# UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

**AREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA**

**TEMA:**

# "CREACION DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN LA PARROQUIA URBANA SARAGURO PERTENECIENTE AL CANTON SARAGURO DE LA PROVINCIA DE LOJA PERIODO 2009 - 2010"

*TESIS DE GRADO PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITILO DE PSICOLOGOS CLÍNICOS*


**AUTORES:**

JUAN PABLO LOPEZ CUENCA.

PABLO JOSE TAPIA CASTILLO.

**DIRECTOR:**

Dr. LUIS VELEZ AJILA


Loja – Ecuador

2009 – 2010

## CERTIFICACIÓN:

Doctor
Luis Vélez Ajila,
**DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA DE LA UNL.**

## CERTIFICA:

Haber dirigido y revisado todo el proceso de investigación del proyecto de desarrollo cuyo tema es: **"CREACION DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN LA PARROQUIA URBANA SARAGURO PERTENECIENTE AL CANTON SARAGURO DE LA PROVINCIA DE LOJA PERIODO 2009 - 2010"**, de la autoría: López Cuenca Juan Pablo y Tapia Castillo Pablo José, egresados de la carrera de psicología Clínica, por lo que autorizo su presentación y sustentación.

Loja, octubre 2010

Dr. Luis Vélez Ajila.
**DIRECTOR DEL PROYECTO DE DESARROLLO.**

## AUTORIA

Los conceptos expuestos, las investigaciones, resultados y conclusiones del presente trabajo son de responsabilidad de los autores.

Juan Pablo López C.

Pablo José Tapia C.

**AGRADECIMIENTO.**

Dejamos constancia de nuestro sincero agradecimiento a todos los Catedráticos de la Carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, por sus sabias enseñanzas y valiosos consejos así como la debida orientación para lograr el desarrollo del presente trabajo; de manera especial agradecemos al Dr. Efraín Muñoz Silva y la Dra. Patricia Montalván Carrión quienes desinteresadamente apoyaron este trabajo investigativo y dirigieron nuestra labor junto al respetable Dr. Luis Vélez Ajila, así como los demás docentes que apoyaron este Programa de graduación que es un triunfo más de la Ilustre Universidad Nacional de Loja que alberga sabiduría y probidad.

Los Autores.

## DEDICATORIA.

Quiero dedicar este trabajo a mis padres y hermanas por el apoyo incondicional que he recibido de ellos durante toda mi vida en especial en mi etapa como estudiante ya que sin ellos no hubiese logrado cumplir con esta meta tan anhelada. De igual manera un agradecimiento muy especial para mis compañeros de tesis y amigos que han sido un gran apoyo en mi vida.

**Juan Pablo López.**

Dedico el presente trabajo a Dios el poder supremo que ha regido mi vida, a mi madre por guiarme en el trayecto tortuoso de mi vida, a mi familia por apoyarme incondicionalmente a mis compañeros y amigos Juan Pablo y Juan Camilo por jamás darme la espalda y apoyarme cuando más necesitaba y todos los que hicieron posible esta etapa de transición en mi vida.

**Pablo José Tapia.**

**a.) TEMA: "**Creación de la Unidad de Salud Mental en la parroquia urbana Saraguro perteneciente al Cantón Saraguro de la Provincia de Loja periodo 2009 - 2010**"**

## b.) RESUMEN

El cantón Saraguro ubicado a 64 Km al norte de la ciudad de Loja, con una superficie de 1.080 Km. Cuadrados. Se halla dentro de la provincia del mismo nombre, al sur del Ecuador, constituye uno de los centros más interesantes de América, donde se conserva aún la autenticidad de las comunidades incaicas con su importante bagaje de costumbres y tradiciones, La presente propuesta plantea la iniciativa de creación de una Unidad de Salud Mental en Saraguro ya que esta población presenta varios índices que obtenidos a través del despistaje psicopatológico demuestran la existencia de factores de riesgo que pueden atentar a la salud mental del individuo y los cuales desencadenan en ciertas patologías como es el alcoholismo, depresión, ansiedad, y violencia, así mismo nos da pautas para instaurar un modelo de atención que la misma debe brindar a la colectividad del cantón Saraguro para que de esta manera se mejore la calidad de vida y relaciones interpersonales.

Además con la propuesta de creación se pretende desarrollara un grado de conocimiento e información sobre la salud mental, de las personas con trastorno mental, su entorno cercano y de la sociedad a través de lo cual se podrá mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como el de sus familiares. Con esto nos hemos propuesto como meta garantizar a las personas con trastornos mentales una atención sanitaria basada en el enfoque comunitario y estructurado en un proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral. Con la puesta en marcha del centro se fomentara el conocimiento formación e investigación de los profesionales sobre los factores de riesgo y las estrategias de intervención, para potenciar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia esto se da con el objetivo de adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.

## c.) SUMMARY

The Saraguro city located to 64 Km to the north of the city of Loja, with a surface of 1.080 Km. Squares. He is inside the county of the same name, to the south of the Ecuador, one of the most interesting centers in America constitutes, where it is still conserved the authenticity of the Incan communities with their important baggage of customs and traditions, The proposed present outlines the initiative of creation of an Unit of Mental Health since in Saraguro this population it presents several indexes that obtained through the psychopathologic scannin they demonstrate the existence of factors of risk that you/they can attempt to the individual's mental health and which unchain in certain pathologies like it is likewise the alcoholism, depression, anxiety, and violence, he/she gives us rules to establish a model of attention that the same one should offer to the collective of the canton Saraguro so that this way he/she improves the quality of life and interpersonal relationships.

Also with the creation proposal it is sought it developed a grade of knowledge and information about the mental health, of people with mental dysfunction, their near environment and of the society through that which will be able to improve the quality of people's life with mental dysfunctions, as well as that of their relatives. With this we have intended as goal to guarantee to people with mental dysfunctions a sanitary attention based on the community focus and structured in an assistance process from the perspective of the continuity of cares as element of integral quality. With the setting in march of the center was fomented the knowledge formation and the professionals' investigation on the factors of risk and the intervention strategies, for potencies the taking of clinical decisions based on the evidence this is given with the objective of adapting the offer of services to the population's in an effective and efficient way necessities.

## d.) **INTRODUCCIÓN**

El mundo actual se ha convertido en una sociedad industrializada y con un ritmo de vida muy acelerado, sobre todo en las zonas urbanas, realidades como el alcoholismo, depresión, ansiedad, y violencia se han convertido en algunas de las enfermedades más características de finales del siglo XX y de principios del XXI.

En estas sociedades existen innumerables factores que inciden en nuestra salud mental. Desde unas vivencias que parecen muy abstractas, como la presión por triunfar, la competencia en el trabajo o la falta de perspectivas en la vida, hasta otras que nos resultan más próximas, como las responsabilidades familiares y laborales, los grandes desplazamientos en las ciudades, la falta de horas de sueño o una alimentación poco equilibrada, todas ellas son factores causantes de alteraciones nerviosas. En ciertas ocasiones pasan desapercibidas, como el insomnio, la agresividad, la falta de capacidad de concentración, etc., pero en otras se convierten en enfermedades graves, como las depresiones u otras enfermedades que afectan a la mente humana. No siempre es fácil encontrar las causas de estas alteraciones. Más difícil aún resulta evitarlas porque, como ya hemos indicado, se deben al tipo de vida obligado que llevamos y, muchas veces, la curación de estas enfermedades exige un cambio en el modo de vida.

Las patologías mentales son un problema de gran magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia sino por el impacto debido a la sintomatología que produce una desestructuración tanto en el aspecto biopsicosocial de los pacientes, sus familias y el entorno cercano. La enfermedad mental comprende un amplio número de patologías, que generalmente se caracterizan por su larga duración procesos crónicos, lo que supone una enorme carga a la familia, al sistema de salud y a la propia sociedad. Por otra parte, el abordaje de la enfermedad mental

requiere complejos procesos de tratamiento y rehabilitación, que exigen una estrecha supervisión y un importante número de contactos con los profesionales en salud mental y, por tanto, un elevado consumo de recursos.

"Según un informe de la OMS unos 450 millones de personas a nivel mundial sufren algún trastorno mental o neurológico al menos una vez en la vida lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico o psicológico. De estos últimos, la mayor parte presenta trastornos menores, ya que el riesgo de sufrir una esquizofrenia alguna vez en la vida es de un 1%, mientras que el de sufrir una depresión el trastorno mental más común en la actualidad, e incluso el motivo de consulta médica en atención primaria más frecuente es de un 10%."[1]

En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos emocionales. A ello habría que sumar el alcoholismo, que en muchos países va en aumento, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social. Aunque existen tratamientos eficaces para muchas de estas enfermedades hay un amplio número de personas afectadas que nunca acuden a un profesional.

"En patologías que a nivel de nuestro país y Provincia de Loja, que merecen principal atención aparecen el alcoholismo que está presente en la ciudad de Loja en un 31% en nuestro cantón durante el año 2002 se ha registrando el 13% de depresión, neurosis 20%, psicosis y trastornos de la personalidad registrando el 5%, esquizofrenia 2% y drogadicción, además del alto índice de maltrato infantil, de violencia intrafamiliar o doméstica, mal rendimiento escolar, desviaciones sexuales entre otras.

[1] Boletín informativo OMS

El tratamiento de los pacientes con trastornos mentales menos graves también ha cambiado sensiblemente. En el pasado, los pacientes con depresión leve, trastornos de ansiedad y otro tipo de neurosis eran tratados casi exclusivamente mediante la psicoterapia individual, la cual ha evolucionado hacia otros enfoques alternativos, como las terapias de grupo o de familia, a las que se ha sumado el empleo de fármacos psicotrópicos, que ayudan a aliviar los síntomas.

La OMS, recomienda como prioritarios los siguientes componentes en los sistemas de salud mental:

- Incorporación de acciones de salud mental a nivel de atención primaria
- Asegurar la disponibilidad de psicofármacos
- Prestar atención a la comunidad;
- Educar al público; involucrar a las comunidades; las familias y los usuarios;
- Desarrollar recursos humanos;
- Establecer vínculos con la comunidad vigilar la salud mental de las comunidades; apoyar nuevas investigaciones.

Frente a esos planteamientos el Ecuador tiene limitados logros, que se sintetizan en el desarrollo de los servicios a nivel de los Hospitales Generales y en varios centros de atención primaria; la capacitación al personal que labora en atención primaria; las campañas de educación al público sobre algunos tópicos de salud mental. Le quedan muchas tareas por cumplir entre las más urgentes:

- Facilitar el acceso a los psicofármacos a la mayoría de pacientes;
- Involucrar en las acciones de salud mental a los usuarios, las familias y la comunidad y establecer vínculos formales de colaboración con otros sectores.

Viendo la problemática actual se ha elaborado un plan de intervención en el cual se han tenido en cuenta las expectativas o demandas expresadas por los pacientes, familiares familias, ciudadanos y profesionales. Para ello, en la población de Saraguro se ha realizado un despistaje psicopatológico evidenciando altos índices de violencia alcoholismo ansiedad lo cual nos indica la urgencia de servicios de salud encaminados a evitar la alteración de la psiquis de los pobladores de esta localidad es por este motivo que se ha visto la necesidad urgente de instaurar un proyecto para la creación de la unidad de salud mental que brinde los servicios necesarios para las personas que mas los necesiten y de esta manera mejorar su calidad de vida y ser un ente productivo dentro de la sociedad.

## e.) REVISIÓN DE LITERATURA

**PSICOPATOLOGIA.**

**Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia:**

**Retraso mental:**

F70 Retraso mental leve.

F71 Retraso mental moderado.

F72 Retraso mental grave.

F73 Retraso mental profundo.

F79 Retraso mental de gravedad no especificada.

**Trastornos del aprendizaje:**

F81.0 Trastorno de la lectura

F81.2 Trastorno del cálculo

F81.8 Trastorno de la expresión escrita

**Trastorno de las habilidades motoras:**

F82 Trastorno del desarrollo de la coordinación.

**Trastornos de la comunicación:**

F80.1 Trastorno del lenguaje expresivo

F80.2 Trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo

F80.0 Trastorno fonológico

F98.5 Tartamudeo

**Trastornos generalizados del desarrollo:**

F84.0 Trastorno autista

F84.2 Trastorno de Rett

F84.3 Trastorno desintegrativo infantil

F84.5 Trastorno de Asperger

**Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador:**

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad:

F90.0 Tipo combinado

F90.8 Tipo con predominio del déficit de atención

F90.0 Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo

F91.8 Trastorno disocial

F91.3 Trastorno negativista desafiante

**Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o de la niñez:**

F98.3 Pica

F98.2 Trastorno de rumiación

F98.2 Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o de la niñez

**Trastornos de tics:**

F95.2 Trastorno de la Tourette

F95.1 Trastorno de tics motores o vocales crónicos

F95.0 Trastorno de tics transitorios

**Trastornos de la eliminación:**

Encopresis:

F98.1 Con estreñimiento e incontinencia por rebosamiento

F98.1 Sin estreñimiento ni incontinencia por rebosamiento

F98.0 Enuresis (no debida a una enfermedad médica)

**Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia:**

F93.0 Trastorno de ansiedad por separación

F94.0 Mutismo selectivo

F94.2 Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez

F98.4 Trastorno de movimientos estereotipados

**Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos:**

**Delirium:**

F05.0 Delirium debido a...(*indicar enfermedad médica*)

Delirium inducido por sustancias

Delirium por abstinencia de sustancias

Delirium debido a múltiples etiologías

**Demencia:**

F00.0 Demencia tipo Alzheimer, de inicio temprano:

Con delirium

Con ideas delirantes

Con estado de ánimo depresivo

No complicada

F00.1 Demencia tipo Alzheimer, de inicio tardío:

Con delirium

Con ideas delirantes

Con estado de ánimo depresivo

No complicada

F01 Demencia vascular:

Con delirium

Con ideas delirantes

Con estado de ánimo depresivo

No complicada

F02 Demencia debida a otras enfermedades médicas

Demencia persistente inducida por sustancias

Demencia debida a múltiples etiologías

**Trastornos amnésicos:**

F04 Trastorno amnésico debido a ...(*indicar enfermedad médica*)

Trastorno amnésico persistente inducido por sustancias.

**Trastornos mentales debidos a enfermedad médica, no clasificados en otros apartados:**

F06.1 Trastorno catatónico debido a ... (indicar enfermedad médica)

F07.0 Cambio de personalidad debido a ...(indicar enfermedad médica)

**Trastornos relacionados con sustancias:**

Criterios para la dependencia de sustancias

Criterios para el abuso de sustancias

Criterios para la intoxicación por sustancias

Criterios para la abstinencia de substancias

**Trastornos relacionados con el alcohol:**

Trastornos por consumo de alcohol:

F10.00 Criterios para la intoxicación por alcohol

F10.3 Criterios para el abstinencia de alcohol

**Trastornos relacionados con alucinógenos:**

Trastornos por consumo de alucinógenos:

F16.0 Criterios para la intoxicación por alucinógenos

F16.70 Trastorno perceptivo persistente por alucinógenos (Flashbacks)

**Trastornos relacionados con anfetaminas (o sustancias de acción similar):**

Trastornos por consumo de anfetaminas:

F15.00 Criterios para la intoxicación por anfetaminas

F15.3 Criterios para la abstinencia de anfetaminas

Trastornos relacionados con cafeína:

F15.00 Criterios para la intoxicación por cafeína:

**Trastornos relacionados con cannabis:**

Trastornos por consumo de cannabis:

F12.00 Criterios para la intoxicación por cannabis

**Trastornos relacionados con cocaína:**

Trastornos por consumo de cocaína:

F14.00 Criterios para la intoxicación por cocaína

F14.3 Criterios para la abstinencia de cocaína

**Trastornos relacionados con fenciclidina (o sustancias de acción similar):**

Trastornos por consumo de fenciclidina:

F19.00 Criterios para la intoxicación por fenilcidina

**Trastornos relacionados con inhalantes:**

Trastornos por consumo de inhalantes:

F18.00 Criterios para la intoxicación por inhalantes

**Trastornos relacionados con nicotina:**

Trastornos por consumo de nicotina:

F17.3 Criterios para la abstinencia de nicotina

**Trastornos relacionados con opiáceos:**

Trastornos por consumo de opiáceos:

F11.00 Criterios para la intoxicación por opiáceos

F11.3 Criterios para la abstinencia de opiáceos

**Trastornos relacionados con sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:**

Trastornos por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:

F13.00 Criterios de intoxicación por sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

F13.3 Criterios de dependencia de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos

**Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos:**

**Esquizofrenia:**

F20.0 Tipo paranoide

F20.0 Tipo desorganizado

F20.2 Tipo catatónico

F20.3 Tipo indiferenciado

F20.5 Tipo residual

**F20.8 Trastorno esquizofreniforme**

**F25 Trastorno esquizoafectivo**

F25.0 Tipo bipolar

F25.1 Tipo depresivo

**F22.0 Trastorno delirante**

**F23.8 Trastorno psicótico breve**

F23.81 Con desencadenante(s) grave(s)

F23.80 Sin desencadenante(s) grave(s)

**F24 Trastorno psicótico compartido**

**F06 Trastorno psicótico debido a...(*indicar enfermedad médica*)**

F06.2 Con ideas delirantes

F06.0 Con alucinaciones

**Trastorno psicótico inducido por sustancias**

**Trastornos del estado del ánimo:**

**Episodio depresivo mayor:**

F32 Trastorno depresivo mayor, episodio único

F33 Trastorno depresivo mayor, recidivante

F34.1 Trastorno distímico

**Episodio maníaco**

**Episodio mixto**

**Episodio hipomaníaco**

**Trastornos bipolares:**

F30 Trastorno bipolar I, episodio maníaco único

F31.0 Trastorno bipolar I, episodio más reciente hipomaníaco

F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente maníaco

F31.6 Trastorno bipolar I, episodio más reciente mixto

F31 Trastorno bipolar I, episodio más reciente depresivo

F31.9 Trastorno bipolar I, episodio más reciente no especificado

F31.8 Trastorno bipolar II

F34.0 Trastorno ciclotímico

**Trastorno del estado del ánimo debido a...** ***(indicar enfermedad médica)***

F06.32 Con síntomas depresivos

F06.32 Con síntomas de depresión mayor

F06.30 Con síntomas maníacos

F06.33 Con síntomas mixtos

**Trastorno del estado del ánimo inducido por sustancias**

**Trastornos de ansiedad:**

**Crisis de Pánico (Crisis de Angustia)**

**Agorafobia**

F41.0 Trastorno de angustia sin agorafobia

F40.01 Trastorno de angustia con agorafobia

F40.00 Agorafobia sin historia de trastorno de angustia

F40.02 Fobia específica

F40.1 Fobia social

F42.8 Trastorno obsesivo-compulsivo

F43.1 Trastorno por estrés postraumático

F43.0 Trastorno por estrés agudo

F41.1 Trastorno de ansiedad generalizada

F06.4 Trastorno de ansiedad debido a enfermedad médica

**Trastorno de ansiedad inducido por sustancias**

**Trastornos somatomorfos:**

F45.0 Trastorno de somatización

F45.1 Trastorno somatomorfo indiferenciado

F44 Trastorno de conversión

F45.4 Trastorno por dolor

F45.2 Hipocondría

F45.2 Trastorno dismórfico corporal

**Trastornos ficticios:**

F68.1 Trastorno ficticio

**Trastornos disociativos:**

F44.0 Amnesia disociativa

F44.1 Fuga disociativa

F44.81 Trastorno de identidad disociativo

F48.1 Trastorno de despersonalización

**Trastornos sexuales y de la identidad sexual:**

**Trastornos sexuales:**

**Trastornos del deseo sexual:**

F52.0 Deseo sexual hipoactivo

F52.10 Trastorno por aversión al sexo

**Trastornos de la excitación sexual:**

F52.2 Trastornos de la excitación sexual en la mujer

F52.2 Trastornos de la erección en el varón

**Trastornos del orgasmo:**

F52.3 Trastorno orgásmico femenino

F52.3 Trastorno orgásmico masculino

F52.4 Eyaculación precoz

**Trastornos sexuales por dolor:**

F52.6 Dispareunia (no debida a una enfermedad médica)

F52.5 Vaginismo (no debido a una enfermedad médica)

**Trastorno sexual debido a una enfermedad médica**

N94.8 Deseo sexual hipoactivo en la mujer debido a...

N50.8 Deseo sexual hipoactivo en el varón debido a...

N48.4 Trastorno de la erección en el varón debido a...

N94.1 Dispareunia femenina debido a...

N50.8 Dispareunia masculina debida a...

N94.8 Otros trastornos sexuales femeninos debidos a...

N50.8 Otros trastornos sexuales masculinos debidos a...

**Trastorno sexual inducido por sustancias**

**Parafilias:**

F65.2 Exhibicionismo

F65.0 Fetichismo

F65.8 Frotteurismo

F65.4 Pedofilia

F65.5 Masoquismo sexual

F65.5 Sadismo sexual

F65.1 Fetichismo transvestista

F65.3 Voyeurismo

**F64 Trastornos de la identidad sexual**

F64.2 Trastorno de la identidad sexual en niños

F64.0 Trastorno de la identidad sexual en adolescentes o adultos

**Trastornos de la conducta alimentaria:**

F50.0 Anorexia nerviosa

F50.2 Bulimia nerviosa

**Trastornos del sueño:**

**Trastornos primarios del sueño:**

**Disomnias:**

F51.0 Insomnio primario

F51.1 Hipersomnia primaria

G47.4 Narcolepsia

G47.3 Trastorno del sueño relacionado con la respiración

F51.3 Trastorno del ritmo circadiano

**Parasomnias:**

F51.5 Pesadillas

F51.4 Terrores nocturnos

F51.3 Sonambulismo

**Trastornos del sueño relacionados con otro trastorno mental**

F51.0 Insomnio relacionado con...

F51.1 Hipersomnia relacionada con...

**Otros trastornos del sueño**

G47 Trastorno del sueño debido a enfermedad médica

**Trastorno del sueño inducido por sustancias**

**Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados:**

F63.8 Trastorno explosivo intermitente

F63.2 Cleptomanía

F63.1 Piromanía

F63.0 Juego patológico

F63.3 Tricotilomanía

**Trastornos adaptativos:**

**Trastorno adaptativo**

F43.20 Con estado de ánimo depresivo [309.0]

F43.28 Con ansiedad [309.24]

F43.22 Mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo [309.28]

F43.24 Con trastorno de comportamiento [309.3]

F43.25 Con alteración mixta de las emociones y el comportamiento [309.4]

F43.9 No especificado [309.9]

**Trastornos de la personalidad:**

F60 Trastorno de la personalidad

F60.0 Trastorno paranoide de la personalidad

F61.1 Trastorno esquizoide de la personalidad

F21 Trastorno esquizotípico de la personalidad

F60.2 Trastorno antisocial de la personalidad

F60.3 Trastorno límite de la personalidad

F60.4 Trastorno histriónico de la personalidad

F60.8 Trastorno narcisista de la personalidad

F60.6 Trastorno de la personalidad por evitación

F60.7 Trastorno de la personalidad por dependencia

F60.5 Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica:

F54 Factores psicológicos que afectan al estado físico:

**Trastorno mental que afecta a una enfermedad médica**

**Síntomas psicológicos que afectan a una enfermedad médica**

**Rasgos de personalidad o estilo de afrontamiento que afectan a una enfermedad médica**

**Comportamientos desadaptativos que afectan a una enfermedad médica**

**Respuesta fisiológica relacionada con el estrés que afecta a una enfermedad médica**

**Otros factores psicológicos o no especificados que afectan a una enfermedad médica**

**Trastornos motores inducidos por medicamentos:**

G21.1 Parkinsonismo inducido por neurolépticos

G21.0 Síndrome neuroléptico maligno

G24.0 Distonía aguda inducida por neurolépticos

G21.1 Acatisia aguda inducida por neurolépticos

G24.0 Discinesia tardía inducida por neurolépticos

G25.1 Temblor postural inducido por neurolépticos

G25.9 Trastorno motor inducido por medicamentos no especificado

T88.7 Efectos adversos de los medicamentos no especificados

**Problemas de relación:**

Z63.7 Problema de relación asociado a un trastorno mental o a una enfermedad médica

Z63.8 Problemas paterno-filiales

Z63.0 Problemas conyugales

F93.3 Problemas de relación entre hermanos

Z63.9 Problema de relación no especificado

**Problemas relacionados con el abuso o la negligencia (abusos físicos y sexuales):**

T74.1 Abuso físico del niño

T74.2 Abuso sexual del niño

T74.0 Negligencia de la infancia

T74.1 Abuso físico del adulto

T74.2 Abuso sexual del adulto

**Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica:**

Z91.1 Incumplimiento terapéutico

Z76.5 Simulación

Z72.8 Comportamiento antisocial del adulto

Z72.8 Comportamiento antisocial en la niñez o adolescencia

R41.8 Capacidad intelectual límite

R41.8 Deterioro cognoscitivo relacionado con la edad

Z63.4 Duelo

Z55.8 Problema académico

Z56.7 Problema laboral

F93.8 Problema de identidad

Z71.8 Problema religioso o espiritual

Z60.3 Problema de aculturación

Z60.0 Problema biográfico

**Trastornos relacionados con el alcohol.**

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbididad y una mortalidad considerables. En algún momento de la vida cerca del 90 % de los adultos han tenido alguna experiencia con el

alcohol, y un número importante  han tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con él  Por fortuna, a partir de estas experiencias la mayoría de los sujetos aprenden a moderar la bebida y a no desarrollar dependencia o abuso por alcohol

**Dependencia del alcohol.**

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia de alcohol se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Una relativa minoría de sujetos con dependencia del alcohol nunca experimenta síntomas relevantes de abstinencia y sólo cerca del 5 % de los sujetos con dependencia los experimentan siempre. Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas

**Abuso de alcohol.**

La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas. Beber alcohol puede causar problemas. Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o inter-personales que ello les. Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la

bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.

**Intoxicación por alcohol.**

La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamentales desadaptativos clínicamente significativo que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmos, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental. El cuadro clínico es similar al que se observa durante la intoxicación por benzodiacepinas o sedantes. La falta de coordinación puede interferir la capacidad de conducir hasta el punto de provocar accidentes. La demostración de que el sujeto ha bebido se puede conseguir por el olor de su aliento, por la historia obtenida a través de la información del propio sujeto u otro acompañante e incluso, si es necesario, practicando análisis de orina y de sangre.

**Abstinencia de alcohol.**

La característica esencial de la abstinencia alcohólica es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de interrumpir o reducir el uso prolongado de grandes cantidades de alcohol El síndrome de abstinencia incluye dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica; aumento del temblor distal de las manos; insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; agitación psicomotora; ansiedad, y crisis epilépticas. Cuando se observen alucinaciones o ilusiones, el clínico puede especificar con alteraciones perceptivas

Los síntomas pueden provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social y de otras áreas importantes de la actividad del sujeto Los síntomas no han de deberse a enfermedad médica ni ser explicados mejor por otro trastorno mental

Los síntomas se alivian con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del sistema nervioso central. Los síntomas de abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente después de haber interrumpido o reducido la bebida. Sin embargo, los síntomas de abstinencia pueden aparecer tras largos períodos de tiempo Debido a la vida media corta del alcohol, los síntomas de abstinencia alcanzan su mayor intensidad durante el segundo día de abstinencia y mejoran de forma marcada al cuarto o quinto días. Sin embargo, a los síntomas de abstinencia pueden seguir síntomas de ansiedad, insomnio y disfunción autonómica en distintos grados de intensidad durante períodos de 3 a 6 meses.

”Menos del 5 % de los sujetos presenta síntomas de abstinencia más graves Las crisis comiciales de gran mal aparecen en menos del 3 % de los sujetos. El delirium por abstinencia de alcohol incluye alteraciones cognoscitivas y de la conciencia, y también alucinaciones visuales, táctiles o auditivas. Cuando aparece el delirium por abstinencia es probable que exista una enfermedad médica asociada”[2]

**Trastorno de ansiedad generalizada.**

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones El individuo tiene dificultades para controlar

[2] DSM IV

este estado de constante preocupación La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos como el temor a sufrir una crisis de angustia, el miedo a quedar mal en público, a contraer una enfermedad a estar alejado de casa o de las personas queridas a engordar a tener múltiples síntomas físicos o a padecer una grave enfermedad y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático. Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad. Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante

el curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

**Episodio depresivo mayor.**

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio. Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante. Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo» En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista. En algunos sujetos que se quejan de sentirse «pasotas», sin sentimientos o ansiosos, la presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad En los niños y los

adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante las frustraciones. Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas Cuando las alteraciones del apetito son graves, puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio Es característico el insomnio medio o el insomnio tardío También se pueden presentar un insomnio inicial. Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento. Los cambios psicomotores incluyen agitación o enlentecimiento los cuales deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva. Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas. Por ejemplo, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal en él. El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio

depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Por ejemplo, un vendedor puede preocuparse y autorreprocharse por fracasar en las ventas, incluso aunque el mercado en general esté colapsado y otros vendedores sean también incapaces de lograr ventas

## SALUD MENTAL.

Es un estado que se caracteriza por el bienestar psíquico y la autoaceptación. “Desde una perspectiva clínica, la salud mental es la ausencia de enfermedades mentales. Los desórdenes mentales afectan a cerca del 12 % de la población mundial aproximadamente 450 millones o una de cada cuatro personas en el mundo sufrirá una enfermedad mental que se beneficiaría con el diagnóstico y tratamiento.”[3] La salud mental y la enfermedad mental son parte de cada país, cultura, grupo etario y estrato socio económico. Entonces, ¿Por qué la enfermedad mental, los servicios de salud mental y promoción del bienestar mental no recibió la atención y los fondos que otras enfermedades y tópicos de salud recibieron durante años? La defensa informada, dirigida y constante con mensajes claros y coordinados son cada vez más necesarios para hacer que la salud mental y la enfermedad mental sean una prioridad y para que aquellos que tienen enfermedades mentales reciban los servicios y el respeto que se merecen.

[3] Boletín informativo OMS

**Perspectiva Global.**

"Según estimaciones publicadas en octubre de 2001 por la OMS unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren al menos una vez en la vida algún tipo de problema de salud mental lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico"[4]. Sin embargo, ello no implica que estas personas estén dispuestas a recibir tratamiento y de hecho muchas de ellas nunca acuden a un profesional. En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos emocionales. A ello habría que sumar el alcoholismo, que en muchos países va en aumento, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social. Los desórdenes mentales son altamente prevalentes y causan una carga considerable en individuos, familias y sociedades. Los recursos humanos, sociales y financieros son necesarios para proveer acceso a tratamiento efectivo y humano para las personas con desórdenes mentales. La información sobre los recursos es generalmente escasa comparada con la información sobre prevalencia, tipo y carga de los desórdenes mentales.

**Tratamiento Psicofarmacológico.**

Los psicofármacos son sustancias químicas que alteran el comportamiento, el humor, la percepción o las funciones mentales. En la práctica médica actual, las sustancias psicoactivas conocidas como psicofármacos se han desarrollado para tratar a los pacientes con trastornos psicológicos o mentales. Los psicofármacos ejercen su acción modificando ciertos procesos bioquímicos o fisiológicos cerebrales. Los mensajes entre las distintas células nerviosas se transmiten a través de estímulos eléctricos o químicos. Las neuronas no entran en contacto

[4] Boletín informativo OMS

directo entre sí; en las sinapsis el mensaje se transmite por sustancias químicas denominadas neuro-reguladores o neurotransmisores. La mayoría de los psicofármacos actúan alterando el proceso de neurotransmisión, estimulando o inhibiendo la actividad. Otros, como las sales de litio, actúan modificando la permeabilidad de la membrana neuronal y se emplean en el tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva permitiendo reducir los episodios de euforia o depresión que sufren estos enfermos. Siguiendo el criterio de la acción que ejercen sobre el sistema nervioso central, las sustancias psicoactivas se pueden clasificar en tres grupos: depresores, estimulantes y visionarias.

**Depresores del sistema nervioso central.**

Reducen la actividad del sistema nervioso central y producen relajación y tranquilidad en el individuo. Los más importantes son: alcohol, fármacos sedantes, fármacos tranquilizantes y opiáceos.

**El alcohol** Los consumidores buscan relajación y bienestar, pero la intoxicación etílica altera las funciones mentales y motoras. La ingesta crónica de alcohol puede lesionar el hígado y las células cerebrales y produce adicción; su retirada brusca produce graves cuadros de abstinencia.

**Los fármacos sedantes** como los barbitúricos, en pequeñas dosis, tienen un efecto parecido al de la embriaguez alcohólica y, en dosis altas, pueden ocasionar confusión mental grave o síntomas psicóticos. La sobredosis puede causar el coma o la muerte.

**Los fármacos tranquilizantes** como los ansiolíticos sirven para combatir la ansiedad, el nerviosismo y el estrés. Aunque su poder adictivo es escaso, con dosis altas puede generarse dependencia física. Una de las familias principales de estos fármacos la componen las benzodiacepinas, como el diazepam que alivia la ansiedad y el miedo, o como el flunitracepán que induce el sueño y sirve para combatir el síndrome de abstinencia a los heroinómanos.

**Los opiáceos** Se utilizan como analgésicos. Debido a que el alivio del dolor es uno de los objetivos principales de la práctica médica, han supuesto una gran ayuda en el tratamiento de muchas enfermedades. Los opiáceos producen tolerancia, dependencia física y psicológica. La morfina causa euforia, somnolencia y alivio de dolor pero la interrupción de la ingesta conlleva excitabilidad, depresión y sensibilidad al dolor.

**Estimulantes del sistema nervioso central.**

Estas sustancias producen una activación general del organismo, agilizan la comprensión y aumentan el rendimiento intelectual, también disminuyen el apetito y mejoran el estado de ánimo. Los agentes estimulantes euforizantes como las anfetaminas pueden emplearse en el tratamiento de los niños con hiperactividad. En estos niños, las anfetaminas tienen un efecto relajante paradójico y pueden mejorar la falta de concentración que se asocia a la hiperactividad. En medicina, se emplea un derivado de la cocaína como anestésico local. El uso ilegal de las anfetaminas y la cocaína incluye su utilización como euforizantes, como estimulantes, para mejorar el rendimiento físico o mental en situaciones como las competiciones atléticas o los exámenes universitarios.

**Sustancias visionarias.**

Son sustancias alucinógenas que alteran la percepción sensorial y la concepción del espacio, del tiempo y del sentido del yo. Entre las más importantes se encuentran las sustancias psicodélicas, la marihuana, el hachís y el éxtasis Los fármacos psicodélicos como el LSD el PCP no tienen hoy ningún uso médico. Su utilización ilegal tiene por objetivo conseguir estados alterados de la conciencia. La marihuana es un alucinógeno débil de utilidad médica: ayuda a eliminar las náuseas producidas por los tratamientos contra el cáncer; reduce la presión ocular en algunos casos graves de glaucoma, estimula el apetito en enfermos de SIDA y alivia los espasmos de la esclerosis múltiple.

**Tratamiento psicoterapéutico.**

La psicoterapia es el tratamiento de las enfermedades mentales por procedimientos basados en la comunicación verbal y emocional, así como en otros comportamientos simbólicos la cual se diferencia de la ayuda informal que una persona puede prestar a otra en, al menos, dos aspectos: el primero, en que la controla un psicoterapeuta, formado y autorizado para ello, lo que supone una sanción cultural que le otorga la autoridad propia de los médicos; el segundo es que se apoya en teorías científicas que han estudiado el origen de los trastornos mentales y la forma de aliviar sus consecuencias. Precisamente porque la comunicación es fundamental en la mayoría de las formas de psicoterapia, la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente es mucho más importante que en otras relaciones médicas. La personalidad del terapeuta influye en el paciente y puede ser utilizada de modo deliberado para conseguir determinados objetivos terapéuticos.

**Psicoterapia psicoanalítica.**

Esta técnica se utiliza no para sugestionar al paciente, sino para evocar recuerdos olvidados y dolorosos. A través de la hipnosis, se intenta ayudar a los pacientes y al mismo tiempo recoger los hechos en los que basaría su teoría del funcionamiento psíquico. Además se sostiene que durante el desarrollo de la personalidad las pulsiones (instintos) agresivas o sexuales indeseables eran expulsadas de la conciencia. Estas pulsiones reprimidas se expresaban en los síntomas de las neurosis en su constante lucha por liberarse. Estos síntomas podrían ser eliminados llevando las fantasías y las emociones reprimidas de nuevo a la conciencia. Para esto se les pide a los pacientes que verbalicen lo primero que les viene a la mente, por absurdo que les resulte, ya sean recuerdos, fantasías o sueños. Mediante la interpretación de estas asociaciones, esto ayuda a sus pacientes a profundizar en el conocimiento de su propio

inconsciente como forma de llegar al origen de sus problemas. Más tarde, Freud valoró el aprendizaje adquirido a través del estudio de la estructura psíquica de sus pacientes y denominó transferencia a la relación emocional que se establece entre el paciente y el terapeuta, que según su punto de vista reflejaba los primeros sentimientos del paciente hacia sus progenitores. La asociación libre y las reacciones de transferencia son todavía hoy elementos básicos de las sesiones psicoanalíticas

**Psicoterapia humanística.**

Basa su terapia en el potencial de bondad que hay en la naturaleza humana. Carl Rogers desarrolló una nueva forma de psicoterapia centrada en el paciente en la cual cada persona tiene las capacidades para comprenderse a sí mismo y resolver sus problemas. Los terapeutas muestran empatía con el paciente y una sincera preocupación por lo que le sucede, con el fin de que éste revele sus verdaderos sentimientos sin miedo a ser juzgado. La más clásica de las terapias humanistas es la psicoterapia centrada en el paciente. Esta psicoterapia sostiene que los individuos, así como todos los seres vivos, están dirigidos por una tendencia innata a sobrevivir y reafirmarse que les lleva al desarrollo personal, a la madurez y al enriquecimiento vital. Cada persona tiene capacidad para el autoconocimiento y el cambio constructivo que la acción del terapeuta, que deberá reunir una serie de cualidades personales esenciales, ayudará a descubrir. Rogers daba así más importancia a las actitudes del terapeuta que a su capacidad o a su preparación técnica. Utilizaba el término ‘cliente’ en vez de paciente para subrayar que su método de tratamiento no era manipulador ni médico, sino que se basaba en la comprensión adecuada y sensible de sus experiencias y necesidades. La segunda cualidad importante del psicoterapeuta es la aceptación incondicional positiva, que se abstiene de juzgar lo que el paciente dice o relata. La autenticidad o ausencia de

simulación era la tercera cualidad que él consideraba esencial. Rogers describió el proceso del tratamiento como la reciprocidad entre las actitudes del cliente y del terapeuta. Precisamente porque el terapeuta escucha de forma incondicional, el cliente aprende a escuchar incluso los pensamientos que más teme, hasta alcanzar un estado de autoaceptación donde es posible el cambio y el desarrollo.

**Terapia de la Gestalt.**

Se enfoca en que la civilización moderna conduce de forma inevitable a la neurosis, ya que obliga a las personas a reprimir sus deseos naturales y, por tanto, los frustra en su tendencia innata a adaptarse biológica y psicológicamente a su entorno. En consecuencia, aparece la ansiedad neurótica. Ajeno a la tradición psicoanalítica, se sostiene que el descubrimiento intelectual de lo que al paciente le está sucediendo es insuficiente para curar el trastorno, por lo que elaboró ejercicios específicos pensados para mejorar la conciencia de la persona sobre su emoción, estado físico y necesidades reprimidas, a través de estímulos físicos y psicológicos del ambiente. La terapia gestaltista se lleva a cabo con individuos y con grupos, por lo general en sesiones semanales, durante dos años.

**Terapia de conducta.**

No se basa en una teoría de la neurosis, sino que deriva de la aplicación de los métodos propios de la psicología experimental a los problemas de la persona que acude a la consulta. Los terapeutas de conducta, por lo general psicólogos, no se preocupan directamente de las fuerzas psíquicas subyacentes, sino que se centran en la conducta externa, observable, que causa malestar a sus clientes. Parten de que todas las conductas, tanto las adaptadas como inadaptadas se} aprenden. Los terapeutas de conducta creen que se pueden aplicar los mismos principios del aprendizaje para corregir las conductas anormales. Con

independencia de la técnica específica que después utilicen, comienzan el tratamiento estudiando el problema del paciente y las circunstancias que lo rodean. No valoran ni buscan significados ocultos, sino que se centran en los fenómenos observables que pueden ser medidos. Sobre la base de este análisis de conducta, formulan hipótesis sobre las circunstancias que, a su parecer, mantienen la conducta no deseada; a continuación, tratan de alterar estas circunstancias una por una, observando si así cambia la conducta del sujeto

**Desensibilización sistemática.**

De las numerosas técnicas empleadas por los terapeutas de conducta, una de las principales es la desensibilización sistemática, procedimiento desarrollado por el polémico psiquiatra Joseph Wolpe, quien llegó a emplear estas técnicas para eliminar lo que él consideraba 'conducta desviada', incluyendo la homosexualidad o la infidelidad conyugal. No obstante, en un principio se aplicaron para eliminar fobias y en general aquellos trastornos en los que un estímulo determinado origina una reacción de ansiedad desproporcionada. Básicamente, la técnica consiste en ayudar al paciente a relajarse, para así presentarle de forma gradual los objetos o las situaciones que le producen ansiedad.

**Enfoques cognitivos.**

Recientemente, los terapeutas de conducta han empezado a prestar más atención a la influencia del pensamiento en la conducta, Las terapias de conducta cognitivas emplean este enfoque para cambiar ideas y hábitos intelectuales que al parecer son la causa del malestar del paciente. Otros enfoques cognitivos similares han sido diseñados por los terapeutas que, formados en el psicoanálisis, estaban algo decepcionados de sus teorías y sus técnicas. La más antigua de estas aproximaciones es la terapia racional-emotiva que parte de considerar las creencias irracionales y el modo ilógico de pensar como causas de los trastornos emocionales. Su

tratamiento consiste en que el paciente se enfrente a su irracionalidad, animándolo a trabajar vigilando ese modo irracional de pensar para sustituirlo por pensamientos y emociones más coherentes. Otra técnica relacionada con el enfoque cognitivo, que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión, es la desarrollada por el psicólogo estadounidense Aarón T. Beck, que parte del supuesto de que los individuos depresivos tienden a formar pensamientos negativos sobre ellos mismos y sus capacidades, sobre el mundo circundante y sus experiencias en él, y sobre el futuro lo que se conoce como 'tríada cognitiva' de la depresión. Estas tendencias serían básicamente un problema del pensamiento, es decir, de utilizar modos de pensar inapropiados. Sus técnicas terapéuticas, como los planteamientos conductistas más estrictos, se dirigen a corregir el problema directamente, más que a intentar comprender sus orígenes en el pasado del individuo.

**Terapia de grupo.**

Por exigir un número menor de terapeutas, la psicoterapia de grupo resulta menos costosa que la individual. Además, ofrece otras ventajas, como el demostrar a los pacientes que sus problemas no son únicos. En la terapia de grupo la interacción entre sus miembros se considera la principal fuente de mejora, y el trabajo del terapeuta consiste sobre todo en controlar y facilitar estas interacciones. En la actualidad se practican numerosas formas de psicoterapia de grupo y la mayoría de las corrientes teóricas que defienden métodos de psicoterapia individual tienen sus variantes grupales. Muchos terapeutas atienden a sus pacientes simultáneamente de forma individual y grupal.

**Terapia de familia.**

Un tipo especial de tratamiento grupal es la terapia de familia. Alfred Adler había trabajado con familias enteras durante la década de 1930, pero hasta veinte años después los psicoterapeutas no empezaron a tratar a

las familias. Aquellos pioneros, y sus sucesores, trabajan desde el supuesto de que las relaciones familiares cotidianas se ven afectadas por los problemas psíquicos de cualquiera de sus miembros. En vez de explorar los conflictos internos de los individuos, los terapeutas de familia intentan promover interacciones entre sus componentes, logrando así el bienestar de cada uno de ellos.

**Nuevos enfoques de psicoterapia.**

A finales de la década del 60 y durante los 70 se desarrollaron un gran número de métodos nuevos de terapia. Muchas de ellas, como las primeras psicoterapias de corte humanista, partirían de la ruptura con el psicoanálisis clásico, considerado demasiado costoso, lento y, por ello, elitista. Algunos críticos pensaban que la práctica psicoanalítica era demasiado intelectual y racional, preocupada principalmente por el pasado y comprometida en la permanencia de valores como el individualismo, el ascenso social y la productividad. Como reacción, desarrollaron métodos que hacían hincapié en las emociones y en el momento presente. Otros psicólogos, como Ellis o Beck, eligieron caminos totalmente opuestos, dando todavía una mayor relevancia al poder de la razón para solucionar problemas emocionales. Entre los métodos más controvertidos que han atraído el interés del público destacan la terapia fundamental del psicólogo estadounidense Arthur Janov y el análisis transaccional, basado en los trabajos de Eric Berne. En la terapia fundamental los pacientes son animados a revivir sus primeras experiencias con la misma intensidad. Janov sostiene que estas reacciones catárticas liberan al paciente de su comportamiento neurótico compulsivo. Por su parte, el análisis transaccional se basa en la teoría de que una persona en interacción con los demás adopta el rol de adulto o de niño. En la terapia de grupo se les enseña a reconocer esta situación, a comprender cuándo el actuar como un padre autoritario o como un niño

impulsivo puede ser apropiado y a comportarse como adulto el mayor tiempo posible.

**Psicoterapia puntual e intervenciones críticas.**

Otra tendencia reciente en la psicoterapia es el uso de métodos puntuales, con frecuencia destinados a ayudar a las personas a superar periodos de crisis. Estas psicoterapias se desarrollaron en parte debido a la insatisfacción por la excesiva duración de las psicoterapias psicoanalíticas clásicas, que a veces se prolongaban varios años, y por el mayor conocimiento de las reacciones personales ante momentos críticos de la vida, como el periodo que sigue a la muerte del ser amado, circunstancia que a veces modifica la vida de los individuos. La intervención en estos momentos no sólo ayuda a superar la crisis, sino que además refuerza psíquicamente a quien la padece. Hay dos tipos principales de psicoterapia puntual: el primero, dirigido a eliminar la ansiedad, emplea técnicas de apoyo como el refuerzo, la sugestión, la manipulación del ambiente y los fármacos. El segundo, basado en técnicas que provocan la ansiedad, trata de romper las defensas neuróticas habituales del paciente para permitir que se produzca el cambio

**Psicoterapia infantil.**

La psicoterapia infantil se guía por las mismas pautas de referencia empleadas en la psicoterapia de los adultos, pero con la diferencia esencial de que los terapeutas infantiles deben tener presente el estadio evolutivo de sus pacientes. Por ello, las técnicas también difieren: la conversación se sustituye por el juego. Dependiendo de si la orientación del terapeuta es psicoanalítica o conductista, o considera a la familia como un sistema, las técnicas empleadas incorporarán nuevas actividades, como jugar con arcilla o barro, muñecas u otros juguetes. La

utilización del juego como medio de comunicación con el niño lo emplearon por vez primera las psicoanalistas Anna Freud y Melanie Klein.

**Evaluación.**

Los diferentes tipos de psicoterapia tienen metas diferentes: desde la ambición que tiene el psicoanalista de alterar la estructura básica de la personalidad tratando problemas existenciales, hasta la concepción más instrumental de la terapia de conducta, que sólo trata de aliviar unos síntomas concretos. Por ello, los diferentes métodos de tratamiento deben ser evaluados en función de sus propios objetivos. Es más fácil evaluar si un síntoma ha desaparecido que medir metas psicoterapéuticas inalcanzables. En consecuencia, no debería sorprendernos que en medios académicos la terapia de conducta y otras modalidades capaces de probar sus éxitos, aunque limitados, se hayan considerado más válidas científicamente que el psicoanálisis y los métodos relacionados con él. Una tendencia importante ha sido el apartarse de las evaluaciones clínicas basadas en un solo caso individual- para juzgar los tratamientos a través de diseños experimentales, con múltiples casos cuyos datos se analizan estadísticamente, como se haría para evaluar un nuevo medicamento o tratamiento. Por lo general, el diseño experimental consiste en que una serie de pacientes recibe la versión uniforme del tratamiento que debe valorarse, y sus resultados se comparan con los de otros pacientes que podrán recibir o no un tratamiento distinto. El objetivo de estas investigaciones es aclarar qué tipo de tratamiento es el más adecuado para cada tipo de paciente. Este grado de especificidad ha sido eludido por los investigadores, con una excepción: la terapia de conducta es, al parecer, la más efectiva para el tratamiento de las fobias.

**Rehabilitación.**

El rechazo al internado permanente en psiquiátricos ha provocado, sin embargo, la aparición de problemas significativos en los propios enfermos

y en las comunidades en las que residen, porque muchas veces no hay servicios de seguimiento adecuados o éstos viven en centros asistenciales poco equipados para atender sus necesidades. La mayoría han sido diagnosticados de esquizofrenia y sólo una minoría de ellos viven integradas en la comunidad y alcanzan un nivel adecuado de adaptación. En algunos países, los enfermos deben acudir a la clínica periódicamente para pasar consulta y controlar la medicación prescrita.

**Investigación.**

Algunos de los avances más prometedores proceden de la biología; por ejemplo, el estudio del cerebro y los neurotransmisores compuestos químicos que llevan mensajes de una célula nerviosa a otra, revela aspectos desconocidos del funcionamiento normal y anormal del cerebro que pueden ayudar a mejorar el tratamiento de algunos trastornos mentales. Otros investigadores intentan descubrir cómo se desarrolla el cerebro comprobando, por ejemplo, que algunas células nerviosas se regeneran parcialmente después de haber sido dañadas, incluso en los adultos, conocimiento que ayudará a la comprensión mayor de algunos trastornos, como la deficiencia mental, o algunas formas de deterioro cerebral sin tratamiento hasta hoy. La investigación psicológica relevante para la salud mental incluye el estudio de la percepción, el procesamiento de la información, el pensamiento, el lenguaje, la motivación, la emoción, las diversas. La investigación en las ciencias sociales se centra en los problemas de los individuos en distintos contextos como el familiar o el laboral. Ejemplo de este trabajo es la investigación epidemiológica que consiste en elaborar estadísticas de incidencia de las distintas enfermedades en un área geográfica concreta y su relación con otras variables de índole psicosocial, económica, ambiental o cultural.

## f.) MATERIALES Y MÉTODOS

El presente proyecto de desarrollo se efectuó en la parroquia urbana Saraguro perteneciente al cantón del mismo nombre perteneciente a la provincia de Loja, para este trabajo fue necesario hacer uso de diferentes recursos y métodos como fueron:

**MATERIALES.**

**RECURSOS HUMANOS**

- Juan Pablo López Y Pablo José Tapia, aspirantes al título de Psicólogos Clínicos.
- Dr. Luis Vélez Director de Tesis

**RECURSOS MATERIALES**

- Bibliografía entre la que constan: el DSM IV el CIE 10, normativa para creación de centros del CONSEP.
- Datos estadísticos acerca de psicopatología del cantón Saraguro.

**METODOS.**

El primer método utilizado fue el bibliográfico, ya que permitió recopilar la información necesaria para realizar adecuadamente esta propuesta. Posteriormente se hizo uso del método descriptivo partiendo de la problemática que presenta el sector urbano del cantón Saraguro hasta llegar a la comprobación de la presencia de patologías y la incidencia de las mismas en dicho sector mediante la ejecución del proyecto, para finalmente llegar a la conclusión de requerimiento de la creación de la Unidad de Salud Mental del cantón Saraguro

Además se revisó la normativa para creación de centros propuesta por el CONSEP para en base a esta ver los lineamientos de creación así como a reglamentación con la cual nuestro centro contara.

Tomando en cuenta las patologías existentes en el cantón Saraguro se revisó el DSM-IV y el CIE10 para elaborar un compendio de patologías así como las causas y las posibles soluciones a esta problemática

## g.)RESULTADOS

### TABLA Nro. 1

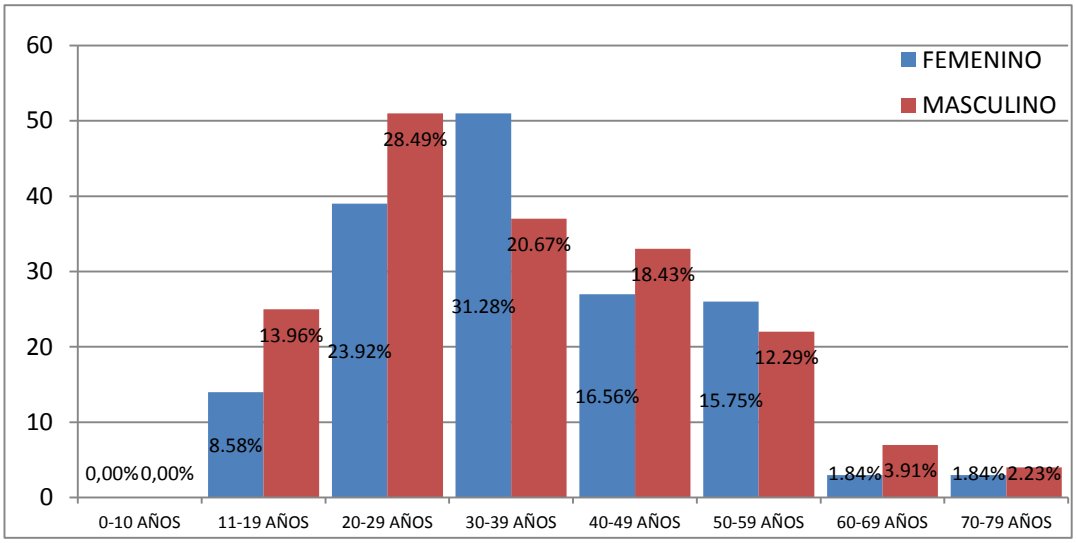
### Tabla General.

| EDAD | SEXO | |
|---|---|---|
| | FEMENINO | MASCULINO |
| 0-10 AÑOS | 0 | 0 |
| 11-19 AÑOS | 14 | 25 |
| 20-29 AÑOS | 39 | 51 |
| 30-39 AÑOS | 51 | 37 |
| 40-49 AÑOS | 27 | 33 |
| 50-59 AÑOS | 26 | 22 |
| 60-69 AÑOS | 3 | 7 |
| 70-79 AÑOS | 3 | 4 |
| **TOTAL** | **163** | **179** |
| **PORCENTAJE** | **47.66%** | **52.33%** |

**ELABORADO POR:** Maldonado J.C.
**FUENTE:** Instrumento de Despistaje Psicopatológico.

### GRAFICO Nro. 1

### Grafico General.




**ELABORADO POR:** Maldonado J.C.
**FUENTE:** Instrumento de Despistaje Psicopatológico.

**Interpretación:** Considerando la edad y sexo de la población entrevistada se puede evidenciar que el número de mujeres es menor con **163** que representa un **47.66%** de entrevistados; los hombres con **179** equivalente al **52.33%** entrevistados, Notamos también que la población del cantón es relativamente joven de 20 a 39 años tanto en hombres como mujeres.

**TABLA Nro. 2**

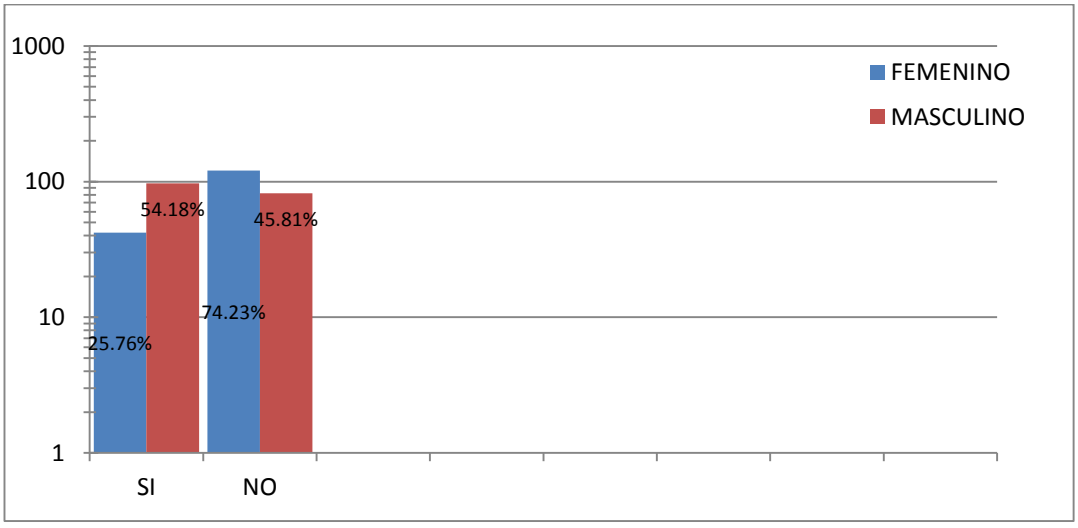
**Violencia.**

| VIOLENCIA | FEMENINO | PORCENTAJE | MASCULINO | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|---|
| SI | 42 | 25.76% | 97 | 54.18% |
| NO | 121 | 74.23% | 82 | 45.81% |
| **TOTAL** | **163** | **99.99%** | **179** | **99.99%** |

**ELABORADO POR:** Maldonado J.C.
**FUENTE:** Instrumento de Despistaje Psicopatológico.

**GRAFICO Nro. 2**

**Violencia.**




**ELABORADO POR:** Maldonado J.C.
**FUENTE:** Instrumento de Despistaje Psicopatológico.

**Interpretación:** En lo referente a violencia se evidencia una elevada tendencia por el SI en los hombres con un 54.18%, mientras que en las mujeres se da un 25.76%; por el NO en los hombres está presente con un 45.81% y en las mujeres con un 74.23%, Aunque no puede afirmarse que toda la violencia sea cometida por hombres, sí ocurre así en la mayoría de los casos. A veces son el padre y la madre juntos quienes cometen las agresiones, como en el caso de malos tratos a los hijos, además falta de control de impulsos, así como hogares y familias disfuncionales le dan cabida a este tipo de patología.

**TABLA Nro. 3**

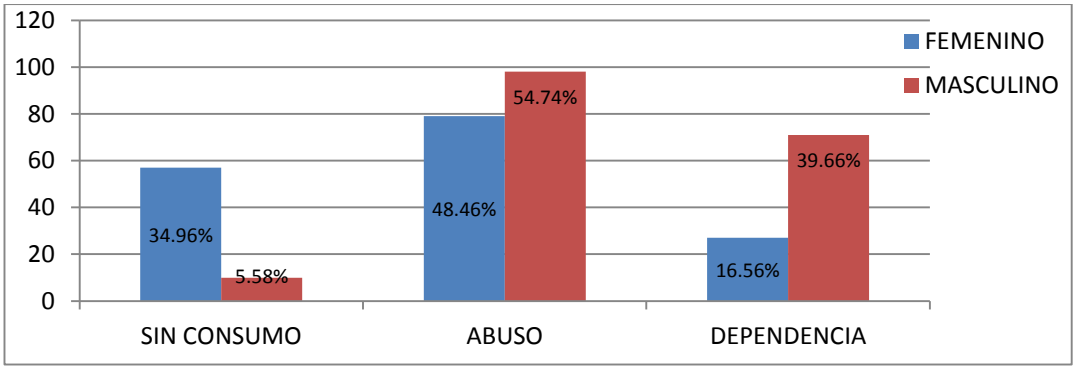
**Alcoholismo.**

| ALCOHOLISMO | FEMENINO | PORCENTAJE | MASCULINO | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|---|
| SIN CONSUMO | 57 | 34.96 | 10 | 5.58 |
| ABUSO | 79 | 48.46 | 98 | 54.74 |
| DEPENDENCIA | 27 | 16.56 | 71 | 39.66 |
| **TOTAL** | **163** | **99.98** | **179** | **99.98** |

**ELABORADO POR:** Maldonado J.C.
**FUENTE:** Instrumento de Despistaje Psicopatológico.

**GRAFICO Nro. 3**

**Alcoholismo.**




**ELABORADO POR:** Maldonado J.C.
**FUENTE:** Instrumento de Despistaje Psicopatológico.

**Interpretación:** El alcoholismo se evidencia que en 5.58% de los hombres que no consumen y en mujeres el 32.96%, en lo referente al abuso los hombres se hallan con un 54.74% y las mujeres con un 48.46%, finalmente en lo referente a la dependencia al alcohol los hombres se ubican con un 39.66% y las mujeres con un 19.56%. El alcoholismo es un problema que necesita atención específica y no se debe considerar secundario a otro problema subyacente, existen clínicas especializadas para su tratamiento y unidades específicas en los hospitales generales y psiquiátricos. A medida que la sociedad se conciencia de la verdadera naturaleza del alcoholismo, disminuye su consideración como estigma social, los enfermos y sus familias lo ocultan menos y el diagnóstico no se retrasa tanto. Los tratamientos son más precoces y mejores, lo que está produciendo tasas de recuperación elevadas y esperanzadoras.

**TABLA Nro. 4**

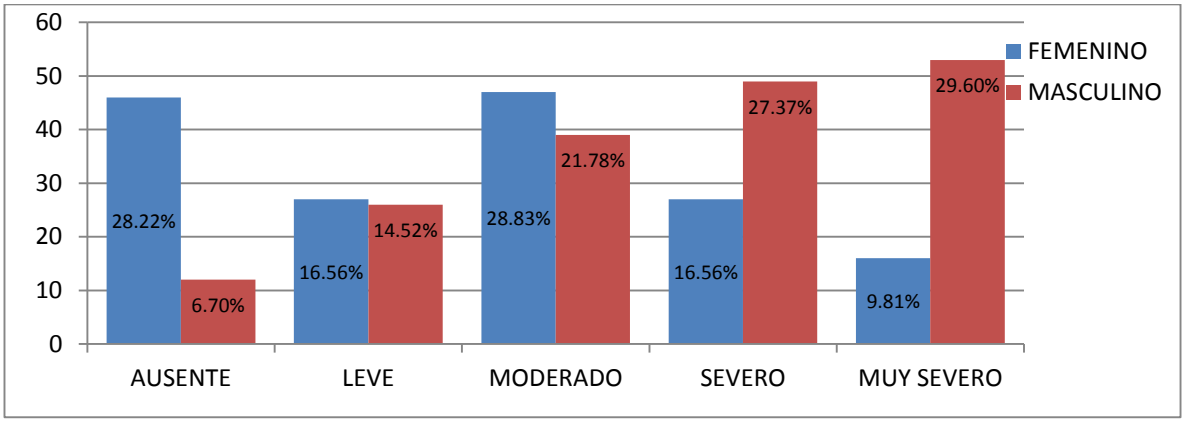
**Depresión.**

| DEPRESIÓN | FEMENINO | PORCENTAJE | MASCULINO | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|---|
| AUSENTE | 46 | 28.22 | 12 | 6.70 |
| LEVE | 27 | 16.56 | 26 | 14.52 |
| MODERADO | 47 | 28.83 | 39 | 21.78 |
| SEVERO | 27 | 16.56 | 49 | 27.37 |
| MUY SEVERO | 16 | 9.81 | 53 | 29.60 |
| **TOTAL** | **163** | **99.98** | **179** | **99.97** |

**ELABORADO POR:** Maldonado J.C.
**FUENTE:** Instrumento de Despistaje Psicopatológico.

**GRAFICO Nro. 4**

**Depresión.**




**ELABORADO POR:** Maldonado J.C.
**FUENTE:** Instrumento de Despistaje Psicopatológico.

**Interpretación:** En depresión tenemos que el 6.70% de los hombres no presenta síntomas de depresión así como el 22.28% de las mujeres, con síntomas leves los hombres presentan un 14.52% y las mujeres 16.56 con síntomas moderados los hombres presentan un 21.78 y las mujeres 28.83% con síntomas severos los hombres se hallan en un 27.37% y las mujeres en un 16.56% y finalmente con síntomas muy severos los hombres poseen un 29.60% y las mujeres 9.81%. La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital parecen ser las más afectadas. Debemos tomar en cuenta que la psicoterapia, es un tratamiento complementario y como prevención de las depresiones graves, así como para combatir las depresiones más La psicoterapia de diversos tipos, según varios paradigmas teóricos cuenta con abundante apoyo empírico y clínico que la avalan como tratamiento optativo, ya que muchos trastornos depresivos tienen sus orígenes no tanto en disfunciones orgánicas sino en factores psicosociales e incluso culturales.

**TABLA Nro. 5**

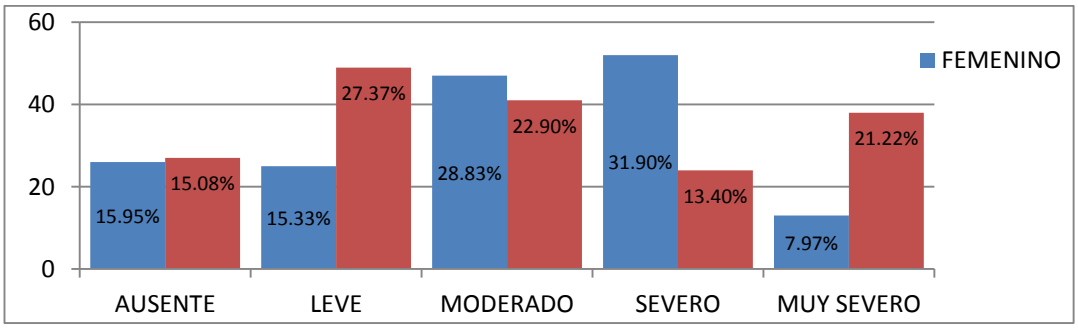
**Ansiedad.**

| DEPRESIÓN | FEMENINO | PORCENTAJE | MASCULINO | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|---|
| AUSENTE | 26 | 15.95 | 27 | 15.08 |
| LEVE | 25 | 15.33 | 49 | 27.37 |
| MODERADO | 47 | 28.83 | 41 | 22.90 |
| SEVERO | 52 | 31.90 | 24 | 13.40 |
| MUY SEVERO | 13 | 7.97 | 38 | 21.22 |
| **TOTAL** | **163** | **99.98** | **179** | **99.97** |

**ELABORADO POR:** Maldonado J.C.
**FUENTE:** Instrumento de Despistaje Psicopatológico.

**GRAFICO Nro. 5**

**Ansiedad.**




**ELABORADO POR:** Maldonado J.C.
**FUENTE:** Instrumento de Despistaje Psicopatológico.

**Interpretación:** En lo referente a síntomas de ansiedad tenemos que el 15.08% de los hombres no presenta síntomas de ansiedad así como el 15.95% de las mujeres, con síntomas leves los hombres presentan un 27.37% y las mujeres 15.33% con síntomas moderados los hombres presentan un 22.90% y las mujeres 28.83% con síntomas severos los hombres se hallan en un 13.40% y las mujeres en un 31.90% y finalmente con síntomas muy severos los hombres poseen un 21.22% y las mujeres

% 7.97 La psiquiatría considera a la ansiedad como patología de orden psíquico. Sus causas varían: pérdida amorosa que conlleva un sentimiento de abandono, actividad sexual insatisfactoria, un conflicto interior o, en algunos casos, la representación imaginaria de una situación conflictiva inconsciente. Los síntomas que acompañan a este estado son los característicos del shock: palpitaciones, sudores, temblores, disnea y aceleración del ritmo cardiaco.

## h.)DISCUSIÓN

Según investigaciones realizadas existen pocos establecimientos de salud mental ambulatorios en el país, los mismos que ofrecen servicios de consulta externa de psiquiatría y psicología además del internamiento. Fuera de esto no existen servicios de salud mental exclusivos para niños y adolescentes esto nos hace pensar en la falta de servicios para los ciudadanos de nuestro país

En términos de tratamientos disponibles, la mitad de los establecimientos ambulatorios ofrecen tratamientos psicosociales. En un porcentaje regular de los establecimientos de salud mental ambulatorios tenían por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica disponible durante todo el año.

De las 21 provincias del país casi la gran mayoría carecen de especialistas en psiquiatría en el sistema público, de los existentes el 60% se concentra en la ciudad capital y en otras ciudades principales del país mientras que otras ciudades y las cabeceras cantonales no cuentan con atención especializada de salud mental.

A través de esta perspectiva hemos creído importante presentar una propuesta destinada cubrir las necesidades en salud mental ya que a nivel local se observa gran cantidad de factores de riesgo que pueden atentar contra la salud mental del individuo y degenerar en una patología como la violencia sea cometida por hombres, sí ocurre así en la mayoría de los casos. A veces son el padre y la madre juntos quienes cometen las agresiones, como en el caso de malos tratos a los hijos, además esta el alcoholismo que es un problema que necesita atención específica y no se debe considerar secundario a otro problema subyacente. Existen clínicas especializadas para su tratamiento y unidades específicas en los hospitales generales y psiquiátricos. A medida que la sociedad se conciencia de la verdadera naturaleza del alcoholismo, disminuye su

consideración como estigma social, los enfermos y sus familias lo ocultan menos y el diagnóstico no se retrasa tanto. Los tratamientos son más precoces y mejores, lo que está produciendo tasas de recuperación elevadas y esperanzadoras.

La depresión, el más frecuente de todos los trastornos mentales, afecta a hombres y a mujeres de cualquier edad y clase social, aunque las mujeres, y las personas en ciertos periodos del ciclo vital parecen ser las más afectadas. Debemos tomar en cuenta que la psicoterapia, es un tratamiento complementario y como prevención de las depresiones graves, así como para combatir las depresiones más La psicoterapia de diversos tipos, según varios paradigmas teóricos cuenta con abundante apoyo empírico y clínico que la avalan como tratamiento optativo, ya que muchos trastornos depresivos tienen sus orígenes no tanto en disfunciones orgánicas sino en factores psicosociales e incluso culturales

La psiquiatría considera a la ansiedad como patología de orden psíquico. Sus causas varían: pérdida amorosa que conlleva un sentimiento de abandono, actividad sexual insatisfactoria, un conflicto interior o, en algunos casos, la representación imaginaria de una situación conflictiva inconsciente. Los síntomas que acompañan a este estado son los característicos del shock: palpitaciones, sudores, temblores, disnea y aceleración del ritmo cardiaco.

## i.) CONCLUSIONES.

Frente a la problemática que presenta el cantón Saraguro se concluye que:

- Se considera ejecutable y prioritaria la creación de Salud Mental en el cantón Saraguro
- Con una mejor concientización de la comunidad se lograra un mayor conocimiento acerca de la salud mental, las enfermedades y el cuidado del paciente.
- Luego de darse una evaluación minuciosa del paciente se aplicara el tratamiento adecuado con el fin de mejorar su salud y a su vez la calidad de vida, y en ocasiones dependiendo de la patología se lograra una reinserción del paciente a la sociedad como entes productivos.
- Instaurando un estado de bienestar en el paciente se lograra en el mismo la confianza suficiente para acudir a los servicios de salud mental cada vez que lo requiera
- Al brindar una atención de calidad a las personas que acuden a este centro de salud se lograra de cierta manera una comprensión acerca de su enfermedad como vivir con ella y lograr una vida normal

## J.) RECOMENDACIONES.

## Creación de la Unidad de Salud Mental en la parroquia urbana Saraguro perteneciente al Cantón Saraguro de la Provincia de Loja periodo 2009 - 2010

### Presentación

La presente propuesta está enfatizada en la en la creación de un Área de Salud Mental la misma que se halle en la capacidad de promocionar, prevenir e intervenir en las patologías mentales que pudieran estar presentes en la población de Saraguro; contando con un equipo humano preparado en todos los campos concernientes a la salud mental del individuo así como también con una mística de ayuda y más que nada con un enfoque humanista que vea al paciente no como un individuo si no como un ser humano pensante y actuante; así como también se pretende crear una cultura en salud mental, ya que en la actualidad no existen indicadores especiales acerca de la misma y los reportes son generales para todos los servicios, además que se ha venido evidenciando a lo largo de los tiempos un alto incremento de la demanda de este servicio tanto como para niños, jóvenes, adultos y adultos mayores.

### MISION

Prestar una atención integral en Salud Mental, orientada a proporcionar a nuestros pacientes la restitución de su salud mental o las capacidades psíquicas suficientes, procurando su máxima autonomía.

Nuestro centro asume un modelo asistencial comunitario, mediante el desarrollo de actividades de promoción, prevención, cuidados y mejora de la salud mental, para conseguir la mejor adaptación personal, familiar, social y laboral en cada momento de la evolución de su proceso.

Para la consecución de estos objetivos, nuestras actividades se centrarán en el logro de la máxima satisfacción de nuestros pacientes y sus familiares, mediante un cuidadoso trato humano y profesional, basado primordialmente en una atención cercana y personalizada, siempre en consonancia con los objetivos terapéuticos individualizados.

Para ello se favorece la implicación y responsabilidad de cada uno de los trabajadores con la mejora continua, así como el compromiso con la innovación, en un entorno laboral en el que se fomente la creatividad, la formación, la docencia y la gestión del conocimiento.

Nuestro centro contribuirá a la lucha contra el estigma y la discriminación social asociados a las personas con enfermedad mental, a través de una implicación activa con otras Organizaciones, Instituciones, Entidades, y Asociaciones.

Proporcionar a los usuarios del área de influencia, una atención de calidad y con calidez medico-psiquiátrica-psicológica, a través de acciones de promoción, prevención y rehabilitación en el campo de la salud mental, que redunden en un mejor nivel de vida del usuario y de la familia, así como de su reintegración al medio en el que se desarrolla.

Lograr la rehabilitación en pacientes adictos y su reinserción a una vida productiva desarrollando oportunidades de trabajo temporal como complemento al tratamiento residencial; y a su vez promover su integración laboral en la sociedad a través de asistencia gratuita.

**VISIÓN**

Queremos ser referentes en la atención integral medica psiquiátrica y psicológica avanzada, en base a una alta calidad científico técnica, estableciendo alianzas para el impulso y desarrollo del espacio socio sanitario en el cantón Saraguro

Queremos impulsar la colaboración con otras Organizaciones, Instituciones, Familiares y Entidades, para fomentar la prevención de las enfermedades mentales, liderando la lucha contra el estigma asociado a las personas con enfermedad mental.

Queremos ser un centro, que manteniendo y potenciando el actual modelo de asistencia en salud mental, esté atenta a las nuevas realidades del entorno, y hacerlo a través de una perspectiva innovadora, consiguiendo la máxima satisfacción para nuestros pacientes, familiares y usuarios.

Queremos ser un centro en el que las condiciones de trabajo sean las óptimas para todos los trabajadores, y contribuyan a mejorar su calidad de vida, impulsando un reconocimiento efectivo y un desarrollo personal, estimulando la creatividad y la innovación, y facilitando la generación de información y conocimiento.

Posicionar a los servicios de atención en salud mental, como un organismo incluyente, de vanguardia, eficiente, eficaz, que fomente la calidad técnica e interpersonal y vinculada al desarrollo del sistema de salud.

Ser un centro de rehabilitación comprometido día con día en mejorar el proceso de rehabilitación fomentando estilos de vida saludables y llevando beneficios al núcleo mas importante de la sociedad que es la familia

**OBJETIVOS BÁSICOS**

- Aumentar el grado de conocimiento e información sobre la salud mental, de las personas con trastorno mental, su entorno cercano y de la sociedad.
- Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como el de sus familiares.
- Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente.
- Garantizar a las personas con trastornos mentales una atención sanitaria basada en el enfoque comunitario y la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral.
- Potenciar el conocimiento formación e investigación de los profesionales sobre los factores de riesgo y las estrategias de intervención, para fortalecer la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia.

**FINANCIAMIENTO**

La Unidad de Salud Mental en la presente propuesta "comprende un área de 1840m$^2$ con un valor de construcción estimado de $736,000 y $215,00 para su respectivo equipamiento"[5], además proponemos dos tipos planteamientos de financiamiento:

El primero, mediante financiamiento propio ya sea de loa autores, personas particulares, empresas o instituciones privadas a quienes les interese el presente proyecto.

La segunda opción de financiamiento es mediante convenios estratégicos con Organizaciones no gubernamentales o entidades gubernamentales

[5] Ingeniero Civil Gonzalo Patricio Rojas.

como son: Ministerio de Salud Pública, CONSEP, la Municipalidad de Saraguro, o el Consejo Provincial.

**Recursos humanos.**

Si todo grupo se constituye y se organiza por la cualidad de una tarea, esto no es menos cierto para una institución; así, debemos encontrar en las estructuras y las formas de organización institucional, la riqueza de sentido que posee la tarea de la atención y la satisfacción de la misma, en una correcta atención al paciente enfocada específicamente en seres humanos que se encuentran padeciendo algún problemas o trastornos mental y de vulnerabilidad, toma una línea de análisis que se debe jerarquizar, sin exclusión, de las diferentes funciones que se requieren para la intervención, en particular la del Psicólogo Clínico, profesión a la que recientemente se le está dando la importancia debida, en esta tarea y en la institución.

La Intervención grupal que implica una serie de dimensiones se destacan por su importancia: humano-sociales; éticas; jurídico-legales; médicas; terapéuticas, que deberán contemplarse como constituyentes infraestructurales en los que asienta, desde el equipamiento físico, hasta los actos más complicados del engranaje institucional.

El funcionamiento de la Unidad de Salud será autónomo y se regirá a las normativas Institucionales coordinadamente, por lo que la organización, el tipo de trabajo y la responsabilidad serán de cada miembro del equipo. Al disponer de esta Unidad las características del personal y el funcionamiento serán:

**MEDICO GENERAL**

El medico se encara de ejecutar y aplicar los conocimientos propios de la medicina general en la atención integral de la salud de la población en sus fases de educación, información y fomento de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en cantidad, oportunidad, calidad y eficiencia de conformidad con el plan obligatorio de salud y los planes, políticas, programas, procesos y protocolos de atención médica definidos por la organización y las normas nacionales e internacionales, donde por su naturaleza de las funciones requiera la unidad de salud mental

**Roles del medico general**

- Promover en su servicio o área de trabajo, la doctrina de la calidad, la pertinencia en la atención, la equidad, la eficiencia y la efectividad para que los usuarios de los servicios de salud del Hospital queden satisfechos por los servicios recibidos.
- Responder por el pertinente registro clínico, por la legalidad de los soportes de su competencia y del personal a su cargo, con el debido y completo diligenciamiento, el refrendado y el sellado para garantizar la calidad de la historia clínica, manteniendo la fuente primaria para soportar la atención y la facturación de los servicios.
- Participar en las contingencias como brigadas, emergencias entre otras para dar respuesta inmediata a las necesidades de salud de la población del área de influencia del centro.
- Participar en la elaboración, actualización y promulgación de la práctica médica general de manera pertinente en la atención clínica hospitalaria conforme a las directrices del organismo mundial, nacional y local de salud para garantizar la atención y la vida de todos los usuarios.
- Ejercer el autocontrol de todas las funciones que le sean asignadas, para mantener, mejorar y agregar valor en el buen desempeño publico en el propósito de su cargo.

- Cumplir con los objetivos concertados con su inmediato superior y hacer cumplir los de sus inmediatos sub alternos para obtener eficiencia en la prestación del servicio y calificar satisfactoriamente en la evaluación del desempeño.
- Participar en el seguimiento, verificación y control de los compromisos pactados en los convenios docente asistenciales suscritos entre el hospital y las instituciones educativas, para garantizar su debida ejecución sin poner en riesgo la integridad de los usuarios.
- Las demás funciones asignadas por autoridad competente, de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

**PSIQUIATRA.**

El psiquiatra considera los problemas del paciente como resultado de que algo no funciona bien en el organismo;

El rol de los psiquiatras en las actuales estructuras asistenciales ha de adaptarse a las nuevas tendencias, según las cuales ha de compartir la responsabilidad clínica con otros profesionales;

Con el progresivo desplazamiento de los trabajadores de la Salud Mental desde los hospitales a los dispositivos comunitarios los especialistas en psiquiatría se encuentran con cambios importantes que hacen necesario un esfuerzo de adaptación a una situación nueva, caracterizada por:

**Roles del psiquiatra**

- Trabajar integrado en un equipo multidisciplinario en vez de trabajar aisladamente.
- Tener contacto diario con los profesionales de la Salud Mental (Psicólogos Clínicos, Trabajadores Sociales y enfermería entre otros).
- Realiza actividades de promoción de la Salud Mental y prevención de la enfermedad.

- Realiza la coordinación e interconsulta con los equipos de atención primaria y otros equipos socio- sanitarios y de Educación
- Realiza actividades asistenciales: evaluación y diagnostico, tratamientos psicofarmacológico.

**NEURÓLOGO.**

El desarrollo del ser humano está sujeto a múltiples interacciones con el medio natural y social en el que está inmerso, esto lo podemos lograr proporcionándole a los niños, niñas y adolescentes estímulos temprano necesarios para el desarrollo Bio-Psico-Social. Sin embargo existen incidentes que producen ciertas alteraciones neurológicas ya sean al momento del nacimiento o a lo largo de la vida y que de este depende reconocer alguna patología orgánica.

Por lo que recurrir a la atención, especializada en neurología a todos aquellos pacientes que presenten alguna alteración en sus antecedentes, el neurólogo identificará en su diagnóstico algunas de las siguientes patologías:

**Roles del neurólogo**

- Detección y tratamiento de patologías orgánicas al nivel del sistema nervioso.
- Realizar valoraciones neurológicas e interconsultas a los miembros del equipo de salud mental, asistido por los métodos auxiliares de diagnostico medico.

**PSICÓLOGO/A CLÍNICA.**

Este profesional posee un alta sensibilidad humana, tiene un profundo conocimiento de la conducta normal y patológica, apto para el abordaje global del psiquismo humano, tanto en su dimensión interna como en su adaptación al medio; la preparación profesional se la pone en evidencia

cuando se la utiliza en la promoción y prevención en Salud Mental; ejecución de la evaluación psicológica, diagnóstico e intervención a través de técnicas psicoterapéuticas en el entorno mediato a personas que presentan alteraciones en su conducta

**Roles del psicólogo clínico**

- Realiza actividades específicas de promoción de la Salud Mental y prevención de la enfermedad
- Realiza las evaluaciones psicológicas que el equipo considere oportuno.
- Efectúa directamente las pruebas que por su complejidad así lo exijan y supervisar los que no sean realizados por si mismos directamente.
- Realiza la coordinación e Interconsulta con profesionales de la Salud.
- Coordinación con profesionales en la rama de la educación.
- Realiza actividades asistenciales: evaluación, diagnostico y tratamientos psicoterapéuticos
- Responsable de terapias de grupo e individuales.
- Participa en el programa de Inserción social de niños con características mentales graves mediante coordinación con Servicios Sociales.
- La responsabilidad de denunciar y de precautelar a víctimas de maltrato, violencia y conductas sexuales aberrantes.
- Asesoría
- Evaluación
- Técnicas Instrucciones
- Resolución de problemas
- Dinámicas
- Técnicas de relajación progresivas
- Técnicas de respiración
- Psicoterapia

- Medidas de Higiene Mental
- Motivación, entrevistas y Seguimiento

**ENFERMERA**

El cuidar es la esencia de la enfermera la cual se ejecuta a través de una serie de Acciones de Cuidado dirigidos a otro ser humano o grupos con afecciones físicas reales o potenciales, con el fin de mejorar y aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad y a mantener la salud, por esto las personas que ejercen esta profesión deben poseer el conocimiento y la capacidad intelectual que le permita resolver problemas emergentes, comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los mismos. Por lo cual la Enfermera para ofrecer una atención oportuna al usuario que tiene a su cargo debe realizarle una serie de Acciones de Cuidados como: baño, movilización, administración de fármacos prescritos por médico tratante, entre otros, los cuales van a depender de las condiciones de salud del paciente y Acciones Psico-sociales relacionadas a escuchar las opiniones del paciente, dar respuesta a sus preguntas, brindar un trato amable. Por otra parte, también realiza Acciones Administrativas relacionadas con la Planificación de los Cuidados además:

Muchas de las variadas obligaciones del personal de enfermería son de naturaleza técnica, desde la toma de la tensión arterial hasta el manejo de sistemas de soporte vital en unidades de cuidados intensivos. Además, el personal de enfermería debe ser maestro, consejero y administrador, preocupado por la promoción y mantenimiento de la salud de los pacientes, así como por proporcionar los cuidados necesarios cuando éstos se encuentran enfermos.

El personal de enfermería tiene funciones dependientes e independientes. Las primeras son aquellas que deben ser llevadas a cabo bajo las órdenes de un médico, e incluyen actividades como las de administrar

medicación, vendar y curar heridas. Las funciones independientes son aquellas que el personal de enfermería lleva a cabo bajo su propio juicio profesional. Entre estas obligaciones se incluyen el lavado de los enfermos, las posturas de los pacientes para prevenir contracturas articulares, la educación a los pacientes para que aprendan a curarse ellos mismo y la asesoría nutricional.

**Roles de la Enfermera**

- Realiza la apertura de Historias Clínicas.
- Administración de tratamientos psicofarmacológicos.
- Da la primera información a nivel profesional a los familiares y los pasos a seguir hasta ser atendido por el terapeuta correspondiente.
- Coordinación con Enfermería sobre la estructuración Equipos de Atención Primaria.
- Efectúa la toma de datos epidemiológicos y vigilancia y seguimiento de los niveles de rendimiento y eficacia de la Unidad.
- Participa en el programa de Inserción de paciente con características mentales graves mediante coordinación con Servicios Sociales.

**TRABAJADOR/A SOCIAL.**

Este profesional brinda un servicio de orientación, el que ayude a prevenir o a solucionar los problemas socioeconómicos, afectivos y patológicos de los individuos o de los grupos sociales, en relación con todas aquellas actitudes, que tiene como fin la armoniosa interacción de los mismos, para lograr el bienestar individual y colectivo en lo referente a salud mental.* Sin embargo en el ambiente hospitalario rrealiza estudios de investigación, evaluaciones socio-económicos, a fin de lograr y mantener en bienestar social de los infantes jóvenes, adultos y adultos mayores y su grupo familiar

**Roles de la trabajadora social**

- Visita diaria a pacientes hospitalizados
- Entrevista a pacientes y familiares
- Detectar problemas socio-económicos, familiares, ocupacionales, para orientar en su solución.
- Adecuada utilización de los servicios que brinda el hospital.
- Localización de familiares cercanos cuando el caso lo amerite.
- Tramite o informa al médico tratante, situaciones especiales del paciente.
- Denuncias
- Orientación par el trámite de pacientes discapacitados
- Localización a pacientes que han descontinuado su tratamiento
- Realizar visitas domiciliarias a fin de elaborar estudios socio-económicos a los casos que así lo ameriten.
- Realizar contacto institucional a fin de buscar soluciones a los casos que así lo requieran.
- Discusión de casos por el equipo interdisciplinario.
- Como miembros del equipo interdisciplinario de la Unidad de Salud Mental efectuarán actividades programadas en la comunidad.
- Una mala comunicación o relación interpersonal nos llevara un atrincheramiento en ciertas funciones que dan como resultado una actividad clínica rígida y poco adecuada para lograr objetivos asistenciales globales. Es, por lo tanto, de vital importancia revisar periódicamente la dinámica de los equipos terapéuticos y ser capaces de cambiar actitudes y flexibilizar posturas, para que en la práctica frecuente no presente dificultades casi insuperables.

**SECRETARIA/O.**

Es la primera imagen de la institución hacia los de afuera: tanto para los que acuden a ella, como también para los que permanecen lejos, para

estos últimos a través de la correspondencia y del teléfono. La figura de la secretaria sigue evolucionando, como sigue evolucionando la empresa; y no sabemos especificar hasta que punto dicha evolución se deba a ella. La vemos como promotora, como animadora, como coordinadora, como ejecutiva, como asistente cercana y activa en las grandes decisiones.

Todas las secretarias del momento presente dan forma a la imagen social de la secretaria y les toca también construir su propio puesto, como quien dice, modelarlo y animarlo. Si la gran mayoría de las secretarias se desempeñan con inteligencia y con responsabilidad, ellas mismas habrán dado categoría social a su puesto

**Roles de la Secretaria**

- Atención a las visitas.
- Diplomacia.
- Discreción y tacto a la hora de hablar
- Ordenar correctamente el archivo.
- Organización del trabajo.
- Organizar los viajes y la agenda.

**ESPACIO FÍSICO** (ver anexo 1 y 2)

Los Hospitales psiquiátricos, son instituciones organizadas para la internalización y el tratamiento de las personas con desórdenes mentales, son un invento relativamente reciente. Junto con las prisiones, fueron especialmente promovidas, con el doble objetivo de controlar la desviación social y de ejercer medidas de curación, educación o reinserción de los individuos que se encontraban fuera de la normalidad, y con objetivos de salud. En la segunda mitad del siglo XX, la escuela de la anti psiquiatría denunció el tratamiento de los enfermos mentales severos por medio de procedimientos que implican la privación de la libertad y las prácticas violentas. En la actualidad todos los hospitales presentan

servicio de salud mental considerando como un departamento necesario para satisfacer la demanda.

“La atención prestada al respeto de los derechos humanos, junto con una mayor provisión de recursos para el tratamiento de los pacientes, ha mejorado la imagen de los hospitales. El espacio físico necesario que se necesita y ocupará es el siguiente:

- Lugar ideal apartado del ruido con amplios espacios verdes y la infraestructura física necesaria para el alojamiento del personal y de los pacientes.
- Consultorios privados que presten la privacidad requerida para realizar la atención adecuada
- Sala de reuniones en donde se impartirán algunas charlas de información y a su vez funcionaran algunos grupos de ayuda para pacientes específicos y que en el futuro se formaran.
- Habitaciones con camas para pacientes específicamente psiquiátricos y psicológicos.
- Contaran con dos consultorios: Director técnico y Psicólogo.
- Los dormitorios serán en un mínimo de seis con cuatro camas individuales en cada uno y un área de 30 $m^2$.
- No existirá hacinamiento.
- Una batería sanitaria por cada cuatro pacientes.
- Mínimo dos habitaciones individuales que tendrán un mínimo de 15 $m^2$.
- Una sala de uso múltiple que tendrá un área mínima de 36 $m^2$.
- Se dotara de un gimnasio de mínimo 18 $m^2$.
- Dispondrá de un área para residente con baño incluido de mínimo 15 $m^2$.
- Comedor con área mínimo de 18 $m^2$.
- Cocina y alacena con mínimo 16 $m^2$.
- Útiles de limpieza y lavandería con mínimo 12 $m^2$.

- Se deberá completar un área de circulación no menor al 10% del área de construcción.
- En el patio o área de recreación se establecerá para su cálculo 5 $m^2$ por paciente.
- Contaran con un patio de servicio no menos de 20 $m^2$.
- El parqueo público estará sujeto a la obligatoriedad de las condiciones de la ordenanza del sector.
- Profesionales mínimos requeridos:

Un médico general o un psiquiatra.

Dos psicólogos/as Clínicos/as.

Un trabajador/a social.

**INFRAESTRUCTURA BÁSICA.**

- Área física de 15$m^2$ con medio baño para el director del centro.
- Área física de 6$m^2$ para sala de espera.
- Área física de 15 $m^2$ con medio baño para las reuniones de la directiva.
- Área física de 9$m^2$ para secretaria y contabilidad.
- Área física de 12 $m^2$ con medio baño para Consultorio médico.
- Área física de 12 $m^2$ con medio baño para consultorio de psiquiatría.
- Área física de 12 $m^2$ con medio baño para consultorio de psicología.
- Área física de 12 $m^2$ con medio baño para trabajo social.
- Área física de 12 $m^2$ con medio baño para enfermería.
- Área física de 100 $m^2$ de terapia para 30 personas con a menos 2 módulos para terapia familiar.
- Área de terapia con 4 medios baños.
- Ocho ambientes de 20 $m^2$ cada uno con baños completos para los beneficiarios del centro.

- Área física de 150 $m^2$ para tareas ocupaciones (biblioteca, habilidades sociales, artes, etc.)
- Área física de 25 $m^2$ para cocina (alimentación/distribución) del centro, con lavabo de pozo profundo y pozo completo.
- Área física de 50 $m^2$ para comedor del centro con medio baño.
- Área física de 12 $m^2$ para almacén.
- Área física de 30 $m^2$ para residencia del médico con baño completo.
- Área física de 30 $m^2$ para residencia del guardia con baño completo.
- Caseta exterior para guardianía,
- Área para trabajos de mantenimiento y parqueaderos.
- Área deportiva de al menos 200 $m^2$.
- Área física de 9 $m^2$ para máquinas.
- Área física de 15 $m^2$ para lavandería.
- Cerramiento perimetral.
- Instalaciones de agua potable.
- Instalaciones eléctricas.
- Ambientes con suficiente ventilación natural o artificial.
- Señaletica de identificación del centro (interna y externa).
- Protecciones y seguridades en puertas y ventanas.

**EQUIPAMIENTO BÁSICO.**

**DIRECCIÓN.**

- Un escritorio y tres sillas.
- Equipo de computación e impresora.
- Mesa para computadora
- Línea telefónica y teléfono.
- Dos archivadores.
- Una vitrina.
- Un basurero con tapa.

- Un extintor.
- Un pizarrón de tiza liquida.

**SALA DE ESPERA.**

- Bancas o sillas en buen estado y funcionales.
- Mesa de centro para revistas y material de difusión.
- Una televisión con DVD para usuarios.
- Un pizarrón de tiza liquida o cartelera informativa.
- Un buzón de sugerencias para usuarios.
- Un basurero con tapa.

**SALA DE REUNIONES DE LA DIRECTIVA.**

- Una mesa grande para reuniones de la directiva.
- Doce sillas individuales para reuniones.
- Un pizarrón de tiza líquida.
- Una vitrina.
- Un equipo de proyecciones.
- Un basurero con tapa

**SECRETARÍA/CONTABILIDAD.**

- Un escritorio y 3 sillas.
- Un equipo de computación e impresora.
- Un archivador.
- Una vitrina.
- Un basurero con tapa**.**

**CONSULTORIO MÉDICO.**

- Un escritorio y tres sillas.
- Una cama de Examen General.
- Una  gradilla.

- Un dispensador para toallas/papel.
- Un archivador.
- Un set de diagnóstico.
- Un tensiómetro.
- dos basureros con tapa (consultorio y S.S.H.H.).

**CONSULTORIO PSQUIATRA.**

- Un escritorio y 3 sillas.
- Una cama de examen general.
- Una gradilla.
- Un archivador.
- Un 1 dispensador para toallas/papel.
- Una pizarra de tiza líquida.
- Un set de diagnóstico.
- Un tensiómetro.
- Dos basureros con tapa (Consultorio y SSHH).

**CONSULTORIO PSICÓLOGO.**

- Un escritorio y tres sillas.
- Una cama de Examen General.
- Una gradilla.
- Un archivador.
- Un dispensador pata toallas/papel.
- Una pizarra para tiza líquida.
- Dos basureros con tapa (Consultorio y SSHH).

**TRABAJO SOCIAL.**

- Un escritorio y 3 sillas.
- Un equipo de computación e impresora.
- Un archivador.

- Un dispensador para toallas/papel.
- Dos basureros con tapa (ambiente y SSHH).
- Un pizarrón de tiza líquida.

**ENFERMERÍA.**

- Un escritorio y 3 sillas.
- Un Set de diagnóstico.
- Un equipo de computación e impresora.
- Un mesa auxiliar.
- Un archivador.
- Un dispensador para toallas /papel.
- Dos basureros con tapa (Enfermería y SSHH).
- Un pizarrón de tiza líquida.

**ÁREA RESIDENCIAL.**

- Treinta camas individuales con colchones.
- Ocho zapaterías.
- Ocho ambientes con la lencería suficiente para su funcionamiento.
- Ocho baños y basureros con tapa (baños).

**SALA DE TERAPIA OCUPACIONAL.**

- Dos mesas de trabajo ocupacional.
- Seis sillas.
- Tres estanterías para libros o materiales de difusión.
- Un computador e impresora.
- Un mesa para computador.
- Un escritorio y 3 sillas.
- Un extintor.
- Un archivador.
- Un pizarrón de tiza líquida.

- Dos basureros con tapa.

**ÁREA DE COCINA Y COMEDOR.**

- Una cocina industrial.
- Dos refrigeradoras (congelador y refrigeradora).
- Una batidora industrial de pan.
- Un horno para pan con sus accesorios.
- Dos licuadoras industriales.
- Una vajilla completa para la atención de personas.
- Dos basureros con tapa.
- Un extintor.
- Seis mesas de comedor con seis sillas cada una.
- Tres estanterías.
- Dos dispensadores para toallas y papel.
- Un archivador.
- Un pizarrón de tiza líquida.
- Un escritorio y tres sillas.
- Un coche porta alimentos.

**ALMACEN.**

- Tres estanterías.
- Un extintor.
- Una gradilla.
- Un archivador.
- Un basurero con tapa.

**RESIDENCIA DEL MÉDICO.**

- Una cama con velador.
- Un escritorio y dos sillas.
- Una estantería.

- Un radio.
- Dos basureros con tapa (dormitorio y baño).

**RESIDENCIA DE GUARDIANÍA.**

- Una cama con velador.
- Una caseta de guardianía.
- Un mesa pequeña con silla para la caseta de guardianía.
- Dos basureros con tapa (dormitorio y baño).

**ÁREA DE MANTENIMIENTO.**

- Un mesa de trabajo**.**
- Un equipo básico de mantenimiento (compresor, taladro, sierra, soplete, etc.).
- Una caja de herramientas básicas para mantenimiento.

**RECURSOS HUMANOS MÍNIMOS.**

- Un Director de Centro.
- Un Secretaria/Contador.
- Un Médico Clínico.
- Un Psicólogo.
- Un Psiquiatra.
- Un Educador o Psicopedagogo a tiempo parcial.
- Un Terapeuta Ocupacional a tiempo parcial.
- Un Trabajadora Social a tiempo completo.
- Un Nutricionista.
- Un Guardalmacén.
- Un Guardia.
- Un Cocinero.
- Tres auxiliares de cocina.

- Un Conserje”[6]

**Material.**

Cada profesional, en Salud Mental, realiza el proceso de evaluación y diagnostico con los casos que atiende, existiendo una coordinación entre los miembros de la Unidad en caso de trabajar conjuntamente con un mismo caso. Para este proceso se utiliza el material necesario como:

- Historia Clínica Psicológica,
- Reactivos Psicológicos,
- CIE-10 y DSM IV TR.
- Folletos informativos a los pacientes y sus familias.
- Sheilon utilizado en pacientes para técnicas de relajación
- Material audio visual que servirán para terapias
- Sistema de cómputo para registro.
- Bienes muebles (escritorios, archivadores, sillas y otros)
- Materiales de oficina.

En este proceso, además de la valoración del paciente, se realiza una valoración de la dinámica familiar y en caso necesario se valora la situación escolar y social.

**Métodos de diagnóstico médicos auxiliares.**

En una patología su raíz se da en muchas ocasiones por razones Genético, y otras más graves provocados por una clara causa somática, por ejemplo el daño cerebral procede de una enfermedad orgánica, fisiológica, relacionada con una lesión estructural en el cerebro, y trastornos no orgánicos, a veces también denominados funcionales, considerados más leves. Los desórdenes presentan diferentes síntomas según el área afectada o la causa, duración y progreso de la lesión. Los

[6] Guía de trabajo. (CONSEP 2010).

siguientes métodos son los más empleados actualmente para el diagnóstico:

**El EEG** proporciona información acerca de la actividad eléctrica cerebral cuyo origen más probable se sitúa en las capas celulares más corticales, Se emplea en la evaluación de la epilepsia y otros trastornos neurológicos Algunos investigadores recomiendan que el EEG forme parte de la batería de exploraciones de rutinaria en los pacientes especialmente de aquéllos en quienes se sospecha un trastorno mental orgánico. En el caso del paciente con trastornos conductuales episódicos que sugieren un posible origen epiléptico puesto que un EEG inicial que sea normal no descarta el diagnóstico de epilepsia.

**Resonancia magnética** proporciona una visualización tridimensional de la estructura cerebral en planos transversales, sagitales y coronales a través de la medición de la distinta distribución de los núcleos de hidrógeno, localizados principalmente en el agua y la grasa cerebrales.

**El uso de las pruebas de laboratorio y de otras técnicas diagnósticas** en psicología y en psiquiatría constituye un área de rápido desarrollo, sobre todo en el diagnóstico de posibles trastornos orgánicos del SNC en los pacientes, así como en los pacientes que vayan a iniciar o a continuar un tratamiento con una medicación psicotrópica.

**La Tomografía axial computarizada TAC o por la denominación escáner**, técnica de exploración de rayos X que produce imágenes detalladas de cortes axiales del cuerpo. En lugar de obtener una imagen como la radiografía convencional, se obtiene múltiples imágenes al rotar alrededor del cuerpo. Una computadora combina todas estas imágenes en una imagen final que representa un corte del cuerpo como si fuera una rodaja. Esta máquina crea múltiples imágenes en rodajas (cortes) de la parte del cuerpo que está siendo estudiada.

| MATRIZ OPERACIONAL DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DE SARAGURO | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **OBJETIVOS** | **ACTIVIDAD** | **ESTRATEGIA** | **RECURSOS** | | **RESULTADOS ESPERADOS** |
| | | | **HUMANOS** | **MATERIALES** | |
| Aumentar el grado de conocimiento e información sobre la salud mental, de las personas con trastorno mental, su entorno cercano y de la sociedad. | Comunicación e información al ciudadano sobre la salud mental | Conferencias,<br>Charlas comunitarias.<br>Entrevistas. | Psiquiatra.<br>Psicólogo/a Clínica.<br>Trabajadora Social.<br>Secretaria | Trípticos informativos.<br>Computador.<br>Data show<br>Difusión en los medios de comunicación. | Se conseguirá una mejor concientización y más que todo un mayor conocimiento acerca de la salud mental, las enfermedades y el cuidado del paciente |
| Mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como el de sus familiares | Campañas de comunicación e información para vencer la estigmatización, la culpa, el miedo, la marginación etc., que el enfermo y la enfermedad mental provocan en el ciudadano medio. | Técnicas de Psicoeducación y<br>Acompañamiento psicológico.<br>Psicoterapia. | Psicólogo/a Clínica.<br>Trabajadora Social. | Videos informativos.<br>Materiales de acuerdo al tipo de terapia a aplicarse:<br>Juegos,<br>Cubos,<br>Lápices de colores | Se lograra hacer entender que la patología existente en el paciente no es algo incapacitante si no que puede llevar una vida normal y convertirse en un ente productivo |
| Adecuar la oferta de servicios a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente. | Realizando un sondeo para conocer las verdadera problemática que presenta la población y las necesidades que conlleva | Talleres de: relaciones humanas, atención al público.<br>Manejo adecuado de pacientes. | Enfermera.<br>Trabajadora Social.<br>Secretaria.<br>Facilitadores para los | Computador.<br>Data show<br>Materiales para talleres:<br>Bolígrafos<br>Hojas de papel bond | Se logra un estado de bienestar en el paciente ya que tendrá la confianza suficiente para acudir a los servicios de salud mental cada vez que lo requiera |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | talleres. | etc. | |
| Garantizar a las personas con trastornos mentales una atención sanitaria basada en el enfoque comunitario y la estructuración del proceso asistencial desde la perspectiva de la continuidad de cuidados como elemento de calidad integral. | Información a los afectados y familiares, para lograr un mayor conocimiento de su problema e implicación en su tratamiento y seguimiento (prevención secundaria y terciaria). Plan de comunicación para los afectados y sus familiares (Psicoeducación). | Evaluación de pacientes.<br>Terapias ocupacionales<br>Terapias de recreación.<br>Terapias psicológicas. | Psiquiatra.<br>Neurólogo**.**<br>Psicólogo/A Clínica.<br>Enfermera<br>Trabajadora Social.<br>Secretaria. | Espacio físico necesario para brindar un servicio de promoción, prevención rehabilitación y reinserción social, el mismo que estará bajo la responsabilidad de un profesional de la salud. | Brindar una atención de calidad a las personas que acudan a este centro se salud tratando de cierta manera se logre una comprensión acerca de su enfermedad como vivir con ella y lograr una vida normal. |
| Potenciar el conocimiento, formación e investigación de los profesionales sobre los factores de riesgo y las estrategias de intervención, para potenciar la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia | Información a la población general sobre los factores de riesgo y las intervenciones en estilos de vida que reducen la incidencia de la enfermedad (prevención primaria); así como de las posibilidades terapéuticas existentes, que ayuden a la integración de las personas afectadas | Creación de perfiles epidemiológicos.<br>Creación de planes terapéuticos estratégicos de intervención. | Psiquiatra.<br>Neurólogo**.**<br>Psicólogo/A Clínica.<br>Enfermera.<br>Trabajadora Social. | Entrevista a los pacientes.<br>Historia Clínica.<br>Evaluaciones terapéuticas.<br>Planificaciones terapéuticas. | El profesional a través del trabajo y en base a las evidencias lograra un mayor desenvolvimiento en su trabajo traducido en una atención de calidad y optima hacia los pacientes que acudan a esta casa de salud |

## LINEAS DE ACCIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

Para garantizar el cumplimiento efectivo de los objetivos definidos en el apartado anterior, se plantea desarrollar las 9 líneas de acción estratégicas que se indican a continuación:

- Comunicación e información al ciudadano sobre la salud mental.
- Potenciación de la Atención comunitaria y promoción de la SM orientada a la reducción de riesgo en la enfermedad mental.
- La gestión de la atención sanitaria en salud mental según los procesos asistenciales.
- La Atención socio-sanitaria a las personas con trastorno mental.
- Estructura organizativa: Potenciación de la red de atención a la SM.
- El papel de las asociaciones: de pacientes, familiares, y grupos de ayuda.
- Sistemas de información.
- Investigación en Salud Mental.
- Formación y desarrollo de profesionales.
- Campañas de comunicación e información para vencer la estigmatización, la culpa, el miedo, la marginación etc., que el enfermo y la enfermedad mental provocan en el ciudadano medio.
- Para ello es preciso contar con la colaboración de instituciones, profesionales, asociaciones de familiares y usuarios y medios de comunicación.

Estas actuaciones deben enfocarse desde dos puntos de vista:

- Información a la población general sobre los factores de riesgo y las intervenciones en estilos de vida que reducen la incidencia de la enfermedad así como de las posibilidades terapéuticas existentes, que ayuden a la integración de las personas afectadas.

- Información a los afectados y sus familiares, para lograr un mayor conocimiento de su problema e implicación en su tratamiento y seguimiento (prevención secundaria y terciaria). Plan de comunicación para los afectados y sus familiares (Psicoeducación).

**Entorno familiar**

Prestando especial atención a los hijos de enfermos mentales, previniendo situaciones de abandono o violencia, cuidando a los familiares.

**Entorno escolar**

Desarrollando estrategias de prevención a través de la información, la educación sanitaria y la formación de alumnos, padres y profesores. La educación para la salud, los riesgos del consumo de alcohol y otras drogas, la promoción de valores, son contenidos de las actuaciones a realizar conjuntamente con los Equipos de Orientación Educativa, padres y profesores.

**Entorno laboral**

Incorporando al Programa de Empresas Saludables de la Consejería de Salud estrategias de prevención de la enfermedad mental y promoción de ambientes de trabajo emocionalmente saludables, de acuerdo con empresarios y trabajadores.

La gestión de la atención a la Salud Mental por procesos asistenciales supone un cambio cualitativo relevante, que incidirá de forma muy positiva garantizando la continuidad de cuidados y mejorando la calidad de la asistencia. La Consejería de Salud está desarrollando los siguientes Procesos Asistenciales Integrados: Ansiedad Depresión y Somatizaciones; Trastornos de la Conducta Alimentaria y Trastorno

Mental Grave. El proceso asistencial se desarrolla en tres "espacios" diferenciados: Atención Primaria, Salud Mental y la interface entre ellos que incluye, además de la comunicación, los espacios de cooperación.

- **Atención Primaria:** Se potenciará la capacidad de los profesionales para identificar y valorar los casos. Se abordará la forma de transferencia de casos a los servicios especializados y sus procedimientos de comunicación y sistemas de citación
- **Salud Mental:** Se establecerá qué profesional es responsable de cada caso y se formulará un plan cerrado de tratamiento incluyendo a Atención Primaria en el proceso a través del informe de evaluación del caso.
- **Interface:** Se formalizarán los sistemas de transmisión de información ligada a los pacientes dentro del espacio de cooperación interniveles. Es en este espacio donde se constituyen los procedimientos de trabajo en común con los pacientes: la supervisión, la co-terapia y la interconsulta.

El Plan también recoge la necesidad de dar respuesta a patologías emergentes: duelo patológico, patología dual y trastornos de la personalidad desarrollando programas y acciones específicas, y profundizando en la cooperación entre las distintas instituciones y profesionales implicados que permita la identificación de grupos de riesgo y la detección precoz de la enfermedad. El apoyo social es fundamental como amortiguador de los efectos que produce la enfermedad mental en personas vulnerables y actúa positivamente en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Las asociaciones de familiares y usuarios son quienes tienen un conocimiento más completo de la realidad del enfermo mental, por ello se promoverá su participación en grupos de mejora de procesos asistenciales relacionados con los trastornos mentales, y en la

elaboración de un plan de comunicación y sensibilización de la población. Se potenciarán, además, las asociaciones independientes de pacientes y el voluntariado social.

La investigación científica es imprescindible para conseguir los objetivos de las políticas de salud. En el ámbito de la salud mental los campos prioritarios de investigación son:

- Principales causas de morbilidad, prestando especial dedicación a las patologías más prevalentes y a los grupos de riesgo.
- Salud pública y promoción de la salud.
- Servicios sanitarios
- Entorno y salud, medio ambiente, salud laboral.
- Envejecimiento y discapacidades.
- Neurociencias.
- Evaluación de las tecnologías sanitarias y uso racional del medicamento.
- Procesos asistenciales en salud mental.

Completando los tres apartados anteriores, a lo largo del periodo de vigencia del presente Plan Integral, se desarrollarán en tres líneas básicas de formación:

- Gestión clínica y desarrollo de procesos asistenciales.
- Metodología de investigación en salud mental.
- Metodología de trabajo en equipo, liderazgo y estrategias de comunicación.

## k.) Bibliografía Consultada.


1. Compas, Bruce E Gotlib Lan H. (2003).*Introducción a la psicología clínica ciencia y práctica.*México: Mc Graw Hill.

2. Delay, J. y Pichot, P. (1974). *Manual de psicología, Manual de referencia con una presentación esencial de los aspectos más significativos de la psicología.* Barcelona: Toray – Masson.

3. Popp, Manfred.(1980).*Los conceptos fundamentales de la psicología: Estudio sobre los temas fundamentales de la psicología, útil como introducción.*Barcelona: Herder.

4. Sahakian, W. S.(1982).*Historia y sistemas de la psicología.*Madrid: Tecnos.

5. Beck, A. T. y Otros. (1986).*Terapia cognitiva de la depresión:Análisis introductorio, muy útil, sobre la depresión y algunas de sus terapias.* Bilbao: Española Desclee de Brouwer.

6. Rotter, J. (1965). *Psicología clínica: Estudio de las aplicaciones psicoterapéuticas más importantes* México: Hispanoamericana.

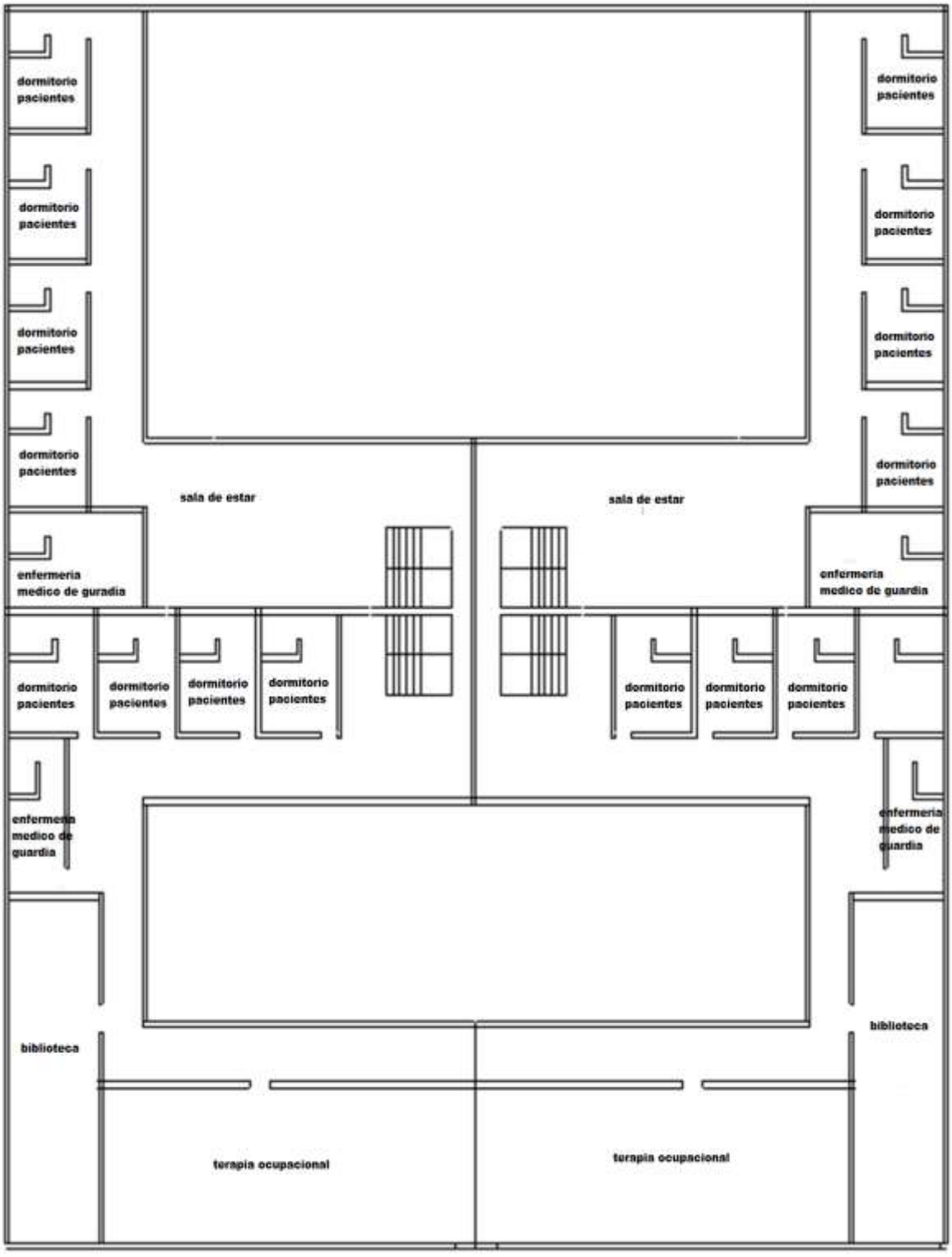
7. OMS, Boletín informativo. (2004). *Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental.* Suiza: ISBN 92 4 356257 6.

8. OMS, Boletín informativo. (2006). *Invertir en Salud Mental.* Suiza: ISBN 92 4 356257 6.

# ANEXOS

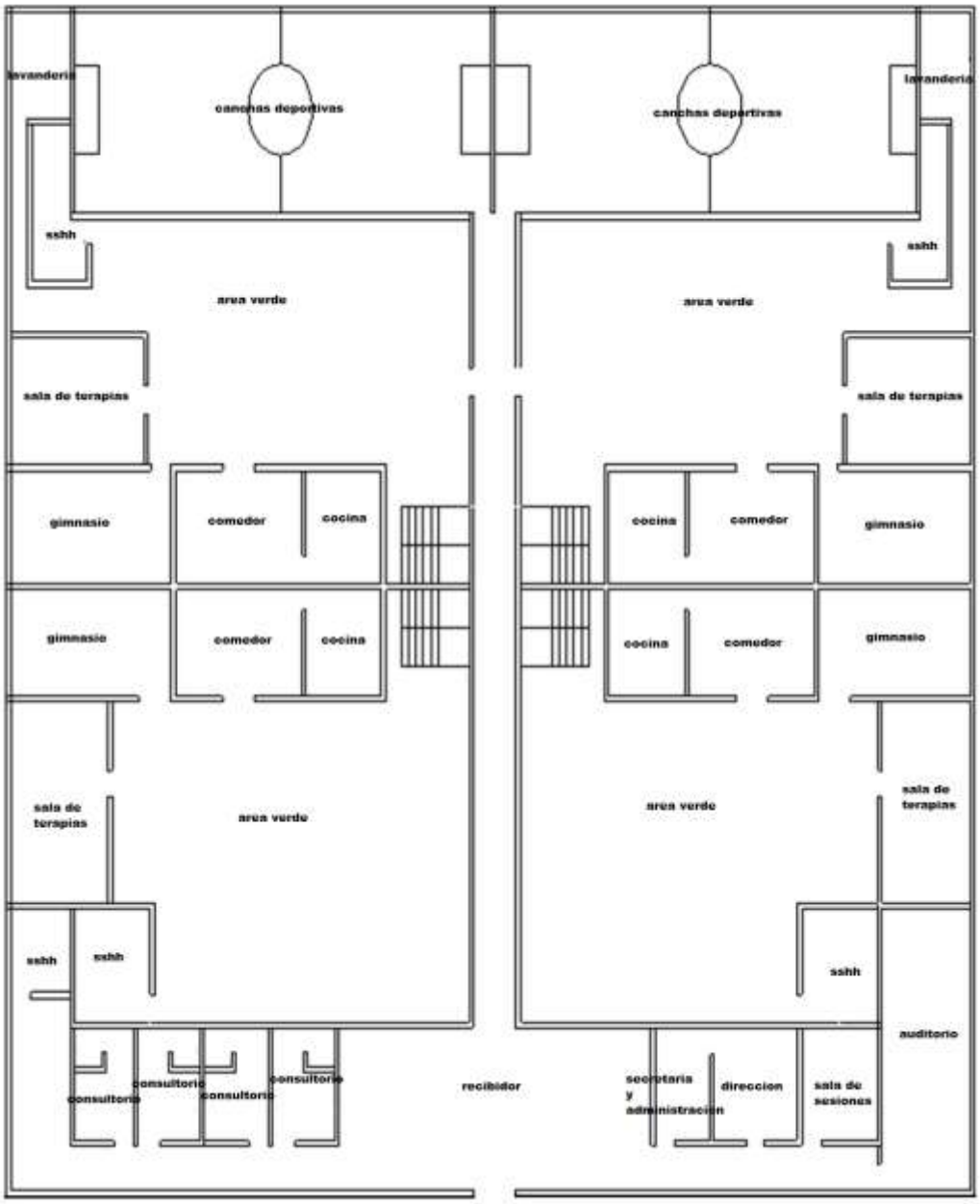
**Anexo 1**

## PLANTA ALTA



## Anexo 2

### PLANTA BAJA



**TEMA: "**Creación de la Unidad de Salud Mental en la parroquia urbana Saraguro perteneciente al Cantón Saraguro de la Provincia de Loja periodo 2009 2010**"**

## PROBLEMÁTICA.

Es imposible saber con exactitud cuántos individuos padecen trastornos mentales, aunque según un informe de la Organización Mundial de la Salud publicado en 2001, unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren algún trastorno mental o neurológico al menos una vez en la vida lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico o psicológico. De estos últimos, la mayor parte presenta trastornos menores, ya que el riesgo de sufrir una esquizofrenia alguna vez en la vida es de un 1%, mientras que el de sufrir una depresión el trastorno mental más común en la actualidad, e incluso el motivo de consulta médica en atención primaria más frecuente es de un 10%[7].

Actualmente existe una preocupación cada vez mayor por los trastornos mentales orgánicos, puesto que inciden con más frecuencia en las personas mayores, un sector de población que está aumentando vertiginosamente en los países más desarrollados. Sin embargo, ello no implica que estas personas estén dispuestas a recibir tratamiento y de hecho muchas de ellas nunca acuden a un profesional.

En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos emocionales. A ello habría que sumar el alcoholismo, que en muchos países va en aumento, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social. Aunque existen tratamientos eficaces para muchas de estas enfermedades hay un amplio número de personas afectadas que nunca acuden a un profesional.

[7] OMS Boletín de 2001.

En patologías que a nivel de nuestro país y Provincia de Loja, que merecen principal atención aparecen el alcoholismo que está presente en la ciudad de Loja en un 28% en los varones y en las mujeres en un 3%, en nuestro cantón durante el año 2002 se ha registrando el 13% de depresión, neurosis 20%, psicosis y trastornos de la personalidad registrando el 5%, esquizofrenia 2% y drogadicción[8], además del alto índice de maltrato infantil, de violencia intrafamiliar o doméstica, mal rendimiento escolar, desviaciones sexuales entre otras.

El tratamiento de las enfermedades mentales ha cambiado drásticamente en las últimas décadas. Los fármacos fabricados a partir de 1950, junto con la mejora de otros métodos, han permitido a los pacientes, tradicionalmente internados en psiquiátricos, ser tratados en clínicas y hospitales; algunas clínicas mentales dan libertad a la mayoría de los enfermos para salir a caminar por el edificio y por los terrenos circundantes, e incluso visitar lugares cercanos. Esta tendencia se basa en la conclusión de que la perturbación de la conducta de los pacientes se debe más, en ocasiones, a la reclusión que a la propia enfermedad.

El tratamiento de los pacientes con trastornos mentales menos graves también ha cambiado sensiblemente. En el pasado, los pacientes con depresión leve, trastornos de ansiedad y otro tipo de neurosis eran tratados casi exclusivamente mediante la psicoterapia individual, metodología que ha evolucionado hacia otros enfoques alternativos, como las terapias de grupo o de familia, a las que se ha sumado el empleo de fármacos psicotrópicos que ayudan a aliviar los síntomas.

[8] Funsol 2002.

La Organización Mundial de la Salud en su informe del año 2001, recomienda como prioritarios los siguientes componentes en los sistemas de salud mental: Incorporación de acciones de salud mental a nivel de atención primaria; asegurar la disponibilidad de psicofármacos; prestar atención a la comunidad; educar al público; involucrar a las comunidades; las familias y los usuarios; establecer políticas y legislación a nivel nacional; Desarrollar recursos humanos; establecer vínculos con otros sectores; vigilar la salud mental de las comunidades; apoyar nuevas investigaciones.

Frente a esos planteamientos el Ecuador tiene limitados logros, que se sintetizan en el desarrollo de los servicios a nivel de los Hospitales Generales y en varios centros de atención primaria; la capacitación al personal que labora en atención primaria; las campañas de educación al público sobre algunos tópicos de salud mental. Le quedan muchas tareas por cumplir entre las más urgentes: facilitar el acceso a los psicofármacos a la mayoría de pacientes; involucrar en las acciones de salud mental a los usuarios, las familias y la comunidad y establecer vínculos formales de colaboración con otros sectores.

De acuerdo con la problemática permitimos plantear la presente propuesta **"**Creación de la Unidad de Salud Mental en la parroquia urbana Saraguro perteneciente al Cantón Saraguro de la Provincia de Loja**"**

## JUSTIFICACIÓN.

El presente proyecto está encaminado a marcar un hito en la en la salud mental con la creación de un área de salud mental la misma que se halle en la capacidad de brindar atención en promoción prevención y tratamiento de las patologías mentales que pudieran estar presentes en la población; contando con un equipo humano preparado en todos los campos concernientes a la salud mental del individuo así como también con una mística de ayuda y más que nada con un enfoque humanista que vea al paciente no como un individuo si no como un ser humano pensante y actuante.

Además se pretende crear una cultura en salud mental, ya que en la actualidad no existen indicadores especiales acerca de la misma y los reportes son generales para todos los servicios, además que se ha venido evidenciando a lo largo de los tiempos un alto incremento de la demanda de este servicio tanto como para niños, jóvenes, adultos y adultos mayores.

Debido a que no se ha creado una iniciativa en el proceso de promoción de la salud mental como son: al empezar el periodo prenatal, en el periodo de embarazo y postparto y los riesgos que afecten al recién nacido, durante el desarrollo del niño en los que se forman los hábitos y las principales características de la personalidad, al identificar los posibles conflictos intra y extra familiares, la forma de incentivar a los miembros de la familia para participar en el desarrollo, en la vigilancia atenta de los hábitos de sueño y reposo, de alimentación, de consumo de substancia nocivas para la salud, y en la realización de ejercicios físico diariamente y recreaciones sanas todas las semanas en el ambiente de la familia, afecta directamente a la estructuración familiar, incrementando la incidencia de enfermedades mentales, y el número de pacientes tanto psicológicos como psiquiátricos.

A lo largo del tiempo se ha venido evidenciando que no se da la importancia necesaria a la salud mental en nuestra ciudad, en primera instancia por una falencia crítica de servicios especializados y personal capacitado para atender a pacientes con problemas de salud mental. El número total de recursos humanos que trabajan en los establecimientos de salud mental es de 8 por cada 100.000 habitantes, no se han conformado asociaciones de paciente o familiares de pacientes mentales, con excepción de los grupos de alcohólicos anónimos, por lo tanto no satisface la demanda creciente y critica que se vive en estos días, es así que la Universidad Nacional de Loja a través de la Carrera de Psicología Clínica da sus primeros profesionales capacitados y aptos para afrontar la demanda requerida en este cantón.

Es necesario contar también con los recursos suficientes y ambientes adecuados para la atención a los pacientes ya que también debe de ser considerado de mucha importancia, no solo en el apoyo psicológico que se le brinde al paciente internado si no que también en el mantenimiento del mismo a través del seguimiento apropiado luego del alta o durante su estadía en la unidad, a través de la atención al paciente y la familia que se identifique y requiera ayuda a través del servicio integral y oportuno, sirviéndose de la unidad con su servicio de consulta externa y en todo los espacios que permite el ámbito hospitalario.

Por lo tanto, el presente trabajo pretende que mediante el despistaje psicológico se pueda concienciar en la importancia de la creación de una Unidad de Salud Mental en la población del Cantón Saraguro de la Provincia de Loja.

## OBJETIVOS.

### OBJETIVO GENERAL

- ✓ Impulsar la creación de la Unidad de Salud Mental en el Cantón Saraguro teniendo en cuenta los factores de riesgo en la población

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ✓ Determinar la incidencia y prevalencia de psicopatología en los habitantes del Cantón Saraguro.
- ✓ Determinar los factores de riesgo de psicopatología en los habitantes del Cantón Saraguro.
- ✓ Establecer el modelo de atención para la Unidad de Salud Mental en el Cantón Saraguro teniendo en cuenta los factores de riesgo en la población

## MARCO TEÓRICO

## CAPITULO I: PSICOPATOLOGIA.

### 1.1 Trastornos relacionados con el alcohol.

En la mayoría de las culturas el alcohol es el depresor del sistema nervioso central utilizado con más frecuencia y el responsable de una morbididad y una mortalidad considerables. En algún momento de la vida cerca del 90 % de los adultos en Estados Unidos han tenido alguna experiencia con el alcohol, y un número importante (60 % de varones y 30 % de mujeres) han tenido uno o más acontecimientos adversos relacionados con él (p. ej., conducir después de haber bebido en exceso, bajas laborales o escolares debidas a resacas). Por fortuna, a partir de estas experiencias la mayoría de los sujetos aprenden a moderar la bebida y a no desarrollar dependencia o abuso por alcohol.

#### 1.1.1 Dependencia del alcohol.

La dependencia fisiológica del alcohol se reconoce por la demostración de tolerancia o de síntomas de abstinencia. La abstinencia de alcohol (v. pág. 203) se caracteriza por la aparición de síntomas de abstinencia unas 12 horas después de disminuir la ingesta de grandes cantidades tras un consumo prolongado. Debido a que la abstinencia de alcohol puede ser desagradable e intensa, los sujetos con dependencia del alcohol pueden continuar consumiendo alcohol, a pesar de las consecuencias adversas, para evitar o aliviar los síntomas de abstinencia. Una relativa minoría de sujetos con dependencia del alcohol nunca experimentan síntomas relevantes de abstinencia y sólo cerca del 5 % de los sujetos con dependencia los experimentan siempre (p. ej., delirium, crisis comiciales de gran mal). Una vez presente el patrón de uso compulsivo, los sujetos con dependencia

pueden dedicar mucho tiempo al consumo de bebidas alcohólicas. Estos sujetos continúan con frecuencia el consumo de alcohol a pesar de la demostración de las consecuencias adversas físicas o psicológicas (p. ej., depresión, pérdidas de memoria, enfermedades hepáticas u otras secuelas).

### 1.1.2 Abuso de alcohol.

La actividad escolar y el rendimiento laboral pueden verse afectados por los efectos de la bebida o de la intoxicación. El sujeto puede beber en situaciones peligrosas (conduciendo, manejando máquinas en estado de embriaguez). Beber alcohol puede causar problemas legales (p. ej., detenciones por intoxicación o conducir bajo los efectos del alcohol). Por último, los sujetos con abuso de alcohol pueden continuar bebiendo a pesar de que saben los problemas sociales o inter-personales que ello les acarrea (p. ej., discusiones violentas con la mujer mientras está intoxicado, abuso de los niños). Cuando estos problemas se acompañan con demostraciones de tolerancia, abstinencia o comportamiento compulsivo relacionado con la bebida, debe considerarse el diagnóstico de dependencia alcohólica más que el de abuso de alcohol.

### 1.1.3 Intoxicación por alcohol.

La característica esencial de la intoxicación alcohólica es la presencia de un cambio psicológico o comportamentales desadaptativos clínicamente significativo (p. ej., comportamiento agresivo, labilidad emocional, deterioro de la capacidad de juicio y deterioro de la actividad laboral o social) que aparece durante la ingestión de alcohol o poco tiempo después Estos cambios se acompañan de lenguaje farfullante, falta de coordinación, marcha inestable, nistagmos, deterioro de la atención o la memoria, estupor o coma Los síntomas no son debidos a enfermedad médica y no se explican mejor por otro trastorno mental. El cuadro clínico es similar al que se observa

durante la intoxicación por benzodiacepinas o sedantes. La falta de coordinación puede interferir la capacidad de conducir hasta el punto de provocar accidentes. La demostración de que el sujeto ha bebido se puede conseguir por el olor de su aliento, por la historia obtenida a través de la información del propio sujeto u otro acompañante e incluso, si es necesario, practicando análisis de orina y de sangre.

### 1.1.4 Abstinencia de alcohol.

La característica esencial de la abstinencia alcohólica es la presencia de un síndrome de abstinencia característico que se desarrolla después de interrumpir o reducir el uso prolongado de grandes cantidades de alcohol El síndrome de abstinencia incluye dos o más de los siguientes síntomas: hiperactividad autonómica (p. ej., sudoración o pulsaciones por encima de 100); aumento del temblor distal de las manos; insomnio; náuseas o vómitos; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias, o ilusiones; agitación psicomotora; ansiedad, y crisis epilépticas. Cuando se observen alucinaciones o ilusiones, el clínico puede especificar con alteraciones perceptivas

Los síntomas pueden provocar un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral, social y de otras áreas importantes de la actividad del sujeto Los síntomas no han de deberse a enfermedad médica ni ser explicados mejor por otro trastorno mental

Los síntomas se alivian con frecuencia tras la administración de alcohol u otros depresores del sistema nervioso central. Los síntomas de abstinencia empiezan cuando las concentraciones de alcohol en la sangre disminuyen bruscamente (p. ej., entre 4 y 12 horas) después de haber interrumpido o reducido la bebida. Sin embargo, los síntomas de abstinencia pueden aparecer tras largos períodos de tiempo Debido a la vida media corta del

alcohol, los síntomas de abstinencia alcanzan su mayor intensidad durante el segundo día de abstinencia y mejoran de forma marcada al cuarto o quinto días. Sin embargo, a los síntomas de abstinencia pueden seguir síntomas de ansiedad, insomnio y disfunción autonómica en distintos grados de intensidad durante períodos de 3 a 6 meses.

Menos del 5 % de los sujetos presenta síntomas de abstinencia más graves (p. ej., hiperactividad autonómica intensa, temblores y delirium por abstinencia de alcohol). Las crisis comiciales de gran mal aparecen en menos del 3 % de los sujetos. El delirium por abstinencia de alcohol incluye alteraciones cognoscitivas y de la conciencia, y también alucinaciones visuales, táctiles o auditivas («delirium tremens»). Cuando aparece el delirium por abstinencia es probable que exista una enfermedad médica asociada (p. ej., insuficiencia renal, neumonía, hemorragia digestiva, secuelas de traumatismos craneales, hipoglucemia, alteraciones del equilibrio electrolítico o estado postoperatorio).

**1.2 Trastorno de ansiedad generalizada.**

La característica esencial del trastorno de ansiedad generalizada es la ansiedad y la preocupación excesivas (expectación aprensiva) que se observan durante un período superior a 6 meses y que se centran en una amplia gama de acontecimientos y situaciones El individuo tiene dificultades para controlar este estado de constante preocupación La ansiedad y la preocupación se acompañan de al menos otros tres síntomas de los siguientes: inquietud, fatiga precoz, dificultades para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (en los niños basta con la presencia de uno de estos síntomas adicionales) Las situaciones que originan ansiedad y preocupación no se limitan a las que son propias de otros trastornos del Eje I, como el temor a sufrir una crisis de angustia

(trastorno de angustia), el miedo a quedar mal en público (fobia social), a contraer una enfermedad (trastorno obsesivo-compulsivo), a estar alejado de casa o de las personas queridas (trastorno por ansiedad de separación), a engordar (anorexia nerviosa), a tener múltiples síntomas físicos (trastorno de somatización) o a padecer una grave enfermedad (hipocondría) y la ansiedad y la preocupación no aparecen únicamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático. Aunque los individuos con trastorno de ansiedad generalizada no siempre reconocen que sus preocupaciones resultan excesivas, manifiestan una evidente dificultad para controlarlas y les provocan malestar subjetivo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de actividad. Esta alteración no se debe a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos o tóxicos) o a una enfermedad médica general y no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo

La intensidad, duración o frecuencia de aparición de la ansiedad y de las preocupaciones son claramente desproporcionadas con las posibles consecuencias que puedan derivarse de la situación o el acontecimiento temidos. A estos individuos les resulta difícil olvidar estas preocupaciones para poder dedicar la atención necesaria a las tareas que están realizando, y todavía les cuesta más eliminar aquéllas completamente. Los adultos con trastorno de ansiedad generalizada acostumbran a preocuparse por las circunstancias normales de la vida diaria, como son las posibles responsabilidades laborales, temas económicos, la salud de su familia, los pequeños fracasos de sus hijos y los problemas de carácter menor (p. ej., las faenas domésticas, la reparación del automóvil o el llegar tarde a las reuniones). Los niños con trastorno de ansiedad generalizada tienden a preocuparse por su rendimiento o la calidad de sus actuaciones. Durante el

curso del trastorno el centro de las preocupaciones puede trasladarse de un objeto o una situación a otros.

**1.3 Episodio depresivo mayor.**

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos 2 semanas durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Para indicar la existencia de un episodio depresivo mayor, un síntoma debe ser de nueva presentación o haber empeorado claramente si se compara con el estado del sujeto antes del episodio

Los síntomas han de mantenerse la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos 2 semanas consecutivas. El episodio debe acompañarse de un malestar clínico significativo o de deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. En algunos sujetos con episodios leves la actividad puede parecer normal, pero a costa de un esfuerzo muy importante.

Frecuentemente, el estado de ánimo en un episodio depresivo mayor es descrito por el sujeto como deprimido, triste, desesperanzado, desanimado o «como en un pozo» En algunos casos, la tristeza puede ser negada al principio, pero más tarde puede ser suscitada por la entrevista (p. ej., al señalar que el sujeto parece que esté a punto de llorar). En algunos sujetos que se quejan de sentirse «pasotas», sin sentimientos o ansiosos, la

presencia de un estado de ánimo depresivo puede inferirse de la expresión facial y el comportamiento aparente del sujeto. Algunas personas ponen énfasis en las quejas somáticas (p. ej., las molestias y los dolores físicos) en lugar de referir sentimientos de tristeza. Muchos sujetos refieren o muestran una alta irritabilidad (p. ej., ira persistente, tendencia a responder a los acontecimientos con arranques de ira o insultando a los demás, o sentimiento exagerado de frustración por cosas sin importancia). En los niños y los adolescentes, más que un estado de ánimo triste o desanimado, puede presentarse un estado de ánimo irritable o inestable. Esta forma de presentación debe diferenciarse del patrón de «niño mimado» con irritabilidad ante las frustraciones.

Casi siempre hay pérdida de intereses y de capacidad para el placer en mayor o menor medida. Los sujetos pueden referir el sentimiento de estar menos interesados en sus aficiones, de que «han perdido el interés» o de haber dejado de disfrutar con actividades que antes consideraban placenteras Frecuentemente, los familiares notan el aislamiento social o el abandono de aficiones (p. ej., un ávido jugador de golf que lo ha dejado, un niño al que le gustaba el fútbol encuentra excusas para no practicarlo). En algunos sujetos hay una reducción significativa de los niveles previos de interés o de deseo sexual. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso o, en niños, se puede dar un fracaso en la consecución del peso apropiado

La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio Es característico el insomnio medio (p. ej., despertarse durante la noche y tener problemas para volver a dormirse) o el insomnio tardío (p. ej., despertarse demasiado pronto y ser in-capaz de volver a dormirse). También se puede presentar un insomnio inicial (problemas para conciliar el sueño). Menos frecuentemente, los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnia) en forma de episodios de sueño prolongado nocturno o de aumento del sueño diurno. Algunas veces el trastorno del sueño es la razón por la que el sujeto acude en busca de tratamiento. Los cambios psicomotores incluyen agitación o enlentecimiento La agitación o el enlentecimiento psicomotores deben ser lo bastante graves como para ser observables por los demás y no representar únicamente una sensación subjetiva. Es habitual la falta de energía, el cansancio y la fatiga Una persona puede referir una fatiga persistente sin hacer ejercicio físico. Incluso el menor trabajo parece requerir un gran esfuerzo. Puede reducirse la eficacia con que se realizan las tareas. Por ejemplo, un sujeto puede quejarse de que lavarse y vestirse por la mañana es agotador y de que tarda el doble de lo normal en él. El sentimiento de inutilidad o de culpa asociado a un episodio depresivo mayor puede implicar evaluaciones negativas no realistas del propio valor o preocupaciones o rumiaciones de culpa referidas a pequeños errores pasados Estos sujetos suelen malinterpretar los acontecimientos cotidianos neutros o triviales, tomándolos como pruebas de sus defectos personales, y suelen tener un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Por ejemplo, un vendedor puede preocuparse y autorreprocharse por fracasar en las ventas, incluso aunque el mercado en general esté colapsado y otros vendedores sean también incapaces de lograr ventas[9].

[9] DSM IV**.** Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

## CAPITULO II: SALUD MENTAL.

### 2.1 Introducción.

Salud mental es un estado que se caracteriza por el bienestar psíquico y la autoaceptación. Desde una perspectiva clínica, la salud mental es la ausencia de enfermedades mentales.

La preocupación por las enfermedades mentales ha existido siempre en mayor o menor medida, pero el desarrollo de tratamientos médicos data de mediados del siglo XVIII, cuando eminentes reformistas, como el médico francés Philippe Pinel o el estadounidense Benjamin Rusht, introdujeron este tipo de tratamientos como alternativos a los tratos inhumanos que hasta entonces habían prevalecido. A pesar de estas reformas, la mayoría de estos enfermos continuaron en cárceles y asilos, incluso en el siglo XIX.

Los desórdenes mentales afectan a cerca del 12 % de la población mundial aproximadamente 450 millones o una de cada cuatro personas en el mundo sufrirá una enfermedad mental que se beneficiaría con el diagnóstico y tratamiento. La salud mental y la enfermedad mental son parte de cada país, cultura, grupo etario y estrato socio económico. Entonces, ¿Por qué la enfermedad mental, los servicios de salud mental y promoción del bienestar mental no recibió la atención y los fondos que otras enfermedades y tópicos de salud recibieron durante años? La defensa informada, dirigida y constante con mensajes claros y coordinados son cada vez más necesarios para hacer que la salud mental y la enfermedad mental sean una prioridad y para que aquellos que tienen enfermedades mentales reciban los servicios y el respeto que se merecen.

La conciencia y la defensa de la Salud Mental han sido las piedras angulares del progreso y las mejoras en el sistema desde que algunos de los pioneros

comenzaron a hablar claro Dorotea Dix y Elizabeth Packer en el 1800 y Cliford Beers en los 1900. Desde ese tiempo, se ha convertido en un mundo diferente el tratamiento de la enfermedad mental y las posibilidades de recuperación para los que consumen/utilizan el servicio y sus familias.

## 2.2 Perspectiva Global.

Según estimaciones publicadas en octubre de 2001 por la Organización Mundial de la Salud unos 450 millones de personas en todo el mundo sufren al menos una vez en la vida algún tipo de problema de salud mental lo suficientemente grave como para requerir tratamiento médico. Sin embargo, ello no implica que estas personas estén dispuestas a recibir tratamiento y de hecho muchas de ellas nunca acuden a un profesional[10].

En conjunto, se estima que un porcentaje bastante alto de la población sufre depresiones leves o moderadas, ansiedad u otro tipo de trastornos emocionales. A ello habría que sumar el alcoholismo, que en muchos países va en aumento, y la drogodependencia, así como el daño a la salud mental que suponen estados como la pobreza permanente, el desempleo o la discriminación social.

Los desórdenes mentales son altamente prevalentes y causan una carga considerable en individuos, familias y sociedades. Los recursos humanos, sociales y financieros son necesarios para proveer acceso a tratamiento efectivo y humano para las personas con desórdenes mentales. La información sobre los recursos es generalmente escasa comparada con la información sobre prevalencia, tipo y carga de los desórdenes mentales.[11]

[10] OMS BOLETIN INFORMATIVO 2001

[11] www.psicologia-online.com

## 2.3 Tratamiento Psicofarmacológico.

### 2.3.1 Introducción

Los psicofármacos son sustancias químicas que alteran el comportamiento, el humor, la percepción o las funciones mentales. Las diferentes culturas a lo largo de la historia han utilizado diversas sustancias con el objetivo de cambiar el estado de conciencia. En la práctica médica actual, las sustancias psicoactivas conocidas como psicofármacos se han desarrollado para tratar a los pacientes con trastornos psicológicos o mentales. Los psicofármacos ejercen su acción modificando ciertos procesos bioquímicos o fisiológicos cerebrales. Los mensajes entre las distintas células nerviosas (neuronas) se transmiten a través de estímulos eléctricos o químicos. Las neuronas no entran en contacto directo entre sí; en las sinapsis (espacio entre las neuronas) el mensaje se transmite por sustancias químicas denominadas neuro-reguladores o neurotransmisores. La mayoría de los psicofármacos actúan alterando el proceso de neurotransmisión, estimulando o inhibiendo la actividad. Otros, como las sales de litio, actúan modificando la permeabilidad de la membrana neuronal y se emplean en el tratamiento de la psicosis maníaco-depresiva permitiendo reducir los episodios de euforia o depresión que sufren estos enfermos. Siguiendo el criterio de la acción que ejercen sobre el sistema nervioso central, las sustancias psicoactivas se pueden clasificar en tres grupos: depresores, estimulantes y visionarias.

### 2.3.2 Depresores del sistema nervioso central.

Reducen la actividad del sistema nervioso central y producen relajación y tranquilidad en el individuo. Los más importantes son: alcohol, fármacos sedantes, fármacos tranquilizantes y opiáceos.

El alcohol ha sido la sustancia psicoactiva más utilizada ya que en la mayor parte de los países su consumo está legalmente permitido. Los consumidores buscan relajación y bienestar, pero la intoxicación etílica altera las funciones mentales y motoras. La ingesta crónica de alcohol puede lesionar el hígado y las células cerebrales y produce adicción (dando lugar al alcoholismo); su retirada brusca produce graves cuadros (síndromes) de abstinencia.

Los fármacos sedantes como los barbitúricos, en pequeñas dosis, tienen un efecto parecido al de la embriaguez alcohólica y, en dosis altas, pueden ocasionar confusión mental grave o síntomas psicóticos. La sobredosis puede causar el coma o la muerte.

Los fármacos tranquilizantes como los ansiolíticos sirven para combatir la ansiedad, el nerviosismo y el estrés. Aunque su poder adictivo es escaso, con dosis altas puede generarse dependencia física. Una de las familias principales de estos fármacos la componen las benzodiacepinas, como el diazepam que alivia la ansiedad y el miedo, o como el flunitracepán que induce el sueño y sirve para combatir el síndrome de abstinencia a los heroinómanos.

Los opiáceos (opio, morfina o heroína) se utilizan como analgésicos. Debido a que el alivio del dolor es uno de los objetivos principales de la práctica médica, han supuesto una gran ayuda en el tratamiento de muchas enfermedades. Los opiáceos producen tolerancia, dependencia física y psicológica. La morfina causa euforia, somnolencia y alivio de dolor pero la interrupción de la ingesta conlleva excitabilidad, depresión y sensibilidad al dolor.

### 2.3.3 Estimulantes del sistema nervioso central.

Estas sustancias producen una activación general del organismo, agilizan la comprensión y aumentan el rendimiento intelectual, también disminuyen el apetito y mejoran el estado de ánimo. El estimulante más consumido es la cafeína, otros de gran importancia son las anfetaminas y la cocaína. Los agentes estimulantes euforizantes como las anfetaminas pueden emplearse en el tratamiento de los niños con hiperactividad. En estos niños, las anfetaminas tienen un efecto relajante paradójico y pueden mejorar la falta de concentración que se asocia a la hiperactividad. En medicina, se emplea un derivado de la cocaína como anestésico local. El uso ilegal de las anfetaminas y la cocaína incluye su utilización como euforizantes, como estimulantes, para mejorar el rendimiento físico o mental en situaciones como las competiciones atléticas o los exámenes universitarios.

### 2.3.4 Sustancias visionarias.

Son sustancias alucinógenas que alteran la percepción sensorial y la concepción del espacio, del tiempo y del sentido del yo. Entre las más importantes se encuentran las sustancias psicodélicas, la marihuana, el hachís y el éxtasis (MDMA).

Los fármacos psicodélicos como el LSD dietilamida del ácido lisérgico, la mezcalina, el PCP fenciclidina no tienen hoy ningún uso médico. Su utilización ilegal tiene por objetivo conseguir estados alterados de la conciencia. La marihuana es un alucinógeno débil de utilidad médica: ayuda a eliminar las náuseas producidas por los tratamientos contra el cáncer; reduce la presión ocular en algunos casos graves de glaucoma, estimula el apetito en enfermos de SIDA y alivia los espasmos de la esclerosis múltiple.

## 2.4 Tratamiento Psicoterapéutico.

### 2.4.1 Introducción.

La Psicoterapia es el tratamiento de las enfermedades mentales por procedimientos basados en la comunicación verbal y emocional, así como en otros comportamientos simbólicos.

La psicoterapia se diferencia de la ayuda informal que una persona puede prestar a otra en, al menos, dos aspectos: el primero, en que la controla un psicoterapeuta, formado y autorizado para ello, lo que supone una sanción cultural que le otorga la autoridad propia de los médicos; el segundo es que se apoya en teorías científicas que han estudiado el origen de los trastornos mentales y la forma de aliviar sus consecuencias. Precisamente porque la comunicación es fundamental en la mayoría de las formas de psicoterapia, la relación que se establece entre el terapeuta y el paciente es mucho más importante que en otras relaciones médicas. La personalidad del terapeuta influye en el paciente y puede ser utilizada de modo deliberado para conseguir determinados objetivos terapéuticos.

La curación de los trastornos mentales y emocionales a través de métodos exclusivamente psicológicos data de tiempos remotos. A lo largo de la historia, estos métodos han estado basados en creencias y ceremonias religiosas o mágicas. A mediados del siglo XVIII las técnicas psicoterapéuticas comenzaron a basarse en principios científicos cuando el físico austriaco Franz Anton Mesmer usó por vez primera una forma de sugestión que denominó ‘magnetismo animal’. Las neurosis se tratarían en el siglo XIX con medios semejantes, además de los baños de aguas medicinales o las dolorosas corrientes eléctricas (electrochoque) cuya efectividad también dependía en gran parte de la sugestión ejercida sobre el paciente. La hipnosis como forma de sugestión para aliviar ciertas dolencias

psíquicas alcanzó su máximo esplendor a finales del siglo XIX, gracias a las investigaciones del neurólogo francés Jean Martin Charcot, quien trabajó con mujeres epilépticas en el antiguo hospital de la Salpêtrière de París.

### 2.4.2 Psicoterapia psicoanalítica.

Estimulado por las demostraciones de Charcot sobre el valor terapéutico de la hipnosis, el neurólogo austriaco Sigmund Freud empleó esta técnica, no para sugestionar al paciente, sino para evocar recuerdos olvidados y dolorosos. A través de la hipnosis, intentó ayudar a sus pacientes y al mismo tiempo recoger los hechos en los que basaría su teoría del funcionamiento psíquico. Freud sostenía que durante el desarrollo de la personalidad las pulsiones (instintos) agresivas o sexuales indeseables eran expulsadas de la conciencia.

Estas pulsiones reprimidas se expresaban en los síntomas de las neurosis en su constante lucha por liberarse.

Según Freud, estos síntomas podrían ser eliminados llevando las fantasías y las emociones reprimidas de nuevo a la conciencia. Primero empleó la hipnosis como medio para lograr este acceso al inconsciente, pero pronto abandonó esta técnica en favor de la asociación libre, método en el que se les pide a los pacientes que verbalicen lo primero que les viene a la mente, por absurdo que les resulte, ya sean recuerdos, fantasías o sueños. Mediante la interpretación de estas asociaciones, Freud ayudaba a sus pacientes a profundizar en el conocimiento de su propio inconsciente como forma de llegar al origen de sus problemas.

Más tarde, Freud valoró el aprendizaje adquirido a través del estudio de la estructura psíquica de sus pacientes y denominó transferencia a la relación emocional que se establece entre el paciente y el terapeuta, que según su

punto de vista reflejaba los primeros sentimientos del paciente hacia sus progenitores. La asociación libre y las reacciones de transferencia son todavía hoy elementos básicos de las sesiones psicoanalíticas.

### 2.4.3 Psicoterapia humanística.

Nacida como una reacción al psicoanálisis, esta escuela basa su terapia en el potencial de bondad que hay en la naturaleza humana.

Carl Rogers desarrolló una nueva forma de psicoterapia centrada en el paciente. Según Rogers, cada persona tiene las capacidades para comprenderse a sí mismo y resolver sus problemas. Los terapeutas muestran empatía con el paciente y una sincera preocupación por lo que le sucede, con el fin de que éste revele sus verdaderos sentimientos sin miedo a ser juzgado. La más clásica de las terapias humanistas es la psicoterapia centrada en el paciente. El psicólogo estadounidense Carl Rogers sostenía que los individuos, así como todos los seres vivos, están dirigidos por una tendencia innata a sobrevivir y reafirmarse que les lleva al desarrollo personal, a la madurez y al enriquecimiento vital. Cada persona tiene capacidad para el autoconocimiento y el cambio constructivo que la acción del terapeuta, que deberá reunir una serie de cualidades personales esenciales, ayudará a descubrir.

Rogers daba así más importancia a las actitudes del terapeuta que a su capacidad o a su preparación técnica. Utilizaba el término ‘cliente’ en vez de paciente para subrayar que su método de tratamiento no era manipulador ni médico, sino que se basaba en la comprensión adecuada y sensible de sus experiencias y necesidades. La segunda cualidad importante del psicoterapeuta es la aceptación incondicional positiva, que se abstiene de juzgar lo que el paciente dice o relata. La autenticidad o ausencia de simulación era la tercera cualidad que él consideraba esencial.

Rogers describió el proceso del tratamiento como la reciprocidad entre las actitudes del cliente y del terapeuta. Precisamente porque el terapeuta escucha de forma incondicional, el cliente aprende a escuchar incluso los pensamientos que más teme, hasta alcanzar un estado de autoaceptación donde es posible el cambio y el desarrollo.

### 2.4.4 Terapia de la Gestalt.

La terapia de la Gestalt, otro enfoque humanista, fue desarrollada por el psicoanalista alemán Frederick (Fritz) S. Perls. Según Perls, la civilización moderna conduce de forma inevitable a la neurosis, ya que obliga a las personas a reprimir sus deseos naturales y, por tanto, los frustra en su tendencia innata a adaptarse biológica y psicológicamente a su entorno. En consecuencia, aparece la ansiedad neurótica. Ajeno a la tradición psicoanalítica, Perls sostenía que el descubrimiento intelectual de lo que al paciente le está sucediendo es insuficiente para curar el trastorno, por lo que elaboró ejercicios específicos pensados para mejorar la conciencia de la persona sobre su emoción, estado físico y necesidades reprimidas, a través de estímulos físicos y psicológicos del ambiente. La terapia gestaltista se lleva a cabo con individuos y con grupos, por lo general en sesiones semanales, durante dos años.

### 2.4.5 Terapia de conducta.

A diferencia de la mayoría de las demás formas de psicoterapia, la terapia de conducta no se basa en una teoría de la neurosis, sino que deriva de la aplicación de los métodos propios de la psicología experimental a los problemas de la persona que acude a la consulta. Los terapeutas de conducta, por lo general psicólogos, no se preocupan directamente de las fuerzas psíquicas subyacentes, sino que se centran en la conducta externa, observable, que causa malestar a sus clientes. Parten de que todas las

conductas, tanto las adaptadas como inadaptadas, se aprenden según principios concretos ampliamente estudiados en Rusia por Iván Pávlov y en Estados Unidos por B. F. Skinner, entre otros. Los terapeutas de conducta creen que se pueden aplicar los mismos principios del aprendizaje para corregir las conductas anormales.

Con independencia de la técnica específica que después utilicen, comienzan el tratamiento estudiando el problema del paciente y las circunstancias que lo rodean. No valoran ni buscan significados ocultos, sino que se centran en los fenómenos observables que pueden ser medidos. Sobre la base de este análisis de conducta, formulan hipótesis sobre las circunstancias que, a su parecer, mantienen la conducta no deseada; a continuación, tratan de alterar estas circunstancias una por una, observando si así cambia la conducta del sujeto.

### 2.4.6 Desensibilización sistemática.

De las numerosas técnicas empleadas por los terapeutas de conducta, una de las principales es la desensibilización sistemática, procedimiento desarrollado por el polémico psiquiatra Joseph Wolpe, quien llegó a emplear estas técnicas para eliminar lo que él consideraba ‘conducta desviada’, incluyendo la homosexualidad o la infidelidad conyugal. No obstante, en un principio se aplicaron para eliminar fobias y en general aquellos trastornos en los que un estímulo determinado origina una reacción de ansiedad desproporcionada. Básicamente, la técnica consiste en ayudar al paciente a relajarse, para así presentarle de forma gradual los objetos o las situaciones que le producen ansiedad.

## 2.5 Enfoques cognitivos.

Recientemente, los terapeutas de conducta han empezado a prestar más atención a la influencia del pensamiento en la conducta, espoleados por el ejemplo del psicólogo canadiense Albert Bandura. Las terapias de conducta cognitivas emplean este enfoque para cambiar ideas y hábitos intelectuales que al parecer son la causa del malestar del paciente.

Otros enfoques cognitivos similares han sido diseñados por los terapeutas que, formados en el psicoanálisis, estaban algo decepcionados de sus teorías y sus técnicas. La más antigua de estas aproximaciones es la terapia racional-emotiva del psicólogo estadounidense Albert Ellis, que parte de considerar las creencias irracionales y el modo ilógico de pensar como causas de los trastornos emocionales. Su tratamiento consiste en que el paciente se enfrente a su irracionalidad, animándolo a trabajar vigilando ese modo irracional de pensar para sustituirlo por pensamientos y emociones más coherentes. Otra técnica relacionada con el enfoque cognitivo, que se ha mostrado eficaz en el tratamiento de la depresión, es la desarrollada por el psicólogo estadounidense Aarón T. Beck, que parte del supuesto de que los individuos depresivos tienden a formar pensamientos negativos sobre ellos mismos y sus capacidades, sobre el mundo circundante y sus experiencias en él, y sobre el futuro —lo que se conoce como 'tríada cognitiva' de la depresión. Estas tendencias serían básicamente un problema del pensamiento, es decir, de utilizar modos de pensar inapropiados. Sus técnicas terapéuticas, como los planteamientos conductistas más estrictos, se dirigen a corregir el problema directamente, más que a intentar comprender sus orígenes en el pasado del individuo.

### 2.5.1 Terapia de grupo.

Por exigir un número menor de terapeutas, la psicoterapia de grupo resulta menos costosa que la individual. Además, ofrece otras ventajas, como el demostrar a los pacientes que sus problemas no son únicos. En la terapia de grupo la interacción entre sus miembros se considera la principal fuente de mejora, y el trabajo del terapeuta consiste sobre todo en controlar y facilitar estas interacciones.

La terapia de grupo comenzó a principios del siglo XX. En Europa, el primero en emplearla fue el rumano Jacob Levy Moreno, psiquiatra de formación psicoanalítica que llevaba a sus pacientes a exteriorizar sus problemas para hacerles conscientes de ellos. Su psicodrama se extendió rápidamente a otras partes del mundo y hoy es utilizado en el tratamiento de pacientes neuróticos y psicóticos, así como para formar a los profesionales que trabajan con enfermos mentales.

En la actualidad se practican numerosas formas de psicoterapia de grupo y la mayoría de las corrientes teóricas que defienden métodos de psicoterapia individual tienen sus variantes grupales. Muchos terapeutas atienden a sus pacientes simultáneamente de forma individual y grupal.

### 2.5.2Terapia de familia.

Un tipo especial de tratamiento grupal es la terapia de familia. Alfred Adler había trabajado con familias enteras durante la década de 1930, pero hasta veinte años después los psicoterapeutas no empezaron a tratar a las familias. Aquellos pioneros, y sus sucesores, trabajan desde el supuesto de que las relaciones familiares cotidianas se ven afectadas por los problemas psíquicos de cualquiera de sus miembros. En vez de explorar los conflictos internos de los individuos, los terapeutas de familia intentan promover

interacciones entre sus componentes, logrando así el bienestar de cada uno de ellos.

### 2.6 Nuevos enfoques de psicoterapia.

A finales de la década de 1960 y durante la década de 1970 se desarrollaron un gran número de métodos nuevos de terapia. Muchas de ellas, como las primeras psicoterapias de corte humanista, partirían de la ruptura con el psicoanálisis clásico, considerado demasiado costoso, lento y, por ello, elitista. Algunos críticos pensaban que la práctica psicoanalítica era demasiado intelectual y racional, preocupada principalmente por el pasado y comprometida en la permanencia de valores como el individualismo, el ascenso social y la productividad. Como reacción, desarrollaron métodos que hacían hincapié en las emociones y en el momento presente. Otros psicólogos, como Ellis o Beck, eligieron caminos totalmente opuestos, dando todavía una mayor relevancia al poder de la razón para solucionar problemas emocionales.

Entre los métodos más controvertidos que han atraído el interés del público destacan la terapia fundamental del psicólogo estadounidense Arthur Janov y el análisis transaccional, basado en los trabajos de Eric Berne. En la terapia fundamental los pacientes son animados a revivir sus primeras experiencias con la misma intensidad. Janov sostiene que estas reacciones catárticas liberan al paciente de su comportamiento neurótico compulsivo. Por su parte, el análisis transaccional se basa en la teoría de que una persona en interacción con los demás adopta el rol de adulto o de niño. En la terapia de grupo se les enseña a reconocer esta situación, a comprender cuándo el actuar como un padre autoritario o como un niño impulsivo puede ser apropiado y a comportarse como adulto el mayor tiempo posible.

### 2.6.1 Psicoterapia puntual e intervenciones críticas.

Otra tendencia reciente en la psicoterapia es el uso de métodos puntuales, con frecuencia destinados a ayudar a las personas a superar periodos de crisis. Estas psicoterapias se desarrollaron en parte debido a la insatisfacción por la excesiva duración de las psicoterapias psicoanalíticas clásicas, que a veces se prolongaban varios años, y por el mayor conocimiento de las reacciones personales ante momentos críticos de la vida, como el periodo que sigue a la muerte del ser amado, circunstancia que a veces modifica la vida de los individuos. La intervención en estos momentos no sólo ayuda a superar la crisis, sino que además refuerza psíquicamente a quien la padece.

Hay dos tipos principales de psicoterapia puntual: el primero, dirigido a eliminar la ansiedad, emplea técnicas de apoyo como el refuerzo, la sugestión, la manipulación del ambiente y los fármacos. El segundo, basado en técnicas que provocan la ansiedad, trata de romper las defensas neuróticas habituales del paciente para permitir que se produzca el cambio.

### 2.6.2 Psicoterapia infantil.

La psicoterapia infantil se guía por las mismas pautas de referencia empleadas en la psicoterapia de los adultos, pero con la diferencia esencial de que los terapeutas infantiles deben tener presente el estadio evolutivo de sus pacientes. Por ello, las técnicas también difieren: la conversación se sustituye por el juego. Dependiendo de si la orientación del terapeuta es psicoanalítica o conductista, o considera a la familia como un sistema, las técnicas empleadas incorporarán nuevas actividades, como jugar con arcilla o barro, muñecas u otros juguetes. La utilización del juego como medio de comunicación con el niño lo emplearon por vez primera las psicoanalistas Anna Freud y Melanie Klein.

## 2.7 Evaluación.

Los diferentes tipos de psicoterapia tienen metas diferentes: desde la ambición que tiene el psicoanalista de alterar la estructura básica de la personalidad tratando problemas existenciales, hasta la concepción más instrumental de la terapia de conducta, que sólo trata de aliviar unos síntomas concretos. Por ello, los diferentes métodos de tratamiento deben ser evaluados en función de sus propios objetivos.

Es más fácil evaluar si un síntoma ha desaparecido que medir metas psicoterapéuticas inalcanzables. En consecuencia, no debería sorprendernos que en medios académicos la terapia de conducta y otras modalidades capaces de probar sus éxitos, aunque limitados, se hayan considerado más válidas científicamente que el psicoanálisis y los métodos relacionados con él.

Una tendencia importante ha sido el apartarse de las evaluaciones clínicas -basadas en un solo caso individual- para juzgar los tratamientos a través de diseños experimentales, con múltiples casos cuyos datos se analizan estadísticamente, como se haría para evaluar un nuevo medicamento o tratamiento. Por lo general, el diseño experimental consiste en que una serie de pacientes recibe la versión uniforme del tratamiento que debe valorarse, y sus resultados se comparan con los de otros pacientes que podrán recibir o no un tratamiento distinto. El objetivo de estas investigaciones es aclarar qué tipo de tratamiento es el más adecuado para cada tipo de paciente. Este grado de especificidad ha sido eludido por los investigadores, con una excepción: la terapia de conducta es, al parecer, la más efectiva para el tratamiento de las fobias.

## 2.8 Rehabilitación.

El rechazo al internado permanente en psiquiátricos ha provocado, sin embargo, la aparición de problemas significativos en los propios enfermos y en las comunidades en las que residen, porque muchas veces no hay servicios de seguimiento adecuados o éstos viven en centros asistenciales poco equipados para atender sus necesidades. La mayoría han sido diagnosticados de esquizofrenia y sólo una minoría de ellos viven integradas en la comunidad y alcanzan un nivel adecuado de adaptación. En algunos países, los enfermos deben acudir a la clínica periódicamente para pasar consulta y controlar la medicación prescrita.

## 2.9 Investigación.

Diversas ciencias han contribuido al estudio de la salud y las enfermedades mentales. En décadas recientes, se ha profundizado más en los procesos biológicos, psíquicos y sociales básicos, y ha mejorado la aplicación de estos conocimientos a los problemas propios de la salud mental.

Algunos de los avances más prometedores proceden de la biología; por ejemplo, el estudio del cerebro y los neurotransmisores compuestos químicos que llevan mensajes de una célula nerviosa a otra, revela aspectos desconocidos del funcionamiento normal y anormal del cerebro que pueden ayudar a mejorar el tratamiento de algunos trastornos mentales. Otros investigadores intentan descubrir cómo se desarrolla el cerebro comprobando, por ejemplo, que algunas células nerviosas se regeneran parcialmente después de haber sido dañadas, incluso en los adultos, conocimiento que ayudará a la comprensión mayor de algunos trastornos, como la deficiencia mental, o algunas formas de deterioro cerebral sin tratamiento hasta hoy. La investigación psicológica relevante para la salud mental incluye el estudio de la percepción, el procesamiento de la

información, el pensamiento, el lenguaje, la motivación, la emoción, las diversas capacidades intelectuales, las actitudes, la personalidad y el comportamiento social. Por ejemplo, los investigadores están estudiando el estrés y cómo controlarlo, estudio que permitiría, por ejemplo, ayudar a prevenir algunos trastornos mentales[12]. La investigación en las ciencias sociales se centra en los problemas de los individuos en distintos contextos como el familiar o el laboral. Ejemplo de este trabajo es la investigación epidemiológica que consiste en elaborar estadísticas de incidencia de las distintas enfermedades en un área geográfica concreta y su relación con otras variables de índole psicosocial, económica, ambiental o cultural[13].

[12] Rotter, J. Psicología Clínica.

[13] Compas, Bruce, Introducción a la Psicología

## CAPÍTULO III: CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE SALUD MENTAL.

### 3.1 Equipo interdisciplinario básico.

Los psicoterapeutas proceden del campo de la medicina, la psicología, el trabajo social o la enfermería psiquiátrica. Su formación, por tanto, es sensiblemente diferente, si se tiene en cuenta que su ejercicio profesional posterior debe ser bastante similar.

Los psiquiatras son médicos. En muchos países acuden a las facultades de Medicina durante una serie de años, para después completar un periodo de formación práctica clínica. Es entonces cuando pueden acceder a la especialidad de psiquiatría. Los psicoanalistas estudian tres años más en un instituto especializado y, además, deben someterse ellos mismos al psicoanálisis.

Los psicólogos suelen obtener una licenciatura en psicología clínica y realizar después un año de psicoterapia práctica supervisada. Los trabajadores sociales se pueden especializar en salud mental y deben estudiar una maestría o un doctorado antes de ejercer. Algunos psicólogos y trabajadores sociales estudian en escuelas con una orientación psicoterapéutica concreta y, en algunos casos, deben someterse ellos mismos a la psicoterapia. Los estudiantes de enfermería psiquiátrica normalmente obtienen sus titulaciones y realizan sus prácticas en los hospitales.

Si todo grupo se constituye y se organiza por la cualidad de una tarea, esto no es menos cierto para una institución; así, debemos encontrar en las estructuras y las formas de organización institucional, la riqueza de sentido que posee la tarea de la atención y la satisfacción de la misma, en una correcta atención al paciente enfocada específicamente en seres humanos que se encuentran padeciendo algún problemas o trastornos mental y de

vulnerabilidad, toma una línea de análisis que se debe jerarquizar, sin exclusión, de las diferentes funciones que se requieren para la intervención, en particular la del Psicólogo Clínico, profesión a la que recientemente se le está dando la importancia debida, en esta tarea y en la institución.

La Intervención grupal que implica una serie de dimensiones se destacan por su importancia: humano-sociales; éticas; jurídico-legales; médicas; terapéuticas, que deberán contemplarse como constituyentes infraestructurales en los que asienta, desde el equipamiento físico, hasta los actos más complicados del engranaje institucional.[14]

### 3.2 Organización y funcionamiento.

El funcionamiento de la Unidad de Salud tendrá su propia autonomía y se regirá a las normativas Institucionales coordinadamente, por lo que la organización, el tipo de trabajo y la responsabilidad serán de cada miembro del equipo. Al disponer de esta Unidad el Hospital de Día, las características del personal y el funcionamiento serán:

#### 3.2.1 Médico/a psiquiatra.

En el clásico modelo asistencial, el rol de los psiquiatras estaba claro e implícitamente aceptado por el sistema. Se encontraban en la cúspide de una pirámide jerárquica y sobre ellos solamente residía toda la responsabilidad del ingreso del paciente, del proceso diagnóstico y de las decisiones terapéuticas. Con el progresivo desmantelamiento de las estructuras manicomiales se ha venido cambiando toda esta dinámica de posición jerárquica, aunque en ciertas Unidades Psiquiátricas de los Hospitales Generales aun sigan persistiendo estas denominaciones, en otras

[14] Monterrey, 1991 Francisco Mora Larch, Patzciarp 222, Col. Paraíso.

donde los roles de los distintos estamentos tienden a estar más claramente definidos[15].

El rol de los psiquiatras en las actuales estructuras asistenciales ha de adaptarse a las nuevas tendencias, según las cuales ha de compartir la responsabilidad clínica con otros profesionales; Espino A. distingue tres tipos de psiquiatra: un psiquiatra académico, ligado a la estructura universitaria, más interesado en la enseñanza y la investigación que en la práctica clínica; un psiquiatra hospitalario, entrenado en la psiquiatría pesada y el contacto propiamente dicho con los pacientes; y un psiquiatra clínico asistencial más polivalente.

Con el progresivo desplazamiento de los trabajadores de la Salud Mental desde los hospitales a los dispositivos comunitarios (Centros de Salud, Hospitales etc.), los especialistas en psiquiatría se encuentran con cambios importantes que hacen necesario un esfuerzo de adaptación a una situación nueva, caracterizada por:

1. Trabajar integrado en un equipo multidisciplinario en vez de trabajar aisladamente.

2. Tener contacto diario con los profesionales de la Salud Mental (Psicólogos Clínicos, Trabajadores Sociales y enfermería entre otros).

Existe un consenso general en la literatura especializada actual acerca de la necesidad de definir (o redefinir) los roles de los miembros de los equipos multidisciplinares lo cual es muy importante para no caer en la inoperancia y el confusionismo, por lo que en el caso del Psiquiatra queda en sus

[15] A. García Estrada Pérez, C. de la Cuevas Castresana, Psiquiatra, Prof-Titular de Psiquiatría Universidad de la Laguna. Sta. Cruz de Tenerife.

funciones especificas el prescribir a los pacientes. Por lo que el profesional en psiquiatría será protagonista en cuyos diagnósticos que requiera este tipo de tratamiento, una vez de la compensación psicofarmacológica el paciente será remitido al Psicólogo Clínico que se encargará del proceso terapéutico.

En su relación con los demás miembros del equipo, será deseable una reafirmación en las funciones como son:

Realiza actividades de promoción de la Salud Mental y prevención de la enfermedad.

Realiza la coordinación e interconsulta con los equipos de atención primaria y otros equipos socio- sanitarios y de Educación

Realiza actividades asistenciales: evaluación y diagnostico, tratamientos psicofarmacológico.

### 3.2.2 Médico/a neurólogo.

El desarrollo del ser humano está sujeto a múltiples interacciones con el medio natural y social en el que está inmerso, esto lo podemos lograr proporcionándole a los niños, niñas y adolescentes estímulos temprano necesarios para el desarrollo Bio-Psico-Social. Sin embargo existen incidentes que producen ciertas alteraciones neurológicas ya sean al momento del nacimiento o a lo largo de la vida y que de este depende reconocer alguna patología orgánica.

### 3.2.3 Psicólogo/a clínica.

Este profesional posee un alta sensibilidad humana, tiene un profundo conocimiento de la conducta normal y patológica, apto para el abordaje global del psiquismo humano, tanto en su dimensión interna como en su adaptación al medio; la preparación profesional se la pone en evidencia

cuando se la utiliza en la promoción y prevención en Salud Mental; ejecución de la evaluación psicológica, diagnóstico e intervención a través de técnicas psicoterapéuticas en el entorno mediato a personas que presentan alteraciones en su conducta entre otras de sus funciones constan[16]:

- Realiza actividades específicas de promoción de la Salud Mental y prevención de la enfermedad
- Realiza las evaluaciones psicológicas que el equipo considere oportuno.
- Efectúa directamente las pruebas que por su complejidad así lo exijan y supervisar los que no sean realizados por si mismos directamente.
- Realiza la coordinación e Interconsulta con profesionales de la Salud.
- Coordinación con profesionales en la rama de la educación.
- Realiza actividades asistenciales: evaluación, diagnostico y tratamientos psicoterapéuticos
- Responsable de terapias de grupo e individuales.
- Participa en el programa de Inserción social de niños con características mentales graves mediante coordinación con Servicios Sociales.
- La responsabilidad de denunciar y de precautelar a víctimas de maltrato, violencia y conductas sexuales aberrantes.
- Asesoría (individual, familiar y académica)
- Evaluación (aptitudes, intereses, conocimientos)
- Técnicas-Instrucciones (charlas, seminarios, talleres, conferencias, Audio-visuales)
- Resolución de problemas
- Dinámicas
- Técnicas de relajación progresivas
- Técnicas de respiración

[16] Perfil Profesional carrera de Psicología Clínica ASH UNL

- Psicoterapia
- Medidas de Higiene Mental
- Motivación, entrevistas y Seguimiento

### 3.2.4 Enfermera psiquiátrica.

El cuidar es la esencia de la, la cual se ejecuta a través de una serie de Acciones de Cuidado dirigidos a otro ser humano o grupos con afecciones físicas reales o potenciales, con el fin de mejorar y aliviar las molestias y/o dolencias generadas por el proceso de enfermedad y a mantener la salud, por esto las personas que ejercen esta profesión deben poseer el conocimiento y la capacidad intelectual que le permita resolver problemas emergentes, comunicarse y reflexionar críticamente, sobre los mismos.

Por consiguiente, la Enfermera (o) para ofrecer una atención oportuna al usuario que tiene a su cargo debe realizarle una serie de Acciones de Cuidados como: baño, movilización, administración de fármacos prescritos por médico tratante, entre otros, los cuales van a depender de las condiciones de salud del paciente y Acciones Psico-sociales relacionadas a escuchar las opiniones del paciente, dar respuesta a sus preguntas, brindar un trato amable. Por otra parte, también realiza Acciones Administrativas relacionadas con la Planificación de los Cuidados además:

- Realiza la apertura de Historias Clínicas.
- Administración de tratamientos psicofarmacológicos.
- Da la primera información a nivel profesional a los familiares y los pasos a seguir hasta ser atendido por el terapeuta correspondiente.
- Coordinación con Enfermería sobre la estructuración Equipos de Atención Primaria.

- Efectúa la toma de datos epidemiológicos y vigilancia y seguimiento de los niveles de rendimiento y eficacia de la Unidad.
- Participa en el programa de Inserción de paciente con características mentales graves mediante coordinación con Servicios Sociales.

### 3.2.5 Trabajadora social.

Este profesional brinda un servicio de orientación, el que ayude a prevenir o a solucionar los problemas socioeconómicos, afectivos y patológicos de los individuos o de los grupos sociales, en relación con todas aquellas actitudes, que tiene como fin la armoniosa interacción de los mismos, para lograr el bienestar individual y colectivo en lo referente a salud mental.* Sin embargo en el ambiente hospitalario rrealiza estudios de investigación, evaluaciones socio-económicos, a fin de lograr y mantener en bienestar social de los infantes jóvenes, adultos y adultos mayores y su grupo familiar y entre sus actividades más relevantes tenemos[17]:

- Visita diaria a pacientes hospitalizados
- Entrevista a pacientes y familiares
- Detectar problemas socio-económicos, familiares, ocupacionales, para orientar en su solución.
- Adecuada utilización de los servicios que brinda el hospital.
- Localización de familiares cercanos cuando el caso lo amerite.
- Tramite o informa al médico tratante, situaciones especiales del paciente.
- Ocasionales:
- Denuncias
- Orientación par el trámite de pacientes discapacitados
- Localización a pacientes que han descontinuado su tratamiento

[17] www.indepsi.cl

- Realizar visitas domiciliarias a fin de elaborar estudios socio-económicos a los casos que así lo ameriten.
- Realizar contacto institucional a fin de buscar soluciones a los casos que así lo requieran.
- Discusión de casos por el equipo interdisciplinario.
- Como miembros del equipo interdisciplinario de la Unidad de Salud Mental efectuarán actividades programadas en la comunidad.

### 3.2.6 Secretaria/o.

Es la primera imagen de la institución hacia los de afuera: tanto para los que acuden a ella, como también para los que permanecen lejos, para estos últimos a través de la correspondencia y del teléfono. La figura de la secretaria sigue evolucionando, como sigue evolucionando la empresa; y no sabemos especificar hasta que punto dicha evolución se deba a ella. La vemos como promotora, como animadora, como coordinadora, como ejecutiva, como asistente cercana y activa en las grandes decisiones.

Todas las secretarias del momento presente dan forma a la imagen social de la secretaria y les toca también construir su propio puesto, como quien dice, modelarlo y animarlo. Si la gran mayoría de las secretarias se desempeñan con inteligencia y con responsabilidad, ellas mismas habrán dado categoría social a su puesto, entre sus actividades constan:

- Honestidad y ética.
- Espíritu de servicio.
- Capacidad de escuchar y de comunicar.
- Iniciativa.
- Tranquilidad y paciencia.
- Sentido del humor

- Discreción.
- Disponibilidad.
- Eficacia.
- Amabilidad y simpatía para atender adecuadamente tanto al público interno como al externo.
- Imagen cuidada e impecable
- Atención a las visitas.
- Discreción y tacto a la hora de hablar
- Tono de voz cálido y una cuidada dicción.
- Redacción correcta, precisa y sin faltas.
- Conocimiento de idiomas.
- Ordenar correctamente el archivo.
- Organización del trabajo..
- Organizar los viajes y la agenda.

### 3.3 Métodos de diagnóstico médicos auxiliares.

En una patología su raíz se da en muchas ocasiones por razones Genético, y otras más graves provocados por una clara causa somática, por ejemplo el daño cerebral procede de una enfermedad orgánica, fisiológica, relacionada con una lesión estructural en el cerebro, y trastornos no orgánicos, a veces también denominados funcionales, considerados más leves. Los desórdenes presentan diferentes síntomas según el área afectada o la causa, duración y progreso de la lesión. [18]

Los siguientes métodos son los más empleados actualmente para el diagnóstico:

[18] Edición española: DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Masson, Barcelona, 1985.

**El EEG** proporciona información acerca de la actividad eléctrica cerebral cuyo origen más probable se sitúa en las capas celulares más corticales, el EEG se emplea preferentemente en la evaluación de la epilepsia y otros trastornos neurológicos Algunos investigadores recomiendan que el EEG forme parte de la batería de exploraciones de rutinaria en los pacientes especialmente de aquéllos en quienes se sospecha un trastorno mental orgánico. En el caso del paciente con trastornos conductuales episódicos que sugieren un posible origen epiléptico puesto que un EEG inicial que sea normal no descarta el diagnóstico de epilepsia.

**Resonancia magnética** la técnica de la RM proporciona una visualización tridimensional de la estructura cerebral en planos transversales, sagitales y coronales a través de la medición de la distinta distribución de los núcleos de hidrógeno, localizados principalmente en el agua y la grasa cerebrales.

**El uso de las pruebas de laboratorio** y de otras técnicas diagnósticas en psicología y en psiquiatría constituye un área de rápido desarrollo, sobre todo en el diagnóstico de posibles trastornos orgánicos del SNC en los pacientes, así como en los pacientes que vayan a iniciar o a continuar un tratamiento con una medicación psicotrópica.

La Tomografía axial computarizada TAC o por la denominación escáner, técnica de exploración de rayos X que produce imágenes detalladas de cortes axiales del cuerpo. En lugar de obtener una imagen como la radiografía convencional, la TAC obtiene múltiples imágenes al rotar alrededor del cuerpo. Una computadora combina todas estas imágenes en una imagen final que representa un corte del cuerpo como si fuera una rodaja. Esta máquina crea múltiples imágenes en rodajas (cortes) de la parte del cuerpo que está siendo estudiada.

Esta prueba radiológica es muy útil para el estudio de extensión de los cánceres en especial en la zona craneana, como el cáncer de mama, cáncer de pulmón y cáncer de próstata o la detección de cualquier cáncer en la zona nasal los cuales en su etapa inicial pueden estar ocasionando alergia o rinitis crónica, En determinados casos puede ser necesario utilizar contraste radiológico, que inyectado en el líquido cefalorraquídeo, en los vasos arteriales facilita el diagnóstico. Otro uso es la simulación virtual y planificación de un tratamiento del cáncer con radioterapia es imprescindible el uso de imágenes en tres dimensiones que se obtienen de la TAC.

## 3.4 Espacio físico necesario.

Los Hospitales psiquiátricos, son instituciones organizadas para la internalización y el tratamiento de las personas con desórdenes mentales, son un invento relativamente reciente. Junto con las prisiones, fueron especialmente promovidas, con el doble objetivo de controlar la desviación social y de ejercer medidas de curación, educación o reinserción de los individuos que se encontraban fuera de la normalidad, y con objetivos de salud. En la segunda mitad del siglo XX, la escuela de la anti psiquiatría denunció el tratamiento de los enfermos mentales severos por medio de procedimientos que implican la privación de la libertad y las prácticas violentas. En la actualidad todos los hospitales presentan servicio de salud mental considerando como un departamento necesario para satisfacer la demanda.

La atención prestada al respeto de los derechos humanos, junto con una mayor provisión de recursos para el tratamiento de los pacientes, ha mejorado la imagen de los hospitales. El espacio físico necesario que se necesita y ocupará es el siguiente:

Lugar ideal apartado del ruido con amplios espacios verdes y la infraestructura física necesaria para el alojamiento del personal y de los pacientes.

Consultorios privados que presten la privacidad requerida para realizar la atención adecuada

Sala de reuniones en done se impartirán algunas charlas de información y a su vez funcionaran algunos grupos de ayuda para pacientes específicos y que en el futuro se formaran.

Habitaciones con camas para pacientes específicamente psiquiátricos y psicológicos.

Admisión de pacientes.

En el momento de acudir a consulta el paciente o los familiares solicitan a la enfermera administrativa la atención. El despacho de administración de turnos para la consulta debe estar bien ubicado, visible y enfrente de la sala de espera, a la entrada de la Unidad, relacionado con las demás dependencias, siendo el administrativo el responsable del proceso de Admisión y el enfermero/a el de la gestión de la lista de espera. La enfermera es quién orienta al paciente y familia en la primera visita sobre el funcionamiento de la Unidad y el proceso de asistencia. La apertura de Historia Clínica se la realizara en el departamento de estadística del Hospital, en donde se registrará únicamente las evoluciones manteniendo la confidencialidad para lo cual se llevará un registro propio de la Historia Clínica Psicológica, Psiquiátrica o cualquier otra información en archivos propios manejados por profesionales de la Unidad de Salud.

## 3.5 Material.

Cada profesional, en Salud Mental, realiza el proceso de evaluación y diagnostico con los casos que atiende, existiendo una coordinación entre los miembros de la Unidad en caso de trabajar conjuntamente con un mismo caso. Para este proceso se utiliza el material necesario como:

- Historia Clínica Psicológica,
- Reactivos Psicológicos,
- Manual de diagnostico y de tratamiento de las enfermedades mentales CIE-10 (OMS 1992) como sistema de codificación diagnóstica a nivel de Salud Pública en el Ecuador y el DSM IV TR.
- Folletos o trípticos que servirán para la información de los pacientes y sus familias.
- Sheilon utilizado en pacientes que generalmente sufren de ansiedad y en otras patologías.
- Material audio visual que servirán para terapias entre otras para terapias inversivas.
- Sistema de cómputo para registro.
- Bienes muebles (escritorios, archivadores, sillas y otros)
- Materiales de Escritorio.

En este proceso, además de la valoración del paciente, se realiza una valoración de la dinámica familiar y en caso necesario se valora la situación escolar y social.

## CAPÍTULO IV: PROMOCIÓN EN SALUD MENTAL.

### 4.1 Introducción.

La promoción de la salud mental parte del principio de que todas las personas tienen necesidades de salud mental y no sólo aquéllas a las que han sido diagnosticadas condiciones de salud mental. La promoción de la salud mental concierne esencialmente a la realidad social en la que todos se sientan comprometidos con el bienestar mental.

Una base importante para el desarrollo de salud mental en una institución de salud, es la existencia de un buen sistema previo al análisis de la situación de Salud Mental en el área de influencia. En muchos casos, lamentablemente, los sistemas de salud no disponen de buenos mecanismos de información y estadísticos en el campo de la salud mental, lo que hace más difícil instaurarlos o fortalecerlos en casos de emergencias.

La promoción debe dirigirse al individuo en particular, hacia lo positivo en Salud Pública y a las comunidades, pueblos ciudades. El fomentar en ellos el abandono de hábitos tóxicos como el tabaco y el consumo de alcohol de fin de semana, por lo que es importante incluir medidas de higiene y salud mental como son el conservar buenos hábitos de sueño y reposo después de las jornadas de trabajo, la comunicación y resolución de los conflictos con el diálogo, la situación familiar, lo afectivo el dar y recibir, en evitar ambientes ruidosos, mantener buenas relaciones interpersonales, factores ambientales nocivos tanto en el trabajo como en sus hogares, y cuando se produzca situaciones de tensión y presión en el trabajo premiarse así mismo con la recreación y la distracción lo que les permitirá enfrentar con nuevas fuerzas los retos futuros.

En resumen, si es posible Promover la Salud Mental, es decir dar a la población las herramientas apropiadas para que aprenda a protegerse, para que organice las actividades necesarias para cuidarla, pero este es un proceso como ya se mencionó anteriormente en donde cada uno de los ciudadanos y ciudadanas debe de tener un papel activo.

La psicología positiva se interesa también por la salud mental e incluso está más cercana a ella que los tratamientos psiquiátricos. La "promoción de salud mental" es un término que cubre una variedad de estrategias. Estas estrategias pueden ser vistas desde tres niveles:

**4.2 Nivel individual.**

Motivar los recursos propios de la persona por medio de estímulos en la auto-estima, la resolución de los propios conflictos, la asertividad en áreas como la paternidad, el trabajo o las relaciones interpersonales.

**4.3 Nivel comunitario.**

Una creciente y cohesionada inclusión social, desarrollando las estructuras de ayuda que promueven la salud mental en los lugares de trabajo, estudio y en el vecindario.

**4.4 Nivel oficial.**

El estado de cada nación comprometido en planes que reduzcan las barreras socio-económicas promoviendo oportunidades en igualdad de acceso a los servicios de salud pública por parte de los ciudadanos más vulnerables a este desorden.

## 4.5 Atención primaria o prevención en salud mental.

Las teorías ambientalistas consideran que las causas ambientales de las enfermedades mentales se generan debido a las situaciones más o menos dramáticas de la existencia, como las emociones, las experiencias sociales, las catástrofes, las pasiones, las desilusiones sentimentales, los abandonos la falta de oportunidades, las desigualdades sociales y económicas. De manera que todo se reduce a un denominador común que es el papel patógeno de los problemas de la existencia y en el fracaso de los mecanismos de adaptación.

Existen teorías sociológicas que consideran a la enfermedad mental como una consecuencia de la estructura social y de la presión cultural que ejerce ese tipo de organización sobre el individuo.

Pero también las enfermedades mentales pueden tener un origen endógeno como la herencia, la constitución y debido a patologías orgánicas de distinta índole.

Por lo tanto la prevención de la salud mental debe comenzar con un examen minucioso físico ya que algunas patologías pueden tener su etiología en la alteración de las funciones orgánicas, como en el caso de procesos infecciosos que pueden dar lugar a trastornos psicóticos agudos; o en la patología hormonal, de la tiroides, y suprarrenal sobre todo, que pueden presentar a la vez trastornos mentales y físicos.

Las terapias familiares ayudan a la comprensión de estos procesos y a la prevención en salud mental.

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas como son

Científicamente fundadas

Socialmente aceptables.

Al alcance de todos los individuos de la comunidad mediante su plena participación,

A un costo que la comunidad y el país puedan soportar

Con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación

Todo esto insertado en el Sistema Nacional de Salud. El trabajador de Atención Primaria en Salud Mental debe asistir: las emergencias Psicológicas y Psiquiátricas simples (aquellas que no representan grave riesgo para la vida del afectado ni de las personas a su entorno, que no son de difícil control ni requieren tratamientos especializados, reaccionar afectivamente frente a problemas identificables, transitorios y no graves; por ejemplo: crisis conyugales, reacciones afectivas frente a pérdida, Reacciones psicológicas en grandes grupos poblacionales (Ej. Desastres, guerras, entre otras). Y finalmente ayudar en el tratamiento y control del paciente crónico

### 4.6 Atención secundaria o promoción de la salud mental.

La promoción de la salud mental parte del principio de que todas las personas tienen necesidades de salud mental y no sólo aquéllas a las que han sido diagnosticadas condiciones de salud mental. La promoción de la salud mental concierne esencialmente a la realidad social en la que todos se sientan comprometidos con el bienestar mental.

La promoción de la salud es el proceso que facilita instrumentos a la gente para ganar el control sobre su salud y mejorarla[19]. Por lo tanto, está más

[19] OMS 1986.

vinculada con el mejoramiento de la calidad de vida y el potencial para ganar una mejor salud, que sólo con una disminución de síntomas[20]. Los factores psicosociales que influyen en un número de conductas de la salud (v.g. dieta adecuada, ejercicio físico, no fumar, evitar el uso excesivo de alcohol y prácticas sexuales de riesgo) tienen un amplio espectro de efectos en la salud[21].

Un creciente conjunto de evidencias transculturales señala que varios factores psicológicos, sociales y conductuales pueden proteger la salud y dar apoyo.

Dicha protección facilita la resistencia a las enfermedades, minimiza y retarda la aparición de discapacidades y promueve un restablecimiento más rápido de las enfermedades[22].

Entre otros factores psicosociales ligados a la protección de la salud y la promoción en adultos figuran el vínculo seguro y firme, una visión optimista de la vida y un sentido de propósito y dirección, estrategias efectivas para hacer frente a los desafíos, un control consciente de los acontecimientos de la vida, relaciones emocionales gratificadoras, expresión de emociones positivas e integración social.

Las estrategias preventivas son útiles durante la infancia y la adolescencia. Las cuales reducen la depresión y los sentimientos de desesperanza, agresión y conductas delictivas, así como el uso del tabaco, alcohol y drogas

[20] Secker 1998

[21] OMS 2002

[22] OMS 2002

y esto de manera sostenida (Schweinhart y Weikart, 1992; OMS, 1993; Bruene-Butler et al., 1997; Shochet et al., 2001).

Se ha mostrado que la capacitación de maestros y padres mejora la detección de problemas y facilita las intervenciones anteriormente indicadas.

### 4.7 Atención terciaria o tratamiento en salud mental.

A lo largo de la historia de la medicina han predominado diferentes maneras de entender las enfermedades en general y los trastornos psiquiátricos en particular y, de cada una de ellas, se han derivado diversos modelos de tratamiento. Lo mismo ha ocurrido respecto a los tratamientos psicológicos. Resumiendo podríamos hablar de dos grandes modelos o paradigmas: el psicoanálisis y el conductismo y, en años más recientes, la teoría cognitiva.

Los tratamientos psicológicos derivados de estos dos últimos modelos son los únicos que disponen de una amplia evidencia científica, y que también se han utilizado instrumentos de evaluación de evaluación fiables para que el diagnóstico no dependiera exclusivamente de la opinión del clínico, si no se realice un seguimiento o procedimiento de un tratamiento específico y concreto sobre su eficacia en un amplio grupo de trastornos. Estos tratamientos psicológicos reciben el nombre genérico de terapia Cognitivo-conductual y, a grandes rasgos, se considera que los síntomas y las alteraciones que presenta la persona son el trastorno mismo y es éste al que hay que tratar.

Desde este paradigma, el tratamiento psicológico de los trastornos mentales se fundamenta en la confirmación de que estos trastornos se presentan a través de diversas manifestaciones, a menudo combinadas entre sí: alteraciones físicas o somáticas (dificultades para respirar, alteraciones digestivas, pérdida de apetito y de peso, fatiga, insomnio), alteraciones

emocionales (tristeza, desconfianza, inseguridad, dudas e indecisión), alteraciones del pensamiento (pensamientos repetitivos, dificultades de concentración, fuga de ideas) y alteraciones o cambios conductuales (expresión de ira, mutismo, inactividad o no poder estarse quieto, no poder salir de casa o no ir a determinados sitios).

De manera simplificada, pero con tal de facilitar la comprensión del objeto de los tratamientos, diríamos que las alteraciones físicas de los trastornos mentales se reservan a los tratamientos farmacológicos; en cambio, el tratamiento psicológico es aquella intervención dirigida a mejorar el estado de la persona teniendo en cuenta las alteraciones de su comportamiento. El objetivo del tratamiento psicológico es identificar y modificar los elementos del comportamiento que se han alterado como consecuencia directa del sufrimiento de un trastorno tanto psicológico como psiquiátrico, o bien que ya estaban alterados antes y han contribuido al desarrollo de un trastorno mental o una alteración psicológica.

Por tanto, el tratamiento psicológico es la intervención dirigida a modificar los síntomas "comportamentales" del trastorno mental. Pero el concepto "comportamiento" cabe entenderlo desde una amplia perspectiva.

Con esta palabra hacemos referencia a[23]:

La conducta, las acciones que una persona realiza o deja de realizar, lo que hace o que no hace, ya sea por decisión propia, ya sea porque su estado de ánimo y su estado físico le hacen difícil realizarlo o, por el contrario, le hacen difícil dejar de expresarlo o difícil de controlar.

[23] www.medlineplus.com/www.psicologia-online.com

Los pensamientos o la manera particular de cada uno de entender, de valorar, de dar un significado específico a los hechos cotidianos y otros de más transcendentes. Estos hechos pueden ser tanto sucesos del pasado, como situaciones actuales, o hacer referencia a predicciones sobre acontecimientos futuros; y estas valoraciones, que se expresan como afirmaciones o aseveraciones estrictas y definitivas, se hacen tanto en relación con uno mismo como a la relación que se mantiene con el entorno en que se vive, como en relación con los demás.

Las emociones, son los sentimientos, el estado de ánimo. Es el otro componente básico del comportamiento humano. Lo más habitual y, por tanto, lo que define la normalidad, es que experimentamos diferentes estados de ánimo y que estos estén en relación con la situación y con lo que se nos pide en cada momento. De hecho, la estabilidad emocional no queda bien representada por una línea recta, no quiere decir que experimentemos continuadamente el mismo humor; significa que la persona conserva la capacidad de reaccionar de manera diferente a los distintos acontecimientos.

Igual que las emociones, el resto de elementos que configuran la conducta humana, que es el objeto del tratamiento psicológico, es universal; es decir, los experimentamos, los realizamos, los sentimos y los aplicamos, a todas las personas y de maneras muy variada a lo largo de nuestra vida. Todos tenemos nuestra propia manera de ser, y no somos máquinas programadas para expresar de una única manera y la mejor en cada circunstancia.

## METODOLOGÍA.

### Tipo de estudio:

Para el presente proyecto denominado **"CREACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN LA PARROQUIA URBANA SARAGURO PERTENECIENTE AL CANTÓN SARAGURO DE LA PROVINCIA DE LOJA",** se utilizará el método descriptivo.

### Universo:

Habitantes de la parroquia urbana Saraguro con una población de 3124 habitantes (Equipo Plan de Desarrollo Territorial de Saraguro/2006).

### Muestra:

La muestra obtenida en el programa Epi_Info es de 342 habitantes.

### Muestreo:

**Fórmula**

**Total población:** 3124 habitantes.

**Prevalencia esperada:** 50%

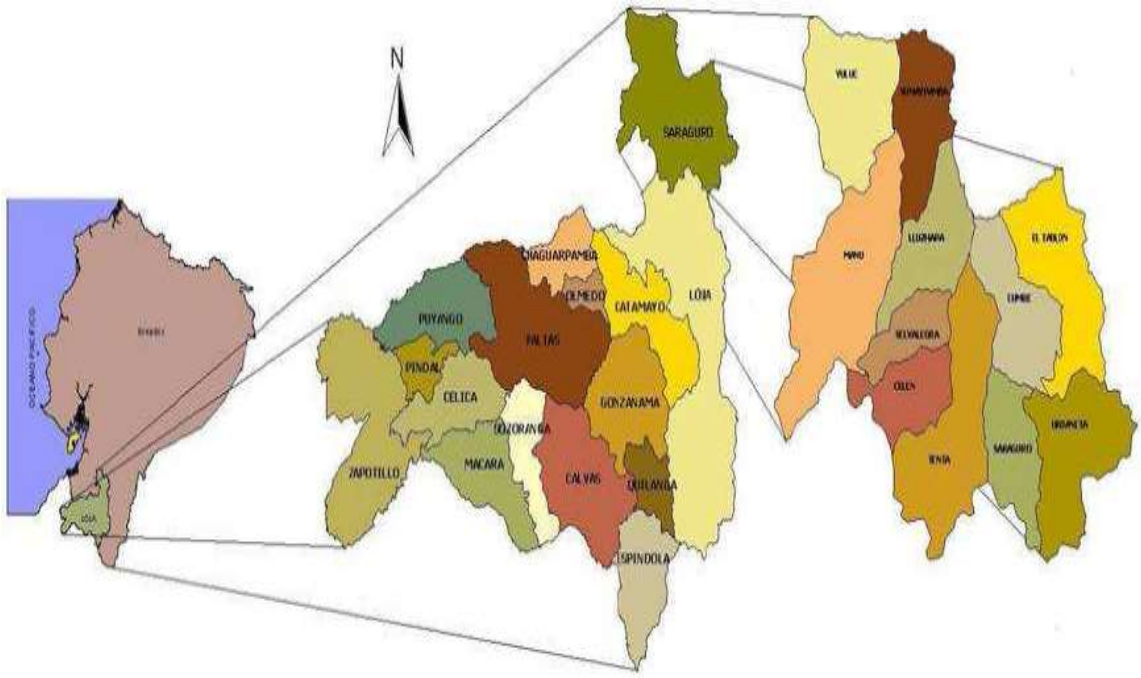
**Error:** 5%

**Confiabilidad:** 95%

El muestreo se lo realizará por medio de conglomerados los mismos que se elegirán de manera aleatoria y dentro de cada uno se tomará una muestra según los habitantes de cada vivienda hasta completar el número de conglomerados.

**Área de estudio**

La presente investigación se llevará a cabo en la parroquia urbana Saraguro del cantón Saraguro, en la que se elaborara una propuesta de creacion de Unidad de Salud mental..




**Procedimiento:**

Revisión bibliográfica con la finalidad de elaborar una propuesta, la cual se hará conocer a las autoridades del cantón y a la población mediante charlas informativas en las instituciones educativas de la parroquia Saraguro con la finalidad de que exista una mejor comprensión de las complicaciones y promocionar la salud mental.

## CRONOGRAMA.

| ACTIVIDADES | TIEMPO | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 2009 | | | | 2010 | | | | | | | | |
| | SEP | OCT | NOV | DIC | ENE | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO | SEP |
| Presentación y aprobación del proyecto de investigación | | | | | | | | | | | | | |
| Planificación de las salidas de campo | | | | | | | | | | | | | |
| Trabajo de campo | | | | | | | | | | | | | |
| Ordenamiento y tabulación de datos | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de la propuesta de creación de la Unidad de Salud Mental y socialización de resultados | | | | | | | | | | | | | |
| Elaboración de primer informe | | | | | | | | | | | | | |
| Disertación y defensa de trabajo de fin de carrera | | | | | | | | | | | | | |

**RECURSOS, PRESUPUESTO Y FINACIAMIENTO.**

**RECURSOS HUMANOS:**

**Tesistas:** Juan Pablo López Cuenca.

Pablo José Tapia Castillo.

**Director de Tesis:** Catedrático de la Universidad Nacional de Loja.

Autoridades del Cantón Saraguro.

**RECURSOS MATERIALES:**

- Bibliografía.
- Suministros y materiales de oficina.
- Cámara de Fotos.

**RECURSOS FINANCIEROS:**

**Fuente de financiamiento:** RECURSOS PROPIOS.

| **GASTOS** | **VALOR** |
|---|---|
| Materiales de escritorio | 450 |
| Copias del instrumento a aplicarse | *350* |
| Internet | 150 |
| Transporte, alimentación y hospedaje | *800* |
| Empastados | 150 |
| Anillados | 300 |

| | |
|---|---|
| Imprevistos | 800 |
| **Total** | **3000** |