disponibles en archivos privados, en los cuales hasta los memorandos y las notas escritas a mano pueden ser usados" (Padua y Colab. 1979).

Para el presente estudio se recurrió a los archivos existentes en el Hospital, la información se encuentra digitalizada en lo correspondiente al último año, pero no fue posible acceder por vía electrónica para conocer los índices expuestos, por lo que fue necesario consultar cada uno de los registros de cada mes, digitalizar cada Código Diagnóstico y luego ubicar la frecuencia de cada uno para así lograr conocer los de mayor o menor incidencia.



## Diseño.

Para lograr el objetivo propuesto se pretende realizar una investigación descriptiva en donde se tomen en cuenta las variables susceptibles de análisis y que se relacionen con la posibilidad de intervención psicológica en una institución hospitalaria.

El primer momento de la investigación se realizó entrando en contacto con el Hospital para detectar la necesidad manifiesta por las directivas, respecto a la intervención psicológica. Se encontró que los profesionales de la salud encuentran indispensable el apoyo psicológico dentro de los procesos de mantenimiento y recuperación de la salud, el tratamiento de la enfermedad, el afrontamiento de la pérdida y los comportamientos poco saludables que exhibe la población.

A partir de esta necesidad manifiesta, se procede a elaborar el diagnóstico para la implementación de un Plan Básico de Atención en Salud Mental, referido principalmente a la población que accede a los servicios del Hospital Regional "San Salvador", partiendo de la teoría existente sobre salud mental y psicología de la salud, contextualizando la población que se servirá del Plan e igualmente a la Institución donde se prestarán los servicios para que finalmente, conociendo los índices sobre enfermedad que actualmente se presentan, justificar la elaboración de los programas orientados a la prevención y mantenimiento de la salud, especialmente, salud mental, dentro de la población chiquinquireña.

Este diseño se basa en las orientaciones presentadas en el libro Evaluación de Programas. Una Guía práctica en ámbitos sociales, educativos y de salud, de Rocío Fernández Ballesteros, libro guía para la elaboración del presente proyecto.

### Análisis de Resultados.

Una vez revisados los datos que arrojan los registros diarios reportados por el cuerpo médico del Hospital Regional "San Salvador" de Chiquinquirá, se procede a realizar un análisis sobre los reportes de aquellas entidades diagnósticas que más alta morbilidad presentaron durante el año 2000, recurriendo para ello a las historias clínicas de los pacientes que presentaron esta dolencia, escogidas al azar, mes por mes. Esto nos permite distinguir dentro del concepto médico, aquellos signos o síntomas relacionados con el estado emocional del paciente que ameritan una intervención psicológica conjunta con la intervención médica, o que, representan en su totalidad una con referente psicológico que somatiza el paciente pero que no es reportada ni atendida como tal, al carecer el Hospital de la unidad de Salud Mental.

Al final del presente análisis podrá concluirse la importancia de la creación del Programa de Atención en Salud Mental para esta población y se determinarán los parámetros que deben tenerse en cuenta en el momento de su implementación.

El procedimiento para la escogencia de los grupos diagnósticos se basa en aquellos que a lo largo del año 2000 presentaron mayor índice de morbilidad, encontrando los siguientes:

Tabla 14

#### Diagnósticos más representativos durante el año 2000 por Grupo Diagnóstico.

Código	Nombre entidad	Grupo Diagnóstico	No. Casos al año
0069	Amibiasis no especificada	Enfermedades infecciosas y parasitarias	324
0090	Colitis, enteritis y gastroenteritis	Enfermedades infecciosas y parasitarias	176
0799	Infecciones víricas sin especificación	Enfermedades infecciosas y parasitarias	262
1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	Enfermedades infecciosas y parasitarias	1023
2500	Diabetes Mellitus	Enfermedades glándulas endocrinas, de la nutrición, del metabolismo y trastornos	360

		de la inmunidad	
4019	Hipertensión esencial no especificada	Enfermedades del aparato circulatorio	1189
4600	Ringofaringitis aguda	Enfermedades del aparato respiratorio	861
4659	Infecciones agudas de las vías respiratorias	Enfermedades del aparato respiratorio	293
5350	Gastritis aguda	Enfermedades del aparato digestivo	492
5990	Infección urinaria sin especificación del sitio	Enfermedades del aparato genitourinario	455
6161	Vaginitis y vulvovaginitis	Enfermedades del aparato genitourinario	828
6260	Amenorrea	Enfermedades del aparato genitourinario	389

Del total de las anteriores entidades diagnósticas presentado durante el año 2000, se eligió una muestra representativa del 5% de cada una y se sortearon aleatoriamente las historias clínicas que se consultarían de un mes asignado. Cuando el total de historias representativas superaba el número por mes, se continuaba con el siguiente mes y así sucesivamente arrojando el siguiente resultado:

Tabla 15

Número de Historias seleccionadas por cada entidad diagnóstica, mes asignado

Código	Nombre entidad	Mes asignado	No. Historias
0069	Amibiasis no especificada	Septiembre	16
0090	Colitis, enteritis y gastroenteritis infecciosa	Noviembre	8
0799	Infecciones víricas sin especificación	Octubre	13
1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	Enero	51
2500	Diabetes Mellitus	Mayo	18
4019	Hipertensión esencial no especificada	Febrero	59
4600	Ringofaringitis aguda	Agosto	43
4659	Infecciones agudas de las vías respiratorias	Diciembre	14
5350	Gastritis aguda	Abril	24
5990	Infección urinaria sin especificación del sitio	Junio	22
6161	Vaginitis y vulvovaginitis	Marzo	41
6260	Amenorrea	Julio	19

Una vez revisadas las historias se encuentra dentro de la impresión diagnóstica del médico los siguientes conceptos:

Tabla 16

Concepto Médico por entidad diagnóstica analizada

Código	Nombre entidad	Concepto Médico	% Casos
0069	Amibiasis no especificada	Educación en estilos de vida saludables Dieta adecuada Diarrea Dolor abdominal Cefalea y dolor de espalda Malestar general	100% 80% 60% 98% 97% 100%
0090	Colitis, enteritis y gastroenteritis infecciosa	Dolor Abdominal Estreñimiento Sangrado intestinal Cefalea Ansiedad, malestar general	90% 98% 100% 95% 80%
0799	Infecciones víricas sin especificación	Cefalea Cuadro con evolución de más de 6 meses Dolor lumbar Malestar general Decaimiento Falta de apetito y alteraciones del sueño	98% 65% 70% 100% 80% 75%
1290	Parasitosis intestinal sin otra especificación	Ansiedad, deseos de correr Cefalea Cuadro con antecedentes gástricos Decaimiento general Dolor en región lumbar y complicación abdominal	3% 80% 50% 75% 98%
2500	Diabetes Mellitus	Educación en estilos de vida saludables Dieta, ejercicios Dolor abdominal Cuadro repetitivo por alteración de la dieta Ingesta masiva de medicamentos Hipertensión, cefalea	100% 100% 95% 80% 95% 60%
4019	Hipertensión esencial no especificada	Cuadro con evolución superior a 3 años Cefalea	95% 100%

		Dolor lumbar Dolor epigástrico	80% 95%
		Educación en estilos de vida saludables Úlcera gástrica, gastritis Adormecimiento de pies y manos Solicitud de medicamentos	100% 60% 65% 100%
4600	Ringofaringitis aguda	Cefalea Dolor general articulaciones Fiebre Complicación de orofaringitis congestiva Cuadro con evolución de más de 3 meses	100% 90% 100% 70% 50%
4659	Infecciones agudas de las vías respiratorias	Cefalea Tos Fiebre Complicación respiratoria Administración de oxígeno Dolor lumbar y abdominal	100% 80% 80% 90% 70% 90%
5350	Gastritis aguda	Educación en estilos de vida saludables Cefalea Dolor Abdominal Vómito Desaliento Manejo de estrés por pérdida Dolor lumbar	100% 95% 100% 80% 98% 5% 90%
5990	Infección urinaria sin especificación del sitio	Remisión urología Dolor epigástrico Cefalea Distensión abdominal	90% 80% 95% 90%
6161	Vaginitis y vulvovaginitis	Inflamación severa tracto vaginal Gastritis Dolor agudo vagina Sangrado vaginal con más de 3 meses de evolución Amenaza de aborto	100% 90% 80% 90% 40%
6260	Amenorrea	Ardor al orinar Dolor epigástrico Cefalea Cuadro con evolución de más de 6 meses	30% 60% 90% 80%

Según Belloch y otros (1995), la mayoría de las entidades diagnósticas analizadas entran en el grupo de Trastornos Psicósomáticos, entendiendo el término dentro del contexto de medicina psicósomática que es citado por el autor como aquella parte de la medicina cuyo objeto es “estudiar en su interrelación los aspectos psicológicos y fisiológicos de todas las funciones corporales normales y anormales y, por consiguiente, integrar la terapia somática y psicoterapia”. (Belloch y otros, 1995). Se deja claro que el término “psicósomático” se utiliza bajo la concepción del ser como entidad biopsicosocial y refiere que las enfermedades pueden contener una etiología eminentemente psicológica o que existen factores físicos que afectan la psicología del paciente, por lo que más adelante, al referirse como tal a los trastornos psicósomáticos, describe que estos señalan específicamente a entidades médicas generales diagnosticadas como tal que se ven influidas o alteradas por la presencia de factores psicológicos.

Según Belloch (1995), el DSMIV establece que los factores psicológicos pueden afectar adversamente a una condición médica a través de alguna de las siguientes vías:

- (1). Alterando el curso de una enfermedad (lo cual puede ser inferido por una estrecha asociación temporal entre los factores psicológicos y el desarrollo, exacerbación o retraso en la recuperación de la condición médica general).
- (2). Interfiriendo con el tratamiento de la condición médica general (por ejemplo, reduciendo la adherencia al tratamiento),
- (3) Constituyendo un factor de riesgo adicional para la salud del individuo (por ejemplo, conducta bulímica en un paciente con diabetes asociada a exceso de peso), y

- (4) Precipitando o exacerbando los síntomas de una condición médica general a través de respuestas fisiológicas asociadas al estrés (por ejemplo, causando broncoespasmo en personas con asma). (Pág.. 406).

De la misma manera, se encuentra que el DSMIV, citado por Belloch (1995), establece seis tipos de factores psicológicos que pueden influir mediante alguna de las direcciones señaladas anteriormente:

1. Trastornos mentales: Un trastorno mental específico corresponde al eje I (por ejemplo, depresión) o al eje II (retraso mental o algún trastorno de personalidad) puede afectar significativamente al curso o tratamiento de una condición médica general (por ejemplo, la depresión mayor afecta adversamente al pronóstico de infarto de miocardio o fallo renal en hemodiálisis).
2. Síntomas psicológicos. Síntomas que, sin constituir un trastorno, afectan significativamente el curso o tratamiento de la condición médica general. Por ejemplo, los síntomas de ansiedad afectan negativamente al curso y severidad del asma, del síndrome de intestino irritable y de la úlcera péptica.
3. Rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento: El rasgo de hostilidad puede ser un factor de riesgo para la cardiopatía isquémica; un estilo de afrontamiento represor puede retrasar la realización de una operación quirúrgica necesaria.
4. Conductas desadaptativas relacionadas con la salud: Se trata de comportamientos nocivos para la salud, tales como el consumo de sustancias (alcohol, drogas, tabaco, etc), el sedentarismo, las prácticas sexuales poco seguras (ej: posibilidad del contagio del sida), el comer en exceso, etc.

5. Respuestas fisiológicas asociadas al estrés: Pueden afectar tanto al curso (desarrollo, precipitación, exacerbación, etc.) como al tratamiento de la condición médica.
6. Otros factores no especificados pueden inducir efectos adversos sobre el curso o tratamiento de condiciones médicas generales (por ejemplo, factores demográficos, culturales o interpersonales). (Pág.. 407).

De todo lo anteriormente expuesto y considerando el concepto de Psicología de la Salud y Salud Mental que se ha descrito en el desarrollo del presente proyecto, se encuentra que algunas entidades físicas diagnosticadas como tal por el personal Médico del Hospital Regional "San Salvador" de Chiquinquirá, presentan alto componente psicológico, citado por Belloch (1995), y que nos sirve de referencia para justificar la necesidad de implementar el Programa de Atención en Salud Mental. La relación es la siguiente:

1. Entidades relacionadas con enfermedades infecciosas o del sistema inmune:

Dentro de estas se encuentran los códigos 0069, 0799,0090 y 1290 establecidos en el análisis. Al respecto, Belloch (1995) propone que el estrés psicosocial y la influencia de estados emocionales negativos, en particular la depresión son moduladores del sistema inmune. "Los tipos de situaciones estresantes que parecen inducir efectos negativos sobre la competencia inmunológica son muy diversos".

El autor menciona que existen "sucesos vitales mayores" que afectan con gran relevancia la inmunomodulación, dentro de los cuales, numerosos estudios han concluido que hacen parte de estos, los eventos relacionados con pérdidas, desempleo, estrés académico, divorcio y separación, siendo



capaces de inducir decrementos en la inmunocompetencia, manifestados principalmente a través de cambios cualitativos y cuantitativos en células NK y en linfocitos T y B, componentes esenciales del sistema inmune. De estos estudios se concluye que existe un descenso en la capacidad de inmunocompetencia linfocitaria ante el estrés, agudo o crónico, a corto o largo plazo, de forma interpersonal o de forma social. Esto puede apreciarse en aquellos casos analizados donde se presentan cuadros con evolución superior a 6 meses

De la misma manera, describe como se ha demostrado y utilizado la posibilidad de incrementar la función inmune mediante las estrategias de intervención focalizadas en la reducción del estrés, y como las técnicas de relajación, los ejercicios aeróbicos y "estar en forma" se asocian de forma positiva a la resistencia inmunológica y con la resistencia a la enfermedad. (Belloch, 1995). En este sentido, se encuentra que en un 100% los médicos del Hospital remiten a sus pacientes a educación sobre estilos de vida más saludables, buscando la posibilidad de mejorar el funcionamiento de este sistema

Describe además, como se ha demostrado, que una de las consecuencias más comunes ante la presencia de estresores mayores, tales como la pérdida o el divorcio, es la aparición de ansiedad y depresión., encontrando que pacientes psicológicamente estables dan un mayor índice de actividad inmune que aquellos con muestras o padecimientos de ansiedad o depresión. (ibíd.). Este aspecto puede apreciarse en aquellos casos donde el código 0090 ofrece en un 80% de los casos, reporte de ansiedad y malestar general.

Vale la pena mencionar que el estrés psicosocial es considerado en gran medida como causa de enfermedad, no sólo relacionadas con alteraciones del sistema inmune sino, además con la presencia de otras entidades sobre las cuales tiene gran incidencia. Al respecto, se encuentra que

Rodríguez Marín (1995), hace una exposición sobre las rutas que puede tomar el estrés para convertirse en causa de enfermedad. Habla entonces de la ruta directa, "de acuerdo con la cual el estrés produciría cambios fisiológicos que conducirían al desarrollo de la enfermedad" y la ruta indirecta, "que fundamentalmente afecta la conducta de la persona a consecuencia de la cual se produciría o facilitaría la enfermedad" .

Para el primer caso, muestra como el estrés produciría cambios en el sistema biológico que afectan la salud.

Al respecto afirma:

La respuesta fisiológica al estrés es una activación generalizada del organismo que implica una liberación de hormonas (sobre todo, catecolaminas y corticosteroides) por el sistema endocrino. Los niveles elevados de estas hormonas tienen efectos negativos sobre el sistema cardiovascular, conduciendo a la formación de placas de ateroma en la pared de los vasos, reduciendo el calibre de las arterias y produciendo cardiopatía isquémica, que se manifiesta principalmente como angina de pecho o infarto de miocardio. Por otro lado, la liberación de catecolaminas y corticoesteroides durante la activación en el episodio o situación estresante puede alterar el funcionamiento del sistema inmune...La acción de los estímulos estresantes sobre la actividad del sistema inmune se expresa mediante fenómenos alérgicos, infecciones, y enfermedades autoinmunitarias y formación de neoplasias" (Pág.. 75).

Dentro del cuadro de enfermedades psicosomáticas relacionadas con el estrés se encuentran además las úlceras de estómago y duodeno, el asma, el dolor de cabeza crónico, ciertas enfermedades de la piel, enfermedades cardiovasculares e incluso, el cáncer. Estos aspectos se

muestran claramente en el análisis de todos los códigos relacionados con ésta área. El autor resalta también la importancia de considerar la vulnerabilidad biológica previa y la relación con el estrés como posible causa de enfermedad.

En cuanto a la ruta indirecta, el autor señala básicamente cómo el estrés afecta la conducta provocando cambios en ella, que a su vez, perturban la salud de la persona. Es decir, cómo la presencia de situaciones estresantes aumenta en la persona la presencia de conductas que pueden interferir con su buena salud tales como dejar de comer, no dormir lo suficiente, ingerir sustancias psicoactivas, degenerando así en una enfermedad. De la misma manera, el estrés provoca en las personas conductas de enfermedad cuando éstas interpretan sus síntomas (depresión, ansiedad, fatiga, insomnio, fallos de atención, etc.) como síntomas o signos de enfermedad y entonces acuden a buscar tratamiento y ayuda médica. (Marín, 1995). En el análisis de los conceptos médicos, se aprecia cómo algunos de los códigos presentan alteraciones en el sueño, cefalea constante, falta de apetito, que contribuyen a la exacerbación de los síntomas.

De otro lado, vale la pena mencionar que las enfermedades como tales se convierten a su vez en acontecimientos estresantes que requieren de todo un análisis dentro del cual se incluyen aspectos como la agudeza o cronicidad de la enfermedad, los cambios necesarios para su afrontamiento, las herramientas de afrontamiento, el significado de la enfermedad, la naturaleza, aparición, tratamiento y en general, todos los aspectos que rodean la presencia de una alteración biológica severa en las personas.

Dentro de las enfermedades relacionadas con el sistema inmune, Belloch (1995) hace una amplia descripción de la presencia de elementos psicológicos en el desarrollo, aparición y

afrontamiento de enfermedades como el cáncer, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida SIDA, las alergias y los problemas de la piel, la artritis reumatoide y las enfermedades infecciosas.

2. Enfermedades relacionadas con trastornos cardiovasculares: Dentro del análisis de grupos diagnósticos escogidos, podemos contar en este el código 4019, "hipertensión esencial no especificada", aunque para este caso se generalizaría dentro de los trastornos relacionados con el aparato circulatorio.

Al respecto Belloch (1995), señala como factores psicológicos se afectan o se relacionan con cardiopatías coronarias, contando entre ellos el estrés psicosocial, la conducta tipo A, el complejo ira – hostilidad – agresión y el tipo de reacción interpersonal al estrés, que pueden ejercer su efecto tóxico independientemente de "otros factores de riesgo" (tabaco, colesterol, etc) sobre la presencia de este tipo de alteraciones.

En lo relacionado con el estrés psicosocial, además de lo analizado anteriormente, el autor señala los resultados de varios estudios que han determinado la relación entre el estrés ocupacional y la aparición de enfermedades coronarias, específicamente la sobrecarga laboral, la satisfacción en el trabajo, la autonomía laboral, el control, etc., así como la interacción con otros factores sociales como el apoyo social y la calidad de la comunicación social. (Belloch, 1995). En este sentido, dentro del análisis efectuado, podemos encontrar que el 95% de los casos presentan una evolución superior a los 3 años, lo que permite analizar que a través de este tiempo es muy probable que los pacientes adquieran estilos de vida donde se experimenten permanentemente la presencia de estresores que degeneran en este tipo de alteraciones.

En lo relacionado con la Conducta tipo A, describe cómo las características de este tipo de personalidad se relacionan frecuentemente con la aparición de enfermedades coronarias, al punto de

denominarlas "propenso coronario". Al respecto de estas características describe. "En general, el tipo A se caracteriza por una fuerte ambición, necesidad de logro y afán competitivo, una tendencia a sobrecargarse de actividades y desempeñar puestos de responsabilidad, un sentido acusado de urgencia temporal e impaciencia y, finalmente, altos niveles de agresividad y hostilidad, especialmente como reacción a la frustración" (Belloch, 1995). Es decir, son personas en donde la competitividad, la sobrecarga laboral, la impaciencia y la hostilidad se unen y determinan personas que perciben el entorno como opuesto a sus objetivos y con un nivel de reto personal elevado, aprecian de forma amenazante su autoestima y control, y necesitan autoafirmarse y recuperar la sensación de control, a través de logros personales. Esto hace que este tipo de personas permanezcan frecuentemente en situaciones de estrés y riesgo personal, factores que, en última instancia perjudicarán sus condiciones de salud. (Belloch, 1995). En el análisis de los casos, puede apreciarse como la presencia de alteraciones circulatorias, no se presentan aisladas de otro tipo de complicaciones como la cefalea, el dolor lumbar, la gastritis y el dolor epigástrico, relacionadas con altos niveles de estrés.

Tomando otro aspecto, el autor describe como el componente de Hostilidad presente en el patrón de conducta tipo A determina otro factor que se ha considerado importante en la aparición de cardiopatías coronarias. Al respecto señala que entendiendo la hostilidad como el rasgo, la expresión y el control de la ira, se han elaborado distintas formas de medirla para analizarla en situaciones de cardiopatías coronarias. Señala que los individuos hostiles exhiben una elevada actividad fisiológica en algunas situaciones, poseen más conflictos interpersonales, menos apoyo social y más hábitos diarios no saludables.

3. Enfermedades relacionadas con trastornos gastrointestinales: Dentro de este grupo se encuentran los códigos 0090, 5350 y demás relacionadas con enfermedades del aparato digestivo. En

este grupo, el autor señala que los tipos de trastornos gastrointestinales, en los que se considera que los factores psicosociales pueden jugar algún papel en su etiología, mantenimiento o en la remisión de la sintomatología son la úlcera péptica, síndrome de intestino irritable y enfermedad inflamatoria intestinal.

En lo referente a la úlcera péptica, describe como aunque la medicación en el tratamiento de este tipo de enfermedad es eficaz, en muchos casos el paciente continúa bajo estados serios de estrés lo que imposibilita su detención o tratamiento. Al respecto afirma: "Recientemente se ha postulado que los sucesos vitales estresantes pueden contribuir significativamente a la etiología de la úlcera, particularmente de la úlcera duodenal, asumiéndose que las reacciones psicofisiológicas relacionadas con las respuestas de estrés, determinan el incremento de la secreción de ácidos (pepsina, etc.) responsables del trastorno". (Belloch, 1995). Es por esta razón que en el 100% de los casos, los médicos recomiendan para sus pacientes educación en estilos de vida saludables, ya que se requiere la intervención en creencias y hábitos para garantizar la eficacia del tratamiento. En el Hospital se presenta un 5% de casos donde se relacionan específicamente la presencia de gastritis aguda con manejo de estrés por pérdida.

En cuanto al síndrome de Intestino Irritable, se encuentra que al parecer los síntomas son originados por un aumento de la respuesta motriz intestinal (colon) a estímulos que afectan al tracto intestinal (dieta, activación emocional, distensión) y/o por un aumento de la sensibilidad visceral a estos estímulos vía sistema nervioso central y autónomo (parasimpático). (Belloch, 1995). Al respecto, el autor manifiesta que este es quizás uno de los códigos diagnósticos que más interés ofrece desde el punto de vista psicológico, ya que al parecer el trastorno no se ha podido asociar a claros trastornos orgánicos

objetivables, así como también a que el tratamiento médico es poco eficaz. "La relación entre estresores psicológicos y la sintomatología ha sido observada por muchos autores, encontrándose tal asociación entre el 50 – 85 por ciento de los pacientes" (Belloch, 1995).

Describe además que los pacientes con Síndrome de Intestino Irritable presentan significativos rasgos clínicos de ansiedad y depresión, así como también una mayor prevalencia de diagnósticos psiquiátricos que los sujetos sanos e incluso comparados con pacientes con otros diagnósticos médicos. "Las características de morbilidad del síndrome de intestino irritable, hace que el paciente desarrolle una serie de comportamientos relacionados con sus síntomas, y que son determinantes en la manera como el paciente percibe, evalúa y acepta los síntomas presentes. Estos comportamientos (excesivo número de visitas al médico, abstencionismo laboral, comportamientos obsesivos en relación con las funciones corporales, demanda excesiva de atención, etc.) no cabe duda que son determinados por factores psicosociales y, por tanto, en las implicaciones clínicas no basta la evaluación y tratamiento de los síntomas fisiológicos, sino que también debe prestarse atención a la contribución de estos factores." (Belloch, 1995).

En cuanto a los trastornos inflamatorios del intestino dentro de los que se encuentran la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn se describe que los mecanismos fisiológicos propuestos para la explicación de estos trastornos son fundamentalmente (1) un proceso infeccioso, (2) alteraciones de motilidad intestinal y (3) respuestas inmunológicas anormales. De estos, según el autor, el que cuenta con mayores evidencias en la contribución a la etiología de estos trastornos es el relacionado con procesos de autoinmunidad o deficiencia inmunológica. La posible contribución de los mecanismos inmunológicos permitiría explicar por qué características psicosociales de los sujetos, como su exposición a acontecimientos estresantes, pudieran precipitar la exacerbación de estos trastornos.

(Belloch, 1995). En este sentido, el código 0090 analizado dentro de este grupo, ha sido estudiado además dentro del grupo de enfermedades infecciosas, lo que responde claramente a la relación establecida por el autor.

4.Trastornos respiratorios. Dentro de los cuales se encuentran los códigos 4600 y 4659. Belloch (1995), describe como la respiración es un fenómeno estrechamente relacionado con los fenómenos psicológicos, ya que en la mayoría de casos de depresión o ansiedad, las personas presentan frecuentemente alteración en el ritmo y profundidad de la respiración, muchas veces con presencia de llanto o suspiros. De igual manera, la "hiperventilación" por ejemplo es un síntoma presente en el diagnóstico de trastorno de ansiedad, que requiere especial atención en el transcurso del tratamiento. Dentro de los casos analizados en el Hospital, se encuentra que la mayoría de ellos han requerido por lo menos una hospitalización para la administración de oxígeno, generando todo un cuadro de ansiedad tanto en familiares como en el paciente, que en algunos casos puede obtener ganancias secundarias derivadas de la situación.

En el caso del asma bronquial, se encuentra que desde hace bastantes años se estableció la relación entre ésta y trastornos de tipo psicológico (citando que Alexander, (1950)) determinando que los ataques de asma se derivaban de conflictos de dependencia, de tal manera que éstos aparecían con más probabilidad si una persona era o temía ser rechazada por otra, especialmente si entre ellos existía una relación afectiva. (Belloch, 1995). Cita además que algunos datos relevantes de la investigación psicológica actual, los aspectos psicológicos del asma implican una doble perspectiva: (1) Por una parte, el estudio de variables psicológicas que favorecen la inducción de crisis asmática, y (2) el estudio de ciertas variables disposicionales, como la ansiedad – rasgo y los estilos cognitivos, o bien trastornos tales como la depresión y la ansiedad, que ejercen una influencia notable en la evolución del



asma. (Belloch, 1995). Quizás uno de los aspectos que más preocupa a la psicología en los casos de asma bronquial, es el referido a los estilos de afrontamiento que desarrollan los asmáticos ante su enfermedad y en general ante un ataque de asma en particular., describiendo el autor que el problema está cuando los asmáticos evolucionan negativamente frente a su propia situación, haciendo que se compliquen las crisis y por ende el tratamiento. (Belloch, 1995).

5. Diabetes Mellitus. Código 2500. Este diagnóstico representa una importancia elevada dentro del análisis de los factores psicológicos involucrados, debido especialmente a su carácter crónico que exige un tratamiento especial por parte del paciente. Belloch (1995) describe algunos experimentos realizados con pacientes en donde la producción de glucosa en la sangre, en diabetes tipo I; podía ser condicionada mediante la administración de placebos que generaban una respuesta condicionada de producción de glucosa. Pero no es el dato más relevante para analizar ahora, sino más bien el referido a los efectos del estrés sobre esta enfermedad. En este sentido, se encuentra que el estrés afecta de 3 maneras diferentes a los pacientes que sufren esta enfermedad: “(1) estrés y comienzo de enfermedad; (2) consideración del estrés como un factor que incide en el curso y agravamiento de la enfermedad y (3) abordar I diabetes como una fuente potencial de estrés”. (Belloch, 1995),.

Según el autor, el primer punto se relaciona básicamente con el incremento de glucosa en la sangre a través de la secreción de ciertas hormonas, producto de situaciones estresantes como pérdidas importantes (pérdida de padre o madre, separación o divorcio de los padres, problemas familiares, enfermedades severas físicas o psicológicas). De hecho se asume que la Diabetes tipo I es una enfermedad autoinmune, correlacionada con sucesos estresantes mayores, según se describió anteriormente.

El segundo factor se refiere al estrés como un factor que incide negativamente en el agravamiento de la diabetes, estableciendo de forma clara y sistemática que el estrés puede alterar el metabolismo de la glucosa. "En concreto, a través de la observación clínica se ha podido comprobar que el incremento de eventos negativos está asociado con un incremento de los niveles de glucosa en sangre". (Belloch, 1995).

El otro punto, es considerar a la diabetes como estresor, lo que implica los estilos de afrontamiento de la enfermedad que finalmente conduzcan a la reducción del estrés y la adaptación o ajuste a la misma. Según el autor, el paciente que sufre de esta enfermedad puede adoptar respuestas de afrontamiento positivas, facilitando la adherencia al tratamiento, consiguiendo un buen control diabético, o por el contrario, puede afrontar la enfermedad con estrategias negativas (negación, echar la culpa a otros, etc.) lo cual induce a una adherencia pobre y un mal control diabético. Belloch (1995), propone que el modelo de factores psicosociales relacionados con el control diabético, estudia que los elementos más importantes para conseguir control metabólico en la Diabetes tipo I serían: "(1) las estrategias de afrontamiento utilizadas por el sujeto para adaptarse a la enfermedad y para reducir las situaciones estresantes (mayores y/o menores) que pueden aparecer en el curso de la misma; (2) la información acerca del trastorno, y (3) las conductas de adherencia". (Belloch, 1995).

Propone además que según este modelo, un mal control diabético puede desencadenar nuevos estresores (somáticos y/o psicosociales) y, por otra, que algunos factores externos al individuo representados por las intervenciones terapéuticas somáticas o psicológicas facilitan la adaptación positiva. En este sentido se utilizan algunas técnicas de reducción del estrés que permitan mejorar el control metabólico, y en consecuencia, permitirán reducir la administración de insulina.

En este sentido, dentro de los cuadros analizados con presencia de Diabetes Mellitus, se refleja claramente como los estilos de vida son considerados por los médicos como indispensables para la presencia o tratamiento de este tipo de alteración y cómo, por ejemplo, las faltas a las precisiones médicas hacen que el paciente visite reiterativamente el consultorio, sin reportar mejoría. Estos pacientes, como se muestra en el cuadro de análisis, exigen al médico formulación continua y en muchos casos, se auto formulan, desconociendo los riesgos que esto implica para su salud.

6. Enfermedades del aparato genitourinario. Códigos 6161 y 6260. Según La Enciclopedia de la Salud Familiar, estas enfermedades generalmente se encuentran asociadas a otras que son generalmente el motivo de consulta que relata la paciente. Cuando el cuadro presenta una evolución de más de 6 meses, es muy probable que se experimenten síntomas asociados como dolor de cabeza, de espalda, ardor en la región genital y se reporte malestar general al sostener o intentar sostener relaciones sexuales. (Enciclopedia, 1998). Los antecedentes psicológicos que pueden asociarse son generalmente de naturaleza variada, aunque se ha encontrado que la vaginitis está muy relacionada con episodios de maltrato o violación, haciendo que la mujer desarrolle este mecanismo como defensa contra su posible "agresor". (Enciclopedia, 1998). En el caso de la amenorrea, específicamente en mujeres muy jóvenes, se asocia con una reacción hormonal, al parecer por un inadecuado funcionamiento del sistema inmune, a causa de sucesos estresantes o relacionados con la entrada a la pubertad, en donde el desequilibrio biológico es muy alto. "Cuando se presentan estas complicaciones, generalmente se pide apoyo a la unidad de psicología de la institución remisión al servicio, ya que la medicación resulta ser en muchos casos, insuficiente" (Pág. 489).

Estos cuadros son asociados en la mayoría de los casos con cuadros depresivos o ansiedad, que puede presentar innumerables fuentes y que se reflejan en una condición somática que obliga a la paciente a la consulta. (Ibíd., 1998).

En el caso de las historias analizadas en el Hospital, se encuentra que en realidad estas enfermedades tienen asociados otros síntomas que las pacientes relatan y que son igualmente imposibilitantes, encontrando cuadros con evolución superior a los 3 meses que aún no reportan mejoría.

**Los programas.** De todo lo anterior se concluye que los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud, deben incluir no sólo la vulnerabilidad biológica según lo expuesto, sino que es necesario apoyarse en una investigación más exhaustiva sobre los estilos de vida de los pacientes, esperando encontrar aquellas situaciones en donde la salud corre un alto riesgo de alterarse, por falta, básicamente de estrategias de afrontamiento tanto para prevenir, como para manejar la presencia de las enfermedades.

Al respecto, Fernández Ballesteros (1994), propone que los estudios epidemiológicos y en general, la evaluación conductual que se realice a cada paciente que sea remitido al programa de Salud Mental, debe involucrar aspectos relacionados con: "(a) comportamientos de riesgo y prevención; (b) indicadores biológicos de salud o enfermedad; (c) apreciaciones subjetivas de la sintomatología, bienestar o sufrimiento, y (d) factores conductuales y psicológicos asociados a la enfermedad" (Fernández, 1994).

De otra parte, no debe desconocerse la importancia de promover la salud del personal que atiende a los pacientes, incluidos médicos, enfermeras, personal del Hospital y en general, todo el equipo que interviene en el tratamiento y atención de los pacientes, en instituciones hospitalarias.

Dentro de los aspectos a considerar, Marín (1995), propone que las investigaciones sobre estrés ocupacional han identificado características que merecen tomarse en cuenta, para el manejo de este tipo de situaciones por parte del personal médico. Factores como el entorno físico y las características estresantes del propio puesto de trabajo, el desempeño del rol laboral, las relaciones sociales en el trabajo y del desarrollo de la carrera en la organización, las formas organizativas, la propia estructura y el clima organizacional, y la implantación de nuevas tecnologías, son los principales desencadenantes del estrés en el ambiente laboral.

Al respecto Marín afirma:

Los estresores del entorno físico abarcan variables como el ruido, la iluminación, la temperatura, las condiciones higiénicas, la toxicidad o la disponibilidad y disposición del espacio físico para el trabajo. Entre las características estresantes del trabajo se incluyen factores como la sobrecarga de trabajo, la exposición a riesgos y peligros, el trabajar por turnos, o de noche, la complejidad del trabajo, la posibilidad de controlar el propio trabajo, la variedad de las tareas, el conflicto de rol, la ambigüedad del rol. Entre las variables grupales y organizacionales se pueden mencionar la falta de cohesión en el grupo, las presiones del grupo, el clima grupal, el conflicto grupal, la complejidad organizacional y el "mal" clima organizacional (sobre todo la ausencia de participación en la toma de decisiones). Pág.. 187.

El autor expone que el contacto del personal de salud con pacientes, familiares, situaciones de riesgo y estrés ocupacional, degenera en el síndrome del "agotamiento", descrito como "síndrome

que se manifiesta por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del rendimiento personal" (Marín, 1995).

El agotamiento emocional se refiere básicamente a una reducción de nuestros los emocionales y el sentimiento de que no se tiene nada que ofrecer a los demás psicológicamente; puede tener manifestaciones psicológicas o somáticas como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad. La despersonalización se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los receptores de los servicios y hacia los colegas, llegándolos a considerar la fuente de los propios problemas. Se caracteriza por una actitud cínica e impersonal, con el aislamiento de los demás, con el uso de etiquetas despectivas para calificar a los otros, y con los intentos de culpabilizarlos de las propias frustraciones y fracasos en el cumplimiento del compromiso laboral. La disminución en el rendimiento personal, se refiere sobre todo a la percepción de que las posibilidades de logro en el trabajo han desaparecido, junto con sentimientos de fracaso y baja autoestima. (Marín, 1995).

El "agotamiento" también es entendido como un mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés, generado generalmente en la relación profesional – cliente. El autor menciona, que este síndrome no se refiere a estrés psicológico, sino a una respuesta a fuentes de estrés crónico que se generan en este tipo de relaciones. En este sentido, la atención debe centrarse en variables como los sesgos perceptivos, las inferencias atribucionales y los procesos de grupo que proporcionarán explicaciones sobre la presencia del fenómeno. (Marín, 1995).

### Referencias.

- Belloch y otros. (1995) Manual de Psicopatología. (Vol. 2). España Mc. Graw Hill.
- Calderón de Narváez, G. (1984) Salud Mental Comunitaria. Un nuevo enfoque de la Psiquiatría. (2ª ed). México: Trillas.
- Enciclopedia de la Salud Familiar. (1998) Enfermedades propias de la Mujer. Tomo IV. . España: Pirámide.
- Fernández Ballesteros, R. (1996) Evaluación de Programas. Una Guía Práctica en ámbitos de Sociales, Educativos y de Salud. (1 ed.) España : Síntesis S.A.
- Fernández Ballesteros, R. (1994) Evaluación Conductual Hoy: Un enfoque para el cambio en Psicología Clínica y de la Salud. España: Pirámide.
- Padua J, y colaboradores. (1979). Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales. (3 ed). México: Fondo de la Cultura Económica.
- Rodríguez Marín, J. (1995). Psicología Social de la Salud. España: Síntesis.
- Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 de 1993. Momo Ediciones.
- Souza M, y Machorro. (1988). Evaluación en Salud Mental para Maestros. (5 ed). México: Manual Moderno.
- Vallejo Ruiloba, J. (1992) Introducción a la Psicopatología y a la Psiquiatría. (4 ed). España: . Masson.

ANEXOS



## ANEXO A

Proyecto de Acuerdo por Medio del cual se expide el Estatuto del "Hospital Regional de Chiquinquirá Empresa Social del Estado". 1999

**ANEXO B**

**Organigrama Actual Hospital Regional San Salvador Chiquinquirá**

## ANEXO C

Organigrama según reestructuración Hospital Regional San Salvador Chiquinquirá

## ANEXO D

Sistema Integral de Información del Sistema General de Seguridad Social.