



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Carrera de Psicología Clínica

TEMA:

CREACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL
EN EL ÁREA DE SALUD N° 5 DE CARIAMANAGA
EN EL HOSPITAL "JOSÉ MIGUEL ROSILLO"

ABRIL – OCTUBRE 2011

*Proyecto de Desarrollo previo a la
Obtención del Título de Psicóloga
Clínica*

DIRECTOR:

Psic. Clin. Ronald Escalante Romero

AUTORA:

Digna Elizabeth Moreno Arrobo

LOJA - ECUADOR

2011 - 2012

CERTIFICACIÓN

Psic. Clin. Ronald Escalante Romero
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DEL ÁREA DE SALUD HUMANA

CERTIFICA:

Haber dirigido, asesorado y revisado detenidamente el proceso de elaboración de la tesis titulada. "CREACION DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE SALUD N° 5 DE CARIAMANAGA EN EL HOSPITAL "JOSÉ MIGUEL ROSILLO" PERIODO ABRIL –OCTUBRE 2011., de la autoría de la Srta. Digna Elizabeth Moreno Arrobo, la misma que cumple con las exigencias de la investigación científica y las normas de graduación vigentes en la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto autorizo su presentación y defensa.

Psic. Clin. Ronald Escalante Romero

DIRECTOR DE TESIS

AUTORIA

LOS CONTENIDOS, CONCEPTOS, RESULTADOS, CONCLUSIONES Y PROPUESTA SOBRE LA “CREACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE SALUD N° 5 DE CARIAMANAGA EN EL HOSPITAL “JOSÉ MIGUEL ROSILLO” ABRIL 2011 – ENERO 2012, SON DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DE LA AUTORA.

Digna Elizabeth Moreno Arrobo
AUTORA

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a Dios y a mis padres.

A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar en este recorrido al que llamamos vida, a mis padres y hermanos, quienes a lo largo de mi vida han velado por mi bienestar y educación, siendo mi apoyo en todo momento, depositando su entera confianza en cada desafío que se me presenta, sin dudar un solo instante en mi conocimiento y capacidad para afrontarlo. Es por ellos que soy lo que soy ahora.

A todos los familiares y amigo/as quede una u otra manera me han prestado un gran apoyo moral y humano, brindándome su compañía y soporte en momentos que desmayaba, y por la confianza que he sido merecedora y la seguridad de contar con ellos en todo momento.

A los maestros y amigos la Dra. Lorena Celi, Dr. Armando Camino, Dra. Patricia Montalván que la vida me ha puesto en el camino y me han permitido aprender y desarrollarme como persona y profesional.

A todos ellos dedico este pequeño trabajo, que sin su apoyo nunca se habría realizado y, por eso, este trabajo es también el suyo.

Digna Elizabeth Moreno Arrobo

AGRADECIMIENTO

Detrás de este trabajo de investigación están las ideas y los esfuerzos de instituciones y personas que me brindaron su apoyo a lo largo de mis prácticas pre-profesionales.

Mi efusivo agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, a las queridas autoridades de la Carrera de Psicología Clínica y a mis profesores por compartirme sus conocimientos y brindarme su amistad, para convertirme en una profesional competente y de éxito.

Así como también agradezco a las autoridades del Hospital “José Miguel Rosillo” de la ciudad de Cariamanga, institución que me apoyó incondicionalmente en la realización del presente trabajo, al concederme utilizar sus instalaciones y facilitarme los medios suficientes para mi proyecto de creación de la Unidad de Salud Mental.

A mi antiguo Director de Tesis, Dr. Efraín Muñoz por brindarme su disposición y apoyo en la iniciación de la elaboración de este proyecto de tesis.

Y de manera especial, expreso mi gratitud y agradecimiento, al Dr. Ronald Escalante Romero en calidad de Director de Tesis, por su orientación, disponibilidad y sugerencias en el desarrollo y culminación de este trabajo investigativo.

Finalmente, es un placer utilizar este espacio para ser justo y consecuente con todas las personas que incondicionalmente me han brindado su apoyo para la culminación exitosa de este proyecto.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA.....	I
CERTIFICACIÓN.....	II
AUTORÍA.....	III
DEDICATORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
ÍNDICE.....	VI
	Pág.
1. TÍTULO.....	7
2. RESUMEN.....	8
ABSTRACT	
3. INTRODUCCIÓN.....	12
4. REVISIÓN DE LITERATURA	
CAPITULO I: Salud mental.	16
CAPITULO II: Clasificación de trastornos mentales CIE 10, Criterios de la OMS.....	31
CAPITULO III: Desarrolló de Unidad de salud Mental.....	58
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	68
6. RESULTADOS.....	70
7. DISCUSIÓN.....	76
8. CONCLUSIÓN.....	79
9. RECOMENDACIONES.....	81
10.BIBLIOGRAFÍA.....	131
11.ANEXOS.....	133

1. TITULO

CREACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE SALUD N° 5 DE CARIAMANAGA EN EL HOSPITAL “JOSÉ MIGUEL ROSILLO” ABRIL-OCTUBRE 2011.

2. RESUMEN

La salud mental está íntimamente relacionada con las alteraciones mentales ya que desde la antigüedad estas eran consideradas de un origen sobrenatural o como castigo divino, concepción que en la actualidad ha recibido otra visión, de acuerdo al estilo de vida de cada individuo en la que están inmersos factores biológicos, psicológicos y sociológico-culturales. Por lo tanto, padecer un trastorno mental no es impedimento para disfrutar de una adecuada salud mental. Por el contrario, la ausencia de un desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental.

Los índices de alteraciones mentales en todo el mundo reportan un aumento debido a la falta de políticas y lineamientos obsoletos que presentan los gobiernos en el área de salud mental, de ahí la obligación de nuestro país de ejecutar programas encaminados a la promoción y prevención de la salud mental a través de los distintos organismos tanto públicos como privados, disminuyendo paulatinamente la incidencia y prevalencia de psicopatologías en nuestra sociedad.

La provincia de Loja no es ajena a esta realidad, observándose un avanzado deterioro en la salud mental integral de sus individuos debido a una diversidad de trastornos como: la esquizofrenia, retraso mental, la depresión, ansiedad, angustia, cuya etiología ha sido tan diversa, por eso resulta importante trabajar en pro de la salud mental, en especial en el Cantón Calvas, el cual carece de un análisis que determine la incidencia y prevalencia de enfermedades mentales, razón por la que se realizó un estudio utilizando como instrumentos el SRQ y Familiograma, lo que permitió determinar la sintomatología neurótica y el alcoholismo como principal dificultad, frente a la psicosis y la epilepsia.

De ahí la necesidad de implementar acciones en la salud mental, por medio de la creación de la Unidad de Salud Mental, en el Hospital “José Miguel Rosillo” de la Ciudad de Carimanga, la cual brindará una atención ambulatoria en promoción de la salud y la prevención de las enfermedades mentales, tratamiento y reinserción a pacientes que acuden por sus diferentes alteraciones o patologías, privilegiando a grupos de mayor riesgo y desprotegidos, involucrando también en las acciones de salud mental a las familias, la comunidad y estableciendo vínculos formales de colaboración con otros sectores sociales.

Una atención en salud mental implica que los profesionales de la Unidad de Salud Mental sean un equipo multidisciplinario formado por psiquiatra, psicólogo(a) clínico(a), psicólogo(o) infantil, trabajador(a) social y enfermera(o) que den respuesta a la complejidad bio-psicosocial del ser humano, y que brinden una atención integral basada en la confianza y el respeto.

Con esta iniciativa pretendo dar una alternativa de solución que favorezca a la población de la ciudad de Carimanga, que ha estado carente de atención en esta área como lo es la salud mental, planteamiento importante y necesario para lograr un bienestar bio-sicosocial de la población.

SUMMARY

The mental health is intimately related with the mental alterations since from the antiquity these they were considered of a supernatural origin or like punishment divides, conception that at the present time has received another vision, according to each individual's lifestyle in the one that inmersos biological, psychological and sociological-cultural factors are. Therefore, to suffer a mental dysfunction is not impediment to enjoy an appropriate mental health. On the contrary, the absence of a mental disorder doesn't necessarily indicate that one has mental health.

The indexes of mental alterations in the entire world report an increase due to the lack of political and obsolete limits that the governments present in the area of mental health, of there the obligation of our country of executing programs guided to the promotion and prevention of the mental health through the different organisms so much publics as private, diminishing the incidence and psicopatologías prevalencia gradually in our society.

The county of Loja is not unaware to this reality, being observed an advanced deterioration in the health mental integral of its individuals due to a diversity of dysfunctions like: the schizophrenia, mental delay, the depression, anxiety, anguishes whose etiología has been so diverse, for that reason it is important to work in pro of the mental health, especially in the Canton Bald patches, which lacks an analysis that determines the incidence and prevalencia of mental illnesses, reason for the one that he/she was carried out a study using as instruments the SRQ and Familiograma, what allowed to determine the neurotic sintomatología and the alcoholism like main difficulty, in front of the psychosis and the epilepsy.

Of there the necessity to implement actions in the mental health, by means of the creation of the Unit of Mental Health, in the Hospital "José Miguel Rosillo" of the

City of Carimanga, which will offer an ambulatory attention in promotion of the health and the prevention of the mental illnesses, treatment and reinserción to patients that go for their different alterations or pathologies, privileging to groups of more risk and desprotegidos, also involving in the actions of mental health to the families, the community and establishing formal bonds of collaboration with other social sectors.

An attention in mental health implies that the professionals of the Unit of Mental Health are a multidisciplinary team formed by psychiatrist, psicólogo(a) clínico(a), psicólogo(o) infantil, trabajador(a) social and enfermera(o) that give answer to the human being's complexity bio-psicosocial, and that they offer an integral attention based on the trust and the respect.

With this initiative I seek to give a solution alternative that favors the population of the city of Carimanga that has been lacking of attention in this area like it is it the mental health, important and necessary position to achieve the population's well-being bio-sicosocial.

3. INTRODUCCIÓN

La salud mental se contempla como un proceso continuo salud-enfermedad-salud, por el cual todas las personas a lo largo de la vida atravesamos. En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la salud física, depende, en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública para prevenir, tratar y reinserir.

Según la OMS estima que aproximadamente 450 millones de personas sufren de un trastorno de salud mental en el mundo,¹ de los cuales menos de la mitad reciben la atención que necesitan, la que depende de una mejor formación de los agentes de salud, de la población en general y de un mayor consenso entre los gobiernos para el desarrollo de servicios destinados a la enfermedad mental y a sus comunidades. Se pronostica que los problemas de salud mental aumentarán en todo el mundo por dificultades sociales y económicas tales como el desempleo, el crimen, la pobreza, la intolerancia racial, el abuso de sustancias peligrosas, la falta de hogar y los abusos de las personas, según lo indica el CIE 10 (2002).

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentra la salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparan siempre por conservar y mantener niveles óptimos o “saludables”. Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, sino que forma parte de la responsabilidad del gobierno, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana entre los seres humanos, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.

Por ello la prevención de los trastornos mentales corresponde a la promoción de un ambiente socio-cultural, determinado por aspectos como la autoestima, las

¹ Organización Mundial de la Salud (OMS)

relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación primaria, en la niñez y la juventud. La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental, en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, la manera en la que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

Las condiciones culturales y socioeconómicas de los países de América Latina y el Caribe no permiten que se repliquen los modelos de naciones desarrolladas. No se cuenta con psiquiatras, psicólogos u otros profesionales de la salud mental suficientemente entrenados para atender el número de individuos afectados por problemas mentales, por otro lado, no parece conveniente ni necesario que la mayoría de los problemas de salud mental reciban una atención medicalizada.

Para esto es necesario desarrollar programas con una visión comunitaria, satisfaciendo así las crecientes y diversas necesidades de la población, en estas consideraciones se realiza la presente investigación la cual partió de la necesidad que en Cariamanga, cantón de la provincia de Loja, en el Hospital “José Miguel Rosillo”, no se brinda una atención integral en salud mental debido a que no cuenta con una unidad de salud mental, por lo que se realizó un estudio psicopatológico a sus habitantes durante el periodo de junio - agosto 2010, a través del reactivo psicológico SRQ y el Familiograma, dichos instrumentos fueron aplicados en una muestra determinada por el EPI-INFO, del que se pudo determinar que la población total de la cabecera cantonal de Calvas según la proyección para el 2010 es de 14.450 habitantes, la muestra a utilizarse con el 95% de confiabilidad correspondió a 374 personas a las cuales se les aplicó los dos instrumentos con el fin de analizarlos y estudiarlo detenidamente para determinar la prevalencia de cada una de las enfermedades mentales. En donde

encontramos los siguientes datos: La neurosis ocupa el primer lugar con un porcentaje 87,43%; alcoholismo con el 39.5%; psicosis con el 16.04%, epilepsia con el 7.48%, lo que justifica la creación de la Unidad de Salud Mental, en el Hospital José Miguel Rosillo, institución que tiene como propósito brindar atención integral, donde el equipo de salud mental ofrecerá los siguientes servicios:

El servicio psiquiátrico estará en capacidad de prestar la atención adecuada y oportuna en los niveles primario, secundario y terciario, teniendo en cuenta que no es posible el enfrentamiento de los problemas psiquiátricos mediante intervenciones aisladas, sino que se hace necesario un enfoque biopsicosocial que involucre la mayor cantidad de factores que puedan afectar al individuo. Este se encarga fundamentalmente de tratamientos biomédicos que alteran el estado físico o bioquímico del paciente, lo que incluye la medicación o terapia electroconvulsiva.

El servicio de enfermería interviene identificando y valorando las alteraciones de salud y de cuidados en lo individual, familiar y grupal, considerando los aspectos biopsicosociales que determinan el proceso salud-trastorno mental-salud, ayudará al paciente a independizarse lo antes posible y a contribuir a su rehabilitación y re-socialización; atenderá las urgencias, resolviéndolas, en caso fuera necesario remitirlas hacia los profesionales y/o servicios adecuados, y administrar tratamientos psico-farmacológicos prescritos cuando el paciente lo requiera.

El servicio de psicología clínica estará encargado, de evaluar determinadas características del paciente que pueden influir en el tratamiento o algunos de los resultados que éste ha provocado en el paciente, a través de la evaluación, diagnóstico de la personalidad, inteligencia, aptitudes y psicoterapia, de forma individual, grupal o familiar, intervención preventiva a nivel comunitario, métodos de intervención clínicos y selección del entrenamiento, así también supervisar el tratamiento y su respectiva reinserción social.

El servicio de psicología infantil estará dedicado a explicar y crear métodos dinámicos para resolver y evaluar los problemas sociales, afectivos, emocionales y comportamentales que los niños y niñas tienen a lo largo de su desarrollo desde la etapa natal hasta la adolescencia, necesitando para ello el apoyo de las familias.

El servicio del trabajador social, se establece como complemento útil y necesario para una mejor atención integral socio-sanitaria al paciente, actuará previniendo, promoviendo, interviniendo, reinsertando y educando en el campo de la salud así como en actividades de atención al usuario y fomentan la participación ciudadana.

Todos estos servicios se mantendrán coordinados entre sí para el intercambio de información, la definición dinámica de las respectivas áreas de competencia, el flujo de pacientes entre ellas y la realización de actividades conjuntas. El esquema de creación abarca pautas, técnicas y estrategias que incluirán la promoción y prevención de la salud mental, el diagnóstico, la intervención psicoterapéutica y reinsertación constante del individuo al medio en que se desenvuelve, reiterando que su aplicación estará determinada dependiendo de las características propias del paciente, de su entorno, el tipo de psicopatología, y de las causas y factores predisponentes y desencadenantes de la enfermedad encontrada en el paciente.

4. REVISIÓN DE LITERATURA

CAPITULO I SALUD MENTAL

1.1. Historia

El concepto de salud mental está estrechamente relacionado con el de alteración mental, y, para poder comprender el mismo, se torna necesaria una revisión de los antecedentes de la enfermedad mental y de los precursores de su estudio a lo largo de la historia. Así, en la antigüedad, “los seres humanos trataban de explicar y controlar los comportamientos anormales, que reflejaban un origen sobrenatural o castigo divino, mediante intensos interrogatorios psíquicos a cargo de sacerdotes, en los que se exploraba aspectos como “si se ha robado” o “cometido adulterio”, y se utilizaban oraciones, formulas mágicas o cualquier procedimiento religioso para inducir a la sanación. Los seres humanos, cabe mencionar, siempre han atribuido la causa de sus padecimientos a agentes exógenos, que influyen directamente en su comportamiento, pensamiento y emociones, con el propósito de encontrar respuestas fuera de sí que les permitan evadir la responsabilidad que les corresponde en el desarrollo o mantenimiento de sus problemas”.²

David Barlow y Mark Durand, (2002) en su Tratado de la Psicopatología, brindan una amplia panorámica de las diversas tradiciones humanas empleadas para explicar y/o comprender el comportamiento anormal: a saber, la tradición sobrenatural (de la que ya se ha hablado brevemente en el párrafo anterior), la tradición biológica y la tradición psicológica.³

La tradición sobrenatural.- Gran parte de los seres humanos consideraban la enfermedad mental como una batalla entre el bien y el mal. Los tratamientos se basaban en la hechicería y la magia e incluía el exorcismo, que consistía en la

² David Barlow y Mark Durand “TRATADO DE PSICOPATOLOGIA”, 3ra Edición, 2002

³ David Barlow y Mark Durand “TRATADO DE PSICOPATOLOGIA”, 3ra Edición, 2002

práctica de diversos rituales religiosos para librar a la víctima de los espíritus malignos. Durante la edad media, algunos suponían que las influencias demoniacas eran la explicación predominante de la conducta anormal, pocos consideraban que lo sobrenatural tenía poca o ninguna influencia.

La tradición biológica.- Los griegos fueron los primeros en estudiar las "enfermedades mentales" desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto. Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente. Hipócrates sostuvo que las enfermedades se producían por un desbalance de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños excesos de estos tres humores y de sangre daban lugar a personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas.

Hipócrates le da un origen material a la enfermedad mental en el momento en que hace una primera clasificación de las enfermedades en general; él ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. Fue el primero en proponer que los sueños son la expresión de nuestros deseos que acceden hacia el conocimiento cuando se eliminan las demandas de la realidad. También fue el primero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como la epilepsia, la manía, la paranoia, el delirio tóxico, la psicosis puerperal, las fobias e histeria. Aunque los "enfermos mentales" ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos.

La tradición biológica floreció en el mundo occidental en el siglo XIX. John P. Grey fue el más influyente psiquiatra con su postura de que la demencia siempre se

debía a causas físicas. Su tratamiento se basaba en el descanso, la dieta, la temperatura ambiental y la ventilación adecuada; métodos utilizados durante siglos por los terapeutas anteriores en la tradición biológica.

A partir de la 2ª Guerra Mundial es cuando cambia la percepción de las enfermedades mentales con teorías sociológicas posteriores, que propugnan que las enfermedades mentales no tienen un origen orgánico, si no que las genera la propia sociedad: la cultura, relaciones interpersonales, y el ambiente en general, apareciendo nuevas instituciones de tratamiento para sustituir a los manicomios.

La tradición psicológica.- A finales del siglo XIX, junto con la búsqueda de las causas biológicas comenzó a darse una aproximación científica a los trastornos psicológicos y su clasificación. Este acercamiento se realizó a través de la terapia moral, término que significaba “emocional” o “psicológico”. Sus principios se basaban en cuidar a los pacientes de una forma más eficiente que permitiera una mejor interacción social. Esta técnica se originó como sistema con el conocido psiquiatra Philippe Pinel (1745-1826). Este médico francés cambió la actitud de la sociedad hacia los enfermos mentales. Pinel fue nombrado en 1795 director de La Salpêtrière, en París, y gracias a él se liberó a los enfermos mentales de sus cadenas. En su tratado de la insania clasificó las enfermedades mentales en cuatro tipos: manía, melancolía, idiocia y demencia, y explicó su origen por la herencia y las influencias ambientales.⁴

En conclusión, el agigantado avance científico y el cambio en los estilos de vida han permitido que la salud mental adquiera otra visión, basados en un abordaje integral y multidisciplinario, en el que se contempla la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. De esta concepción empiezan a surgir los principios de prevención y reinserción, donde el medio social de la persona adquiere una importancia relevante.⁵

⁴ <http://www.psiquiatria.com> Janssen-Cilag S.A. 2001. Última actualización 10 Noviembre del 2011

⁵ (Abella, 1963,1981a; Goldenberg y Lubchansky, 1990; Linares, 1981; Rigol, 1991).

1.2. Definición

El concepto de salud mental fue descrito en primer lugar como "higiene mental" por el psiquiatra estadounidense Clifford Whittingham Beers, (1908), quien fundó el Comité Nacional de Higiene Mental en 1909 y adelantó la campaña por los derechos de los enfermos mentales.

Según el Comité de Expertos de La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es “La condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio”.

Asimismo, la salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía, la competitividad y potencial emocional. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.

En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que la "salud mental" y las "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no es inconveniente para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.⁶

⁶ www.wikipedia.org/wiki/Salud_mental

1.3. Importancia

La salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y la comunidad de ahí su importancia, desafortunadamente los profesionales de la salud e instituciones están tan preocupados con los problemas inmediatos de las personas que tienen una enfermedad mental, que no les permite prestar atención al origen de estas patologías que pueden ser prevenidas a través de la promoción de la salud mental, que involucra acciones que apoyen a las personas a adoptar y mantener estilos de vida saludables, y a que creen condiciones de vida y ambientes que apoyen su salud, en el que intervienen aspectos familiares, escolares en donde son los eslabones primarios donde se forma el ser humano, fortaleciendo su autoestima y sus relaciones interpersonales.⁷

Su importancia se puede considerar de la siguiente manera:

- α Es esencial para el bienestar y funcionamiento de los individuos.
- α Es un recurso importante para los individuos, familias, comunidades y naciones.
- α Contribuye a las funciones de la sociedad y tiene un efecto sobre la productividad general.
- α Abarca a todas las personas ya que se genera en nuestra vida diaria en las casas, lugares de trabajo y actividades recreativas.

1.4. Orígenes y evolución del término Salud Mental

El concepto de salud mental surge a mediados del siglo XX y se utiliza para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. La implantación del término ha ido paralela a la concepción integral del ser humano, entendida desde una perspectiva biopsicosocial. La salud mental es un campo plural e

⁷ <http://www.psicología-online/saludmental/importancia>

interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía, etc.).

La salud mental tiene una historia tan prolongada como el propio ser humano y a través del tiempo la concepción del trastorno mental ha recibido diferentes denominaciones y formas de tratarlo. A principios del siglo XX, la salud mental tiene un importante avance y aparecen términos como “profilaxis mental” (en Europa) e “higiene mental” (en Estados Unidos); ambos precursores del actual concepto de salud mental. El término profilaxis mental con el tiempo acaba diluyéndose y se consolida el de higiene mental que surge en EE.UU. con la publicación que C. Wittingham Beers hace en 1908.

En el Congreso Internacional sobre higiene mental que se celebró en Londres en 1948, se sustituyó el término de “higiene mental” por el de “salud mental” y se fundó la Federación Mundial de Salud Mental, que será la encargada de continuar organizando los encuentros internacionales y coordinar la salud mental a nivel mundial.

Al hablar de salud mental, estamos haciendo referencia a la forma en la que pensamos, sentimos y actuamos. Estamos hablando del estado de equilibrio de una persona y su entorno. La salud mental es un concepto que nos habla fundamentalmente del derecho a vivir en un equilibrio psicoemocional que, aún siendo inestable, ya que la vida misma lo es, no acarree más sufrimiento que el esfuerzo necesario para mantener ese equilibrio o para lograr otro más adecuado a las nuevas circunstancias. Se trata además de un concepto multidisciplinar que contempla además de conceptos médicos y farmacológicos, aspectos que tienen que ver con nuestro mundo social, con el mundo laboral, el urbanismo, la educación, la cultura, las creencias, las modas.

Desde la perspectiva actual, se pueden hacer ya algunas valoraciones de los avances de la Reforma Psiquiátrica. Es evidente que se han dado pasos agigantados en el abordaje del enfermo mental, sobre todo en el ámbito del

tratamiento y la reinserción, que eran, de hecho, los objetivos básicos de la reforma.⁸

La salud mental es un don que todos queremos poseer, independientemente de si lo designamos o no con ese nombre. Cuando hablamos de felicidad, tranquilidad, goce o satisfacción, casi siempre nos estamos refiriendo a la salud mental.

1.5. Parámetros para considerar a una persona mentalmente sana⁹

Según la Federación Mundial para la Salud Mental y la Academia Panamericana de Psiquiatría, la salud mental tiene que ver con las siguientes interrogantes:

¿Cómo nos sentimos con nosotros mismos?

¿Cómo nos sentimos con los demás?

¿En qué forma respondemos a las demandas de la vida?

No existe una línea divisoria que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está. En verdad, existe toda una gama de grados de salud mental y no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia de que se la posee. Por otra parte, tampoco la ausencia de uno de esos atributos puede admitirse como prueba de “enfermedad mental”. Más aún, nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una “buena salud mental”.

Entre las características de las personas mentalmente sanas se encuentran las siguientes:

a.- Estar satisfecho consigo mismo:

- ✓ No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones).
- ✓ Pueden aceptar sin alterarse las decepciones de la vida.

⁸ (García, Espino y Lara, 1998; Hernández, 1997; Villabí y Farrés, 1998).

⁹ Federación Mundial para la Salud Mental y la Academia Panamericana de Psiquiatría

- ✓ Tienen una actitud tolerante, despreocupada, respecto a la propia persona y a los demás y son capaces de reírse de sí mismas.
- ✓ Ni subestiman ni sobrevaloran sus habilidades.
- ✓ Se respetan a sí mismas.
- ✓ Se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones.
- ✓ Consiguen placer de las cosas simples de la vida cotidiana.

b.- Se sienten bien con los demás:

- ✓ Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás.
- ✓ Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas.
- ✓ Les gusta confiar en los demás y sentir que los otros confían en ellos.
- ✓ Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- ✓ No se aprovechan de los demás ni dejan que se les utilice.
- ✓ Se sienten parte de un grupo.
- ✓ Se consideran implicados en los avatares que afectan a la sociedad.

c.- Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta:

- ✓ Enfrentan sus problemas a medida que se van presentando.
- ✓ Aceptan sus responsabilidades.
- ✓ Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario.
- ✓ Planifican para el futuro, al que enfrentan sin temor.
- ✓ Tienen la mente abierta a nuevas experiencias e ideas.
- ✓ Hacen uso de sus dotes y aptitudes.
- ✓ Se fijan sus metas ajustándose a la realidad.
- ✓ Son capaces de tomar sus propias decisiones.
- ✓ Consiguen satisfacción en poner su mejor esfuerzo en lo que hacen.

1.6. Salud mental en el Ecuador

1.6.1. Antecedentes de la salud mental en la región

Las condiciones económicas y sociales en nuestra historia han determinado la calidad de vida de nuestros habitantes y consecuentemente la salud en general y la salud mental en particular. Así nuestros primitivos habitantes debieron presenciar el origen de la vida y la llegada de la muerte, las catástrofes y la destrucción provocada por las fuerzas naturales. Ante aquella realidad, miedos y temores habrán dominado su pensamiento, con todo su componente psicofisiológico afectando a ese hombre, que apenas podía imaginar el porqué de todo lo sucedido. En todo caso, la sucesión de los hechos le habrá llevado a imaginar que esas realidades no eran sino la expresión de fuerzas poderosas que no alcanzaba a entender, menos todavía a explicar. Fue así como lentamente la idea de fuerzas extrañas surgió en su mente. La salud, la enfermedad, el dolor y la muerte tuvieron interpretaciones en función de lo dicho, y consecuentemente va apareciendo los mitos, supersticiones, rituales y prácticas orientadas a controlar dichas fuerzas (se crean y cree en infinidad de dioses).

Los médicos del incario practicaron con mucha pericia la trepanación del cráneo, se cree que fue una técnica encaminada al exorcismo en ciertas enfermedades, que seguramente eran de tipo psiquiátrico. Lo misterioso y sobrenatural que acompaña al ser humano desde siempre, persiste en las múltiples formas de la intuición común; al ser así, las creencias, supersticiones persistieron en todas las clases sociales y en todos los tiempos, la enfermedad mental fue el campo propicio para interpretaciones cargadas de este tipo de creencias.

La llegada de los españoles, trae consigo la imposición de un nuevo orden filosófico, en el cual al hombre se le dicotomiza en cuerpo y alma, el bien y el mal asumen inmediatamente otro tipo de connotación religiosa, basada en un modelo católico, alcanzando una nueva imagen de la locura, una mezcla de la superstición y fanatismo católico, hace de los enfermos mentales seres perversos, resultado de

la hechicería, la posesión demoníaca y el maleficio y que, por tanto deben ser aislados, exorcizados, torturados o sancionados por el Tribunal de la Santa Inquisición, los cuales tenían suficiente poder para juzgar sobre los más diversos aspectos del quehacer científico. La "locura" entonces tiene otra interpretación para estos tribunales, y se la asume como fruto de la posesión diabólica.

1.6.2. Enfermedad

Se denomina enfermedad al “proceso y al status causado por una afectación en un ser vivo, que altera su estado ontológico de la salud, el cual puede ser provocado por distintos factores, ya sean intrínsecos o extrínsecos al organismo enfermo.” (OMS, 1946).

Trastorno mental

La CIE-10 (Décima clasificación de las enfermedades mentales de la Organización Mundial de la Salud de 1993) define a los "trastornos" mentales en función de la presencia de determinadas conductas anormales, lo que la persona hace o dice - criterio psicosocial o de determinados síntomas de malestar, que presenta la persona-criterio médico.

Existen puntos de coincidencia entre las concepciones aborígenes y actuales de la enfermedad mental, las dos la reconocen como:

- Manifestación sobrenatural.
- Desconocen que se deba a una alteración orgánica.
- No reconocen al cerebro como el asentamiento de esta patología.
- Es producto de la posesión de un espíritu ajeno.
- Se la ve con temor.
- Debe ser tratada por personas entendidas en asuntos mágico-religiosos.
- Ajena a todo proceso humano.

1.7. Panorama actual de la salud mental en el Ecuador

Actualmente se realizan investigaciones que dan cuenta de la necesidad de invertir más en salud mental, en términos financieros y en recursos humanos, tanto para la atención de la población que sufre algún trastorno mental como para generar trabajos de investigación y promover la salud mental.

Las alteraciones mentales son un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia sino por el impacto del sufrimiento y desestructuración que sufren los pacientes, sus familias y el entorno cercano. Comprende un amplio número de psicopatologías, que generalmente se caracterizan por su larga duración como los procesos crónicos, lo que supone una enorme carga a la familia, al sistema sanitario y a la propia sociedad.

Frente a esto el Ministerio de Salud Pública del Ecuador está proponiendo ofrecer servicios de promoción de la salud mental que generen fortalezas internas, individuales, colectivas e institucionales como estrategias idóneas para mejorar la calidad de vida, disminuir el dolor, el sufrimiento y la enfermedad.¹⁰ En virtud de lo cual pretende ampliar los siguientes servicios:¹¹

Atención psiquiátrica: a través de los hospitales psiquiátricos que brindarán atención a los enfermos con problemas psiquiátricos, con cobertura provincial y/o regional y/o nacional.

Atención de problemas psicoemocionales: a través de algunos hospitales generales, que ya cuentan con servicios psiquiátricos y de psicología, y unos pocos con Unidad de Salud Mental en las cuales se brinda:

- Atención de problemas de alcohol, todas las formas de violencia y maltrato.

¹⁰ "PROMOCION DE LA SALUD MENTAL". CARVAL Adriana. pag.5 año 2008

¹¹ "LA SALUD MENTAL PARA EL ECUADOR DEL NUEVO MILENIO: REALIDADES Y PERSPECTIVAS". CARVAL Adriana. pag.4 año 2008

- Atención de crisis de ansiedad, malestar emocional, disfunción sexual, depresión (ideas suicidas), intentos de suicidio.
- Atención de trastornos adaptativos, problemas laborales, domésticos, familiares y económicos.
- Intervención en procesos de calificación de discapacidades.

Unidades de Salud Mental en Áreas de Salud:

- Trabajan en promoción, prevención y coordinación comunitaria.
- Atención en problemas que afectan el rendimiento escolar.
- Trabaja con adolescentes.
- Atención en problemas psicosociales antes mencionados.
- Atiende morbilidad de varias problemáticas
- Trabaja con la comunidad, en escuelas, consulta externa y ambulatoria.

Salud Mental en Direcciones Provinciales:

- Trabajan en promoción, prevención, coordinación y desarrollan un fuerte trabajo interinstitucional.
- Coordinación con los comités de salud en la comunidad.
- Organizan y mantienen comisión interinstitucional.
- Formación al personal de salud en salud mental, género y equidad.
- Desarrollan y amplía la gama de trabajo comunitario.

Salud Mental en Unidades Móviles:

- Atención de problemas de salud mental a través de Psicología en la unidad móvil.

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Oficina de Salud Mental cumple en forma periódica acciones de capacitación sobre atención primaria en salud mental,

lo que ha permitido que el año 2006 al menos el 20% de quienes laboran en ese sector se hayan capacitado.¹²

Por ello hay que tener en cuenta que para el abordaje de la enfermedad mental se requiere complejos procesos de tratamiento y reinserción, que exigen una estrecha supervisión y un importante número de contacto con los profesionales sanitarios y, por tanto, un elevado consumo de recursos.

1.7. Perfil epidemiológico a nivel del Ecuador

En el Ecuador la problemática de la salud mental es alarmante, cada vez más observamos y determinamos que se va profundizando el incremento de patologías mentales en la colectividad, con relación a los diagnósticos a nivel de los hospitales psiquiátricos el de mayor prevalencia es la esquizofrenia y a nivel de los servicios ambulatorios los trastornos de ansiedad. Por ello, el Ministerio de Salud, bajo la coordinación directa de la Dirección Nacional de Salud Mental, generó la investigación respectiva en el periodo 2000 – 2009 para establecer el perfil epidemiológico en el Ecuador respecto al comportamiento humano, reportando la siguiente tasa estadística (efectuada por cada 100.000 habitantes), se ha verificado en los datos estadísticos un aumento en las principales enfermedades mentales, encontrándose la mayor morbilidad en víctimas de violencia y maltrato, que constituyen la primera demanda de atención de salud mental en las unidades del Ministerio de Salud Pública. La depresión, que es la gran pandemia de este siglo, ocupa el segundo lugar y sus tasas se acercan a 50 /100.000 hbts., el tercer lugar lo ocupa la epilepsia y cuarto el alcoholismo con tasas cercanas a los 33.68/ 100.000 hbts., en un quinto grupo está el intento de suicidio con 15.32/ 100.000hbts., y el retardo mental con 28.34 /100.000 hbts. Las restantes enfermedades: demencias, psicosis, suicidio consumado y fármaco dependencias tienen tasas menores cercanas a 4.50/100.000 habitantes.¹³

¹² <http://www.msp.gob.ec/index.php/Salud-Mental/informacion-general.html>

¹³ EPI-2. Dirección Nacional de Salud Mental 2009

1.8. Perfil epidemiológico en Loja

En la provincia de Loja, también afectada por alteraciones mentales de diversa índole, se han realizado estudios estadísticos por parte del Ministerio de Salud Pública, utilizando como fuente los datos del EPI 2 “es un paquete estadístico de dominio público, creado por la Organización Mundial de la Salud para el control de las Enfermedades el cual permite hacer análisis estadístico de información, así como para la organización y diseño de los resultados en informes” por cada 100.000 hbs. En donde encontramos que:

La violencia y maltrato, ocupan el primer lugar con un porcentaje de 97.2%, alcoholismo con el 67.2%, depresión con el 65.8%, epilepsia 58.8%, intentos de suicidio con 14.7%, retardo mental 18.3%, demencia 4.8%, casos de psicosis existe un porcentaje del 2.3%, la farmacodependencia reportan un 1.6% y encontrando bajos índices de suicidios consumados, cuya etiología ha sido tan diversa incidiendo factores biológicos (Genéticos y congénitos); factores socio-culturales (la pobreza, migración –desestructuración familiar-, hacinamiento, la drogadicción, el alcoholismo, la sub-culturización, entre otros); factores ambientales (contaminación, deforestación, erosiones).¹⁴

1.9. Análisis psicopatológico de la cabecera cantonal del Cantón Calvas Provincia de Loja

En la provincia de Loja en la cabecera cantonal de Calvas se justifica la necesidad de la creación de la Unidad de Salud Mental adjunta al Hospital José Miguel Rosillo de la ciudad de Carimanga, al realizar un estudio psicopatológico a sus habitantes durante el periodo de junio - agosto 2010, a través del reactivo psicológico SRQ documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud para la extensión de los servicios de Salud Mental, y el Familiograma que es un método para almacenar datos de la familia y analizar la estructura y el ciclo

¹⁴ EPI-2. Dirección Nacional de Salud Mental 2009.

evolutivo de cada uno de los miembros de la familia, así también permite al grupo de salud identificar problemas genéticos y hereditarios, basados en la información recopilada. Dichos instrumentos fueron aplicados en una muestra determinada por el EPI-INFO, del que se pudo determinar que la población total de la cabecera cantonal de Calvas según la proyección para el 2010 es de 14.450 habitantes, la muestra a utilizarse con el 95% de confiabilidad correspondió a 374 personas a las cuales se les aplicó los dos instrumentos con el fin de analizarlos y estudiarlo detenidamente para determinar la prevalencia de cada una de las enfermedades mentales. En donde encontramos los siguientes datos: La neurosis ocupa el primer lugar con un porcentaje 87,43%; alcoholismo con el 39.5%; psicosis con el 16.04%, epilepsia con el 7.48%

CAPITULO II

LOS TRASTORNOS MENTALES

2.1. Definición

Según el DSM-IV TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada), el trastorno mental es conceptualizado como un síndrome o un patrón comportamental o psicológico de significación clínica, que aparece asociado a un malestar (p. ej., dolor), a una discapacidad (p. ej., deterioro en una o más áreas de funcionamiento) o a un riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad. Además, este síndrome o patrón no debe ser meramente una respuesta culturalmente aceptada a un acontecimiento particular (p. ej., la muerte de un ser querido). Cualquiera que sea su causa, debe considerarse como la manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica. Ni el comportamiento desviado (p. ej., político, religioso o sexual) ni los conflictos entre el individuo y la sociedad son trastornos mentales, a no ser que la desviación o el conflicto sean síntomas de una disfunción¹⁵.

Así mismo, en la CIE-10 (Décima Clasificación Internacional de las Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, 1992), el término "trastorno mental" se emplea para señalar la presencia de un comportamiento o de un grupo de síntomas identificables en la práctica médica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad del individuo¹⁶.

A estas definiciones hay que agregar el hecho de que desde 1990, la APA y la OMS trabajan conjuntamente para aunar criterios de diagnóstico entre el DSM y ciertas secciones del CIE-10. Sin embargo, a pesar de los esfuerzos infructuosos realizados, no se ha conseguido hacerlo y aquello ha ido en menoscabo de la detección oportuna de los trastornos mentales y de la elaboración de cuadros

¹⁵ MANUAL DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

¹⁶ CLASIFICACIÓN DE LAS INTERNACIONALES DE LAS ENFERMEDADES. 10° Edición

estadísticos que permitan comprobar su prevalencia, dado que ambos manuales emplean nomenclaturas diferentes.

2.2. Clasificación

Los más importantes sistemas de clasificación que existen en la actualidad para el diagnóstico de los trastornos mentales son: la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10), publicada por la Organización Mundial de la Salud, y el DSM-IVTR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición revisada), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría. Dado que en el ámbito médico se emplea con mayor frecuencia la CIE-10, y que el presente proyecto se enfoca en la creación de una Unidad de Salud Mental en un centro de asistencia médica, se utilizará este sistema clasificatorio de las enfermedades mentales para facilitar así el trabajo integral y el manejo de una misma codificación y nomenclatura.

Según la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, los trastornos mentales se clasifican de la siguiente manera:

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

- F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- F01 Demencia vascular.
- F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.
- F03 Demencia sin especificación.
- F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.
- F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas
- F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática
- F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.

- F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.

- F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.
- F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.
- F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
- F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.
- F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.
- F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la cafeína).
- F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.
- F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
- F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
- F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

- F21 Trastorno esquizotípico.
- F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.
- F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.

- F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.
- F25 Trastornos esquizoafectivos.
- F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
- F29 Psicosis no orgánica sin especificación.

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

- F31 Trastorno bipolar.
- F32 Episodios depresivos.
- F33 Trastorno depresivo recurrente.
- F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- F38 Otros trastornos del humor (afectivos)
- F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

- F41 Otros trastornos de ansiedad.
- F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.
- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- F44 Trastornos disociativos (de conversión).
- F45 Trastornos somatomorfos.
- F48 Otros trastornos neuróticos.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

- F50 Trastornos de la conducta alimentaria.
- F51 Trastornos no orgánicos del sueño.
- F52 Disfunción sexual no orgánica.
- F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.
- F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.

- F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.
- F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

- F60 Trastornos específicos de la personalidad.
- F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.
- F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.
- F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.
- F64 Trastornos de la identidad sexual.
- F65 Trastornos de la inclinación sexual.
- F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.
- F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.

F70-79 Retraso mental.

- F70 Retraso mental leve.
- F71 Retraso mental moderado.
- F72 Retraso mental grave.
- F73 Retraso mental profundo.
- F78 Otros retrasos mentales.
- F79 Retraso mental sin especificación.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

- F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.
- F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.

- F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.
- F84 Trastornos generalizados del desarrollo.
- F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico.
- F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

- F90 Trastornos hiperkinéticos.
- F91 Trastornos disociales.
- F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.
- F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.
- F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
- F95 Trastornos de tics.
- F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
- F99 Trastorno mental sin especificación.

2.3 Principales trastornos mentales que se presentan en la provincia de Loja (cabecera cantonal de Calvas)

El análisis epidemiológico efectuado en la cabecera cantonal de Calvas, provincia de Loja entre los meses de julio y agosto del 2010, en el que se empleó el SRQ (Self Reporting Questionnaire) y el familiograma para la obtención de datos, se reportó que las psicopatologías que se presentan con más frecuencia en esta población son:

En mayor frecuencia son el alcoholismo y la neurosis término propuesto por el médico escocés William Cullen (1769) para referirse a los trastornos sensoriales y motores causados por enfermedades del sistema nervioso, existiendo una confusión debido a que este término se utilizaba para describir cualquier tipo de alteración, razón por la que fue abandonado por la psicología científica y

la psiquiatría. La OMS. (CIE-10) y la APA (DSM-IV-TR) han cambiado la nomenclatura internacional para referirse a los cuadros clínicos de la neurosis como trastornos entre los que se incluyen trastornos del humor, trastornos neuróticos secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos, y los trastornos de personalidad.

En menor frecuencia la psicosis en la que se incluye esquizofrenia, trastorno esquizotípico, trastornos de ideas delirantes persistentes, trastorno psicótico agudo y transitorio, trastorno de ideas delirantes inducidas, trastornos esquizoafectivos y otros trastornos psicóticos no orgánicos; seguidamente le sigue la epilepsia y la violencia.

Por lo que se torna necesaria una revisión de la literatura existente sobre dichas alteraciones para su oportuno análisis y toma de medidas pertinentes.

2.3.1. Trastornos del humor (afectivos)¹⁷

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o de euforia. Este cambio suele acompañarse de un nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. La incidencia de estos trastornos es alarmante a nivel mundial y no se diga a nivel local, que según datos de la Dirección de Salud Mental para el 2009, la provincia de Loja presenta una incidencia del 65.8% por cada 100.000hab.

¹⁷ CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES 10 Edición.

2.3.2. Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos¹⁸

Según La CIE 10, dentro de este apartado encontramos los trastornos que presentan ansiedad frente a situaciones estresantes y los trastornos somatomorfos. Los primeros caracterizados por una preocupación del enfermo en síntomas aislados tales como palpitaciones o sensación de desvanecimiento que a menudo se acompaña de miedos secundarios a morir, a perder el control o a volverse loco, siendo necesario en algunos casos recurrir al apoyo psiquiátrico para reducir y controlar estos miedos, mientras que el segundo mantiene una presentación reiterada de síntomas somáticos acompañados de demandas persistentes de exploraciones clínicas por parte de los pacientes, a pesar de repetidos resultados negativos de las exploraciones clínicas y de continuas garantías de los médicos de que los síntomas no tienen una justificación somática.

2.3.3. Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos¹⁹

Caracterizados por la presencia de sintomatología que afecta a dos necesidades básicas del ser humano como lo son, la alimentación y el sueño; en cuanto a la trastornos de la conducta alimentaria tenemos la anorexia, la bulimia y la hiperfagia; sus características más importantes son una pérdida deliberada de peso, ingesta excesiva de alimentos y una preocupación exagerada por el control del peso corporal; los trastornos no orgánicos del sueño se incluye: las disomnias cuya alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño, debida a causas emocionales y parasomnias trastornos episódicos durante el sueño; se incluye también las disfunciones sexuales de origen no orgánico que se trata de una falta de interés, una imposibilidad de sentir placer, un fracaso en la respuesta fisiológica necesaria para una interacción

¹⁸ CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES 10 Edición

¹⁹ CLASIFICACION INTERNACIONAL DE LAS ENFERMEDADES 10 Edición

sexual efectiva o una incapacidad para controlar o sentir un orgasmo, todas ellas relacionadas con alteraciones psicológica.

2.3.4. El alcoholismo²⁰

La dependencia de alcohol consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, de comportamiento y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo alcohol, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella. Existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, la abstinencia y una ingestión compulsiva de alcohol. Aunque no está incluida específicamente en los criterios de diagnóstico, la “necesidad irresistible” de consumo (craving) se observa en la mayoría de pacientes con dependencia al alcohol. La tolerancia es la necesidad de recurrir a cantidades crecientes de alcohol para alcanzar la intoxicación (o el efecto deseado) o una notable disminución de los efectos del alcohol con su uso continuado a las mismas dosis. La abstinencia es un cambio de comportamiento desadaptativo, con concomitantes cognoscitivos y fisiológicos, que tienen lugar cuando la concentración en la sangre o los tejidos de alcohol disminuye en un individuo que ha mantenido un consumo prolongado de grandes cantidades del mismo.

Etiología del alcoholismo

Se entremezclan factores sociales, psicológicos y biológicos.

Factores sociales.- la cultura y la economía favorecen el consumo de esta sustancia, en casi todos los lugares se dispone de alcohol y más allá de las costumbres de cada familia existen, presiones grupales o reclamos publicitarios para beber, aunque sea de forma moderada.

Factores biológicos.- varias líneas de investigación han comunicado que existe una diferente vulnerabilidad genética a esta adicción, vulnerabilidad que podría

²⁰ MANUAL DE DIAGNOSTICO Y ESTADISTICAS DE LOS TRASTORNOS MENTALES. (DSM IV)

estar relacionada con polimorfismos de los genes que promueve el receptor D2 de la dopamina y las enzimas alcohol y aldehído-deshidrogenasa.²¹ Entre las personas que tienen un familiar de primer grado afectado de alcoholismo, el riesgo de sufrir la adicción es tres a cuatro veces mayor que entre los individuos que carecen de este tipo de antecedentes.

Factores psicológicos.- entre los factores psicológicos que predisponen a las personas son la baja tolerancia a la frustración, la esperanza de consuelo para la ansiedad, los conflictos en las relaciones personales, la baja autoestima, el deseo de sentirse bien, descansar y olvidar el estrés, la necesidad de escapar de las situaciones desagradables, así como la incapacidad para poder solucionar sus problemas, la necesidad de desinhibirse en reuniones y ser aceptados en un grupo social, la dificultad para controlar sus impulsos incluyendo la sexual; frente a esto la compleja interacción entre estresores, sensaciones negativas, otros trastornos psicológicos y reacciones negativas favorecen en el consumo de la sustancias.

2.4. Trastornos de menor incidencia en la cabecera cantonal de Calvas provincia de Loja

2.4.1. Trastornos psicóticos agudos y transitorios

El término psicótico se ha utilizado para caracterizar muchas conductas inusuales que incluye delirios (creencias irracionales) y alucinaciones. La psicosis es la pérdida del juicio de la realidad; se puede producir por diferentes causas, por lo tanto, para realizar el diagnóstico es necesario analizar otros parámetros del examen psicopatológico (conciencia, psicomotricidad, afecto, atención, concentración y memoria, inteligencia, curso del pensamiento, sensopercepción), como también la evolución y formas del curso del cuadro clínico. En general, el enfermo psicótico no tiene conciencia de su enfermedad y/o no efectúa una crítica de ella, en tanto que el neurótico reconoce sus síntomas. La incidencia de estos

²¹ CLEMENTE Y SANCHEZ-TURET,1999

trastornos según datos de la Dirección de Salud Mental para el 2009, la provincia de Loja presenta una incidencia del 2% por cada 100.000hab.

2.4.1.1. Clasificación de la psicosis según la organización mundial de la salud:

a) Esquizofrenia: se caracteriza por distorsiones de la percepción (alucinaciones, características alteradas de los objetos, etc.), del pensamiento (bloqueos, concentración en aspectos superficiales, etc.) y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas (superficialidad, caprichos, incongruencias).

La constatación de heterogeneidad de estos pacientes llevó a que se distingan subtipos, dependiendo de los síntomas:

Esquizofrenia paranoide.- Deben satisfacerse las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia y predominar las alucinaciones o las ideas delirantes siendo relativamente poco llamativos los trastornos de la afectividad, de la voluntad, del lenguaje y los síntomas catatónicos.

Esquizofrenia Hebefrénica.- los trastornos afectivos son importantes, las ideas delirantes y las alucinaciones son transitorias y fragmentarias y es frecuente el comportamiento irresponsable e imprevisible y los manierismos.

Esquizofrenia Catatónica.- caracterizado por la presencia de trastornos psicomotores graves. En el cuadro clínico deben aparecer uno o más de los siguientes tipos de comportamiento: estupor o mutismo, excitación, catalepsia, negativismo, rigidez, flexibilidad cérea, obediencia automática y/o perseveración del lenguaje.

Esquizofrenia Indiferenciada.- conjunto de trastornos que satisfacen las pautas generales para el diagnóstico de esquizofrenia pero que no se ajustan a ninguno

de los tipos previamente descritos o presentan rasgos de más de uno de ellos, sin que haya un claro predominio de uno en particular.

Esquizofrenia Residual.- estado crónico, en el que se ha producido una clara evolución progresiva desde los estados iniciales de la enfermedad hacia los estadios finales, caracterizados por la presencia de síntomas "negativos" y de deterioro persistente, aunque no necesariamente irreversibles.

Esquizofrenia Simple.- Trastorno en el cual se presenta un desarrollo insidioso aunque progresivo, de un comportamiento extravagante, de una incapacidad para satisfacer las demandas de la vida social y de una disminución del rendimiento en general. No hay evidencia de alucinaciones y ni de ideas delirantes y el trastorno es no tan claramente psicótico como los tipos hebefrénico, paranoide y catatónico.

Los síntomas de los diferentes subtipos de esquizofrenia pueden clasificarse en positivos y negativos. Los **síntomas positivos** incluyen distorsiones o exageraciones del pensamiento, la percepción, el lenguaje y la comunicación y la organización comportamental. Estos síntomas positivos obedecen a dos dimensiones:²²

Dimensión psicótica:

✓ Ideas delirantes: creencias erróneas que implican una mala interpretación de las percepciones o experiencias.

✓ Alucinaciones: ocurren en cualquier modalidad sensorial, pero las auditivas son las más comunes en la esquizofrenia. Las alucinaciones auditivas son experimentadas generalmente como voces, extrañas o conocidas, las que ocurren mientras se concilia el sueño (hipnagógicas) y las ocurridas al despertar (hipnopómpicas) se consideran normales.

²² Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales (DSM, el inglés Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994).

Dimensión desorganización:

✓ El comportamiento y pensamiento desorganizado: se ha optado por el concepto de lenguaje desorganizado, que en sujetos de esquizofrenia comúnmente se observa tangencialidad y laxitud en el discurso.

Los **síntomas negativos** son la disminución o pérdida de las funciones normales, son difíciles de evaluar por que ocurren en un continuo de la normalidad, son inespecíficos y pueden ser debido a diferentes factores. Existen tres:

Aplanamiento afectivo: se caracteriza por la inmovilidad y falta de respuesta en la expresión facial del sujeto (hipomimia), contacto visual pobre y reducción del lenguaje corporal. Para determinar si éste es lo suficientemente persistente para cumplir el criterio, es útil observar al sujeto interactuando con otros.

Alogia (pobreza del habla): se manifiesta por las respuestas breves, lacónicas y vacías. El sujeto parece tener una disminución de los pensamientos que se refleja en un descenso en la fluidez y la productividad del habla.

Abulia: caracterizada por una incapacidad para iniciar y persistir en actividades dirigidas a un fin.

b) Trastorno Esquizotípico.- caracterizado por un comportamiento excéntrico y por anomalías del pensamiento y de la afectividad que se asemejan a las de la esquizofrenia. Pueden aparecer algunos de los siguientes rasgos: la afectividad es fría y vacía de contenido, y a menudo se acompaña de Anhedonia, el comportamiento o la apariencia son extraños, excéntricos o peculiares, empobrecimiento de las relaciones personales y una tendencia al retraimiento social, ideas de referencia, ideas paranoides o extravagantes, creencias fantásticas y preocupaciones autísticas que no conforman claras ideas delirantes, ideas paranoides o suspicacia, manifestaciones de despersonalización o desrealización ocasionales, pensamiento y lenguaje vagos, metafóricos y a menudo estereotipados, sin llegar a una clara incoherencia o divagación del pensamiento.

c) Trastornos de Ideas Delirantes Persistentes.- Se caracteriza por las ideas delirantes consolidadas durante bastante tiempo, que no pueden ser clasificadas como orgánicas, esquizofrénicas o afectivas. Se trata probablemente de un grupo heterogéneo, cuyas relaciones con la esquizofrenia no son claras.²³

Trastorno de Ideas Delirantes, grupo de trastornos caracterizado por la aparición de un único tema delirante o de un grupo de ideas delirantes relacionadas entre sí que normalmente son muy persistentes, y que incluso pueden durar hasta el final de la vida del individuo. Pueden aparecer de modo intermitente síntomas depresivos y, en algunos casos, alucinaciones olfatorias y táctiles.

Otros Trastornos de Ideas Delirantes Persistentes, categoría residual para los trastornos de ideas delirantes persistentes que no reúnen las pautas de un trastorno de ideas delirantes.

d) Trastorno Psicótico Agudo y Transitorio se caracteriza por un comienzo agudo (cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en un período de dos semanas o menos), presencia de síndromes típicos (el estado rápidamente cambiante y variable –polimorfo- y la presencia de síntomas esquizofrénicos típicos); y/o presencia de estrés agudo.

- Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo (sin síntomas de esquizofrenia).- Trastorno psicótico agudo en el cual las alucinaciones, las ideas delirantes y las alteraciones de la percepción son evidentes pero marcadamente variables y cambiantes de un día para otro e incluso de una hora a otra. También suele estar presente un estado de confusión emocional con intensos sentimientos fugaces de felicidad y éxtasis o de angustia e irritabilidad. A veces destacan síntomas individuales de tipo afectivo o psicótico, no se satisfacen las pautas para episodio maníaco, episodio depresivo o esquizofrenia.

²³ Clasificación Internacional de las enfermedades (CIE 10)

- Trastorno Psicótico Agudo Polimorfo con Síntomas de Esquizofrenia.-

Trastorno psicótico agudo en el que se satisfacen las pautas diagnósticas del trastorno psicótico agudo polimorfo y en el que están presentes de forma consistente síntomas típicos de la esquizofrenia.

- Trastorno Psicótico Agudo de tipo Esquizofrénico.-

Trastorno psicótico agudo en el cual los síntomas psicóticos son comparativamente estables y satisfacen las pautas de la esquizofrenia pero cuya duración ha sido inferior a un mes. Puede estar presente hasta cierto punto una inestabilidad o variabilidad emocional, pero no con la extensión descrita en el trastorno psicótico agudo polimorfo.

e) Trastorno de Ideas Delirantes Inducidas.-

se caracteriza por ser un trastorno compartido por dos o más personas que comparten estrechos lazos emocionales. Sólo uno de los afectados padece un auténtico trastorno psicótico. En el otro o los otros las ideas delirantes son inducidas y normalmente remiten cuando se les separa.

f) Trastornos Esquizoafectivos.-

Trastornos episódicos en los cuales tanto los síntomas afectivos como los esquizofrénicos son destacados y se presentan durante el mismo episodio de la enfermedad, preferiblemente de forma simultánea o al menos con pocos días de diferencia entre unos y otros.

g) Otros trastornos psicóticos no orgánicos.-

Trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas para esquizofrenia o para los tipos psicóticos de trastornos del humor (afectivos) y los trastornos psicóticos que no satisfacen las pautas sintomáticas para trastorno de ideas delirantes persistentes. Incluye la psicosis alucinatoria crónica sin especificación.

h) Psicosis no orgánica sin especificación.

2.4.2. Epilepsia

Es una enfermedad crónica caracterizada por uno o varios trastornos neurológicos que deja una predisposición en el cerebro para generar convulsiones recurrentes, que suele dar lugar a consecuencias neurobiológicas, cognitivas y psicológicas. Las características de las crisis epilépticas van a depender de las funciones de la corteza cerebral donde se localiza la descarga. Las crisis epilépticas suelen ser transitorias, con o sin disminución del nivel de consciencia, movimientos convulsivos y otras manifestaciones clínicas;²⁴ de acuerdo al análisis epidemiológico realizado en la cabecera cantonal del cantón Calvas la prevalencia de la epilepsia es del 10.05% en la población.

Anteriormente se creía que el aura era un aviso de la cercanía de la crisis; ahora se sabe que el aura es la etapa inicial de la descarga epiléptica y corresponde a una crisis parcial simple sensitiva. La epilepsia puede afectar a personas de cualquier edad. Puede tener muchas causas, puede tener origen en lesiones cerebrales de cualquier tipo pero en muchos casos no hay ninguna lesión, sino únicamente una predisposición de origen genético a padecer las crisis. Cuando no hay una causa genética o traumática identificada se llama Epilepsia idiopática mientras las epilepsias en las que se presume un origen orgánico, pero que aún no puede ser probado, se denominan epilepsias criptógenas (criptógena = origen oculto).

La epilepsia la podemos clasificar según su etiología en:

Idiopática o constitucional. Es aquella epilepsia de causa no identificable que suele presentarse generalmente entre los 5 y 20 años de edad aunque puede presentarse a cualquier edad.

²⁴ es.wikipedia.org/wiki/Epilepsia

Sintomática.- Son epilepsias residuales, esto es epilepsias como secuela, como "residuo", de un trastorno cerebral anterior ya concluido como: a) anormalidades congénitas y lesiones perinatales, este tipo provoca convulsiones que se presentan durante la infancia o la niñez. En el adulto, la supresión al alcohol o drogas, insuficiencia renal, uremia, desequilibrios electrolíticos, deficiencias nutricionales pueden ocasionar las convulsiones.

Traumatismo.- (Lesión cerebral).-Son una causa frecuente de convulsiones, en cualquier edad pero en especial en adultos jóvenes.

Enfermedades vasculares.- Generalmente se presentan con el envejecimiento (60 años o más), y como ejemplo tenemos los accidentes cerebro vasculares.

CUADRO CLÍNICO.- Una crisis epiléptica o convulsión ocurre cuando una actividad anormal eléctrica en el cerebro causa un cambio involuntario de movimiento o función del cuerpo, de sensación, de la capacidad de estar alerta o de comportamiento. La crisis puede durar desde unos segundos hasta varios minutos, e incluso en algunas crisis parciales pueden llegar a ser continuas, durando días, semanas o meses. Cuando la duración del episodio es mayor de 30 minutos, se denomina status y representa una emergencia neurológica que debe ser manejada en una unidad hospitalaria.

Los síntomas que experimenta una persona durante una crisis epiléptica dependen del lugar en el cerebro en el cual ocurre la alteración de la actividad eléctrica. Por lo tanto, el cuadro clínico varía dependiendo del tipo de síndrome epiléptico causante de las crisis.

Convulsiones parciales.- Las convulsiones parciales afectan solo una parte del cerebro, y se dividen en: **convulsiones parciales simples.-** (conservan la conciencia) este tipo de crisis puede manifestarse por síntomas motores focales (sacudida convulsiva) o con síntomas somatosensoriales (parestias u

hormigueo) o **convulsiones parciales complejas.**- (existe deterioro), en este tipo de convulsiones el deterioro de la conciencia puede ir precedido, acompañado, o seguido de síntomas psíquicos y automatismo.

Convulsiones Generalizadas.- Existen diferentes variedades de convulsiones generalizadas y éstas afectan todo o gran parte del cerebro:

- **Pequeño mal** (Convulsiones de ausencia).- Esta crisis se caracteriza por deterioro de la conciencia. Este tipo de crisis normalmente inicia en la niñez y es frecuente que desaparezca hacia los 20 años de edad.
- **Ausencias atípicas.**- las alteraciones del tono suelen ser más notables o los ataques tienen un inicio y terminación más graduales.
- **Convulsiones mioclónicas.**- Este tipo de crisis consiste en sacudidas mioclónicas únicas o múltiples.
- **Gran mal.**- Estas se caracterizan por la pérdida repentina de la conciencia, el paciente cae al suelo se pone rígido y se detiene la respiración (fase tónica), esto dura menos de un minuto y va seguida de una fase clónica que se caracteriza por sacudidas de la musculatura del cuerpo que puede durar dos o tres minutos para pasar a una etapa de coma flácido.
- **Convulsiones tónicas, clónicas o atónicas.**- puede haber pérdida de la conciencia con los signos clónicos o tónicos descritos, especialmente en niños.

Para el diagnóstico de la epilepsia y de los trastornos convulsivos se requiere del electroencefalograma (EEG), que describe la actividad eléctrica del cerebro y puede confirmar la presencia de varios tipos de convulsiones, así también en algunos casos, indica la ubicación de la lesión que está causando la convulsión.

2.4.3. Violencia

“Uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo de comunidad, que cause o tenga muchas

probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OMS, 2003, p.5), según datos de la Dirección Nacional de Salud Mental hasta el año 2009 la incidencia de casos de violencia y maltrato en la Ciudad de Loja es de 218.4 por cada 100.000 hbts.

El elemento esencial en la violencia es el daño, tanto físico como psicológico. Este puede manifestarse de múltiples maneras y asociado, igualmente, a variadas formas de destrucción: lesiones físicas, humillaciones, amenazas, rechazo, etc. La violencia no solo es el daño físico, puede manifestarse también el daño (en forma de desconfianza o miedo) sobre el que se construyen las relaciones interpersonales, pues es el origen de los problemas en las relaciones grupales, bajo formas como el resentimiento, el odio, etc., que, a su vez, perjudica las redes sociales y de comunidad.

En otro orden de cosas, cuando la violencia es la expresión contingente de algún conflicto social puede darse de manera espontánea, sin una planificación previa por ello la violencia puede ser también emocional o política, a través de amenazas, ofensas o acciones. Algunas formas de violencia son sancionadas por la ley o por la sociedad, otras son crímenes.

Por norma general, se considera violenta a la persona irrazonable, que se niega a dialogar y se obstina en actuar pese a quien pese, y caiga quien caiga. Suele ser de carácter predominantemente egoísta, sin ningún ejercicio de la empatía. Todo lo que se viola es catalogado como violento si se impone por la fuerza.

Tipos de violencia: el abuso físico, el abuso psíquico y el abuso sexual.

En una relación puede producirse todos los tipos de violencia o solo algunos de ellos. La violencia física siempre va acompañada a la violencia psicológica.

Violencia física: produce daño corporal o lesión a través de golpes de diversa intensidad, con las manos, instrumentos o armas: empujones, patadas, puñetazos, palizas, mordeduras, quemaduras, cortes, intentos de estrangulamiento.

Violencia sexual: desde la imposición de una relación sexual no deseada, de posturas, gestos, actos o formas de vestir, hasta abuso y violación con uso de fuerza física. Insultos y acusaciones durante las relaciones sexuales, trato como si la mujer fuera objeto. Venganza, chantaje y amenazas si no quiere tener relaciones sexuales.

Violencia psicológica y emocionales: insultos, humillaciones, burlas, coerción, descalificaciones y críticas constantes, desprecios, abandono y aislamiento emocional, incomunicación, gritos, chantajes, amenazas de tipo económico o emocional, control de lo que dice, hace, etc.

Gabriela Ferreira reconoce la violencia de la siguiente forma:²⁵

Malos tratos sociales: humillaciones, descalificaciones y burlas en público, se muestra descortés con las amistades o con la familia de la víctima, seduce a otras personas en presencia de la pareja, la persona es tratada como una sirvienta o un sirviente en presencia de otras personas.

Malos tratos ambientales: persona que rompe y golpea objetos, destroza enseres, tira sus cosas.

Malos tratos económicos: persona que controla el dinero, le impide su acceso y conocer el patrimonio familiar, toma decisiones unilaterales sobre su uso, se apodera de los bienes, le impide tener un trabajo asalariado, le asigna una cantidad y le exige explicaciones de los gastos realizados

Perfil psicopatológico de los hombres violentos²⁶

Los trastornos mentales, en sentido estricto, son relativamente poco frecuentes (cerca del 20 % del total) (Sanmartín, 2000, 2002). Sin embargo, en todos los casos se dan alteraciones psicológicas en el ámbito del control de la ira, la

²⁵ RUIZ Consuelo – JARABO Quemada LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

²⁶ SANMARTÍN José. El laberinto de la violencia. Causa, Tipos y Efectos. 2ª Edición 2004 pág. 242

empatía y la expresión de emociones, las cogniciones sobre la mujer y la relación de pareja, y las habilidades de comunicación y de solución de problemas.

1.- Trastornos mentales

A veces existe cierta relación entre la violencia familiar y los trastornos mentales. En general, los trastornos mentales más frecuentemente relacionados con la violencia en el hogar son las psicosis—por el componente de ideas delirantes de celos o de persecución que posee— y el consumo abusivo de alcohol y drogas —que pueden activar las conductas violentas en personas impulsivas y descontroladas.

Los factores predictores de comportamientos violentos entre los enfermos mentales son los siguientes: a) historial previo de agresiones; b) negación de la enfermedad y consiguiente rechazo del tratamiento; c) trastornos del pensamiento (ideas delirantes de persecución) o de la percepción (alucinaciones relacionadas con fuerzas externas controladoras del comportamiento), con pérdida del sentido de la realidad; d) daños cerebrales; e) maltrato infantil, y f) consumo abusivo de alcohol y drogas (Pincus, 2001; Rojas Marcos, 1995).

a) Consumo de alcohol y de drogas

De cualquier forma, el abuso de alcohol no explica en su totalidad la presencia de conductas violentas en los maltratadores. Lo que hace el alcohol es activar las conductas violentas derivadas de unas actitudes hostiles previas (Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2002).

b) Celos patológicos

Es relativamente habitual la presencia conjunta de celos patológicos y violencia familiar. Se trata de sujetos en los que la firme creencia en la infidelidad de sus parejas provoca un estado emocional intenso de ira que, junto con otros factores, puede desencadenar episodios de violencia (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001).

No debe olvidarse, en este sentido, que este trastorno constituye un factor de riesgo de homicidio de la pareja —los llamados crímenes pasionales—, especialmente en torno o inmediatamente después de una separación no deseada por el agresor. En el caso del homicidio de la mujer, los principales factores de riesgo son los siguientes: llevar casada más de 12 años; haber sido objeto de malos tratos habituales y de amenazas de muerte; pertenecer a una clase social baja; haber abandonado a su agresor después de una larga convivencia, y llevar separadas, de hecho, menos de 9 meses. En estos casos, el homicidio es el último episodio de una historia anterior de malos tratos (Cerezo, 2000).

c) Trastornos de personalidad

Asimismo, algunos trastornos de personalidad pueden estar implicados en la adopción de conductas violentas en el seno de la familia (White y Gondolf, 2000). En concreto, la psicopatía (caracterizada por la manipulación, la falta de empatía en las relaciones interpersonales y la ausencia de remordimiento ante el dolor causado), propicia la aparición de conductas violentas y crueles (Corral, 1994; Garrido, 2000; Hare, 2000); el trastorno límite de la personalidad, el trastorno paranoide y el trastorno narcisista son algunos otros trastornos que entrañan un cierto riesgo de violencia en la pareja (Rojas Marcos, 1995).

2.- Alteraciones psicológicas

Las alteraciones psicológicas pueden ser muy variables, pero de una forma u otra, y a diferencia de los trastornos mentales, están presentes en todos los casos.

a) Falta de control sobre la ira

Los maltratadores se caracterizan por la pérdida de control sobre la ira. Se puede hablar de una ira desbordada cuando se dirige de forma desmedida hacia otros seres humanos, cuando produce consecuencias muy negativas para el bienestar de los demás y de uno mismo, e incluso cuando aparece en situaciones innecesarias o ante estímulos irrelevantes. En estos casos la ira es una respuesta a una situación de malestar (por ejemplo, de estrés en el trabajo o de

insatisfacción con uno mismo) o una forma inadecuada de hacer frente a los problemas cotidianos (dificultades en la relación de pareja, control del dinero, problemas en la educación de los hijos, enfermedades crónicas, etc.) (Echeburúa y otros, 2002).

b) Dificultades en la expresión de las emociones

Las dificultades de expresión emocional están en el origen de muchos conflictos violentos en el hogar. Muchos hombres han aprendido a no expresar sus sentimientos porque éstos «son fuente de debilidad» y «el hombre debe ser fuerte», y a no interpretar adecuadamente los sentimientos de su pareja. Los hombres violentos, sobre todo cuando cuentan con una baja autoestima, tienden a valorar las situaciones como amenazantes. De este modo, la inhibición de los sentimientos y esta percepción distorsionada de la realidad pueden crearles conflictos que no saben resolver de otra manera que no sea mediante el uso de la violencia. Pero esta situación lleva a un círculo vicioso: la reiteración de la violencia no hace sino empeorar la baja autoestima del agresor (Dutton y Golant, 1997).

c) Distorsiones cognitivas sobre la mujer y la relación de pareja

Los hombres maltratadores suelen presentar numerosos sesgos cognitivos, relacionados, por una parte, con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y, por otra, con ideas distorsionadas sobre la legitimidad de la violencia como forma de resolver los conflictos.

Además, tienden a emplear diferentes estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad de sus conductas violentas tales como la negación u olvido del problema o la minimización o justificación. Asimismo, y por este mismo motivo, suelen atribuir la responsabilidad del maltrato a la mujer, a factores personales o a factores externos (Echeburúa y Corral, 1998).

d) Déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas.

Desde la perspectiva de las relaciones interpersonales, los maltratadores tienden a presentar unas habilidades de comunicación muy pobres y una baja tolerancia a la frustración, así como estrategias inadecuadas para solucionar los problemas. Todo ello contribuye a que en muchas ocasiones los conflictos y los sinsabores cotidianos de estos individuos, que no tienen por qué ser más graves de lo habitual, actúen como desencadenantes de los episodios violentos contra la pareja (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

e) Baja autoestima

La violencia puede ser una forma desesperada de intentar conseguir una estima que no se logra por otros medios. Así, y al margen de los pretextos para la violencia los maltratadores, al carecer de una autoestima adecuada, se muestran muy sensibles a lo que perciben como una afrenta a su dignidad: llevarle la contraria, restarle autoridad delante de los hijos o de otras personas, tener una forma de pensar incorrecta, etc. (Echeburúa y otros, 2002).

A modo de resumen, y desde la perspectiva de la prevención, se indican las señales de alerta que denotan la aparición probable de episodios de violencia por parte del hombre en el hogar.

- Es excesivamente celoso
- Es posesivo
- Se irrita fácilmente cuando se le ponen límites
- No controla sus impulsos
- Bebe alcohol en exceso
- Culpa a otros de sus problemas
- Experimenta cambios bruscos de humor
- Comete actos de violencia y rompe cosas cuando se enfada
- Cree que la mujer debe estar siempre subordinada al hombre
- Ya ha maltratado a otras mujeres

- Tiene una baja autoestima

2.4.3.1. Ciclo de la violencia

El ciclo de la violencia descrito por la investigadora estadounidense Leonore Walker en 1979, explica como se produce la violencia en una pareja. En su estudio, observó que las mujeres describían un patrón muy parecido en el proceso del maltrato que se tenía como cíclica, que se desarrollaba en tres fases:²⁷

Primera: La fase de tensión: se caracteriza por una escala gradual de tensión que se manifiesta en actos que aumentan la fricción y los conflictos en la pareja. El hombre violento expresa hostilidad, pero no en forma explosiva. La mujer intenta clamar, complacer o, al menos, no hacer aquello que le pueda molestar a su pareja, en la creencia irreal de que ella puede controlar la agresión. Pero sigue aumentando y se producirá la violencia.

Segunda: La fase de agresión: en la que estalla la violencia psíquica, física y/o sexual. Es en esta fase cuando la mujer suele denunciar los malos tratos y que puede decidirse a contar lo que se está pasando.

Tercera: La fase de conciliación o luna de miel: en la que el hombre violento se arrepiente, pide perdón, le hace promesas de cambio o le hace regalos. Este momento supone un refuerzo positivo para que la mujer mantenga la relación. También le permite ver el “lado bueno” de su pareja, fomentando la esperanza de que puede llegar a cambiar. El ciclo de la violencia explica por qué algunas mujeres retiran su denuncia, que imponen en la fase de agresión, al encontrarse un hombre que se arrepiente, promete cambiar y que está en plena fase de “luna de miel”. Si este ciclo no se rompe a tiempo, las agresiones se repetirán con frecuencia y más intensidad, con la mayor gravedad y riesgo para la mujer.

²⁷ LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES Consuelo Ruiz- Jarabo Quemada

2.5. Trastornos de personalidad²⁸

La personalidad es considerada como una estructura interna formada por factores, biológicos, psicológicos y sociales que se encuentran en continuo interacción; esta interacción hace que cada ser humano desarrolle distintas maneras de pensar, percibir, actuar e interrelacionarse con los demás. De esta manera, cada persona adquiere rasgos propios que le diferencian de las demás personas. Cada persona es única. La personalidad se encuentra en continuo cambio y movimiento, no puede permanecer estática ni fija.

Allport (1986), declara que personalidad es “la organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos determinan sus ajustes únicos a su ambiente. Definición que lo explica de la siguiente manera:

Organización dinámica, la personalidad es algo en constante desarrollo y cambio, con característica de una estructura. Además si existe una cognición de organización, es factible pensar en la existencia de desorganización que puede sobrevenir, en especial en aquellas personas que se denomina “anormales”.

Sistemas psicofísicos, los hábitos, las actitudes específicas y generales, los sentimientos y las disposiciones son todos sistemas psicofísicos. El término “sistema” hace referencia a rasgos o grupos de rasgos en estado activo o latente.

El término “psicofísico” muestra a la personalidad como la unión activa del cuerpo y la mente.

Determina, la personalidad “es algo y hace algo”. Es lo que está por detrás de los actos específicos y dentro del individuo. Los sistemas que constituyen la personalidad son en todo sentido tendencias determinantes y cuando son

²⁸ BALAREZO Ch. Lucio PSICOTERPIA INTEGRATIVA FOCALIZADA EN LA PERSONALIDAD, 1^{ra} Edición, 2010. Pág. 71

excitados por estímulos adecuados provocan aquellos actos de ajuste y expresivos por los cuales la personalidad se vuelve observable.

Únicos, todo ajuste es único, en el tiempo, espacio y en la cualidad.

Ajustes a su ambiente, la personalidad es una forma de supervivencia. El término “ajustes”, debe ser interpretado de modo amplio para que incluya las inadaptaciones y “ambiente” debe incluir tanto el conductual como el geográfico circundante. El ajuste exige dominio y no solo adaptación pasiva.

CAPITULO III

Desarrollo de la Salud Mental en el Ecuador

3.1. Plan Nacional de Salud Mental en el Ecuador²⁹

En el Ecuador hasta el año 1967 en que se crea el Ministerio de Salud Pública, la atención Psiquiátrica se centraba en los hospicios y manicomios, en donde los pacientes compartían con mendigos y vagabundos, siendo estos: en Quito el Hospital San Lázaro, y el Hospital “Julio Andará”; en Guayaquil el Hospital Lorenzo Ponce. En la ciudad de Cuenca el Centro de Rehabilitación de Alcohólicos (CRA), que más tarde amplió sus actividades para atender todo tipo de pacientes mentales.

Con la creación del Ministerio de Salud, en el área de salud materno infantil se incorporan dos programas: uno de salud mental y un segundo de control de estupefacientes y drogas psicotrópicas cuyo cumplimiento fue muy limitado. En 1980 se crea, la Dirección Nacional de Salud Mental, la misma que elabora y pone en vigencia “Los lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental”.

La última versión del Plan Nacional de Salud Mental data del año 1999 y en él se contemplan las principales líneas políticas y estratégicas. Sus fortalezas radican en los planteamientos de incorporación de las acciones de salud mental a toda la estructura de servicios, la promoción y prevención de la salud mental y en privilegiar las acciones para ciertos grupos de mayor riesgo. No existe una Ley de Salud Mental, pero en varios cuerpos legales se estipulan disposiciones muy claras sobre diversos aspectos de la salud mental de los ecuatorianos. Hace falta una vinculación o coordinación entre los organismos encargados de la vigilancia de los derechos humanos y los establecimientos de salud mental.

²⁹ <http://www.msp.gob.ec/index.php/Salud-Mental/informacion-general.html>

Los servicios de salud mental han tenido un significativo desarrollo en los últimos años, de tal suerte que en la mayoría de los hospitales provinciales ya se cuenta con el concurso de médicos psiquiatras y psicólogos, así como en los centros de salud.

3.2. Política y Marco Legislativo³⁰

La política y Plan Nacional de Salud Mental fue revisada por última vez en el año 1999 y aprobada mediante Acuerdo Ministerial N° 01745 del 21 de octubre de 1999. Existe un Plan de Salud Mental para situaciones de emergencia y su última revisión data del año 2002. En dicho documento se señalan como principios rectores de las acciones de salud mental en el Ecuador los siguientes:

- ✓ Incorporación de las acciones de salud mental a los planes y programas de la salud general, como parte integrante de los mismos y no como acciones paralelas o aisladas.
- ✓ Atención sustentada en un enfoque integral de la salud mental. En consecuencia se actuará en todos los niveles de prevención, abordando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- ✓ Priorización de acciones en concordancia con las necesidades de la población y con activa participación de la misma desde el nivel local.
- ✓ Coordinación e integración a nivel intrasectorial y multisectorial en los niveles local y central.
- ✓ Descentralización y desconcentración de acciones.
- ✓ Sistemas de atención que garanticen la calidad, la equidad, la universalidad y la oportunidad, con tecnologías ajustadas a nuestra realidad.

³⁰ https://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf

- ✓ Respeto irrestricto a los derechos humanos, a las manifestaciones culturales de cada grupo humano y los derechos de los pacientes mentales y sus familias.

En la actualidad no existe una ley de salud mental. En la Ley Orgánica de Salud, promulgada el 22 de diciembre de 2006, existen algunos artículos que de manera directa o indirecta se relacionan con aspectos de la salud mental y dos capítulos específicos, el Capítulo IV sobre la violencia y el Capítulo VII sobre el tabaco, bebidas alcohólicas, psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia.

Al no existir una Ley de Salud Mental no existe tampoco una documentación estandarizada y un manual de procedimientos para la aplicación de las disposiciones legales. Otras leyes como la de Discapacitados, Control de Sustancias Estupefacientes, Derechos y amparo del paciente, tienen algunas disposiciones relacionadas con los enfermos mentales.

En el país existen varios organismos que trabajan en el campo de los derechos humanos, sin embargo ninguno se encarga de manera particular de velar por los derechos de los pacientes mentales y consecuentemente de supervisar e inspeccionar los establecimientos de salud mental, así como de imponer sanciones a aquellos establecimientos que cometieren violaciones a los derechos humanos de los pacientes.

3.3. Organización de los servicios de salud mental ³¹

En el Ecuador, existe una dependencia del Ministerio de Salud Pública a nivel central, encargada de brindar asesoría a las autoridades del Ministerio sobre políticas y legislación en salud mental. Esta dependencia está involucrada en la planificación, coordinación y supervisión de los servicios de salud mental del país

³¹ https://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf

y en la capacitación del personal que trabaja en dichas unidades y en investigaciones muy puntuales.

Los servicios de salud mental no están organizados de manera regionalizada y en forma equitativa de acuerdo a las necesidades de la población, por el contrario es evidente una concentración en las grandes ciudades del país como son: Quito, Guayaquil y Cuenca, existiendo zonas en las que no se brinda atención en este campo. Los servicios existentes, tanto públicos como privados no mantienen ningún sistema permanente de coordinación entre sí, ni con otros servicios del sistema de salud.

Existen dos hospitales psiquiátricos dependientes del Ministerio de Salud Pública, ambos ubicados en la ciudad de Quito. En la misma ciudad, cuatro hospitales de especialidades ofrecen servicios de atención en salud mental y psiquiatría tanto ambulatoria como bajo internamiento de corta duración. Uno de dichos hospitales es exclusivo para niños y adolescentes. En dos centros de salud se da atención de salud mental y psiquiatría a pacientes ambulatorios y adicionalmente hay una unidad no vinculada a ningún servicio que proporciona atención a pacientes ambulatorios.

En trece provincias se ofrece atención psiquiátrica en los Hospitales Provinciales, esta atención es básicamente ambulatoria y en mínima proporción se realizan internamientos, dado que no existe una dotación fija de camas para psiquiatría.

En cinco provincias existen servicios de psiquiatría y salud mental ambulatorios, tres de ellos como parte de un centro de salud y dos son exclusivos para la especialidad. (Quito y Esmeraldas). El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social mantiene servicios de Psiquiatría con asignación fija de camas en cuatro hospitales del país, en los que también se presta atención ambulatoria.

En la ciudad de Quito y Guayaquil en los dispensarios de consulta externa existen servicios de psiquiatría.

En la ciudad de Guayaquil se ubica el Hospital Psiquiátrico más grande del país, el que depende de una entidad autónoma, la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Las Fuerzas Armadas a través de su sistema de salud, mantiene servicios de psiquiatría en los Hospitales de Quito, Guayaquil y Esmeraldas, con asignación de camas en un número no fijo, sino que varía de acuerdo a las necesidades. Para el internamiento de pacientes existe un convenio entre las Fuerzas Armadas y un servicio privado de psiquiatría de la ciudad de Quito.

SOLCA, entidad dedicada a la atención especializada de cáncer, ofrece servicio de psiquiatría para pacientes hospitalizados en cada una de las ciudades que oferta los servicios sanitarios.

3.4. Unidades de Salud Mental en el Ecuador

Una Unidad de Salud Mental es un servicio socio sanitario que actúan en estrecha colaboración con el equipo de Atención Primaria, al que sirve de apoyo especializado y con el que ha de trabajar en la detección, asistencia y reinserción de los problemas de salud mental la población.

Con la creación de la Dirección Nacional de Salud Mental se elabora y se pone en vigencia “Los Lineamientos para un Plan de Salud Mental” en el que se identifican varios programas en promoción y prevención de la salud mental, detección de los trastornos mentales asociados al trabajo y al desarrollo de servicios y recursos humanos, sin embargo el desarrollo de muchos programas a favor de la salud mental fue muy limitado, destacando la creación de Unidades de Salud Mental y Psiquiátrica en hospitales generales de las ciudades de: Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala, Loja, Tulcán, Ibarra, Manta, Guaranda, Puyo, Ambato. Estas Unidades cumplen con actividades de atención ambulatoria, interconsulta con pacientes ingresados a otros servicios y en forma limitada ingresan pacientes, dado que no se han asignado camas específicas para dicho fin, sino que para

períodos muy cortos y en caso de urgencia se utilizan las camas de los servicios de medicina interna o neurología.

En el resto de las provincias del país, excepto Galápagos, se han realizado actividades de capacitación para equipos de salud mental a fin de que realicen acciones de atención primaria, orientadas a la detección precoz y tratamiento local a nivel primario de ciertas patologías de alta prevalencia, con resultados poco alentadores.

En los últimos años, el Ministerio de Salud Pública ha impulsado la creación de Unidades de Salud Mental en los hospitales de referencia, regionales y provinciales.

3.5. Creación de la Unidad de Salud Mental en el AREA DE SALUD N° 5 DE CARIAMANAGA EN EL HOSPITAL “JOSÉ MIGUEL ROSILLO”

En la provincia de Loja en el Cantón Calvas se justifica la necesidad de la creación de la Unidad de Salud Mental adjunta al Hospital José Miguel Rosillo de la ciudad de Carimanga, al realizar un estudio psicopatológico a sus habitantes durante el periodo de junio - agosto 2010, a través del reactivo psicológico SRQ documento elaborado por la Organización Mundial de la Salud para la extensión de los servicios de Salud Mental, y el Familiograma que es un método para almacenar datos de la familia y analizar la estructura y el ciclo evolutivo de cada uno de los miembros de la familia, así también permite al grupo de salud identificar problemas genéticos y hereditarios, basados en la información recopilada. Dichos instrumentos fueron aplicados en una muestra determinada por el EPI-INFO, del que se pudo determinar que la población total de la cabecera cantonal de Calvas según la proyección para el 2010 es de 14.450 habitantes, la muestra a utilizarse con el 95% de confiabilidad correspondió a 374 personas a las cuales se les aplicó los dos instrumentos con el fin de analizarlos y estudiarlo detenidamente para determinar la prevalencia de cada una de las enfermedades mentales. En donde

encontramos los siguientes datos: La neurosis ocupa el primer lugar con un porcentaje 87,43%; alcoholismo con el 39.5%; psicosis con el 16.04%, epilepsia con el 7.48%

A través de la creación de la Unidad de Salud Mental, en el Hospital “José Miguel Rosillo”, se pretende dar respuesta a las necesidades sanitarias que en materia de salud mental tiene la población de la ciudad de Cariamanga, ya que hasta la actualidad carece de la misma. La Unidad de Salud Mental marcará las pautas de actuación en cuanto a prevención, detección, atención y tratamiento de los problemas emocionales, psicológicos y físicos que puedan afectar a las y los ciudadanos de esta población, así también es el eje de coordinación con los distintos niveles de intervención: Atención primaria, atención secundaria y terciaria, conjuntamente con otras especialidades y sectores sociales.

Ésta Unidad estará dotada de los recursos estructurales y humanos necesarios para realizar una atención integral e integrada del enfermo mental que estará apoyada en un equipo multidisciplinario de profesionales, conformado por psiquiatra, psicólogo clínico, enfermera, trabajador social y psicólogo del infantil.

Esta unidad reúnen las siguientes características:

- Es multidisciplinaria.
- Es una unidad especializada en área de Salud Mental.
- Su ámbito de actuación se localiza en la Comunidad en estrecha coordinación con los Equipos de Atención Primaria.

3.4.1. Servicios

La atención brindada será de tipo asistencial ambulatoria. En su mayor parte se tratará de consultas programadas, así como también en función de la urgencia del caso, la gravedad del cuadro y la circunstancia social. La labor asistencial se centrará tanto en pacientes remitidos desde los Equipos de Atención Primaria,

como también en el seguimiento de enfermos dados de alta, y, eventualmente, del nivel especializado, el sistema educativo, del sistema judicial o de los servicios sociales. La organización del servicio para cada consulta dependerá de las características propias del paciente, del tipo de psicopatología y la orientación de la terapia y de las causas y factores predisponentes y desencadenantes de la enfermedad encontrada en el paciente.

3.4.2. Funciones

Apoyar y asesorar a los equipos de atención primaria, atender a los pacientes que les son remitidos, así como a pacientes o grupos de crisis, desarrollar actividades y programas orientados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, promover la mejora de la calidad asistencial y garantizar la evolución de los programas desarrollados y más que todo prestar la asistencia en la comunidad.

Apoyo a los Equipos de Atención Primaria.- La función de apoyo se ejercerá a través de una labor de información general a los profesionales que compone el Equipo de Atención Primaria, con los siguientes objetivos:

- ✓ Difusión de la idea de que los trastornos psíquicos deben ser tratados; que estos tratamientos conducen a una remisión total en un alto porcentaje de enfermos y una mejoría notable en los restantes.
- ✓ Modificación de actitudes que favorecen la marginación del enfermo psíquico.
- ✓ Concienciación de que los enfermos mentales deben vivir en la comunidad donde deben ser atendidos.
- ✓ Identificación de la magnitud del problema y de los costes sociales y económicos generados por los trastornos psiquiátricos.

Funciones preventiva y de promoción de la Salud Mental.- Se lo realizará a través de la educación para la Salud Mental, la que tiene como objetivo la adquisición de una serie de conocimientos y la modificación de hábitos y

actividades negativas, con el fin de incrementar el nivel de salud. Esto puede realizarse por:

- ✓ Actuaciones directas, ejercidas sobre colectivos, por medio de charlas, conferencias hacia las personas que acuden a la unidad.
- ✓ Actuaciones indirectas: labor ejercida sobre otros profesionales que intervienen en los Servicios de Salud (Equipos de Atención Primaria, Servicios Sociales).

Investigación.- La investigación de la Unidad de Salud Mental se centrará fundamentalmente en temas epidemiológicos, persiguiendo los siguientes objetivos:

- ✓ Evaluación de las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en un área de salud determinada.
- ✓ Determinación de las necesidades asistenciales psiquiátricas y de los niveles de utilización de los Servicios de Salud por parte de los enfermos mentales.
- ✓ Determinación de factores ambientales que condicionan con la aparición de la permanencia y la evolución de trastornos mentales.

3.4.3. Objetivos básicos de la Unidad de Salud Mental

- ✓ Elevación del nivel de Salud Mental del área de salud N°5 del Hospital “José Miguel Rosillo”.
- ✓ Mejora global de la atención al enfermo mental.
- ✓ Reducción del número de recaídas.
- ✓ Reducción de la marginación y del aislamiento generado por la enfermedad mental (en colaboración con los Servicios Sociales).
- ✓ Incremento de la calidad de vida de los sectores de la población que presenta problemas mentales.
- ✓ Intervención oportuna en las personas que presenten un trastorno mental.

Así mismo la USM tendrá las responsabilidades de:

- ✓ Aplicar protocolos terapéuticos específicos que contemplen el tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico ambulatorio con personal especializado en cada uno de los casos.
- ✓ Coordinar los distintos niveles de tratamiento (asistencia primaria, secundaria y terciaria).

5. MATERIALES Y MÉTODOS

Material 1: Self Reporting Questionnaire (SRQ). Cuestionario de Autorreportes de síntomas. Su objetivo es identificar las alteraciones de la salud mental, que presenta la población a ser estudiada. El cuestionario ha sido validado por la OMS (Organización Mundial de la Salud) para el estudio de la neurosis, los trastornos convulsivos, el alcoholismo y la drogadicción.

Método 1:

La aplicación del instrumento se realizó de forma individual, estableciendo en primer lugar el rapport con cada una de las personas, al mismo tiempo que se informó del motivo de la visita y de la investigación a realizarse, asegurándonos de esta manera su colaboración. Se aclaró que la información proporcionada era de carácter confidencial. Luego se procedió a su aplicación dando lectura al cuestionario y aclarando terminologías que eran poco comprendidas.

Material 2: Familiograma es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento de la familia, y es útil para la identificación de familias cuya estructura las coloca en riesgo de carácter biológico (problemas hereditarios), psicológico (tendencias a tener una funcionalidad familiar inadecuada) o social (familia numerosa y/o sin recursos, hacinamiento, etc.), además permite ver la composición familiar: qué miembros integran la familia, resaltando los que viven en el hogar, las relaciones biológicas y legales, las relaciones afectivas, los problemas de salud o causas de fallecimiento y el tipo de ocupación o datos laborales de importancia.

Método 2:

El instrumento fue aplicado a través de la entrevista individual para ver la estructura de cada familia y sus relaciones intrafamiliares, la muestra determinada por el EPI-INFO, de la población total de de la cabecera cantonal de Calvas según

la proyección para el 2010 es de 14.450 habitantes, la muestra a utilizarse con el 95% de confiabilidad correspondió a 374 personas.

Material 3: Observación psicológica

Es un instrumento de evaluación psicológica a través de la cual se realiza una observación intencionada, sistemática y estructurada del comportamiento de los sujetos de exploración.

Método 3:

Se la realizó a través del análisis de las conductas de la población entrevistada en su situación natural por medio de la observación de campo en la que se utilizó la Técnica de Registro de Campo o cuaderno.

Material 4: Entrevista a profesionales de la salud.

Para establecer el perfil profesional que forme parte del equipo de trabajo de la Unidad de Salud Mental, se realizó entrevistas orientadas a indagar mediante preguntas-respuestas sobre las áreas que deben funcionar en la USM, cuáles serían las características más relevantes de estos profesionales y el tipo de atención que esta debería brindar.

Método 4:

Se preparó un cuestionario de preguntas entregado a cada profesional con anterioridad, para su respectiva preparación y se lo aplicó de forma directa e individual.

6. RESULTADOS

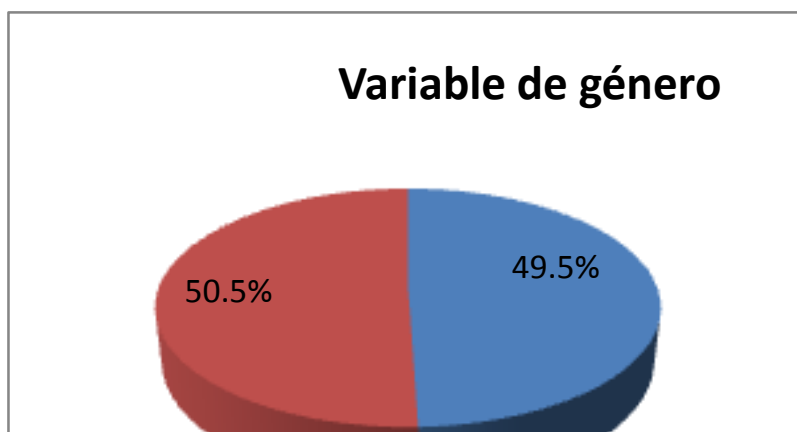
Los resultados recopilados a través del instrumento SRQ reportan indicadores de la siguiente sintomatología: neurosis, psicosis, epilepsia y alcoholismo.

Tabla 1: Variable de género

Variable de género	F	%
Hombres	185	49.5
Mujeres	189	50.5
Total	374	100

FUENTE: SRQ aplicado en Cariamanga, julio - agosto de 2010
ELABORACION: Digna Moreno

Grafico N° 1



FUENTE: SRQ aplicado en Cariamanga, julio - agosto de 2010
ELABORACION: Digna Moreno

Interpretación de resultados: En el estudio realizado del total de la población se evidencia que el 50.5% son mujeres mientras que el 49.5% restante corresponden a los hombres.

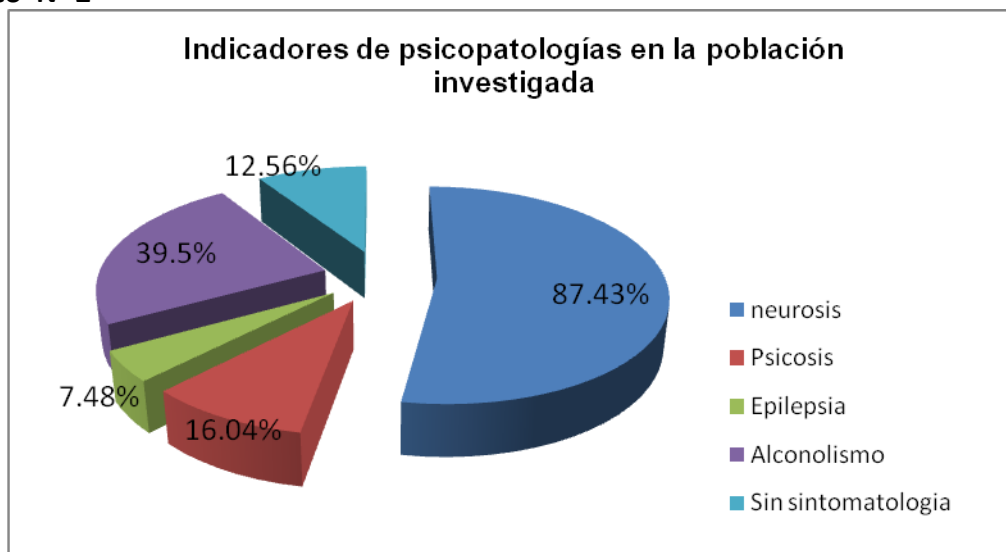
Tabla 2: Indicadores de psicopatologías en la población investigada

Indicadores de psicopatologías en la población investigada	T	%
Neurosis	327	87,43
Psicosis	60	16.04
Epilepsia	28	7.48
Alcoholismo	148	39,5
Sin sintomatología	57	12.56

FUENTE: SRQ aplicado en Cariamanga, julio - agosto de 2010

ELABORACION: Digna Moreno

Grafico N° 2



FUENTE: SRQ aplicado en Cariamanga, julio - agosto de 2010

ELABORACION: Digna Moreno

Interpretación de resultados:

Del total de la población encuestada encontramos que el 87.43% presenta neurosis, el 16.04% psicosis, el 7.48% epilepsia y el 39.5% alcoholismo. En contraparte, el 12.56% de la población no presenta ninguna alteración psicológica.

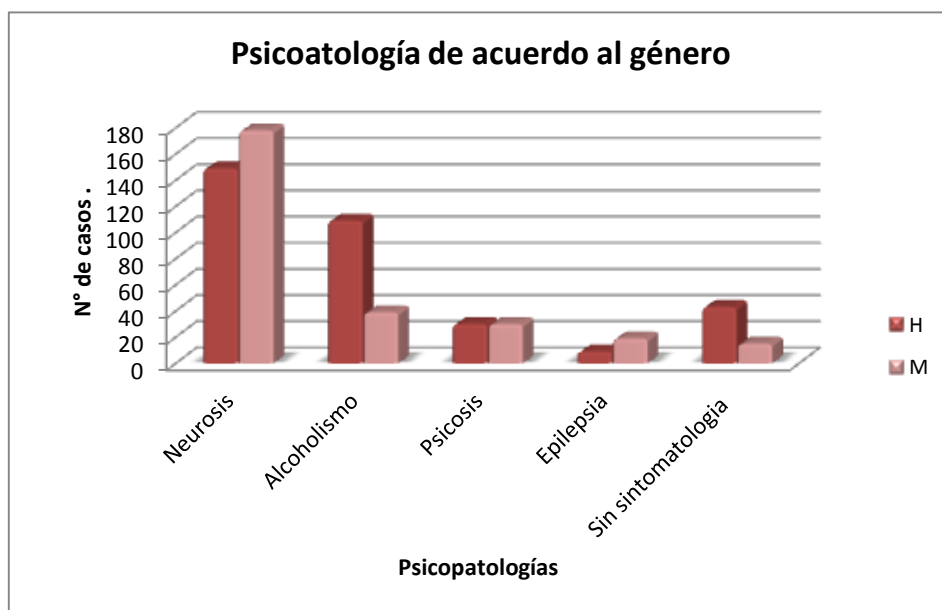
Tabla 3: Psicopatología de acuerdo al género

	F	%	F	%
	H		M	
Neurosis	149	80.54	178	94.17
Alcoholismo	109	58.91	39	23.28
Psicosis	30	15.87	30	15.87
Epilepsia	9	4.86	19	10.05
Sin sintomatología	42	22,70	15	7.93
Total de población	185	100	189	100

FUENTE: SRQ aplicado en Cariamanga, julio - agosto de 2010

ELABORACION: Digna Moreno

Gráfico N° 2



FUENTE: SRQ aplicado en Cariamanga, julio - agosto de 2010

ELABORACION: Digna Moreno

Interpretación de resultados:

En el estudio realizado los resultados indican que: el 94.17% de las mujeres y el 80.54% de los hombres presentan neurosis; el 58.91% de los hombres y el 23.28% de las mujeres presentan alcoholismo; el 15.87% de los hombres y mujeres presentan psicosis y el 10.05% de las mujeres y el 4.86% de los hombres epilepsia.

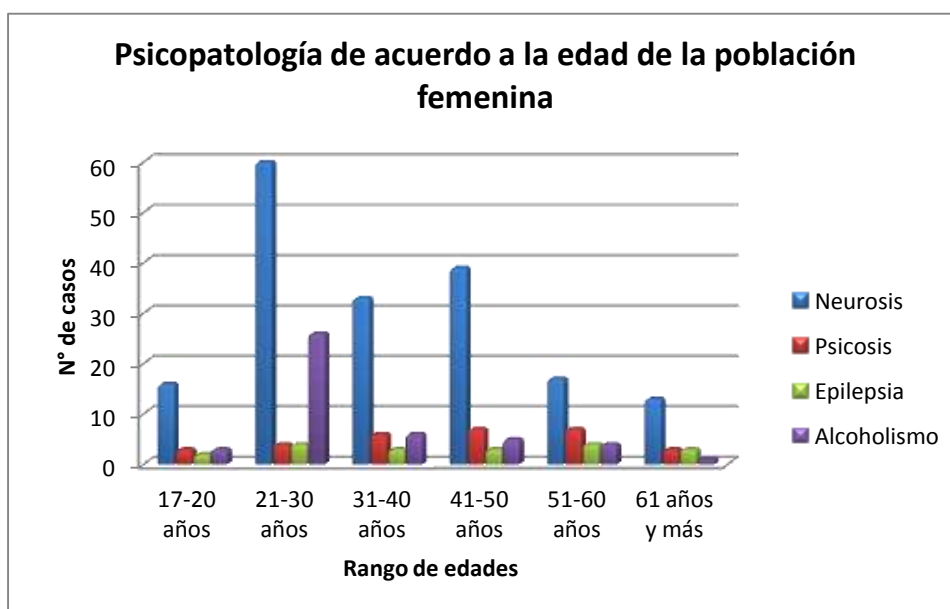
Tabla 4: Psicopatología de acuerdo a la edad de la población femenina

Edad	Neurosis	Psicosis	Epilepsia	Alcoholismo
17-20 años	16	3	2	3
21-30 años	60	4	4	26
31-40 años	33	6	3	6
41-50 años	39	7	3	5
51-60 años	17	7	4	4
61 y mas	13	3	3	1

FUENTE: SRQ aplicado en Cariamanga, julio - agosto de 2010

ELABORACION: Digna Moreno

Grafico N° 4



FUENTE: SRQ aplicado en Cariamanga, julio - agosto de 2010

ELABORACION: Digna Moreno

Interpretación de resultados.- De acuerdo a los datos obtenido de la población femenina encuestada se tiene que: el 32.6% presentan neurosis y el 14.3% alcoholismo entre las edades comprendidas de 21 a 30 años; el 3.8% presentan psicosis en las edades comprendidas de 41 a 60 años; el 2.1% presentan epilepsia entre las edades de los 21 a 30 años y 51 a 60 años.

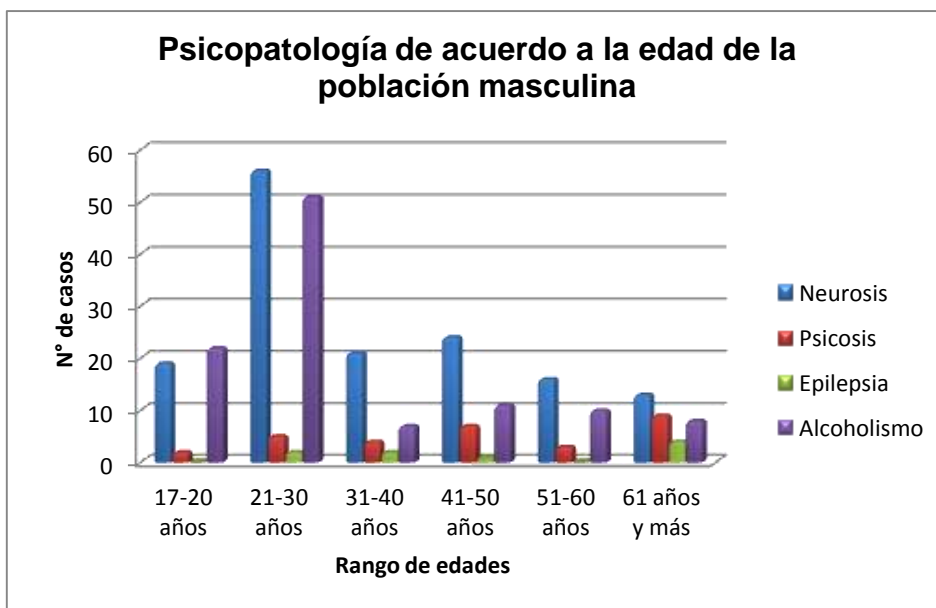
Tabla 5: Psicopatología de acuerdo a la edad de la población masculina.

	Neurosis	Psicosis	Epilepsia	Alcoholismo
17- 20 años	19	2	0	22
21-30 años	56	5	2	51
31-40 años	21	4	2	7
41-50 años	24	7	1	11
51-60 años	16	3	0	10
61 y mas	13	9	4	8
Total	100%	100%	100%	100%

FUENTE: SRQ aplicado en Cariamanga, julio - agosto de 2010

ELABORACION: Digna Moreno

Grafico N°5



FUENTE: SRQ aplicado en Cariamanga, julio - agosto de 2010

ELABORACION: Digna Moreno

Interpretación de resultados.- De acuerdo a los datos obtenidos de la población masculina encuestada indican que: el 29.6% presentan neurosis y 26.9% presentan alcoholismo en las edades comprendidas entre 21 a 30 años; el 4.8% de hombres presentan psicosis y el 2.1% presentan epilepsia entre las edades de 60 años y más.

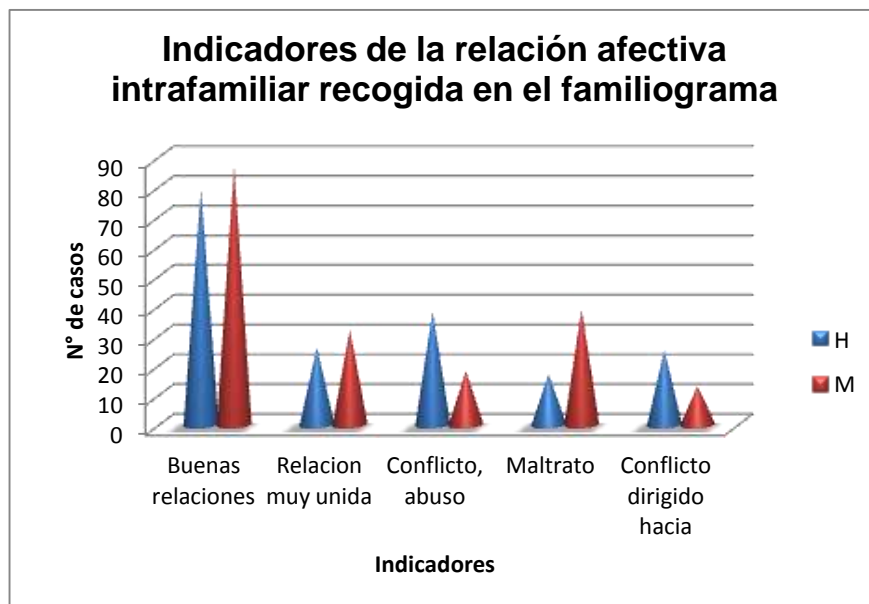
Tabla 6: Indicadores de la relación afectiva intrafamiliar recogida en el familiograma

	TOTAL			
	H	%	M	%
Relación cercana	79	42,70	87	46,03
Relación muy estrecha	26	14,05	32	16,39
Conflicto, abuso	38	20,54	18	9,52
Maltrato	17	9,18	39	20,63
Conflicto dirigido hacia	25	13,51	13	6,87
TOTAL	185	100%	189	100%

FUENTE: SRQ aplicado en Cariamanga, julio - agosto de 2010

ELABORACION: Digna Moreno

Grafico N°6



FUENTE: SRQ aplicado en Cariamanga, julio - agosto de 2010

ELABORACION: Digna Moreno

De la información recolectada los datos muestran que el 42.70% de hombres y el 46.03 % de mujeres mantienen relaciones cercanas dentro de su familia; el 14.05% de hombres y el 16.39% de mujeres mantienen una relación familiar muy estrecha; el 20.54% de hombres y el 9.52% de mujeres presentan conflicto o abuso dentro de su hogar; el 9,18% de hombres y el 20.63% de mujeres presentan maltrato en su familia; y el 13.51% en hombres y el 6.87% de mujeres mantienen conflicto dirigido hacia terceras personas.

7. DISCUSIÓN

El estudio de la prevalencia e incidencia de trastornos mentales en nuestra sociedad son uno de los indicadores para la planificación de servicios de salud mental, siendo el propósito de ese estudio mejorar los servicios de salud mental y disponer de información para la formulación de políticas y planes para ofrecer dichos servicios.

En la actualidad son pocos los trabajos dedicados en esta área ya sea porque no existe una ley de salud mental que promueva y apoye estos trabajos o por la falta de vinculación o coordinación entre los diferentes organismos y establecimientos de salud, en la formación de profesionales y su apropiada capacitación para que se dediquen a estudiar, analizar y plantear nuevas estrategias que disminuyan posibles psicopatologías en nuestra población, lo que acrecienta el interés por el tema de incorporar nuevas acciones de salud mental a nivel de la atención primaria, asegurado así la disponibilidad de prestar una atención integral a la comunidad, las familias y los usuarios.

Por medio de este trabajo, realizado en la Ciudad de Carimanga en el “Hospital José Miguel Rosillo” Área de Salud N°5, cuya labor es brindar atención en salud a sus pobladores, se pudo obtener los siguientes datos informativos, en los que demuestran la presencia de psicopatologías tales como: el 90.1% comorbilidad ansioso-depresiva, el 17.9% sintomatología psicótica, el 7.5% sintomatología epiléptica y en lo referente al alcohol el 44.9%. Este estudio epidemiológico se parece en forma general con los diversos estudios realizados por instituciones que ha estudiado la prevalencia e incidencia diagnóstica en poblaciones de otros sectores.

Teniendo en cuenta que la enfermedad mental comprende un amplio número de psicopatologías, generalmente de curso crónico, que suponen una enorme carga

para la familia, el sistema sanitario y la propia sociedad, Europa es pionera en estudios de prevalencia e incidencia de estas patologías, ejemplo de ello es la Unidad de Salud Mental de la Comunidad de Navarra que según datos de salud mental del 2009, en Navarra se atendieron en los centros de salud mental 6.372 pacientes con enfermedad mental grave, que suponen un 35% de todos los pacientes atendidos. La mayoría de estos pacientes (83%) sufren de esquizofrenia u otros trastornos psicóticos y de trastornos afectivos mayores. De estos pacientes, un 17% son casos nuevos. En el año 2009, 960 pacientes ingresaron en las unidades de agudos, 296 en los hospitales de día y 44 en la clínica de rehabilitación, la mayoría de todos ellos con un trastorno mental grave.

Asimismo la información sobre la incidencia y prevalencia de la enfermedad mental de la Comunidad de Aragón de acuerdo a informes recientes de las Sociedad Andaluza y Aragonesa de Medicina Familiar y Comunitaria, el 20-24% de las consultas clínicas de los médicos de familia son de pacientes con problemas de estrés y relacionales, que manifiestan síntomas psíquicos sin tener una verdadera enfermedad mental. Los problemas más habituales son: ansiedad (33,8% del total de problemas de salud mental consultados), depresión (23%), ansiedad y depresión (10%) y trastornos somatoformes (9,4%). Sin embargo, en relación con la detección y posterior derivación de pacientes a los equipos de salud mental, se ha calculado que en el caso de los médicos de Atención Primaria, la sensibilidad para detectar correctamente las alteraciones motivadas por trastornos mentales en su consulta es sólo del 35%, mientras que la especificidad en el diagnóstico sube hasta el 85%. El 50% de la hospitalización aguda psiquiátrica se debe, por lo general, a trastornos esquizofrénicos, psicosis afectivas, trastornos neuróticos y síndrome de dependencia alcohólica. La mitad de la atención ambulatoria en problemas de salud mental, de Atención Primaria y especializada, está motivada por la depresión, los trastornos afectivos y los de personalidad. Actualmente en Aragón dispone de **20** centros de salud mental para una población de **1.159.890**.

Entendido los trastornos mentales como una enfermedad mental grave que afecta a las personas de forma crónica, altera o limita el desarrollo de sus capacidades de funcionamiento social, los mismo expertos admiten que un tercio de estos enfermos son técnicamente rehabilitables y que, por el contrario, ante la falta de atención, la persona con enfermedad mental grave tiene un 50% de posibilidades de experimentar un nuevo brote en el primer año.

Con lo anterior expuesto consigo evidenciar que existen instituciones creadas con fines similares al trabajo a realizarse en el Hospital “José Miguel Rosillo” de la Ciudad de Cariamanga. Si bien mejorar la actual situación de la atención a la salud mental en nuestro país requiere, por un lado, de leyes o normativos actuales y por otro, la creación de nuevos recursos y servicios de salud mental que, bajo criterios de efectividad, eficiencia, calidad y satisfacción, ofrezcan una atención integral al enfermo mental y respondan simultáneamente a las necesidades de salud de la población general. Ha de ser, además, lo suficientemente flexible como para adaptarse al entorno continuamente cambiante de esas necesidades. Con tal propósito se ha elaborado este documento que pretende ser un instrumento de política de salud y no sólo sanitaria, dotándolo de un enfoque multisectorial e integrador.

8. CONCLUSIÓN

Mediante la revisión de la literatura existente y la investigación de campo efectuada en la ciudad de Cariamanga he llegado a las siguientes conclusiones:

- ✓ Desde la antigüedad la salud mental ha estado íntimamente relacionada con la enfermedad mental y para explicarla se han analizado las diferentes teorías y autores, Barlow y Duran brindan una concepción más clara del comportamiento anormal a través de la tradición sobrenatural, la tradición biológica y la tradición psicológica.
- ✓ No es posible formular ninguna definición oficial o universalmente aceptada de salud mental, pero la más cercana y que goza de amplia aceptación es la brindada por la Organización Mundial de la Salud que se refiere al bienestar emocional y psicológico del individuo, aunque la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y, viceversa, sufrir un determinado trastorno mental no es inconveniente para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.
- ✓ En una persona mentalmente sana se debe considerar que posea un bienestar emocional y psicológico, que le permita vivir y convivir con otros en armonía, respetando las normas sociales, trabajando y desarrollando sus potencialidades al máximo y que genere un aporte a la sociedad.
- ✓ El sistema de salud mental del Ecuador ha revelado un importante avance en la agenda gubernamental y en la sociedad, encontrándose en un proceso de transición desde los modelos clásicos de atención centrada en los grandes hospitales psiquiátricos hacia una integración en toda la estructura de servicios de salud, de tal suerte que en la mayoría de los hospitales provinciales ya se cuenta con el concurso de médicos psiquiatras y psicólogos, con la capacitación al personal que trabaja en atención primaria en salud mental; las campañas de educación al público así como

también, existen algunos artículos que de manera directa o indirecta se relacionan con aspectos de la salud mental.

- ✓ De acuerdo a los resultados obtenidos después de la aplicación del reactivo psicológico SRQ, para determinar la prevalencia e incidencia de psicopatologías en la población de la cabecera del cantón Calvas, los resultados indican que el 87.43% presenta neurosis; 39.5% alcoholismo; el 16.04% psicosis y el 7.48% epilepsia y en contraparte, el 12.56% de la población no presenta ninguna alteración psicológica.
- ✓ A través de la información recopilada luego de la aplicación del familiograma para determinar la relación afectiva en las familias de la cabecera cantonal del cantón Calvas, se logró identificar que la población mantiene relaciones estables dentro de su núcleo familiar.
- ✓ En base al estudio psicopatológico realizado en la ciudad de Cariamanga se evidencia la existencia de un índice importante en cuanto a psicopatologías en los pobladores, de ahí la necesidad de que este sector tan importante de nuestra provincia cuente con una Unidad de Salud Mental ya que hasta la fecha carece de la misma; esta Unidad será la encargada de promover la salud mental, prevenir e intervenir en los diferentes trastornos, para lo cual deberá planificar el tratamiento, seguimiento y evaluación de acuerdo a la patología establecida, realizando un trabajo multi e interdisciplinario, utilizando métodos e instrumentos modernos y una estrecha interacción empática hacia el paciente y sus allegados, con lo que permitirá una mejor readaptación del paciente a la sociedad.

9. RECOMENDACIONES

- ✓ A nivel gubernamental actualizar el Plan Nacional de Salud Mental que data del año de 1999 orientado a la promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales y su posterior publicación para su correcta aplicación.
- ✓ Mantener y mejorar la capacitación sobre la atención primaria en salud mental a todo el personal que labora en las diferentes instituciones sanitarias en especial en el Hospital “José Miguel Rosillo”.
- ✓ A nivel institucional diseñar un plan de intervención psicológico e impulsar el desarrollo de acciones de promoción de la salud mental en nuestra querida Universidad Nacional de Loja, en especial en el Área de la Salud Humana, para brindar de esta manera una atención integral y contrarrestar los problemas psico-emocionales que presentan los educandos.
- ✓ De acuerdo al análisis epidemiológico de la población de la cabecera cantonal de Calvas, en la que se observa altos índices de enfermedades mentales, se justifica la creación de la Unidad de Salud Mental y su posterior ejecución para de esta manera brindar una atención integral a los habitantes y de esta manera mejorar su calidad de vida

PROPUESTA

1.- CREACIÓN DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN EL ÁREA DE SALUD Nº 5 DE CARIAMANAGA, EN EL HOSPITAL “JOSÉ MIGUEL ROSILLO”

La Unidad de Salud Mental es un servicio socio sanitario que actúan en estrecha colaboración con el equipo de Atención Primaria, al que sirve de apoyo especializado y con el que ha de trabajar en la detección, asistencia y reinserción de los problemas de salud mental de la población. En sí está conformado por un equipo de personas interdisciplinarias que brindan atención integral a los habitantes en promoción y prevención de las enfermedades mentales. Está

apoyada en un equipo multidisciplinario de profesionales, conformado por Psiquiatra, Psicólogo Clínico, Enfermera, Trabajador Social y Psicólogo infantil.

Su función es apoyar y asesorar a los equipos de atención primaria, atender a los pacientes que les son remitidos, así como a pacientes o grupos de crisis, desarrollar actividades y programas orientados a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad mental, promover la mejora de la calidad asistencial y garantizar la evolución de los programas desarrollados y sobre todo prestar la asistencia sanitaria a la comunidad.

VISIÓN

Otorgar un servicio de excelencia en salud mental basado en un modelo de atención integral, que permita establecer un vínculo entre personas, grupos o instituciones, asegurando de esta manera el respeto a los derechos de los pacientes y la colaboración entre usuarios, logrando atenuar las complicaciones o secuelas de las alteraciones mentales mediante los diferentes niveles de intervención.

MISIÓN

Dar acogida a los habitantes de la Ciudad de Carimanga que presenten problemas de salud mental en todas las edades y grupos vulnerables, a través de acciones, de promoción de la salud mental, prevención de las enfermedades mentales, intervención psicoterapéutica y rehabilitación biopsicosocial, que redunden en un mejor estilo de vida del usuario y el de sus familias, así como de su reintegración al medio en el que se desarrollan, otorgando de esta manera, una atención integral y de calidad, basada en las buenas relaciones interpersonales.

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL

- ✓ Garantizar una atención integral y de calidad basada en el enfoque comunitario, a las personas, las familias y la colectividad que asisten a la Unidad de Salud Mental, ofertando servicios acordes a las necesidades de la población de manera efectiva y eficiente, a través de la atención primaria, secundaria y terciaria, promoviendo de esta manera el bienestar físico, psíquico y social de sus habitantes.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- ✓ Identificar los factores predisponentes y precipitantes que ocasionan el desequilibrio en la salud mental de los individuos, para prevenir la aparición de las enfermedades mentales, detener su avance y atenuar sus consecuencias, disminuyendo de esta manera el impacto que causa la enfermedad en las personas afectadas, sus familias y la sociedad.
- ✓ Elaborar un programa de detección e identificación de los trastornos mentales más prevalentes a través de la psicoeducación, aumentando el grado de conocimiento e información sobre la salud mental de las personas con trastorno mental, su entorno cercano y de la sociedad.
- ✓ Organizar programas para mejorar la calidad de vida de las personas con trastornos mentales, así como el de sus cuidadores, mediante el asesoramiento de técnicas y herramientas psicológicas destinadas a modificar actitudes, conductas y comportamientos.
- ✓ Potenciar la integración social de las personas con trastorno mental, motivándolas a participar y formar grupos de ayuda e incentivar la participación de instituciones para formar talleres de desarrollo humano y formación continuada.

CARTERA DE SERVICIOS DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

La Unidad brindará atención de Salud Mental a las personas que así lo requieran a través de los siguientes servicios:

- ✓ Consulta médica por psiquiatra.
- ✓ Consulta médica a pacientes Infanto - juveniles. Interconsulta-Psiquiatría de enlace.
- ✓ Consulta por psicólogo clínico.
- ✓ Control por psicólogo clínico.
- ✓ Consulta por enfermera.
- ✓ Consulta por asistente social.
- ✓ Consulta por psicólogo infantil.
- ✓ Control por psicólogo infantil.
- ✓ Asesorías y psicoeducación preventiva para padres.
- ✓ Atenciones ambulatorias individuales, familiares y de grupo.
- ✓ Intervención psicosocial grupal.
- ✓ Psicodiagnóstico.
- ✓ Psicoterapia familiar.
- ✓ Psicoterapia familiar con co-terapeuta.
- ✓ Peritaje de drogas (solicitud de exámenes de laboratorio para detección de drogas scrinning).
- ✓ Talleres de desarrollo de habilidades básicas de reinserción social.
- ✓ Talleres de desarrollo físico y psicomotor.
- ✓ Visita domiciliaria por asistente social

2.- PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DEL EQUIPO DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL “JOSE MIGUEL ROSILLO”

α Multidisciplinaridad: Para la conformación del quipo de la Unidad de Salud Mental se contara con el psiquiatra, psicólogos clínico e infantil, trabajador social y

enfermera, permite abordar la complejidad biopsicosocial de la salud mental de las personas desde diferentes perspectivas y disponer de una amplia gama de habilidades y formas de intervención.

α Trabajo en equipo: La horizontalidad de las relaciones entre los miembros del equipo y el aporte de los saberes y destrezas de cada profesión y de cada miembro, permite alcanzar diagnósticos y diseñar planes de acción integrales sobre la salud y la enfermedad mental de individuos y comunidades.

α Sectorialización: Cada profesional será responsable de la salud mental de una población beneficiaria determinada, distribuidos en niños, adolescentes, adulto mayor y familias para brindarles una mejor atención.

α Integralidad de las acciones: El equipo trabajará desde la promoción y prevención en salud mental hasta el tratamiento y reinserción de las enfermedades mentales. Así también se dispondrá de un diagnóstico global de los principales problemas de salud mental y de los factores de riesgo y protectores de la población para abordarlos en forma sistemática.

α Continuidad del cuidado: Es particularmente relevante en el caso de las personas con enfermedades mentales severas y de larga evolución, las que generalmente presentan algún grado de discapacidad psicosocial. Estas personas requieren establecer un vínculo personal y terapéutico profundo con el equipo de salud mental, y en especial con uno de sus miembros, el que lo apoyará en el uso de las distintas aéreas del equipo de salud mental quien motivará su adhesión al tratamiento.

α Articulación con Atención Primaria: se logrará a través de la consultoría mensual, en donde habitualmente se desarrollará reuniones de media jornada laboral, en la que se atenderán pacientes en conjunto y se realizarán reuniones clínicas y administrativas.

α Protagonismo de usuarios y familiares: El equipo de salud mental ambulatoria deben estimular y facilitar su protagonismo, desde la participación de los pacientes como sujetos activos en sus propios tratamientos y su incorporación a grupos de autoayuda en la práctica clínica habitual, hasta el apoyo para el desarrollo organizacional de agrupaciones formales y la participación de representantes de ellas en las reuniones de planificación y gestión.

α Relación con otros sectores: La intervención sobre los múltiples factores que influyen en la salud mental de la población, se requiere que los equipos mantengan una relación formal e informal, periódica y continua, con los diferentes sectores (educación, trabajo, justicia, municipalidad, etc.) en los que están inmersos los pacientes, sus familias y la comunidad.

α Desarrollo profesional continuo: Los esfuerzos por mejorar permanentemente la calidad de los profesionales y técnicos que conforman el equipo de salud mental ambulatoria requieren el reconocimiento programático del tiempo para reuniones clínicas y bibliográficas semanales y la asistencia regular a actividades formativas intermitentes (congresos, talleres, seminarios) y continuos programas de formación en sub-especialidades.

3.- EQUIPO PROFESIONAL MULTIDISCIPLINARIO DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL “JOSE MIGUEL ROSILLO”

Para brindar una atención integral a los pacientes que asisten al Hospital “José Miguel Rosillo”, la Unidad de Salud Mental estará formada por diversos profesionales que han recibido una formación específica en el abordaje y manejo de los problemas de salud mental, cuyo objetivo fundamental será ofrecer atención ambulatoria a los pacientes que le sean remitidos desde el nivel de atención primaria o desde otros niveles sanitarios. Este equipo estará compuesto por los siguientes profesionales: Psicólogo Clínico, Psiquiatra, Personal de Enfermería,

Trabajador Social y Psicólogo Infantil. Mediante su actuación coordinada, se proporcionará la atención a las necesidades de la población, como las de su medio socio-familiar.

Condiciones que deben reunir los miembros del equipo:

Los componentes de este equipo deben cumplir el rol individual que tienen asignado sin perder la noción de conjunto, tienen que sentir que forman parte de ese grupo.

Estos hechos determinan que deben reunir las siguientes características:

- Ser honrados consigo mismos y con los demás.
- Ser capaces de establecer relaciones eficaces y agradables.
- Ser capaces de cumplir con las tareas y objetivos.
- Tener capacidad de autodeterminación, optimismo, iniciativa y tenacidad.
- Tener afán de superación y aspiraciones para la formación y el perfeccionamiento en el desempeño de su rol dentro del equipo.

Perfil profesional del Psicólogo Clínico

Es un profesional de alta sensibilidad humana, que tiene un profundo conocimiento de la conducta normal y patológica, que es apto para el abordaje global del psiquismo humano, tanto en su dimensión interna como en su adaptación al medio, teniendo como propósito evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir alteraciones mentales, en los distintos contextos que puedan manifestarse a través de técnicas psicoterapéuticas.³²

a) Funciones:

Evaluación.- consiste en la reunión de información relativa a las compilaciones conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación implica frecuentemente a más de una persona, pudiendo tomar, a

³² <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=222>

veces, como objetivo central dos o más, como por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos o colectivos.

Diagnóstico.- consiste en la identificación e inscripción del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad que se trate. Debe entenderse como el resultado del proceso de evaluación psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo clínico habrá de tomar decisiones, entre las que hay que destacar las siguientes:

- ✓ Decidir si es un problema que cae dentro de su competencia o no.
- ✓ La disposición sobre el grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que se ofrecen del problema.
- ✓ Diagnóstico, si procede.
- ✓ Indicación del tratamiento.

Tratamiento e Intervención.- El tratamiento supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros. Procede también a la recuperación de las alteraciones de la personalidad, existentes en la infancia, en el adulto o en la vejez, en sus aspectos individuales, en su adaptación al medio socio-familiar y laboral, así como a la profilaxis y desarrollo de la salud mental en la comunidad humana.

El psicólogo clínico diseña y colabora en la ejecución, de programas para modificar, o instalar conductas adecuadas, como es el caso de programas referidos a las conductas de cumplimiento o adherencia al tratamiento.

Prevención y Promoción de la Salud.- Este apartado recoge fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria del psicólogo clínico de la salud. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se centrarán en:

- Capacitar a los mediadores de las redes socio-sanitarias de la comunidad para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuada oferta de tratamiento a dicha problemática.
- Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- Fomentar y promover los hábitos de salud mental en la población general.
- Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción de la salud mental.

b) **Actitudes profesionales.-** El psicólogo clínico debe desarrollar:

- Habilidad para trabajar en equipo y conocimientos sobre la problemática de la salud mental para generar procesos participativos en la comunidad como estrategia para las acciones orientadas a la promoción de la salud mental.
- Ser tolerante a la frustración, ser asertivo, sin perder en ningún momento la relación empática y tener agilidad para generar múltiples alternativas.
- Ser Creativo, adaptar su lenguaje al nivel cultural de paciente buscando ejemplos cercanos a la vida del sujeto.³³
- ✓ Conocimiento de los factores de riesgo y capacidad para identificar la patología susceptible de ser prevenida mediante la prevención en salud mental; y, para elaborar un plan de tratamiento acorde a los requerimientos del/a paciente.
- ✓ Sólida formación epistemológica, teórica, metodológica, técnica en investigación científica para elaborar, ejecutar y evaluar perfiles y proyectos de investigación científica.

³³ <http://www.psicologosclnicos.com/articulos/habilidades-del-psicologo-en-terapia-cognitivo-conductual/>

- ✓ Dominio de los conocimientos teóricos y prácticos de las patologías mentales y sus factores de riesgo (predisponentes, precipitantes y desencadenantes).
- ✓ Capacidad de realizar evaluación psicológica, diagnóstico e intervención psicoterapéutica mediata e inmediata.
- ✓ Vincular la psicología con otras disciplinas, especialmente con las afines derivando al paciente a otro profesional en el caso de que se considere.
- ✓ Construir, validar y estandarizar reactivos psicológicos en caso de ser necesario
- ✓ Capacidad de efectuar consultoría y psicoterapia a individuos, grupos o familias.

Perfil profesional del Psiquiatra

Es un profesional con título en medicina general que requiere entrenamiento especializado en psiquiatría, debido a su entrenamiento médico, los psiquiatras hacen uso de una variedad de psicofármacos en el tratamiento de los problemas psicológicos de sus pacientes, así como también aplican la psicoterapia y el diagnóstico psiquiátrico.³⁴ Entre sus funciones esta:

a) Funciones:

Nivel asistencial es capaz de diseñar e implementar estrategias y programas dirigidos a promover la salud mental y prevenir la enfermedad psiquiátrica, además de determinar el perfil epidemiológico de la comunidad. Es competente para diagnosticar y aplicar de manera oportuna, eficiente y ética la terapéutica psiquiátrica más apropiada para cada caso e implementar estrategias que permitan el reintegro de los pacientes a su familia, comunidad y trabajo.

³⁴ PHARES E. Jerry Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica. Pág. 6. 2da Edición.

En la clínica general, maneja las respuestas psicoemocionales normales y anormales asociadas a las patologías orgánicas, con los fundamentos de la psiquiatría de enlace. Está en capacidad de prestar la atención adecuada y oportuna en los niveles primario, secundario y terciario y remitir los pacientes que requieren atención en un nivel superior, siguiendo las normas de remisión.

Ámbito investigativo.- Es un especialista con conocimientos básicos en metodología de la investigación, epidemiología clínica y Medicina Basada en Evidencia para el desarrollo del conocimiento y el avance de las condiciones de salud de la población.³⁵

Urgencias Psiquiátricas.- Son todas las alteraciones de la conducta graves, que van a requerir intervención inmediata, no admitiendo demora o que van a implicar un riesgo para la propia persona, familia o grupo social.

Perfil profesional de la Enfermera con formación en salud mental del Hospital “José Miguel Rosillo”

Aunque definir correctamente la función de la enfermera en la práctica psiquiátrica será difícil, no hay que olvidar que una proporción considerable de las enfermeras que actualmente ejercen presentan poca preparación y conocimiento sobre salud mental, que son vitales para tener una mejor labor terapéutica de grupo.

a) Funciones:

Asistencial.- Prestará cuidados integrales y especializados al paciente usuario, familia y comunidad, en el desarrollo del ejercicio autónomo de su profesión. La intervención asistencial de la enfermera de salud mental se orienta a:

- ✓ Identificar y valorar las alteraciones de salud y de cuidados en lo individual, familiar y grupal, considerando los aspectos bio-psicosociales que determinan el proceso salud-trastorno mental.
- ✓ Diagnosticar las necesidades de auto-cuidado terapéutico del paciente.

³⁵ www.psiquiatria.com

- ✓ Educar y ayudar al paciente y familia para alcanzar el mayor grado de autonomía posible en su auto-cuidado.
- ✓ Supervisa al paciente y/o a su familia mientras llevan a cabo una actividad de auto-cuidado.
- ✓ Atender las urgencias, resolviéndolas o canalizándolas, si fuera necesario remitirlas hacia los profesionales y/o servicios adecuados.
- ✓ Promover cambios de actitudes en los profesionales sanitarios para evitar la marginación del paciente psíquico dentro del Sistema de Salud.
- ✓ Defender y exigir el cumplimiento de los derechos de los pacientes desde el punto de vista social e individual.
- ✓ Administrar tratamientos psico-farmacológicos prescritos cuando el paciente-usuario no pueda auto-administrárselos.

b) Actitudes profesionales.- conviene hacer constar cuando menos las siguientes:

- ✓ Actitud abierta, tolerante y respetuosa hacia los distintos valores sociales, morales y éticos así como también actitud para la introspección y el conocimiento personal (esencial para comprender al otro).
- ✓ Motivación hacia el trabajo a desarrollar.
- ✓ Predisposición al trabajo en equipo, capacidad de evaluarse de forma constante para la mejora de la calidad asistencial y para establecer relaciones interpersonales.
- ✓ Comprender la importancia de la educación para la salud en el proceso de auto-cuidado del paciente psíquico.
- ✓ Valorar la importancia del contexto comunitario para la prestación de cuidados en salud mental.
- ✓ Madurez afectiva y emocional, capacidad de crítica y autocrítica y capacidad de reacción positiva ante situaciones de conflicto o emergentes.

Perfil profesional del Trabajador Social con formación en salud mental del Hospital “José miguel Rosillo”

Es un profesional que se preocupará por los factores sociales o ambientales así como también por los factores internos, psicológicos de los pacientes. Se caracterizará por su gran participación en las vidas y tensiones cotidianas de sus pacientes, visitara los lugares donde estos pasan la mayor parte del tiempo y su papel tiende a ser activo.³⁶ Realizará una acción anticipatoria, identificando las condiciones individuales y sociales que pueden incidir en el estado de salud del individuo, y una acción planificadora, que diseña formas de intervención, acciones concretas y sistemas de evaluación para verificar la utilidad y adecuación de los programas.

a) Funciones:

Entre las funciones del trabajador social tenemos las siguientes:

- ✓ Recibir y captar las demandas que se relacionan con la educación para la salud y participar en la programación, ejecución y evaluación de las actividades educativas.
- ✓ Fomentar la participación de la comunidad, apoyando y contribuyendo a la creación de un consejo de salud, la formación de voluntarios y la ejecución de las actividades de prevención y asistencia.
- ✓ Registrar sus actividades en la historia clínica.
- ✓ Participar en la formación continuada del Equipo de Atención Primaria.
- ✓ Elaborar proyectos de investigación del trabajo social y la salud.
- ✓ Asesorar al resto del equipo en temas específicos de trabajo social.
- ✓ Trabaja dentro de cada uno de los niveles de intervención previniendo, promoviendo, interviniendo, reinsertando y educando en el campo de la salud.

³⁶ E. Jerry Phares. PSICOLOGÍA CLÍNICA. Conceptos, métodos y práctica. Pág. 6 2da Edición.

- ✓ El tratamiento integral tendrá que ser abordado desde una triple perspectiva: orgánica, psicológica y social.³⁷
- ✓ Establecerá la colaboración y coordinación con las organizaciones y asociaciones ciudadanas para la planificación y ejecución de programas dentro de la Unidad de Salud Mental.
- ✓ Lograr mediante estudios y/o intervención en la situación, que los sujetos sean capaces de volver a su estado anterior, teniendo en cuenta que sus recursos y capacidades han variado, pero no por eso son diferentes.
- ✓ Verificar y valorar cómo el medio social es capaz de acomodarse a los cambios de los individuos afectados.

b) Aptitudes profesionales

- ✓ Experiencia para movilizar los recursos de la comunidad a fin de alcanzar objetivos sociales.
- ✓ Conocimientos especiales en el trabajo de grupo.
- ✓ Conocimientos sobre actividades especializadas (colaboración médicosocial)
- ✓ Conocimiento de elementos socioculturales.
- ✓ Capacidad para hacer investigación social.³⁸

Perfil profesional del Psicólogo Infantil con formación en salud mental del Hospital “José Miguel Rosillo”

Se encarga del diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en los niños y adolescentes. Existe una noción generalizada de que la infancia es una etapa idílica, carente de conflictos, angustias y preocupaciones. La creencia de que los niños poseen una capacidad infinita de evadirse de los problemas, de olvidarlos con cualquier juego, de que su sufrimiento desaparece rápidamente por mecanismos típicos de la niñez es una manera trivial de ver el mundo infantil.³⁹

³⁷ Durkheim, E. 1985.

³⁸ Cuadernos de Trabajo Social 137 Aurora CASTILLO CHARFOLET y Gracia ABAD GONZALEZ

³⁹ <http://www.apsique.com/wiki/AnorRolpsic>

El individuo desde su nacimiento hasta su adolescencia, atraviesa por una serie de etapas bien definidas en donde también se produce el desarrollo de todos los niveles; físico, motor, cognitivo, perceptivo, emocional, afectivo y en la esfera social. Para solventar estos problemas el o la psicóloga suele necesitar la ayuda de las familias para recabar información y puede llevar a cabo terapias tanto individuales como familiares.

Los psicólogos infantiles se mueven, a la hora de explicar y resolver los problemas que tienen los niños y adolescente, entre dos polos: uno de los polos son los factores de aprendizaje y ambientales, mientras que el otro polo es un factor de índole biológico. La intervención psicológica en los niños y adolescente pueden permitir que se detecten de una manera temprana, problemas de índole psicológico. La intervención temprana de esos problemas puede hacer que el futuro adulto tenga mayor calidad de vida en su etapa de madurez.

a) Funciones del psicólogo Infantil

Tendrá un conocimiento sistemático del niño y de las necesidades que plantea su desarrollo, tanto en lo físico, psicológico, pedagógico, cultural pasando necesariamente por los aspectos social, familiar y de relación ecológica con el medio, con base en el conocimiento sobre las necesidades educativas de naturaleza cognitiva, motora y afectiva, con la adquisición de una amplia gama de métodos y técnicas de trabajo con los niños/as, padres de familia y la comunidad.

- Dominará los conceptos y teorías, referente al desarrollo evolutivo del niño y particularidades psicológicas.
- Tendrá habilidades y predisposición para conformar equipos de investigación que interactúa en con la comunidad.
- Capacidad para contrarrestar los conocimientos teóricos-científicos con la práctica en los centros infantiles.
- Dominio y manejo de los instrumentos psicométricos infantiles.

- Conocimiento, dominio y evaluación de terapias infantiles y familiares.
- Desarrollar programas de orientación familiar.
- Utilización de la literatura infantil para lograr el desarrollo del lenguaje, la comunicación y la creatividad.
- Amplio conocimiento del proceso de prevención, diagnóstico de trastornos de comportamiento y aprendizaje del niño y adolescente.

b) Aptitudes profesionales

- El psicólogo/a infantil tendrá la capacidad de reflexión y síntesis; trabajo individual y en equipo.
- Capacidad para plantear soluciones a los problemas propios de la profesión y para planificar y organizar proyectos en beneficio de la niñez.
- Transparencia, honestidad y compromiso social.
- Aprendizaje intensivo, continuo y permanente.
- Habilidad y predisposición para actuar con los diferentes actores sociales que interactúan durante el proceso psicopedagógico.
- Conocimiento, dominio y práctica de juegos tradicionales infantiles.
- Destrezas para interpretar las condiciones internas y externas del desarrollo psicológico del niño.

Finalmente todos los profesionales que conforman el equipo de la Unidad de Salud Mental, han de tener conocimientos de las distintas disciplinas que lo componen, sería necesario que previamente a la puesta en marcha del equipo, cada uno de los componentes conozca cuáles van a ser sus responsabilidades profesionales dentro de este contexto laboral.

4.- INFRAESTRUCTURA QUE SE NECESITA

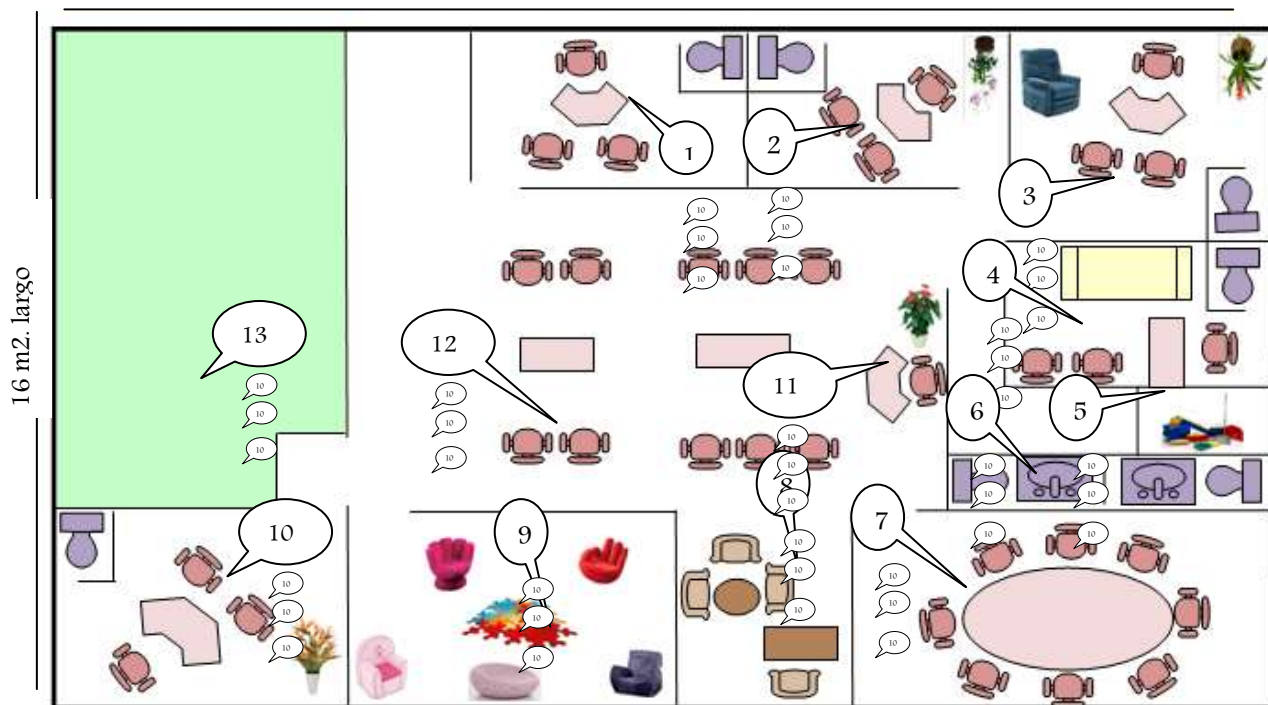
Condiciones ambientales externas

El ambiente físico del consultorio debe reunir condiciones de comodidad, relajamiento, tranquilidad y acogimiento. Una característica que resulta primordial es la privacidad que debe reunir el consultorio, que mantendrá características de intimidad tanto visual como auditiva, para garantizar una relación libre, espontánea y confiada. La utilización de grabadoras o cámaras durante las sesiones facilita la recolección de información, pero esta actividad se lleva a cabo pidiendo el consentimiento al paciente para utilizar dichos instrumentos.

El tamaño del consultorio debe guardar relación con la intimidad que supone la relación psicoterapéutica; es aconsejable los colores de tonalidades bajas en las paredes y en todo el ambiente que rodea al consultorio, la utilización o no del mandil por parte del terapeuta se manipulará de acuerdo a las características del paciente; con la presencia de determinados muebles y adornos se puede obtener un estado de relajamiento y tranquilidad para el paciente; por otro lado, la utilización de algunas técnicas requieren de material apropiado como butacas, camillas, sillones con respaldado para cabeza y brazos, etc. En el caso del consultorio para atender a los niños se realizarán algunas modificaciones, brindándoles un ambiente más lúdico y alegre en el que se desenvuelva apartado de la rigidez y formalidad,

Infraestructura

23 m2. ancho



Leyenda

Sala 1.- Trabajador Social (4m²x 4m²)

Sala 2.- Psiquiatría (5m²x 4m².)

Sala 3.- Psicología Clínica (5m²x 5m²)

Sala 4.- Enfermería (3m²x 5m²)

Sala 5.- De limpieza (2m²x 2m²)

Sala 6.- Baños (2m²x 4m²)

Sala 7.- Consejo Técnico y Terapias Grupales (5m²x 8m²)

Sala 8.- Cafetería (4m²x 4m²)

Sala 9.- Psicología Infantil (5m²x 5m²)

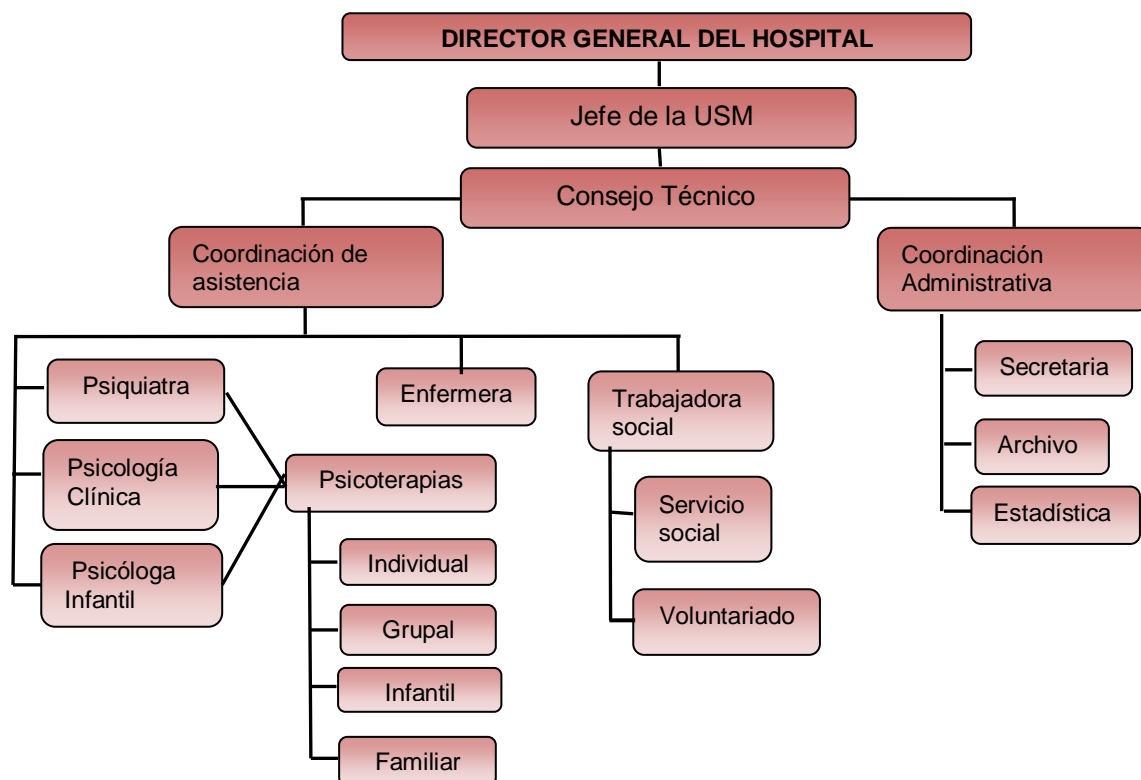
Sala 10.- Dirección (5m²x 6m²)

Sala 11.- Información

Sala 12.- De Espera

13.- Área Verde (11m²x 5m²)

Estructura Interna



Recursos materiales son los necesarios para un óptimo desarrollo del trabajo de los profesionales.

- ✓ Escritorios
- ✓ Sillas
- ✓ Computadoras
- ✓ Impresoras
- ✓ Material de oficina
- ✓ Diván
- ✓ Televisor o proyector
- ✓ Armarios
- ✓ Cuadros con parábolas
- ✓ Pizarra
- ✓ Grabadora
- ✓ Cámara
- ✓ DVd
- ✓ Auriculares
- ✓ Material auditivo de relajación
- ✓ Juguetes
- ✓ Batería de test
- ✓ Mini Biblioteca
- ✓ Servicio de Bar
- ✓ Fonendoscopio
- ✓ Tensiómetro
- ✓ Almohadones y alfombras

De acuerdo a la atención que se brinde ya sea a niños, adolescentes, adultos o adultos mayores, el especialista establecerá las herramientas a utilizarse para brindar la atención adecuada los mismos.

Recursos humanos

- ✓ Profesional de asistencia en salud
- ✓ Profesional administrativo
- ✓ Servicio de limpieza
- ✓ Servicio de guardianía

5) ATENCIÓN QUE BRINDARÁ LA UNIDAD DE SALUD MENTAL

En la Conferencia Ministerial Europea de la OMS sobre Salud Mental, celebrada en Helsinki en Enero de 2005, se establece como objetivo prioritario para mejorar la salud mental y alcanzar el bienestar de la población, promover la salud mental de los ciudadanos y potenciar la prevención de los trastornos mentales a través de.

a).- ATENCIÓN PRIMARIA

Según la OMS es “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.⁴⁰

Las características básicas de la atención primaria en salud son:

- ✓ La accesibilidad es la provisión eficiente de servicios sanitarios en relación con las barreras organizacionales, económicas, culturales y emocionales.

⁴⁰ Organización Mundial de la Salud

- ✓ La coordinación es la suma de las acciones y de los esfuerzos de los servicios de atención primaria.
- ✓ La integralidad en la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población atendida.
- ✓ La longitudinalidad es el seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo médico.

NIVELES ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD:

1.- PROMOCIÓN

Es una estrategia fundamental que consiste en capacitar a los ciudadanos, la familia y a la comunidad sobre la salud mental con herramientas psicológicas que les permitan adoptar y elegir prácticas de comportamiento, con los que puedan desarrollar estilos de vida más saludables para su salud mental y evitar así el desarrollo de alteraciones mentales. Las acciones de la promoción de la salud mental actúan mayoritariamente a nivel:

Ambiental, el desarrollo y mantenimiento de comunidades saludables, proporcionará un ambiente de protección y de seguridad, buenas condiciones de trabajo, minimiza el conflicto y la violencia, permite la auto-determinación y proporciona apoyo social y modelos de roles positivos.

Social, la capacidad de cada persona para afrontar el mundo social a través de destrezas de participación, tolerancia a la diversidad y responsabilidad mutua, esto se relaciona con las experiencias positivas de los lazos afectivos tempranos, apego, comunicación y sentimientos de aceptación.

En cambio el impacto de la promoción de la salud mental a nivel individual es muy restringido, sin embargo, se puede fortalecer algunos estilos de vida como la capacidad de cada persona para afrontar los sentimientos y pensamientos, el

manejo de la propia vida y resiliencia, esto está relacionado con la salud física, la autoestima, la capacidad para manejar los conflictos y la capacidad de aprender.

La salud mental puede verse afectada por factores y experiencias individuales, la interacción social, recursos de la sociedad y los valores culturales, puede verse influenciada también por experiencias de la vida diaria, experiencias en la familia, la escuela, en las calles y en el trabajo. La salud mental de cada persona afecta a su vez la vida de cada uno de estos dominios y por lo tanto, la salud de una comunidad o población.

Grupos especialmente vulnerables y marginados como refugiados e inmigrantes, desempleados, presidarios y expresidarios, personas con discapacidades físicas o sensoriales y personas con problemas de salud mental, pueden presentar un riesgo particularmente elevado.

En el marco de la promoción de la salud mental y de la prevención de la enfermedad mental, se establece las siguientes líneas de acción.

En niños, niñas y adolescentes:

- ✓ Desarrollar una guía específica de información y orientación para el bienestar mental de niños y adolescentes, dirigidos a educadores y padres en los centros educativos, que les ayude a comprender los factores de riesgo y de protección de los problemas de salud mental en la infancia y adolescencia.
- ✓ Elaborar un programa de protección y promoción del bienestar mental en niños y adolescentes que conviven con personas con trastorno mental y/o conductas adictivas.

En Adultos:

- ✓ Desarrollar un programa de promoción del bienestar mental en el entorno laboral a través de convenios con los agentes sociales (sindicatos y

empresarios) con especial énfasis en prevención de conductas adictivas, violencia de género y gestión del estrés laboral.

- ✓ Elaborar un programa de detección precoz de patologías en cuidadores informales del enfermo mental.
- ✓ Promover campañas dirigidas a reducir el estigma y mejorar la imagen de las personas con trastorno mental, implicando a todas las instituciones.

Adulto mayor:

- ✓ Promover la salud mental en las personas en situación de especial riesgo, de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad mental a través de estrategias de atención y cooperación con entidades locales, asociaciones y organizaciones no gubernamentales.
- ✓ Impulsar y apoyar los programas gestionados por asociaciones de autoayuda y ONG, dirigidos a la mejora de la salud y la calidad de vida del adulto mayor y de sus cuidadores.
- ✓ Desarrollar un programa de psicogeriatría que atenderán las necesidades de la población mayor de 65 años, con la identificación precoz del deterioro cognitivo y demencia, trastornos de conducta, trastornos adictivos con o sin sustancia, alcohol, tabaquismo y ludopatías.

Familia:

- ✓ Es trascendental destacar el importante papel socializador de la familia y promover estrategias destinadas a reforzar la capacidad familiar de integración social del enfermo mental, reconociendo explícitamente el papel del cuidador en la asistencia comunitaria y, prestándole el apoyo y la atención necesaria cuando así lo requiera.
- ✓ Elaborar un programa de formación en salud mental dirigido a las familias de personas con trastornos mentales para el control de síntomas, abordaje de crisis, control del estrés y ansiedad, etc.
- ✓ Elaborar materiales de información y guías dirigidas a personas con trastornos mentales y familiares.

Comunidad:

- ✓ Elaborar una agenda con los medios de comunicación para informar a la población general sobre los riesgos para la salud mental y contribuir a mejorar la imagen del enfermo mental.
- ✓ Potenciar acciones transversales de educación en salud mental desde los planes de acción tutorial en centros de educación primaria y secundaria dirigidos a alumnos, padres y docentes

2.- PREVENCIÓN

“Son medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida”.⁴¹

Mejorar las condiciones de vida de la población y la identificación de los factores predisponentes susceptibles de ser modificados constituye la primera actuación en relación con la prevención primaria de los trastornos mentales. Otro aspecto a considerar en el ámbito de la prevención de los trastornos mentales, es su detección temprana en familias de riesgo, para con ello mejorar las estrategias de educación de los niños, modificar comportamientos no saludables y favorecer el diálogo entre padres e hijos.

Se hace por tanto necesario poner en marcha, en colaboración con otras instituciones, programas dirigidos a preservar la salud mental y a prevenir los trastornos mentales en la población general, especialmente en niños y jóvenes, a través de:

- ✓ Elaborar un programa de detección e identificación de los trastornos mentales más prevalentes en la infancia, adolescencia y el adulto mayor.

⁴¹ Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998).

- ✓ Diseñar una estrategia de detección precoz e identificación de los trastornos mentales y la prevención de la violencia intrafamiliar y adicciones.
- ✓ Participar a los cuidadores no profesionales por su labor diaria, que han adquirido la responsabilidad de asistir a los miembros de su familia mentalmente enfermos, soportando importantes cargas psicológicas de estrés.
- ✓ Potenciar e incrementar las líneas de apoyo, para el desarrollo de actividades de ocio, programas de viajes y vacaciones.
- ✓ Incluir y hacer partícipes a los pacientes en programas de ocio y tiempo libre realizados desde diferentes ámbitos.

b).- ATENCION SECUNDARIA

Tratamiento en psiquiatría - Interconsulta y enlace

Dentro del marco de la atención ambulatoria, la psiquiatría de interconsulta y enlace se interesa por el diagnóstico, estudio, tratamiento y prevención de la morbilidad psiquiátrica en el enfermo somático, los pacientes “problema” y por los factores psicológicos que afectan a la génesis o evolución de condiciones físicas.

Se establecerán protocolos de enlace según patologías y servicios hospitalarios de acuerdo a un programa de atención a drogodependencias y otros trastornos adictivos.

Será prioritaria la elaboración de los siguientes protocolos:

- ✓ Patología dual (trastornos adictivos y comorbilidad psiquiátrica).
- ✓ Conductas adictivas sin sustancia.
- ✓ Desintoxicación alcohólica y de otras sustancias, de aplicación en las unidades de hospitalización breve.

La formación continuada es un proceso de aprendizaje activo y permanente destinado a mejorar y actualizar la capacitación y competencia de los profesionales, que actúa como factor incentivador y elemento de cohesión, que

debe evolucionar constantemente para responder a necesidades cambiantes de la demanda asistencial y que debe ser planificada.

Tratamiento Psicológico

La prestación del tratamiento psicológico puede ser en aplicación individual, en pareja, o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo. Los clientes pueden ser pacientes externos o pacientes internos (residentes en la institución). La duración del tratamiento dependerá del diagnóstico psicopatológico identificado, el enfoque de la terapia, las técnicas utilizadas y predisposición de cada uno de los pacientes lo que pueden ser tan corto como una sesión y tan largo como que lleve varios años. La duración más frecuente de una sesión está entre media y una hora, pero también puede variar según las circunstancias y la naturaleza de la terapia.

Las principales formas de tratamiento pueden denominarse psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva (o cognitivo-conductual), terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), y como una nueva corriente la terapia integrativa que hace referencia al proceso de integrar en el concepto de personalidad, lo afectivo, lo cognitivo, lo conductual y fisiológico que contiene el núcleo de una persona con una conciencia de los aspectos sociales que lo rodean o puede todavía reconocerse con otros nombres, dependiendo de la orientación y preferencia del clínico

Los objetivos del tratamiento (convenidos con el cliente) pueden concretarse en la solución de un problema específico, proponerse la reconstrucción de la personalidad, o algún propósito entre estos dos extremos. Igualmente, además del interés en el entendimiento, el alivio de la solución de un trastorno dado, la actuación del psicólogo clínico puede incluir la prevención de problemas mediante

la intervención en instituciones, contextos y ambientes, así como la intervención centrada en personas con riesgos o en toda una comunidad.

Momentos de intervención del psicólogo clínico

La intervención psicológica ha desarrollado técnicas y estrategias eficaces, especialmente dirigidas a cumplir los fines propios en cada uno de los instantes en los que se interviene. Una clasificación de dichos momentos se ofrece a continuación:

- α **Prevención primaria.-** Su objetivo es modificar anticipadamente las condiciones sociales y ambientales así como las conductas de las personas que pueden afectar negativamente a su salud tanto a corto, como medio o largo plazo, y promover conductas favorecedoras de la misma. De esta forma se pretende evitar la aparición de problemas. La intervención en este primer momento se suele llevar a cabo a nivel comunitario, aunque también se dirige a veces a colectivos especiales o grupos específicos de alto riesgo.
- α **Prevención secundaria.-** Su objetivo es localizar y tratar lo antes posible los trastornos cuya aparición no ha podido impedirse por medio de la prevención primaria. Se trata pues de identificar los trastornos en los momentos iniciales de su aparición o incluso antes de ésta, cuando hay una previsión de que va a producirse con inminencia.
- α **Tratamiento.-** Su objetivo es la intervención sobre trastornos ya aparecidos y más o menos consolidados.
- α **Prevención terciaria (reinserción).-** Su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones posteriores. En el caso de los trastornos crónicos también puede señalarse como objetivo el reducir o disminuir los efectos negativos de éstos, con el objetivo de, aunque no sea posible curar el problema, se pueda mejorar la calidad de vida.

PLAN TERAPEUTICO DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL “JOSÉ MIGUEL ROSILLO”

Interacción terapéutica

Actividad terapéutica: Se trasmite información a través de una comunicación asertiva por medio de la utilización audios, intervenciones paradójales o constructivas, para una utilización prudente antes se ha de recabar información sobre las cogniciones del paciente. La resistencia se trabaja detectando las emociones y cogniciones en su base y después rastreando históricamente sus orígenes y el papel que desempeña en la actualidad. Solo de esta manera “toma de conciencia”, el paciente puede reorganizar sus esquemas cognitivos y solo él, decidir sobre su utilidad.

La colaboración terapéutica: el terapeuta y el paciente forman un equipo de trabajo que tiene como fin detectar los pensamientos negativos, los supuestos personales y trabajar su modificación. Se explica al paciente las tareas a desarrollarse, se aplican como tareas para casa, se revisan esas tareas en consulta y progresivamente el paciente va teniendo un papel más autónomo en este proceso.

La psicoterapia cognitiva considera que hay 3 factores básicos que ayudan a mantener una relación terapéutica iniciada.

La confianza básica: se trata de la percepción del paciente, que ve la relación con el terapeuta, como segura y no amenazante y que le permite expresar sus dificultades con la esperanza de encontrar solución a sus dificultades. El terapeuta sopesa su intervención y ajusta su rol a las respuestas del paciente. En general, en la primera fase del tratamiento, se suele emplear más la empatía, aceptación y autenticidad, para así fomentar la confianza básica. En una segunda fase se

refuerza de modo progresivo la autonomía del paciente (p.e planificación con él las agendas y tareas para casa, y usando las atribuciones internas a sus logros).

El Rapport: se refiere en general, a un acuerdo de metas, objetivos y procedimientos terapéuticos entre el paciente y el terapeuta. Es útil que el terapeuta clarifique las expectativas terapéuticas que el paciente trae a la terapia; también el terapeuta se pone a la misma altura del paciente a través de la empatía, aceptación y autenticidad. Se explica al paciente la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones, el proceso terapéutica y las fluctuaciones; y se recoger sus respuestas al respecto, puede facilitar el llegar a un acuerdo mínimo sobre estos puntos, o no iniciar la terapia si el paciente trae un marco de trabajo excesivamente restrictivo.⁴²

Reacciones de trasfencia.- es el desplazamiento del afecto de un objeto a otro. Se refiere al proceso por el cual el paciente dirige sus sentimientos inicialmente aplicados a otra persona con frecuencia sus progenitores o una persona significativa; por ejemplo el terapeuta. El conjunto de ideas y esperanzas del paciente se trasladan en relación con el terapeuta incluso antes de conocerlo y cualquier otra proyección.

Reacciones de contratrasfencia: consiste en la expresión de afectos o sentimientos por parte del terapeuta hacia el paciente provocando la prolongación de algunas sesiones sin causa justificada, acortamiento de las mismas o el rechazo directo o indirecto hacia determinados pacientes.

Formas de intervención psicológica

Consejería psicológica.- definida como una exposición libre de la opinión del psicólogo sobre un tema determinado o una alternativa de solución con un alto componente directivo.⁴³

⁴² BALAREZO Lucio. PSICOTERAPIA. 1991

⁴³ BALAREZO Lucio. PISOCTERPIA. 1991

Es un tipo de asistencia psicológica que se brinda a la persona que lo requiera, como un acompañamiento que le permite al paciente clarificar los elementos de la realidad y desarrollar su control, favoreciendo su crecimiento personal y la toma de decisiones. Todo lo que discutan el consejero psicológico y el paciente será confidencial. Confidencial significa que el terapeuta no puede contar a nadie, ni siquiera a los padres sobre lo que el paciente ha conversado, sin su permiso. La excepción a esta regla se presenta cuando el consejero siente que está en peligro, de que se pueda hacer daño o pueda dañar a alguien más, incluyendo que sea abusado o abandonado, entonces él/ella está obligado por ley a romper la confidencialidad para mantener tu seguridad.⁴⁴

Asesoramiento.- Proceso que tienen lugar en una relación de persona a persona entre un individuo perturbado por problemas que no puede manejarlo solo y un profesional cuya formación y experiencia lo califican para ayudar a otros a alcanzar soluciones para diversos tipos de dificultades personales.⁴⁵

Se le ayuda a entender sus sentimientos y problemas y aprender cómo manejarlos en la vida diaria. Su objetivo es aumentar la autonomía de la persona respecto a su ambiente social, profesional y cultural. Proporcionarle herramientas en el "Aquí y Ahora" que permitan un adecuado afrontamiento de aquellas situaciones difíciles, a través de un análisis de cuáles son las necesidades y cuáles son los recursos personales y sociales del entorno que se pueden movilizar.⁴⁶

Psicoterapia.- Es el método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal.⁴⁷ En si la psicoterapia es un proceso de comunicación entre un psicoterapeuta (es decir, una persona entrenada para evaluar y generar cambios) y una persona que acude

⁴⁴ psicologoslima.ok.pe/psicologica.html

⁴⁵ Hahn y Maclean, 1955

⁴⁶ <http://ecologia-mental.blogspot.com/2005/10/consejeria-psicologica.html>

⁴⁷ BALAREZO Lucio PSICOTERAPIA.1991

a consultarlo («paciente» o «cliente») que se da con el propósito de una mejora en la calidad de vida en este último, a través de un cambio en su conducta, actitudes, pensamientos o afectos.

Según la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (F.E.A.P.) esta entidad entiende por psicoterapia todo tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas del sufrimiento humano, promueve el logro de cambios o modificaciones del comportamiento, la adaptación al entorno, la salud psíquica y física, la integración de la identidad psicológica y el bienestar bio-psico-social de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Las intervenciones terapéuticas son de naturaleza fundamentalmente verbal y persiguen la reducción o eliminación de los síntomas, a través de la modificación de patrones emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o de los sistemas en los cuales vive inmerso el individuo.⁴⁸

Debido a la naturaleza de las comunicaciones que se establecen dentro de esta relación, hay temas significativos de privacidad o confidencialidad de la información intercambiada, que remite a consideraciones éticas para el ejercicio de la psicoterapia (código deontológico).

PAUTAS DE INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL DEL HOSPITAL “JOSÉ MIGUEL ROSILLO”

En la actualidad se considera que la combinación entre el ambiente familiar, la psicoterapia y la farmacológica son la mejor elección para el tratamiento de algunas psicopatologías. Por ello para lograr mejorar la calidad de vida del paciente se propone la utilización de técnicas integrativas en donde se complementan los sistemas afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico, que hay dentro de una persona, con la conciencia de los aspectos sociales y

⁴⁸ <http://es.wikipedia.org/wiki/Psicoterapia>

transpersonales de los sistemas que le rodean, teniendo en cuenta la etiología de cada una de las psicopatologías.

A través de la planificación psicoterapéutica no sólo surge información relevante sobre el diagnóstico del paciente, su historia, su situación actual, los problemas psicológicos, su situación socio-familiar, su actitud ante el tratamiento, y su motivación para el mismo, sino que además ofrece al paciente una cierta objetividad en relación con su problema concreto.⁴⁹ La hospitalización se recomienda cuando existe riesgo de suicidio o cuando existe una importante conflictiva familiar.

PAUTAS DE INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS NEURÓTICOS, SECUNDARIOS A SITUACIONES ESTRESANTES Y SOMATOMORFOS.⁵⁰

La ansiedad provoca que los individuos padezcan preocupaciones crónicas, excesivas y una serie de índices cognitivos, emocionales y fisiológicos de activación. A menudo experimentan también otros problemas, siendo los más comunes la depresión de leve a moderada, ataques de pánico ocasionales y un abuso de drogas ansiolíticas y de alcohol. Aunque raramente es discapacitante, gran parte de la calidad de vida del individuo está deteriorada por la ansiedad y los problemas comórbidos.

Los principales objetivos del tratamiento consisten en:

- ✓ Ayudar al paciente a identificar las sensaciones y señales de ansiedad internas, cognitivas, emocionales y fisiológicas, especialmente en los primeros signos de activación, y reaccionar entonces a estas señales con una nueva conducta que esté diseñada a disminuir la adversidad de la respuesta a la ansiedad.

⁴⁹ BECK Aaron. Terapia cognitiva de la depresión

⁵⁰ CABALLO Vicente. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1 Segunda Edición, 2002. Primera Reimpresión, 2007. Pág. 211

- ✓ Reconocer sus preocupaciones como una conducta de aproximación-
evitación.
- ✓ Discriminar entre los diferentes tipos de preocupaciones y aplicar la
estrategia correcta para cada uno.
- ✓ Identificar y modificar la base cognitiva del trastorno: distorsiones cognitivas
y Esquemas cognitivos (Supuestos personales) que hacen vulnerable al
sujeto a padecer ansiedad.

Entre las técnicas que se recomiendan están

a) Presentación del tratamiento.- consiste en brindar una psico-educación sobre el curso que va a tener el tratamiento.

b) Análisis conductual y entrenamiento en darse cuenta.- nos permite determinar que tipo de preocupación o ansiedad presenta el paciente.

c) Intervenciones específicas sobre la preocupación.- lo podemos realizar a través del entrenamiento en solución de problemas o la exposición funcional cognitiva.

d) Reevaluación de la valoración de la preocupación.- se utiliza técnicas cognitivas para corregir creencias erróneas sobre las ventajas y desventajas de la preocupación como la clasificación de las distorsiones cognitivas o a través la búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos.

e) Habilidades de afrontamiento por medio de la relajación.- estas permiten que el paciente identifique los estados de tensión y de relajación progresiva de varios grupos de músculos.

f) Autoregistros.- permite registrar las situaciones, señales y experiencias que provocan una activación ansiogena.

g) Autocontrol.- es una habilidad que le permite al paciente, mantener el control de sus emociones o conductas frente a una situación adversa para el paciente.

PAUTAS DE INTERVENCIÓN EN TRASTORNOS SOMATOMORFOS⁵¹

El trastorno hipocondriaco suele ser considerado, por la mayor parte de los clínicos, como un trastorno renuente al cambio y con mal pronóstico. Sin embargo, los informes elaborados sobre la eficacia terapéutica de las estrategias conductuales y cognitivo-conductuales, ha hecho posible que esta afirmación sea rechazada.

Objetivos

- ✓ Detectar los supuestos disfuncionales sobre la sintomatología somática, la enfermedad y las conductas de salud, y reemplazarlos por otras creencias más adaptativas.
- ✓ Conseguir la retribución de los síntomas corporales no patológicos a causas benignas con mayor probabilidad de ocurrencia.
- ✓ Suprimir los comportamientos problemáticos involucrados en el mantenimiento de la preocupación exagerada por la salud.

Entre las técnicas que se recomiendan están:

a) Psicoeducación.- Se explica las formas de presentación de la ansiedad a nivel fisiológico, cognitivo y conductual.

b) Técnicas de relajación.- estas permiten que el paciente identifique los estados de tensión y de relajación progresiva de varios grupos de músculos.

c) Desensibilización sistemática.- desarrollada por Wolpe, puede llevarse a cabo directamente o indirectamente, es una técnica de exposición en el que se presenta al paciente una serie graduada de estímulos provocadores de ansiedad hasta que éste se ha extinguido.

d) Detención del pensamiento.- se emplea para contrarrestar el pensamiento de preocupación.

e) El tratamiento de las interpretaciones catastróficas y los supuestos disfuncionales.- consiste en ayudar al paciente a detectar y cambiar los

⁵¹ CABALLO Vicente. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.1 Segunda Edición, 2002. Primera Reimpresión, 2007. Pág. 355

pensamientos automáticos negativos sobre sus síntomas físicos, las creencias desadaptativas sobre la salud y la enfermedad y las conductas problemáticas.

f) Cuestionamiento verbal de las interpretaciones negativas de los síntomas.- se realiza la discusión de las interpretaciones catastróficas de los síntomas por medio del análisis de la posibilidad de estar sobrevalorando la probabilidad de estar enfermo. Se utiliza diagramas o pasteles invertidos que permitan mostrar gráficamente al paciente que la probabilidad de que tenga la enfermedad que teme, o que cree tener es baja.

g) Prevención de recaídas.- se identifican las posibles preocupaciones futuras por la reaparición de los síntomas explorando la posibilidad de que el paciente crea que su mejoría es transitoria y similar a las experiencias entre estas dos posibles modalidades de mejoría: la mejoría actual debida al tratamiento y las habidas en momentos anteriores. Se hace hincapié en que ahora tiene un marco diferente desde donde poder comprender su estado y que dispone de estrategias eficaces para hacer frente al problema.

PAUTAS DE INTERVENCIÓN DE LOS TRASTORNOS DEL COMPORTAMIENTO ASOCIADOS A DISFUNCIONES FISIOLÓGICAS Y A FACTORES SOMÁTICOS.

Una característica básica de la anorexia y bulimia nerviosa es el exceso de preocupación por el tamaño y forma del cuerpo. La investigación creciente se ha centrado en el temor a la gordura y a las perturbaciones de la imagen corporal como factores motivacionales para determinar las conductas de poco comer y las purgantes. La mayoría de las investigaciones sobre el tratamiento se ha centrado en la terapia cognitiva-conductual para los trastorno de la alimentación, la que intenta modificar las características cognitivas, emocionales y conductuales de estos trastornos y en las farmacológicas.

Anorexia nerviosa.⁵²

La eficacia de los distintos enfoques terapéuticos muestra la importancia de la familia.

Objetivos:

- ✓ Normalización del peso, constantes nutricionales y hábitos alimenticios.
- ✓ Tratamiento de factores psicológicos mantenedores.
- ✓ Prevención de recaídas.

Tratamiento psico-educativo-conductual.- se basa en la normalización y regulación de los hábitos alimenticios, tanto en cantidad como en frecuencia, y en el control del peso. Se utiliza tanto elementos psico-educativos (conceptos nutricionales sobre alimentación, peso y consecuencias físico-psicopatológicas de la desnutrición) como conductuales (técnicas de auto-observación, autocontrol y exposición con prevención de recaídas).

Terapia cognitiva conductual.- utiliza un conjunto de técnicas para modificar la conducta y cogniciones subyacentes de los pacientes, sus actitudes hacia el peso y la imagen, baja autoestima y perfeccionismo. Las técnicas serían básicamente:

- Supervisar las comidas
- Pautas conductuales de exposición
- Reestructuración cognitiva
- Solución de problemas
- Técnicas de autocontrol emocional y el incremento de habilidades (entrenamiento en habilidades sociales y asertividad).

Bulimia nerviosa⁵³

Ha sido ampliamente demostrado, que procedimientos basados en el modelo cognitivo-conductual presenta mayor eficacia a medio-largo plazo que

⁵² Vicente Caballo. MANUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS. Vol.2 Segunda Edición, 2008. Pág.185

⁵³ CABALLO Vicente Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.2 Segunda Edición, 2008. Pág.185

orientaciones de carácter dinámico, terapia puramente conductuales o tratamiento farmacológico.

a) Nutricional psico-educativo.- se muestra de gran utilidad para conseguir una reducción inicial de los síntomas propiamente bulímicos (atracones y vómitos) y la regularidad de los hábitos alimentarios, tanto en cantidad como en frecuencia.

b) Terapia interpersonal.- en esta modalidad el tratamiento se trabajará, de una forma semidirectiva, las deficiencias en las relaciones interpersonales de los pacientes, y se especifican soluciones a las mismas, sin incidir específicamente en los síntomas alimentarios.

c) Tratamiento de exposición con prevención de respuesta.- está basado en técnicas de modificación de conducta, consiste en exponer al paciente a un estímulo discriminativo y posteriormente prevenir una conducta.

d) Tratamiento cognitivo-conductual.- este modelo entiende, que la presión social por obtener un ideal de belleza y delgadez y los correspondientes pensamientos y cogniciones irracionales respecto a la propia imagen y alimentación, conducirán a la paciente a unos hábitos alternativos restrictivos, que desembocarían en episodios bulímicos y, en la mayoría de los casos, en vómitos en donde la técnica más acertada es la reestructuración cognitiva.

e) Solución de problemas.- aumentar la capacidad de afrontamiento de la paciente frente a un problemas, evitando así que, ante problemas recurra a la sintomatología alimentaria como frecuente “solución” inadecuada de conflictos.

f) Entrenamiento en expresión emocional, habilidades sociales y asertividad.- un entrenamiento que se centre en: expresión adecuada de los sentimientos, habilidades conversacionales, entrenamiento asertivo, comunicación no verbal y comunicación verbal.

PAUTAS DE INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DEL HUMOR (AFECTIVOS)⁵⁴

La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión o en el de la euforia. La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes.

Objetivos:

- Brindar psico-educación al paciente y sus familiares sobre la depresión como una enfermedad y la existencia del tratamiento psiquiátrico- psicológico.
- Determinar las áreas problemáticas del paciente en términos de componentes conductuales, emocionales, cognitivos, motivaciones, físicos y personalidad premórbida.
- Aprender y reaprender un conjunto de habilidades cognitivas y conductuales para afrontar las situaciones estresantes de la vida cotidiana que causan la sintomatología depresiva.
- Elicitar los pensamientos automáticos y su respectiva evidencia y el significado personal que tiene cada uno de sus pensamientos.
- Diseñar experimentos conductuales para probar la validez de los pensamientos automáticos y significados personales.

Entre las técnicas que se recomiendan están:

El manejo de esta psicopatología van encaminadas hacia los reforzadores y hacia las contingencias ambientales. .

⁵⁴ CABALLO Vicente. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos. Vol.1 Segunda Edición, 2002. Primera Reimpresión, 2007. Pág. 493

Técnicas de auto-control le permite al paciente organizar el tiempo y las actividades, de modo que permite cumplir con las responsabilidades y además tener tiempo para actividades agradables.

Clasificación de las distorsiones cognitivas: a veces es de ayuda enseñar a los pacientes el tipo de errores cognitivos más frecuentes en sus problemas y como detectarlos y hacerle frente.

Búsqueda de evidencia para comprobar la validez de los pensamientos automáticos: A partir de la experiencia del sujeto se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis.

Uso de modelado vicario: se emplea historias, leyendas, parábolas, etc, para mostrar las creencias irracionales y su modificación.

Repetición de frases racionales a modo de auto-instrucciones.- Elicitar los pensamientos automáticos y su respectiva evidencia y el significado personal que tiene cada uno de sus pensamientos.

Detección de pensamientos automáticos: los sujetos son entrenados para observar la secuencia de sucesos externos y sus reacciones a ellos y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas a esa situación o evento.

El modelo A-B-C del funcionamiento psicológico.- lo podemos representar de la siguiente manera:

- **A:** Llamémosle acontecimientos.
- **B:** Que es el pensamiento que se deriva de una creencia ya sea irracional, racional o distorsión cognitiva
- **C:** Es la conducta o comportamiento

- **D** Es el debate que podemos hacer a nuestros pensamientos que no son más que hipótesis:
- **E**: la respuesta emocional más positiva ⁵⁵

Técnicas conductuales.- podemos reseñar las siguientes:

- **Programación de actividades incompatibles:** Se utiliza para que el paciente ejecute una serie de actividades alternativas a la conducta-problema.
- **Escala de dominio/placer:** el paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona.
- **Entrenamiento asertivo:** se utiliza para que el paciente aprenda a manejar con más éxito sus conflictos interpersonales y exprese de modo no ofensivo ni inhibido, sus derechos, peticiones y opiniones personales.
- **Entrenamiento en relajación y visualización:** se utiliza para que el paciente aprenda a distraerse de las sensaciones de ansiedad y la inhiba a través de la distensión muscular.
- **Ensayo conductual y rol playing:** se recrean escenas que el paciente ha vivido con dificultad y mediante modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.
- **Manejo de frustraciones:** se destaca el papel de la tolerancia a la frustración derivado de una creencia irracional de bienestar exigente o inmediato.

Entre las diferentes psicoterapias, la terapia cognitiva conductual es la que actualmente parece ser el enfoque más efectivo para la mayoría de los pacientes.

⁵⁵ BECK Aaron. Terapia cognitiva de la depresión.

PAUTAS INTERVENCIÓN DE LA BIPOLARIDAD⁵⁶

Es un trastorno grave recurrente e incapacitante, se caracteriza por episodios de depresión y manía durante los cuales ocurren cambios extremos en el estado de ánimo, las cogniciones y las conductas, se necesita de un apoyo farmacológico pero esta terapia fracasa cuando no hay escasa adherencia al tratamiento, la medicación de mantenimiento más utilizada es el litio.

Objetivos:

- α Educar a los pacientes y a las personas importantes de su entorno sobre el trastorno, su tratamiento y las frecuentes dificultades asociadas con el mismo
- α Enseñar a los pacientes métodos para registrar la ocurrencia, la gravedad y el curso de los síntomas maniacos y depresivos que permitan una intervención temprana si los síntomas empeoran.
- α Facilitar la adherencia a la medicación prescrita eliminando los obstáculos los que interfieren con dicha adherencia.
- α Proporcionar estrategias no farmacológicas para afrontar los síntomas conductuales y cognitivos de la manía y la depresión.
- α Enseñar habilidades para afrontar los problemas psicológicos que desencadenan.

Los rebotes de los síntomas son frecuentes entre la gente con este trastorno incluso cuando toma su medicación de forma continua, la intervención temprana puede aumentar la probabilidad de prevención de la recaída, se puede detectar los síntomas a través de: representaciones graficas del curso de su vida, una línea histórica que represente los episodios del trastorno, un resumen de los síntomas, una lista de síntomas físicos, cognitivos, emocionales y conductuales que ocurren durante los episodios de depresión manía y mixtos y una representación grafica

⁵⁶ Vicente Caballo. MANUAL PARA EL TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS. Vol.1 Segunda Edición, 2002. Primera Reimpresión, 2007. Pág. 575

del estado de ánimo, evaluaciones diarias del estado de ánimo durante el curso del episodio del trastorno.

Los síntomas de depresión y manía incluyen cambios en el contenido, en la claridad y en el número del pensamiento, para su intervención la tarea consiste en reducir el ruido o la sobre estimulación y centrar el pensamiento en un objetivo a la vez. En la manía esto no se lleva a cabo fácilmente, pero algunas técnicas como la relajación y el control de la estimulación ambiental disminuyen el flujo del pensamiento.

El análisis lógico de los pensamientos emocionales pueden llevarse a cabo con técnicas de reestructuración cognitiva así también como la evaluación de su validez.

Un último componente pero no menos importante consiste en la reducción de los estímulos estresantes psicosociales, la terapia, por consiguiente tiene que trabajar para solucionar estímulos estresantes psicosociales que ya existen, enseñando habilidades para afrontar los nuevos problemas conforme se van presentando y proporcionar a los pacientes retroalimentación sobre sus habilidades de comunicación interpersonal, de modo que pueda mantener relaciones saludables, así también como entrenamiento en solución de problemas y el autocontrol.

PAUTAS DE INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y DEL COMPORTAMIENTO DEL ADULTO⁵⁷

Los trastornos de personalidad constituyen entidades clínicas de una notable representación en nuestros días, partiendo de que personalidad es un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distinguen a las personas entre sí y que persisten a lo largo del tiempo y a través de las

⁵⁷ CABALLO Vicente. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.2 Segunda Edición, 2008. Pág.489

situaciones. Los objetivos generales hacer tratados serian: en un primer nivel disminuir los síntomas, 2) modular la dimensión temperamental de la personalidad, 3) reducir el deterioro en el funcionamiento social y laboral y 4) modificar el carácter o los esquemas de la personalidad. En caso de ser necesario se recurrirá a un tratamiento farmacológico de acuerdo a cada patología.

Trastorno paranoide de la personalidad.- Rara vez se ve en la clínica, su deterioro suele manifestarse principalmente en las relaciones con los demás, por lo que suele constituir un problema más para su entorno que para el propio sujeto. Además en el caso de que acuda al tratamiento, es difícil que exprese sus problemas emocionales o interpersonales, debido a su desconfianza y precaución ante la gente, y raramente permitirá que lo evalúen. Controlar la ansiedad, y las habilidades interpersonales y así como la reestructuración cognitiva y la modificación de esquemas básicos sería un procedimiento adecuado para cambiar los patrones cognitivos, conductuales y afectivos del paciente que se encuentran errados.

Trastorno esquizoide de la personalidad.- Caracterizado por un patrón de desapego social y un rango limitado de expresión emocional en situaciones interpersonales, son sujetos que rara vez acuden a tratamiento. Los objetivos a lograr en el tratamiento serian lograr una adaptación adecuada a nuevas circunstancias y la disminución del aislamiento social. El entrenamiento en habilidades sociales, la exposición graduada, modificación de esquemas y pensamientos disfuncionales a tareas sociales, pueden ser procedimientos de ayuda para mejorar y aumentar las relaciones interpersonales de estos sujetos.

Trastorno esquizotípico de la personalidad.- los individuos con este trastorno se caracterizan por un patrón general de déficit social e interpersonal que produce un malestar agudo, y una capacidad reducida para, las relaciones interpersonales, dándole también distorsiones cognitivas o perceptivas y excéntricas de la conducta. El entrenamiento en habilidades sociales, dirigido a modificar la

hostilidad y antipatía de los sujetos, su forma de vestir, hablar y sus hábitos extraños pueden ser procedimientos útiles para enseñarle habilidades para relacionarse en la sociedad mejorando su interacción social, así como técnicas de control de ansiedad para mejorar su expresión social. Se recomienda un tratamiento farmacológico anti-psicótico, o antidepresivo.

Trastorno disocial de la personalidad.- los sujetos con este trastorno raramente acuden a tratamiento, a menos que se lo obligue siendo el tratamiento ineficaz. El tratamiento estaría enfocado a reducir el comportamiento desconsiderado, explotador, socialmente irresponsable, el fracaso para adaptarse normas sociales, falsedad, agresividad y despreocupación por la seguridad propia o de los demás, en especial una ausencia de remordimiento. La intervención es más eficaz cuando el sujeto se encuentra en el rango moderado del trastorno, y cuando se abordan aspectos que conducen a la conducta delictiva, como los valores y actitudes antisociales, así también enseñar y fortalecer las habilidades interpersonales y modelar sus actitudes.

Trastorno límite de la personalidad.- una intervención eficaz sería disminuir la inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de uno mismo y de los afectos, y una notable impulsividad, a través de estrategias que implican acción, como: tareas para casa, de forma especial, el experimentar y practicar nuevas formas de pensar actuar y sentir; representación de papeles e inversión del papel; auto-registros; entrenamiento en habilidades de comunicación; exposición y prevención de la respuesta, auto-modelado; practicas de las habilidades disolución de problemas entre otras.

Trastorno histriónico de la personalidad.- el tratamiento psicoterapéutico se basa en la posibilidad de modificar los patrones de emocionalidad excesiva y búsqueda de atención; se propone el entrenamiento en empatía, a través del cual se le enseña al paciente habilidades básicas como la escucha activa y a reflejar lo que otro dice. El objetivo es que aprenda a prestar más atención a la gente que

está a su alrededor y a centrarse en los sentimientos de los demás, se puede utilizar la representación de papeles o retroalimentación. También puede ser beneficioso utilizar el registro diario de pensamiento, entrenamiento en solución de problemas y en asertividad, cuestionamiento de creencias.

Trastorno narcisista de la personalidad.- este trastorno es crónico y muy difícil de tratar por las características típicas del mismo, para su modificación se puede realizar a través de un cambio de distorsiones cognitivas que el paciente tiene sobre sí mismo, reestructuración por medio de imágenes, desensibilización a la hipersensibilidad ante la evaluación, detención y distracción del pensamiento para no detenerse en que están pensando los otros, así también el entrenamiento en empatía.

Trastorno ansioso (con conducta de evitación) de la personalidad.- su intervención está basada en disminuir la inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad ante la evaluación negativa lo cual se puede hacer a través un entrenamiento en relajación con o sin visualización, entrenamiento en habilidades sociales, terapia cognitiva, técnicas de exposición a conductas y situaciones que teme, autor-registros o ensayo de conductas. Se recomienda un tratamiento farmacológico.

Trastorno dependiente de la personalidad.- el objetivo de la terapia para estos sujetos es ayudarles a que aprendan a ser más independientes de las personas de su entorno, aumentar la confianza en sí mismo y la sensación de auto-eficacia, estos pacientes necesitan directrices y sugerencias prácticas, se utiliza el descubrimiento dirigido, con el fin de ayudar al paciente a que encuentre sus propias soluciones fomentando su autonomía. Se lo entrena en solución de problemas, y se construye una jerarquía con actuaciones que implican una mayor independencia cada vez.

Trastorno anancastico de la personalidad.- gran parte de las características de este trastorno, cuando no son llevadas al extremo, son adaptativas y reforzantes en muchos aspectos del campo laboral, por ello, salvo en casos de clara ineficacia o excesivo estrés en el trabajo, será difícil la modificación de estas características cuando en la vida real son frecuentemente reforzadas. Para disminuir la sintomatología se tendría en cuenta primero el patrón rígido de vida que llevan estos pacientes, su pensamiento y habla que están desorganizados para posteriormente instruirlo en habilidades para que aprenda a ver las prioridades de las cosas, manejar el tiempo y solucionar problemas. También se tiene que eliminar su temor a cometer errores que muchas veces le impide cambiar comportamientos habituales desadaptativos por otros nuevos más adaptativos.

PAUTAS DE INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS ASOCIADOS CON LAS ADICIONES.⁵⁸

Se ha identificado que las personas que tienen problemas con el alcohol o drogas muchas de ellas se encuentran motivadas a ingerir estas sustancias, aunque con ello destruyan sus vidas. Una razón porque muchos tratamientos formales para las adicciones no han tenido éxito es que suelen tratar a todos los pacientes como si fueran el mismo, siendo necesario adaptar los tratamientos a las necesidades individuales de los pacientes.

Las habilidades de afrontamiento para la conducta de beber, se centra en el problema mismo de la persona que consume sustancias alcohol o drogas y en las conductas relacionadas directamente con comportamiento desadaptativo de consumo. El tratamiento se estructuraría para abordar conductas relacionadas con la vulnerabilidad subyacente, el consumo mismo de alcohol, y déficit y excesos conductuales que se han identificado con el paciente. Los individuos aprenden estrategias de afrontamiento distintas a la del consumo de alcohol, con el fin de atenuar el déficit conductual, el afecto negativo y la activación excesiva. Por medio

⁵⁸ CABALLO Vicente. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol.2 Segunda Edición, 2008. Pág. 51

de la aplicación de técnicas de aprendizaje, los individuos pueden aprender una serie de nuevas habilidades de afrontamiento definidas como la capacidad para utilizar pensamientos, emociones y acciones para solucionar problemas sustituyendo el consumo de sustancias.

Otra ayuda sería el asesoramiento motivacional sistemático, se encuentra en la base motivacional del problema que tiene la persona con el consumo. En el cual se analizaría desde el afecto tanto positivo como negativo, los incentivo-objetivos dándonos cuenta que el problema surge cuando ingerir una sustancia se convierte en un objetivo que ensombrece la persecución de otros objetivos en la vida de la persona y compite en su obtención, es ahí que la importancia del vinculo motivacional; sin dejar de lado el interés actual de la persona es el estado motivacional el cual continua hasta que el sujeto alcanza su objetivo o desiste de él. De ahí que la intervención en consumo de sustancias se basa en muchos factores es por ello que muchas personas tienen patrones similares en la conducta de consumir sustancias pero pueden haber llegado a este punto por caminos diferentes.

PAUTAS DE INTERVENCIÓN EN LOS TRASTORNOS PSICÓTICOS Y ORGÁNICOS⁵⁹

ESQUIZOFRENIA

Aparece al final de la adolescencia o a inicios de la edad adulta y suele tener un curso episódico, interrumpido por exacerbaciones de los síntomas que requieren hospitalizaciones breves, que duran toda la vida. A pesar de la naturaleza grave y duradera de la esquizofrenia, muchos pacientes mejoran progresivamente con el trascurso del tiempo y en algunos se da una remisión total de los síntomas en los últimos años. Los pacientes requieren un tratamiento farmacológico con medicación antipsicótica, que necesita ser vigilado continuamente durante el curso de la enfermedad. Se tiene que prestar atención a las necesidades básicas y

⁵⁹ CABALLO Vicente. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicologicos. Vol.2 Segunda Edición, 2008. Pág.611

medicas de los pacientes como: las necesidades de alojamiento, de alimentación o de cuidado de uno mismo.

Para realizar un soporte adecuado para estos pacientes y a sus respectivas familias nos apoyamos en la psico-educación que es un aprendizaje experimental acerca de si mismo, del proceso o trastorno que padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias al mismo, así también la adherencia al tratamiento; y en entrenamiento en habilidades sociales que se basa en la teoría de aprendizaje social, incluye el modelado, el ensayo de conducta, la retroalimentación y la representación de papeles adicionales ayudando a los pacientes a su integración a la sociedad. Entre las aéreas más frecuentes que se puede mejorar esta la asertividad, habilidades de conversación, control de la mediación, búsqueda de trabajo acorde a su capacidad, habilidades recreativas y de ocio, habilidades para hacer amigos, comunicación con la familia, solución de problemas, entre otros.

Demencia

La demencia es uno de los trastornos más perturbadores que sufren los ancianos, el termino demencia se emplea para describir un conjunto de síntomas cognitivos o conductuales que son característico de una serie de los trastornos orgánicos, los cuales no se pueden abordar directamente como terapeutas, estos déficit cognitivos son graves que causan un deterioro en el funcionamiento social y laboral, y al mismo tiempo representa problemas a sus familiares. Además de la identificación de las características conductuales o cognitivas, el diagnostico requiere pruebas a partir de un examen médico.

Para el deterioro de la memoria no hay una técnica especifica pero si podemos ayudarle al paciente, entrenándolo a prestar atención a las señales, aumentando la atracción de los estímulos haciéndolos más familiares o mas compatibles con conocimientos anteriores del paciente; así también se puede proporcionar ayudas externas como calendarios, grabaciones, carpetas, fichas, etc., los cuales nos sirve también para mejorar las conductas de cuidado de sí mismo o las actividades

de la vida diaria. Teniendo en cuenta que este trastorno provoca en los individuos conductas agitadas o agresivas es necesario tratarlo con calma, adoptar una voz tranquilizadora y suave, y utilizando el tacto y posturas no amenazantes.

Los sujetos que padecen demencia presentan numerosas conductas problema, difíciles pero manejables, así que es necesario incluir una psico-educación tanto a familiares como cuidadores de estos pacientes mejorando así su calidad de vida.

Retraso Mental

A pesar de la clara evidencia de que las personas con retraso mental experimental un rango completo de problemas psicológicos y emocionales reciben escasa atención de los servicios de salud mental. Para las intervenciones se requieren de un equipo de profesionales entrenados que sean capaz de llevar a cabo con eficacia programas de manejo de las contingencias.

Teniendo en cuenta que pacientes con este diagnostico presentan dificultades en las áreas de las habilidades des-adaptativas como lo son: comunicación, cuidado de uno mismo, la vida en casa, las habilidades sociales, la utilización de la comunicación, el control del propio comportamiento, la seguridad, los aspectos escolares, el ocio y el trabajo, es que se podría estimular el aprendizaje social el que incluiría estrategias como el modelado, el ensayo de conducta, economía de fichas, así también el entrenamiento de asertividad o entrenamiento en auto-instrucciones, entrenamiento en habilidades sociales permitiéndole una participación en la sociedad, teniendo en cuenta además que la población más viable y apropiada para ser tratada es la gente caracterizada con un diagnostico leve o moderado.

3.- ATENCION TERCIARIA

Esta etapa se lleva a cabo sobre problemas que ya han sido objeto de tratamiento y tienen por objetivo evitar posteriores complicaciones y recaídas, y facilitar la

reinserción social que en este caso sería, brindar y reeducar con nuevas habilidades de afrontamiento, facilitando al paciente su readaptación al medio ya que este en ningún momento deja de estar en contacto con la sociedad y aprenda a manejar las situaciones ambientales de un modo que no reincida en su proceso de tratamiento facilitando así su recuperación de sus conductas psicopatológicas.

El propósito de la recuperación es evitar que la deficiencia se convierta en invalidez; es una serie de acciones médicas, sociales, educativas y vocacionales que, en uso combinado, permite a las personas alcanzar los mayores niveles funcionales posibles y a integrarse a la sociedad. Esto corresponde a la recuperación funcional, profesional y social.⁶⁰

A través de este proceso no solo mejoramos la calidad de vida del paciente si no también el de su familia y su entorno que están inmersos en este ciclo de salud enfermedad provocando en ellos problemas psico-emocionales, que a través de la ejecución de un adecuado programa de prevención y promoción en este grupo vulnerable, tanto la familia como los amigos jugaran un papel de apoyo muy importante a la hora de combatir una trastornos de uno de sus miembros, podrán ayudar tomando parte en el programa. Con una formación adecuada, podrán acompañar al paciente en las situaciones que le generen dificultad ofreciendo sostén y aliento, y ayudando a crear un entorno que fomente su curación logrando que mejore el modo de vida, condiciones de vida y estilo de vida, y de esta manera estaremos alcanzando una asistencia sanitaria adecuada a nuestros usuarios.

⁶⁰ http://es.wikipedia.org/wiki/Medicina_preventiva

10. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ BARLOW-DURAN. Psicopatología, Tercera edición
- ✓ BALAREZO Lucio Psicoterapia Edición, 1991
- ✓ BECKG Aaron T. TERAPIA COGNITIVA DE LA DEPRESION.
- ✓ CABALLO Vicente E. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos vol. I
- ✓ CABALLO Vicente E. Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos vol. 2
- ✓ CALDERON Guillermo. SALUD MENTAL COMUNITARIA.
- ✓ CASTILLO CHARFOLET Aurora y Gracia ABAD GONZALEZ. Cuadernos de trabajo social.
- ✓ CLASIFICACIÓN DE LOS TRASTORNOS MENTALES (CIE 10) Pautas Diagnosticas y de Actuación en Atención Primaria.
- ✓ CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES (CIE-10). Trastornos mentales y de comportamiento
- ✓ DSM V. Manual de Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales.
- ✓ DURKHEIM, E. 1985, 75.
- ✓ LABRADOR Francisco. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta.
- ✓ MILLON Theodore. Trastorno de personalidad en la vida moderna.
- ✓ PHARES E. Jerry Psicología clínica. Conceptos, métodos y práctica. Pág. 6. 2da Edición.
- ✓ SANMARTÍN José. El laberinto de la violencia. Causa, Tipos y Efectos. 2^a Edición 2004
- ✓ SHAPIRO Francine. Manual de entrenamiento básico en EMDR.
- ✓ VALLEJO Ruiloba. Introducción a la psicopatología y psiquiatría.

- ✓ <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual6.htm>
- ✓ <http://www.psicologiaonline.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual10.htm>
- ✓ <http://www.cop.es/colegiados/M-00451/DEPRE.htm>
- ✓ www.conductitlan.net/terapia_cognitiva_depresion.ppt
- ✓ <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=222>
- ✓ www.psiquiatria.com
- ✓ <http://www.apsique.com/wiki/AnorRoIpsic>
- ✓ http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Salud_Mental_2009.pdf
- ✓ <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=222>
- ✓ www.psiquiatria.com
- ✓ <http://www.apsique.com/wiki/AnorRoIpsic>
- ✓ <http://ecologia-mental.blogspot.com/2005/10/consejeria-psicologica.html>
- ✓ <http://www.psicobalance.com/emdr>
- ✓ http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Salud_Mental_2009.pdf
- ✓ <http://www.psicoterapeutas.com/pacientes/desensibilizacion.htm>
- ✓ <http://www.deficitdeatencionperu.org/psicol-gicos-/la-ansiedad-y-su-tratamiento-cognitivo-conductual.html>
- ✓ <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Manual/manual12.htm>

11. ANEXOS

ANEXO 1: Anteproyecto de desarrollo

I.- TEMA:

CREACION DE LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN EL AREA DE SALUD N° 5 DE CARIAMANAGA EN EL HOSPITAL “ JOSÉ MIGUEL ROSILLO” MARZO - SEPTIEMBRE 2011.

II.- PROBLEMÁTIZACION:

Es difícil delimitar la salud, hay distintas escuelas psicológicas y autores que tienen opiniones diferentes, sin embargo la salud no sólo es la ausencia de enfermedades. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "Un estado de completo bienestar físico, mental y social", y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades".⁶¹

Las tres ideas medulares para el mejoramiento de la salud están basadas en esta definición: la salud mental es una parte integral de la salud; es más que la ausencia de enfermedades, está íntimamente relacionada con la salud física y la conducta. Contar con una salud biológica adecuada es siempre una base importante para una mente sana, pues las preocupaciones que se generan en un cuerpo enfermo pueden llegar a sobrepasar la capacidad del individuo para controlarlas, hacerlas invasivas y por lo tanto patológicas, por ello la salud mental es un concepto que se refiere al bienestar emocional y psicológico del sujeto.

La salud mental es una de las preocupaciones de la clínica médica actual, porque de ella dependen el comportamiento humano, la convivencia civilizada de la sociedad y hasta la seguridad y supervivencia de la especie en nuestro planeta. La enorme tensión psíquica a la que estamos sometidos en la modernidad y los

⁶¹ OMS 2001P1

avances de nuestra civilización, están representando un peligro y una amenaza para la salud mental individual y grupal, por lo tanto depende de todo cuanto se haga y logre una persona para su asistencia, además de las influencias intrínsecas que están condicionadas por estímulos, tarde o temprano gran parte de las personas vamos a constituirnos en pacientes dependientes al uso de sedantes, y tranquilizantes, que tanto daño causan a la salud mental. Por lo tanto no es menos cierto que ha todo lo dicho hay que añadir la presencia de enfermedades hereditarias, congénitas y la disposición del medio ambiente. Igualmente situaciones como el stress, la sobrecarga y las limitaciones humanas en todos los campos influyen para desestabilizarnos emocionalmente.

El Comité de Expertos de La Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), en la Enseñanza de la Salud Mental en las Escuelas de Medicina de América Latina se reunió en Washington, D.C., del 3 al 7 de diciembre de 1973 y puntualizan que salud mental es “La condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio” ⁶²

La salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y la comunidad. Por esta razón resulta de mucho valor informar a la colectividad sobre la salud mental, destacar su importancia y sensibilizarla, para actuar como agentes activos, promotores en los procesos de salud, identificando síntomas y movilizándonos en buscar ayuda, para de esta manera lograr un desarrollo equilibrado de toda la vida del sujeto, en el que desempeña una función principal las relaciones interpersonales, la vida familiar, la integración social, la

⁶² OMS/OPS- 1973

capacidad de adaptarse al cambio, hacer frente a la crisis, establecer relaciones satisfactorias con otros miembros de la comunidad y desarrollar de esta manera una mejor calidad de la vida.

Pese a la importancia de la salud mental esta no tiene reconocimiento adecuado tanto de los organismos competentes como en nuestra vida cotidiana, constituyéndose en la sociedad actual un problema serio y costoso, afectando a personas de todas las edades, culturas y niveles socioeconómicos, a esto le sumamos que no existe la cultura de acudir al psicólogo, ya sea por miedo, desconocimiento o simplemente porque piensan que no sirve de nada, en cambio, sí acuden al dentista, al traumatólogo o a cualquier otro especialista en salud.

Ante este problema o acontecimiento según la OMS estima que aproximadamente 450 millones de personas sufren de un trastorno de salud mental en el mundo, de los cuales menos de la mitad reciben la atención que necesita, la que depende, de una mejor formación de los agentes de salud, de la población en general y de un mayor consenso entre los gobiernos para el desarrollo de servicios destinados a la enfermedad mental y a sus comunidades. Se pronostica que los problemas de salud mental aumentaran en todo el mundo por dificultades sociales y económicas tales como el desempleo, el crimen, la pobreza, la intolerancia racial, el abuso de sustancias peligrosas, la falta de hogar y los abusos de las personas, según lo indica la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE (2002).⁶³ La Federación Mundial para la Salud Mental en muchos países en vías de desarrollo cuentan con uno o dos psiquiatras para toda su población, mientras que países desarrollados recortan los servicios de atención en salud mental de sus sistemas de atención primaria en salud, proporcionando así menos atención, menos dinero, menos opciones que favorecen un mejor estilo de vida de su población. Los mayores avances se han logrado a través de una combinación de cambios

⁶³CIE (2002). Clasificación Internacional de Enfermedades

estructurales y las acciones de individuos⁶⁴. Reconocemos el esfuerzo que realizan a nivel de la región de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud en los últimos 25 años, para atender la prevalencia de los trastornos mentales y la repercusión negativa de los mismos, como lo son la Declaración de Caracas de 1990 que marca un paso firme en el proceso de reestructuración de los servicios psiquiátricos, el desarrollo de servicios comunitarios y la protección de los derechos de los enfermos mentales. Otro logro importante es la iniciativa para la reestructuración de los servicios psiquiátricos en América Latina, que se ejecutó en diversos países durante los años 90. En 1997, como resultado de la Resolución del Consejo Directivo (CD40.R19), los ministros de salud de las Américas adoptaron unánimemente los principios establecidos en la declaración de Caracas y se comprometieron a promover la salud mental y tratar los trastornos mentales más prevalentes. Los datos brindados por la OMS 2001 1b, en la 128.ª Sesión del Comité Ejecutivo, efectuada en Washington, manifiestan que: A nivel mundial los trastornos mentales y de la conducta representaban en 1990 el 11% de la carga total de la enfermedad, expresado en términos de años de vida ajustados por discapacidad, se predice que para el 2020 esto va aumentar a un 15% en el mundo.⁶⁵

Latinoamérica no es ajena a esta dificultad, la situación socioeconómica y la evolución tecnológica ha generado algunos problemas que se relacionan con los trastornos mentales y del comportamiento. Teniendo en cuenta así la crisis de la modernidad y los cambios sociales por los que atraviesa nuestro continente es que inciden en el perfil epidemiológico en la población ecuatoriana generando nuevas exigencias y demandas razón por la cual en el 2008 se aprueba la Constitución Política que permite y obliga a través del Ministerio de Salud Pública a la búsqueda de respuestas innovadoras para enfrentar la problemática de la salud e innovar los servicios de salud mental acordes a nuestra diversidad. En el

⁶⁴ (Nutbeam 2000 p 1)

⁶⁵ (OMS 2001)

Ecuador la problemática de la salud mental es alarmante, cada vez más observamos y determinamos que se va profundizando el incremento de patologías mentales en la colectividad, por ello el Ministerio de Salud bajo la coordinación directa de la Dirección Nacional de Salud Mental, genero la investigación respectiva en el periodo 2000 – 2009, para establecer el perfil epidemiológico en el Ecuador respecto al comportamiento humano reportando la siguiente tasa estadística, efectuada por cada 100.000 habitantes, se ha verificado en los datos estadísticos un aumento en las principales enfermedades mentales encontrándose la mayor morbilidad en víctimas de violencia y maltrato, que constituyen la primera demanda de atención de salud mental en las unidades del Ministerio de Salud Pública. La depresión, que es la gran pandemia de este siglo ocupa el segundo lugar y sus tasas se acercan a 50 /100.000 hbts., el tercer lugar lo ocupa la epilepsia y cuarto el alcoholismo con tasas cercanas a los 33.68/ 100.000 hbts., en un quinto grupo está el intento de suicidio con 15.32/ 100.000hbts. Y el retardo mental con 28.34 /100.000 hbts. Las restantes enfermedades: demencias, psicosis, suicidio consumado y fármaco dependencias tienen tasas menores cercanas a 4.50/100.000.⁶⁶

Es evidente que con estos altos antecedentes de enfermedades mentales en el Ecuador, provoque un gran impacto en la sociedad y un ejemplo de esto está en la provincia de Loja, donde según estudios del Ministerio de Salud Publica existe una gran incidencia de enfermedades mentales, entre ellas: la violencia y maltrato, ocupando el primer lugar con 956 casos atendidos con un porcentaje de 97.2% respectivamente, alcoholismos con el 68.4%, depresión con el 57.5%, epilepsia 43.2%, intentos de suicidio con 22.3%, retardo mental 8.4%, demencia y la farmacodependencia reportan un 3.7% y casos de psicosis existe un porcentaje del 2.3%, encontrando bajos índices de suicidios consumados, cuya etiología ha sido tan diversa incidiendo factores biológicos (Genéticos y congénitos); factores socio–culturales (la pobreza, migración –desestructuración familiar-, hacinamiento,

⁶⁶ www.msp.gov.ec

la drogadicción, el alcoholismo, la sub-culturización, entre otros); factores ambientales (contaminación, deforestación, erosiones).⁶⁷

Analizando estos datos nos damos cuenta de la realidad preocupante por la que atraviesa nuestra provincia y su repercusión en el Cantón Calvas y en su Cabecera cantonal Cariamanga, en la actualidad existe el funcionamiento del Hospital “ **José Miguel Rosillo**” el cual carece de una Unidad de Salud Mental para una mejor atención a estos problemas de salud mental, su respectivo seguimiento y ayuda en su rehabilitación laboral y social, han sido limitadas, considerando que la salud mental es una de las aéreas más recientes en atención y hasta el momento actual la atención psicológica está escasamente atendida, este tipo de asistencia puede calificarse, en general, como poco eficaz. Situación que produce que se modifique la filosofía asistencial como es en la prevención de la enfermedad mental, que está implicada la Atención Primaria de Salud con la que Salud Mental ha de trabajar muy estrechamente, para el desarrollo de la atención comunitaria y la promoción de la salud mental, que ha de extenderse, además, al entorno familiar prestando especial atención enfermos mentales, previniendo situaciones de abandono o violencia, cuidando a los cuidadores; el 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 y en el entorno laboral, analizando los diversos factores de riesgo y proponiendo y realizando actuaciones tendentes a mejorar la salud y el bienestar de las personas.

La gestión de la atención a la Salud Mental a través de la Unidad de Salud Mental supone un cambio cualitativo relevante, que incidirá de forma muy positiva en el

⁶⁷ Ministerio de Salud Publica- Salud Mental

Hospital, garantizando la continuidad de cuidados y mejoras en la calidad de la asistencia. El proceso asistencial incluye: Atención Primaria, Salud Mental y la fase intermedia entre ellos, además de la comunicación, los espacios de cooperación institucional.

En la 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. En la 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. Y como una fase intermedia: se formalizarán los sistemas de transmisión de información ligada a los pacientes dentro del espacio de cooperación, es en este espacio donde se constituyen los procedimientos de trabajo en común con los pacientes: la supervisión, la coterapia y la interconsulta. Sin dejar de lado la necesidad de dar respuesta a patologías emergentes: duelo patológico, patología dual y trastornos de la personalidad, desarrollaremos programas y acciones específicas, profundizando la cooperación entre las distintas instituciones y profesionales implicados que permita la identificación de grupos de riesgo y la detección precoz de la enfermedad.

En esta meta a lograr el apoyo social es fundamental como amortiguador de los efectos que produce la enfermedad mental en personas vulnerables (previniendo descompensaciones) y actúa positivamente en la evolución de la enfermedad y en la calidad de vida de los pacientes y sus familias de los habitantes de la parroquia de Cariamanga, fortaleciendo con la unidad de salud Mental la asistencia integral, brindada en el hospital para mejorar la calidad de vida de los mismos, razón por la cual se pretende dar un pequeño aporte para optimizar dicho bienestar de los y las habitantes, realizando un diagnóstico en incidencia de posibles rasgos psicopatológicos a través del Instrumento Psicológico SRQ, tomando una muestra

de 374 habitantes: hombres -mujeres en cuya evaluación encontramos los siguientes datos:

En mujeres:

1.- A presentado usted frecuentes dolores de cabeza durante los últimos tres meses nos da como resultado positivo un 47%.

2.- A disminuido su apetito notablemente durante los tres últimos meses obtenemos una puntuación de 34% positivamente.

3.- A tenido usted dificultades para dormir, despertares nocturnos sin poder conciliar el sueño nuevamente durante los tres últimos meses dando como resultado un 51% positivamente.

4.- Al momento de realizar una actividad específica (como trabajar, quehaceres domésticos, etc.) usted se asusta con facilidad respondieron a la evaluación diagnóstica positivamente 56%.

5.- Usted durante los últimos tres meses ha notado que presenta un temblor de manos respondieron afirmativamente un 20.6 %.

6.- Durante los últimos tres meses usted se ha sentido nervioso, tenso, aburrido, estresado etc., a la evaluación diagnóstica respondieron positivamente 67.7%

7.- Ante los últimos tres meses usted ha presentado alguna enfermedad estomacal 31.2% refiere que sí.

8.- En los tres meses anteriores usted ha tenido dificultades en concentrarse mente en blanco, persistente repetición de palabras, frases o ideas afirmando positivamente 86%.

9.- Usted ha notado que su estado de ánimo ha cambiado, que se siente triste, pesimista, desanimado, decaído durante los tres últimos meses, respondiendo a la evaluación positivamente el 55%.

10.- Aproximadamente el 42% de los encuestado refiere haber llorado con frecuencia durante los tres últimos meses.

11.- A disminuido su capacidad de disfrutar y divertirse con las actividades que realiza diariamente, aproximadamente el 30.% refieren que si ha disminuido.

12.- Frente a una decisión importante usted prefiere que las demás tomen la decisión por usted o prefiere escuchar los puntos de vista y es usted quien decide, el 33.3% respondieron que prefieren que terceras personas las decidan.

13.- Usted tiene alguna dificultad que le impida realizar su trabajo con éxito, respondiendo ante ella el 23.8% que tienen alguna dificultad.

14.- Usted siente que es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida, a esta pregunta cerca del 15.3% respondieron que se siente incapaces.

15.- Durante los tres últimos meses usted ha perdido el interés en las cosas que realizaba antes, aproximadamente el 19.5% respondieron que si.

16.- Alrededor del 13.7% respondieron que en algún momento en estos tres últimos meses se sintieron incompetentes, inútiles, incapaces

17.- Aproximadamente el 17.5% reconocieron que durante los tres últimos meses una forma de solucionar sus problemas y como única solución a los mismos, fue acabar con su vida.

18.- El 32.3 % de los evaluados refirieron haberse sentido cansados la mayor parte del día.

19.- Durante los tres últimos meses usted ha sufrido de sensaciones desagradables en su estómago como estreñimiento, llenura, acidez, malas digestiones 32.8%.

20.- El 33.9 expresaron que durante los tres últimos mese se sintieron cansados al realizar una mínima actividad

21.- En los últimos tres meses a sentido usted que alguien le persigue para causarle daño, lo vigilan o que le acosaban, aproximadamente el 10% respondieron que sí.

22.- Aproximadamente el 5.8% de los entrevistados respondieron que creían tener poderes especiales como leer la mente, anticiparse a un suceso.

23.- Alrededor del 10% de entrevistados refirieron haber presentado pensamiento acelerado, desorganizado, mente en blanco durante los tres últimos meses.

24.- Aproximadamente el 6.3% afirmo haber experimentado observar y oír voces sin significado alguno como ruidos, insultos, murmullos, fantasmas que nadie mas oída ni observaba.

25.- El 12.7 respondieron haber sufrido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento.

26.- Durante los últimos tres meses alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos o compañeros que el consumo de alcohol u otra droga por parte suya era exagerado el 22.8% respondieron que sí.

27.- Alguna vez usted ha querido dejar de consumir (alcohol u otras drogas) pero no ha podido el 20% de entrevistados respondieron que no han podido.

28.- Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo a causa del consumo, como beber o usar drogas en el trabajo, faltar, o inventar disculpas alrededor del 16.9 respondieron que si han presentado problemas con las drogas o alcohol.

29.- Aproximadamente el 13.2% han estado en riñas, o ha estado detenido, estando bajo efectos del alcohol u otras drogas

30.- Entre los entrevistados el 22.2% reconocen haber consumido en exceso bebidas alcohólicas u otra droga.

Hombres

1.- A presentado usted frecuentes dolores de cabeza durante los últimos tres meses nos da como resultado positivo un 31%.

2.- A disminuido su apetito notablemente durante los tres últimos meses obtenemos una puntuación de 24.2% positivamente.

3.- A tenido usted dificultades para dormir, despertares nocturnos sin poder conciliar el sueño nuevamente durante los tres últimos meses dando como resultado un 45.5% positivamente.

4.- Al momento de realizar una actividad específica (como trabajar, quehaceres domésticos, etc.) usted se asusta con facilidad respondieron a la evaluación diagnóstica positivamente 23.5%..

5.- Usted durante los últimos tres meses ha notado que presenta un temblor de manos respondieron afirmativamente un 20.9 %.

6.- Durante los últimos tres meses usted se ha sentido nervioso, tenso, aburrido, estresado etc., a la evaluación diagnóstica respondieron positivamente 52.4%

7.- Ante los últimos tres meses usted ha presentado alguna enfermedad estomacal 25.7% refiere que sí.

8.- En los tres meses anteriores usted ha tenido dificultades en concentrarse mente en blanco, persistente repetición de palabras, frases o ideas afirmando positivamente 50.3%.

9.- Usted ha notado que su estado de ánimo a cambiado, que se siente triste, pesimista, desanimado, decaído durante los tres últimos meses respondiendo a la evaluación positivamente el 31.0%.

10.- Aproximadamente el 17.1% de los encuestado refiere haber llorado con frecuencia durante los tres últimos meses.

11.- A disminuido su capacidad de disfrutar y divertirse con las actividades que realiza diariamente aproximadamente el 25.7.% refieren que si a disminuido.

12.- Frente a una decisión importante usted prefiere que las demás tomen la decisión por usted o prefiere escuchar los puntos de vista y es usted quien decide el 20.9% respondieron que prefieren que terceras personas las decidan.

13.- Usted tiene alguna dificultad que le impida realizar su trabajo con éxito respondiendo ante ella el 29.4% que tienen alguna dificultad.

14.- Usted siente que es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida a esta pregunta cerca del 10.2% respondieron que se siente incapaces.

15.- Durante los tres últimos meses usted ha perdido el interés en las cosas que realizaba antes aproximadamente el 24.6% respondieron que si.

16.- Alrededor del 13.4% respondieron que en algún momento en estos tres últimos meses se sintieron incompetentes, inútiles, incapaces

17.- Aproximadamente el 12.8% reconocieron que durante los tres últimos meses una forma de solucionar sus problemas y como única solución acabar con su vida.

18.- El 23.5 % de los evaluados refirieron haberse sentido cansados la mayor parte del día.

19.- Durante los tres últimos meses usted a sufrido de sensaciones desagradables en su estómago como estreñimiento, llenura, acidez, malas digestiones el 25.7% respondieron que si presentaron molestias estomacales.

20.- El 21.4% expresaron que durante los tres últimos mese se sintieron cansados al realizar una mínima actividad

21.- En los últimos tres meses a sentido usted que alguien le persigue para causarle daño, lo vigilan o que le acosa aproximadamente el 10.7% respondieron que sí.

22.- Aproximadamente el 3.7% de los entrevistados respondieron que creían tener poderes especiales como leer la mente, anticiparse a un suceso.

23.- Alrededor del 12.3% de entrevistados refirieron haber presentado pensamiento acelerado, desorganizado, mente en blanco durante los tres últimos meses.

24.- Aproximadamente el 7.5% afirmo haber experimentado observar y oír voces sin significado alguno como ruidos, insultos, murmullos, fantasmas que nadie mas oída ni observaba.

25.- El 11.2% respondieron haber sufrido convulsiones, ataques o caídas al suelo, con movimientos de brazos y piernas; con mordeduras de la lengua o pérdida del conocimiento

26.- Durante los últimos tres meses alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos o compañeros que el consumo de alcohol u otra droga por parte suya era exagerado el 57.8% respondieron que si.

27.- Alguna vez usted ha querido dejar de consumir (alcohol u otras drogas) pero no ha podido el 43.4% de entrevistados respondieron que no han podido.

28.- Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo a causa del consumo, como beber o usar drogas en el trabajo, faltar, o inventar disculpas alrededor del 35.8% respondieron que si han presentado problemas con las drogas o alcohol.

29.- Aproximadamente el 21.9% han estado en riñas, o ha estado detenido, estando bajo efectos del alcohol u otras drogas

30.- Entre los entrevistados el 42.8% reconocen haber consumido en exceso bebidas alcohólicas u otra droga durante las tres últimas semanas.

No cabe duda que, aunque menos visibles que las heridas físicas, los efectos de las patologías psicosociales pueden tener un impacto significativo en la vida de las personas, no solo en la persona que las padece sino también en las demás

personas que conforman su entorno, esta valoración diagnóstica es un preámbulo para desarrollar investigaciones que permitan comprender mejor la problemática de la salud mental en la población de las y los habitantes de la Ciudad de Cariamanga

Frente a esta realidad planteo el problema científico ¿COMO CREAR LA UNIDAD DE SALUD MENTAL EN EL AREA DE SALUD N° 5 de CARIAMANAGA en el HOSPITAL “ José Miguel Rosillo” periodo abril - septiembre 2011?, para mejorar la salud mental de los habitantes de esta ciudad Cariamanga.

III.- JUSTIFICACIÓN

Desde siempre el hombre se ha conformado por diferentes aspectos de los que no se puede deshacer. Hay que entender al hombre de un modo holístico, esto es, como una unidad en donde los factores biológicos, psicológicos y sociales constituyen un Sistema BIOPSIICOSOCIAL que quiere decir, que el humano en general es un ser vivo como un organismo complejo y con una mentalidad basada en muchos aspectos como: valores, conciencia, ética, motivaciones, deseos, personalidad, los cuales le permiten estar en una organización social y comportarse de acuerdo a sus intereses psicológicos y a los límites que le presente su cuerpo y su aprendizaje

De estos tres elementos el factor psicológico es de una relevancia importante para el adecuado y correcto desarrollo del individuo, esto denota el papel predominante que tiene la Salud Mental, que según la Academia Americana de Psiquiatría es algo tan sencillo de recordar como el 1,2,3: 1.- Estar bien consigo mismo, 2.- estar bien con los demás y 3.- enfrentar las exigencias de la vida diaria; razón por la cual se la ubica como uno de los principales elementos que permiten mejorar la calidad de vida de las mujeres y hombres que componen la sociedad. La salud mental de cada persona puede verse afectada por factores y experiencias

individuales, la interacción social, las estructuras y recursos de la sociedad, los valores culturales, experiencias de la vida diaria, las familiares, la escuela, en las calles y en el trabajo. El estado psicológico de cada persona afecta a su vez la vida de cada uno de estos dominios y por lo tanto, la salud de una comunidad o población.

Para lograr un mejor estilo de vida se requiere de la investigación, el desarrollo, la implementación, la ejecución y posterior evaluación de programas y estrategias específicas que ayuden a conocer y controlar la incidencia y prevalencia de enfermedades mentales, dentro de los diferentes grupos sociales, es por ello que el presente trabajo de investigación se presenta como una solución para satisfacer las crecientes y diversas necesidades de atención psicológica, implementando una Unidad de Salud Mental **EN EL AREA DE SALUD N° 5 CARIAMANAGA en el HOSPITAL “José Miguel Rosillo”**, puesto que los pacientes de esta casa de salud y la comunidad son remitidos a otros especialistas debiendo salir de esta ciudad en busca de este tipo de atención, provocando que los y las pacientes no tengan la atención integral a la que tienen derecho, es decir un trabajo multidisciplinario entre psicología, psiquiatría, neurología, médico de familia, enfermera, trabajadora social, departamentos de la salud que tienen como objetivo fundamental la integración de los recursos humanos y materiales para conseguir los mejores resultados terapéuticos en los pacientes.

El funcionamiento adecuado de estos servicios clínicos requiere, la existencia y participación de otras estancias como son la familia y la comunidad, los cuales actúan no sólo como agentes reguladores sino también como proveedores de servicios de apoyo y fortaleza para mejorar la calidad de vida, disminuir el dolor y el sufrimiento que padecen sus familiares. Dificultades que mediante las acciones de promoción y prevención en salud mental pueden de alguna manera disminuir el riesgo de caer en la patología. La promoción de salud mental es un campo emergente de acción la cual debe tener enfoques tanto en el individuo como en el

ambiente. La promoción y prevención de la salud son actividades que necesariamente se relacionan y se superponen. Debido a que la promoción se ocupa de las determinantes de la salud y la prevención se concentra en las causas de la enfermedad, la promoción.⁶⁸

Por eso, este aporte que es de gran importancia para ofrecer la posibilidad de orientación y tratamiento a aquellos grupos de población con desventajas psíquicas y por lo tanto de alto riesgo.

IV.- OBJETIVOS;

General

- ✓ Crear la Unidad de Salud Mental **EN EL AREA DE SALUD N° 5 CARIAMANAGA HOSPITAL “José Miguel Rosillo”** orientado a mejorar y asegurar la salud mental de los habitantes de la ciudad.

Específico

- ✓ Identificar la incidencia y prevalencia de posibles patologías en los ciudadanos de Cariamanga por medio de la aplicación individual de baterías psicológicas como el SRQ.
- ✓ Diseñar la Unidad de Salud Mental **EN EL AREA DE SALUD N° 5 CARIAMANAGA HOSPITAL “José Miguel Rosillo”** orientado a mejorar y asegurar la salud mental de los habitantes de la ciudad
- ✓ Plantear un modelo de intervención psicoterapéutica para las patologías más persistentes a la evaluación diagnóstica en esta ciudad a través de los instrumentos psicológicos y la psicoterapia.
- ✓ Promocionar la atención en salud mental en pacientes, familiares y la comunidad a través de charlas, campañas educativas, convenios institucionales que permitan mejorar su calidad de vida.

⁶⁸ (Lehtinen, Riikonen 1997).

- ✓ Prevenir y reducir la incidencia, prevalencia y recurrencia de los trastornos mentales disminuyendo así el impacto de la enfermedad en las personas afectadas, sus familias y la sociedad.
- ✓ Garantizar a las personas de una atención psicológica basada en el enfoque humanista y trabajo comunitario del terapeuta para buscar el bienestar biosicosocial apoyando de esta manera a grupos más vulnerables.
- ✓ Presentar el proyecto creación de la Unidad de Salud Mental EN EL AREA DE SALUD N° 5 CARIAMANAGA HOSPITAL “José Miguel Rosillo” a las autoridades encargadas del departamento de salud Mental del Ministerio de Salud.

V.- MARCO TEÓRICO;

CAPITULO 1

1. - Salud mental

- 1.1 Su historia
- 1.2 Definición
- 1.3 Importancia
- 1.4 Orígenes y Evolución del término Salud Mental
- 1.5 Parámetros de una persona mentalmente sana
- 1.6 Salud mental en el Ecuador
- 1.7 Perfil epidemiológico a nivel del Ecuador

CAPITULO 2

2.1 - Unidad de salud mental

- 2.2.- Plan nacional de Salud Mental en el Ecuador
- 2.3.- Política y Marco Legislativo
- 2.4.- Organización de los servicios de salud mental
- 2.5.- Funcionamiento de las unidades de salud mental

- 2.5.1.- Interconsultas
- 2.5.2.- Apoyo a los Equipos de Atención Primaria
- 2.5.3.- Funciones de preventiva y de promoción de la Salud Mental
- 2.6.- Equipo multidisciplinario de Profesionales de la Unidad de Salud mental
 - 2.6.1.- Perfil del Psicólogo Clínica en la US;M
 - 2.6.1.1 Momentos de Intervención del Psicólogo Clínico
 - 2.6.2.- Función del Psiquiatra en la USM
 - 2.6.3 Actividades del servicio de Enfermería en la USM
 - 2.6.4.- Funciones del Trabajador social en la USM
 - 2.6.5.- Funciones del Psicólogo Infantil en la USM

CAPITULO 3

- 3.- Clasificación de trastornos mentales CIE 10, Criterios de la OMS

Capítulo 1

1- Salud mental

1.1 Su historia

Se hace necesario mirar con insistencia al pasado, al tratarse de la asistencia a la atención en salud mental. La existencia de los enfermos mentales ha cambiado el curso de la historia de acuerdo a las creencias e interpretaciones a cerca de su origen. En la primera época primitiva en la que prevalecía la ignorancia y superstición a toda acción médica, las enfermedades mentales como la locura reflejaba un origen sobrenatural, era considerada procedente de los dioses y su tratamiento por la misma razón confiada en los sacerdotes.

Los griegos fueron los primeros en estudiar las "enfermedades mentales" desde el punto de vista científico, separando el estudio de la mente de la religión. La medicina griega buscó leyes universales que pudieran constituir la base de una ciencia real de la enfermedad, investigando a fondo las leyes que gobiernan las enfermedades y buscando la conexión entre cada parte y el todo, la causa y el efecto. Además de los tratamientos somáticos de la escuela hipocrática, los griegos emplearon tres tratamientos psicológicos: inducción del sueño, interpretación de los sueños (a cargo de sacerdotes) y el diálogo con el paciente. Hipócrates sostuvo que las enfermedades se producían por un desbalance de los cuatro humores esenciales: flema, bilis amarilla, bilis negra y sangre. Pequeños excesos de estos tres humores y de sangre daban lugar a personalidades flemáticas, coléricas y sanguíneas.

Hipócrates le da un origen material a la enfermedad mental en el momento en que hace una 1ª clasificación de las enfermedades en general, él ubicó en el cerebro la capacidad para pensar, sentir o soñar. Fue el primero en proponer que los sueños son expresión de nuestros deseos que acceden hacia el conocimiento cuando se eliminan las demandas de la realidad. También fue el primero en describir y clasificar racionalmente enfermedades como epilepsia, manía,

paranoia, delirio tóxico, psicosis puerperal, fobias e histeria. Aunque los "enfermos mentales" ya no eran quemados en la hoguera, su suerte era aún lamentable. Si no eran internados en los hospitales, vagaban solitarios, siendo objeto de desprecios, burlas y maltratos.

A partir de la 2ª Guerra Mundial es cuando cambia la percepción de las enfermedades mentales con teorías sociológicas posteriores, que propugnan que las enfermedades mentales no tienen un origen orgánico, si no que las genera la propia sociedad: cultura, relaciones interpersonales...., apareciendo nuevas instituciones para sustituir el cierre de manicomios, cerrados, entre otras cosas, por favorecer y fomentar la cronicidad. Hasta la actualidad se han desarrollaron clasificaciones internacionales, diferentes psicoterapias y la aparición de la psicofarmacología para contrarrestar dichas patologías.

1.2 Definición

Según el Comité de Expertos de La Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), puntualizan que salud mental es “La condición de la vida humana que resulta de un armonioso desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de un bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potencialidades y la contribución a los procesos de cambio del medio” ⁶⁹

Salud mental o "estado mental" es la manera como se conoce, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Se dice "salud mental" como analogía de lo que se conoce como "salud o estado físico", pero en lo referente a la salud mental indudablemente existen dimensiones más complejas que el funcionamiento

⁶⁹ OMS-OPS

orgánico y físico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía, la competitividad y potencial emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición "oficial" sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás.

En cambio, un punto en común en el cual coinciden los expertos es que "salud mental" y "enfermedades mentales" no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no es inconveniente para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

La observación del comportamiento de una persona en sus vida diaria es la principal manera de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la mantención de sus propias necesidades, las maneras en las que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera como lidera una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.

1.3 Importancia

La salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y la comunidad de ahí su importancia, desafortunadamente los profesionales de la salud e instituciones están tan preocupados con los problemas inmediatos de las personas que tienen una enfermedad mental, que no les permite prestar atención al origen de estas patologías que pueden ser prevenidas a través de la promoción de la salud mental, que involucra acciones que apoyen a las

personas a adoptar y mantener estilos de vida saludables, y a que creen condiciones de vida y ambientes que apoyen su salud, en el que intervienen aspectos familiares, escolares en donde son los eslabones primarios donde se forma el ser humano, fortaleciendo su autoestima, y sus relaciones interpersonales. La salud mental puede mejorar a través de la acción colectiva de la sociedad, requiriendo programas y políticas por parte de los sectores gubernamentales y comerciales incluyendo sectores, de educación, trabajo, justicia, ambiente y asistencia social Este mejoramiento nos concierne a todos a aquellos que pueden hacer algo para promover la salud mental y quienes tienen algo que ganar.

1.4 Orígenes y evolución del término Salud Mental

El concepto salud mental surge a mediados del siglo XX y se utiliza para referirse tanto a estados de salud como de enfermedad. La implantación del término ha ido paralela a la concepción integral del ser humano, entendida desde una perspectiva bio-psicosocial. La filosofía que “apadrina” su nacimiento pretende romper con el principio de que la salud mental es simplemente la ausencia de enfermedad y, por tanto, auspiciar la vertiente positiva, es decir, la prevención y la promoción. El primer problema relacionado con el término salud mental es el de definir su contenido. La salud mental es un campo plural e interdisciplinario que recibe aportaciones de diferentes disciplinas (psicología, psiquiatría, sociología, enfermería, economía, etc.). La psicología del ser humano, es demasiado complejo para sintetizarlo en una definición universal que permita recoger sus múltiples matices. Esta intrincada miscelánea ha generado múltiples intentos de definición de la salud mental pero, por el momento, las discrepancias superan a los acuerdos.

La salud mental tiene una historia tan prolongada como el propio ser humano y a través del tiempo la concepción del trastorno mental ha recibido diferentes denominaciones y formas de tratarlo. A principios del siglo XX, la salud mental

sufre un importante avance y aparecen términos como profilaxis mental (en Europa) e higiene mental (en Estados Unidos); ambos precursores del actual concepto de salud mental. El término profilaxis mental acaba diluyéndose y se consolida el de higiene mental que surge en EE.UU. con la publicación que C. Wittingham Beers (ex-enfermo mental) hace en 1908.

En el Congreso Internacional que se celebró en Londres en 1947, se sustituyó el término de Higiene Mental por el de Salud Mental y se fundó la Federación Mundial de Salud Mental, que será la encargada de continuar organizando los encuentros internacionales y coordinar la salud mental a nivel mundial.

Desde la perspectiva actual, se pueden hacer ya algunas valoraciones de los avances de la Reforma Psiquiátrica. Es evidente que se han dado pasos agigantados en el abordaje del enfermo mental, sobre todo en el ámbito del tratamiento, la rehabilitación y la reinserción, que eran, de hecho, los objetivos básicos de la reforma.⁷⁰

Al hablar de salud mental, estamos haciendo referencia a la forma en la que pensamos, sentimos y actuamos. Estamos hablando del estado de equilibrio de una persona y su entorno. Se dice salud mental, como una analogía de salud física o estado físico, pero en lo referente a la salud mental existen indudablemente dimensiones más complejas que en el funcionamiento físico del individuo.

La salud mental es un concepto que nos habla fundamentalmente del derecho a vivir en un equilibrio psico-emocional que, aún siendo inestable, ya que la vida misma lo es, no acarree más sufrimiento que el esfuerzo necesario para mantener ese equilibrio o para lograr otro más adecuado a las nuevas circunstancias. Se

⁷⁰ (García, Espino y Lara, 1998; Hernández, 1997; Villabí y Farrés, 1998).

trata además de un concepto multidisciplinar que contempla además de conceptos médicos y farmacológicos, aspectos que tienen que ver con nuestro mundo social, con el mundo laboral, el urbanismo, la educación, la cultura, las creencias, las modas... En cualquier caso, la salud y, por tanto, la salud mental, desde una perspectiva actual, se contempla como un proceso dinámico, por el cual todas las personas a lo largo de sus vidas atravesamos por diferentes períodos en los que el grado de salud varía dentro de ese proceso continuo: salud-enfermedad.

Mucha gente piensa en la “enfermedad” mental cuando escuchan la expresión salud mental. No obstante, salud mental es mucho más que la ausencia de trastorno mental. La salud mental es un don que todos queremos poseer, independientemente de si lo designamos o no con ese nombre. Cuando hablamos de felicidad, tranquilidad, goce o satisfacción, casi siempre nos estamos refiriendo a la salud mental.

1.5.- Parámetros para considerar a una persona mentalmente sana.

Según la Federación Mundial para la Salud Mental y la Academia Panamericana de Psiquiatría, la salud mental tiene que ver con:

- ✓ Cómo nos sentimos con nosotros mismos.
- ✓ Cómo nos sentimos con los demás.
- ✓ En qué forma respondemos a las demandas de la vida.⁷¹

No existe una línea divisoria que separe con precisión a la persona mentalmente sana de la que no lo está. En verdad, existe toda una gama de grados de salud mental y no hay una característica singular que pueda tomarse aisladamente como evidencia de que se la posee. Por otra parte, tampoco la ausencia de uno de esos atributos puede admitirse como prueba de “enfermedad” mental. Más aún, nadie mantiene durante toda su vida las condiciones de una “buena” salud mental.

⁷¹ Federación Mundial para la Salud Mental y la Academia Panamericana de Psiquiatría

Entre las **características** de las personas mentalmente sanas se encuentran las siguientes:

1. Están satisfechas consigo mismo.

- ✓ No están abrumadas por sus propias emociones (rabia, temores, amor, celos, sentimientos de culpa o preocupaciones).
- ✓ Pueden aceptar sin alterarse las decepciones de la vida.
- ✓ Tienen una actitud tolerante, despreocupada, respecto a la propia persona y a los demás y son capaces de reírse de sí mismas.
- ✓ Ni subestiman ni sobrevaloran sus habilidades.
- ✓ Se respetan a sí mismas.
- ✓ Se sienten capaces de enfrentar la mayoría de las situaciones.
- ✓ Consiguen placer de las cosas simples de la vida cotidiana.

2. Se sienten bien con los demás.

- ✓ Son capaces de amar y tener en consideración los intereses de los demás.
- ✓ Sus relaciones personales son satisfactorias y duraderas.
- ✓ Les gusta confiar en los demás y sentir que los otros confían en ellos.
- ✓ Respetan las múltiples diferencias que encuentran en la gente.
- ✓ No se aprovechan de los demás ni dejan que se les utilice.
- ✓ Se sienten parte de un grupo.
- ✓ Se consideran implicados en los avatares que afectan a la sociedad.

3. Son capaces de satisfacer las demandas que la vida les presenta.

- ✓ Enfrentan sus problemas a medida que se van presentando.
- ✓ Aceptan sus responsabilidades.
- ✓ Modifican su ambiente cuando esto es posible y se ajustan a él cuando es necesario.
- ✓ Planifican para el futuro, al que enfrentan sin temor.

- ✓ Tienen la mente abierta a nuevas experiencias e ideas.
- ✓ Hacen uso de sus dotes y aptitudes.
- ✓ Se fijan sus metas ajustándose a la realidad.
- ✓ Son capaces de tomar sus propias decisiones.
- ✓ Consiguen satisfacción en poner su mejor esfuerzo en lo que hacen

1.6.- Salud mental en el Ecuador

Las condiciones económicas y sociales en nuestra historia han determinada la calidad de vida de nuestros habitantes y consecuentemente la salud en general y la salud mental en particular. Así nuestros primitivos habitantes debieron presenciar el origen de la vida y llegada de la muerte, las catástrofes y la destrucción provocada por las fuerzas naturales. Ante aquella realidad, miedos y temores habrán dominado su pensamiento, con todo su cortejo psico-fisiológico habrá afectado a ese hombre, que apenas podía imaginar el porqué de todo lo sucedido. En todo caso, la sucesión de los hechos le habrá llevado a imaginar que esas realidades no eran sino la expresión de fuerzas poderosas que no alcanzaba a entender, menos todavía a explicar. Fue así como lentamente la idea de fuerzas extrañas surgió en su mente. La salud, la enfermedad, el dolor y la muerte tuvieron interpretaciones en función de lo dicho y consecuentemente va apareciendo los mitos, supersticiones, rituales y practicas orientadas a controlar dichas fuerzas, se crean y cree en infinidad de Dioses.

Los médicos del incario practicaron con mucha pericia la trepanación del cráneo, se cree que fue una técnica encaminada al exorcismo en ciertas enfermedades que seguramente eran de tipo psiquiátrico. Lo misterioso y sobrenatural que acompaña al ser humano, desde siempre, persiste en las múltiples formas de la intuición común; al ser así, las creencias, supersticiones persistieron en todas las clases sociales y en todos los tiempos, la enfermedad mental fue el campo propicio para interpretaciones cargadas de este tipo de creencias. Los trastornos mentales, la locura se creían que eran obra de los dioses o demonios que se

introducían en el cuerpo humano con la única finalidad de perturbar el espíritu. La llegada de los españoles, trae consigo la imposición de un nuevo orden filosófico en el cual al hombre se le dicotomiza en cuerpo y alma, el bien y el mal asumen inmediatamente otro tipo de connotación religiosa, basada en un modelo católico, alcanzando una nueva imagen de la locura, una mezcla de la superstición y fanatismo católico, hace de los enfermos mentales seres perversos, resultado de la hechicería, la posesión demoniaca y el maleficio y que, por tanto deben ser aislados, exorcizados, torturados o sancionados por el Tribunal de la Santa Inquisición, los cuales tenían suficiente poder para juzgar sobre los más diversos aspectos del que hacer científico. La "Locura" entonces tiene otra interpretación para estos tribunales, y se la asume como fruto de la posesión diabólica, existen puntos de coincidencia entre las concepciones aborígenes y españolas de la enfermedad mental, las dos la reconocen como:

- Manifestación sobrenatural.
- Desconocen que se deba a una alteración orgánica.
- No reconocen al cerebro como el asentamiento de esta patología.
- Es producto de la posesión de un espíritu ajeno.
- Se la ve con temor.
- Debe ser tratada por personas entendidas en asuntos mágico-religiosos.
- Ajena a todo proceso humano.

Para la medicina y muy particularmente para la Psiquiatría, el enfrentar y superar toda esta estructura cultural, ha supuesto un duro reto, en el que no basta la imposición de los avances internacionales, para su aceptación. Ahora, trastornos como las crisis de Pánico, estrés pos traumático agudo, distimia, entre muchos otros diagnósticos, se los ve con más naturalidad llegando a un buen nivel de comprensión, desmitificando viejos prejuicios y creencias que en lo único que contribuían era en ahondar el sufrimiento de quien padecía estos trastornos.

Un elemento que es necesario mencionar es que desafortunadamente la mayor parte de psiquiatras y psicólogos formados se han ubicado en las grandes

ciudades, en el área rural hay un gran vacío en lo que a materia de psiquiatría y psicología se refiere, y probablemente la futura dirección que deba tomarse sea la organización de una práctica comunitaria en la cual el trabajo no deberá estar antagonizando con el de la medicina aborígen sino, probablemente incluyendo al chaman en el equipo de salud al cual podríamos denominar interdisciplinario, en su verdadero significado.

1.7 Perfil epidemiológico a nivel del Ecuador

En el Ecuador la problemática de la salud mental es alarmante, cada vez más observamos y determinamos que se va profundizando el incremento de patologías mentales en la colectividad, por ello el Ministerio de Salud bajo la coordinación directa de la Dirección Nacional de Salud Mental, genero la investigación respectiva en el periodo 2000 – 2009, para establecer el perfil epidemiológico en el Ecuador respecto al comportamiento humano reportando la siguiente tasa estadística, efectuada por cada 100.000 habitantes, se ha verificado en los datos estadísticos un aumento en las principales enfermedades mentales encontrándose la mayor morbilidad en víctimas de violencia y maltrato, que constituyen la primera demanda de atención de salud mental en las unidades del Ministerio de Salud Pública. La depresión, que es la gran pandemia de este siglo ocupa el segundo lugar y sus tasas se acercan a 50 /100.000 hbts., el tercer lugar lo ocupa la epilepsia y cuarto el alcoholismo con tasas cercanas a los 33.68/ 100.000 hbts., en un quinto grupo está el intento de suicidio con 15.32/ 100.000hbts. Y el retardo mental con 28.34 /100.000 hbts. Las restantes enfermedades: demencias, psicosis, suicidio consumado y fármaco dependencias tienen tasas menores cercanas a 4.50/100.000.⁷²

⁷² Ministerio de Salud Publica- Salud mental

CAPITULO II

2.1 - Unidad de salud mental

Los Trastornos Mentales (TM), son un problema de primera magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia sino por el impacto en sufrimiento y desestructuración que sufren 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 sanitario 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 sanitarios y, por tanto, un elevado consumo de recursos.

A través de este Proyecto en Salud Mental, se pretende dar respuesta a las necesidades sanitarias que en materia de salud mental tiene la población de la Ciudad de Cariamanga. La Unidad de salud mental marcar las pautas de actuación en cuanto a prevención, detección, atención y tratamiento de los problemas emocionales, relacionales, psicológicos y físicos que puedan afectar a las y los ciudadanos de esta población, así también son el eje de coordinación con los distintos niveles de intervención: Atención primaria, atención secundaria y terciaria, conjuntamente con otras especialidades y sectores sociales. Es imprescindible que la USM haya espacio para poder llevar a cabo terapias individuales, terapias de grupo y que exista dotación de material de apoyo, etc.

Estas unidades reúnen las siguientes características:

- son multidisciplinarias.
- son unidades especializadas en área de Salud Mental.
- su ámbito de actuación se localiza en la Comunidad en estrecha coordinación con los Equipos de Atención Primaria.

2.2 Plan nacional de Salud Mental en el Ecuador

A comienzos de la década de los 80 se crearon Unidades de salud mental y Psiquiátrica en hospitales generales de las ciudades de: Quito, Guayaquil, Cuenca, Machala, Loja, Tulcán, Ibarra, Manta, Guaranda, Puyo, Ambato. Estas unidades atienden preferentemente a pacientes ambulatorios, las interconsultas de otros servicios y en algunos casos disponen de camas para internamiento de corta estancia de los enfermos con problemas mentales. Cabe señalar que en pocos hospitales se han notado una resistencia e incompreensión de algunos directivos, profesionales, para el desarrollo de las un unidades de salud mental

En el resto de las provincias del país, excepto Galápagos, se han realizado actividades de capacitación para equipos de salud mental a fin de que realicen acciones de atención primaria orientadas a la detección precoz y tratamiento local a nivel primario de ciertas patologías de alta prevalencia, con resultados poco alentadores. Existe una falta de racionalización y coordinación entre las distintas instituciones, tanto públicas como privadas, que a nivel del país atiende a los pacientes psiquiátricos lo cual determina duplicación de esfuerzos y mala utilización de los servicios disponibles. Las necesidades son mucho mayores que la oferta de servicios, panorama que se ve agravado por la casi nula incorporación de profesionales de la salud mental (psiquiatras y psicólogos) a los servicios estatales, de modo que la carencia es proporcionalmente mayor con el paso de los años.

En el Ecuador hasta el años 1967 en que se crea el Ministerio de Salud Publica, la atención Psiquiátrica se centraba en los hospicios y manicomios, en donde los pacientes compartían con mendigos y vagabundos, siendo estos: en Quito el Hospital San Lázaro, y el Hospital “Julio Andara”; en Guayaquil el Hospital Lorenzo Ponce. En la ciudad de Cuenca el Centro de Rehabilitación de

Alcohólicos (CRA) que más tarde amplió sus actividades para atender todo tipo de pacientes mentales.

Con la creación del Ministerios de Salud, en el área de salud materno infantil se incorporan dos programas: uno de salud mental y un segundo de control de estupefacientes y drogas psicotrópicas cuyo cumplimiento fue muy limitado. En 1980 se crea, la Dirección Nacional de Salud Mental, la misma que elabora y pone en vigencia “Los lineamientos para un Plan Nacional de Salud Mental”.

La última versión del Plan Nacional de Salud Mental data del año 1999 y en él se contemplan las principales líneas políticas y estratégicas. Sus fortalezas radican en los planteamientos de incorporación de las acciones de salud mental a toda la estructura de servicios, la promoción y prevención de la salud mental y en el privilegiar las acciones para ciertos grupos de mayor riesgo. No existe una Ley de Salud Mental, pero en varios cuerpos legales se estipulan disposiciones muy claras sobre diversos aspectos de la salud mental de los ecuatorianos. Hace falta una vinculación o coordinación entre los organismos encargados de la vigilancia de los derechos humanos y los establecimientos de salud mental. El personal de los servicios no ha sido capacitado sobre derechos humanos.

Para las acciones de salud mental se dispone únicamente del 1.2% del presupuesto del Ministerio de Salud Pública. De esta cantidad el 59% se destina a los hospitales psiquiátricos. Los servicios de salud mental han tenido un significativo desarrollo en los últimos años, de tal suerte que en la mayoría de los hospitales provinciales ya se cuenta con el concurso de médicos psiquiatras y psicólogos., así como en los centros de salud de cinco provincias. El mayor porcentaje de acciones se cumple en los servicios ambulatorios con una tasa de 239 por cada 100.000 habitantes frente a 113 por 100.000 h. de los hospitales psiquiátricos. Sin embargo no es posible hablar de una red coordinada de servicios. No existe un sistema de referencia entre las unidades ambulatorias y las de internamiento y viceversa.

Los cinco hospitales psiquiátricos están situados en las tres ciudades más grandes del país. El hospital psiquiátrico de mayor capacidad es una dependencia de un organismo privado sin fines de lucro. El número de camas en los hospitales psiquiátricos se mantiene estable y no se aprecia una tendencia hacia su reducción. Existen 12 camas en los hospitales psiquiátricos por cada 100.000 habitantes. En los hospitales generales no existe una asignación fija y permanente de camas para psiquiatría, con excepción de los Hospitales de la Seguridad Social. Se dispone también de camas para pacientes mentales en algunos centros carcelarios del país.

2.3.- Política y Marco Legislativo

La política y plan nacional de salud mental fue revisada por última vez en el año 1999 y aprobada mediante Acuerdo Ministerial N° 01745 del 21 de octubre de 1999. En dicho documento se señalan como principios rectores de las acciones de salud mental en el Ecuador los siguientes:

- ✓ Incorporación de las acciones de salud mental a los planes y programas de la salud general, como parte integrante de los mismos y no como acciones paralelas o aisladas.
- ✓ Atención sustentada en un enfoque integral de la salud mental. En consecuencia se actuará en todos los niveles de prevención, abordando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales.
- ✓ Priorización de acciones en concordancia con las necesidades de la población y con activa participación de la misma desde el nivel local.
- ✓ Coordinación e integración a nivel intrasectorial y multisectorial en los niveles local y central.
- ✓ Descentralización y desconcentración de acciones.

- ✓ Sistemas de atención que garanticen la calidad, la equidad, la universalidad y la oportunidad, con tecnologías ajustadas a nuestra realidad.
- ✓ Respeto irrestricto a los derechos humanos, a las manifestaciones culturales de cada grupo humano y los derechos de los pacientes mentales y sus familias.

En base a las políticas antes señaladas, el Plan Nacional de Salud Mental define las siguientes líneas y programas de acción.

- Estructura de los servicios de salud mental en los distintos niveles
- Salud mental de los niños
- Salud mental de los adolescentes
- Salud mental en los adultos
- Salud mental en los adultos mayores
- Salud mental y género
- Salud mental en los grupos étnicos
- Alcoholismo y drogadicción
- Violencia en sus diferentes formas de expresión
- Salud mental y procesos migratorios
- Formación de recursos humanos en salud mental
- Investigación en salud mental
- Salud mental en situaciones de desastres y conflictos sociales
- Legislación en salud mental.

El Plan de Salud Mental que no ha sido revisado desde 1999 contempla un vasto conjunto de metas específicas, define un cronograma, pero no se señala el financiamiento y sus posibles fuentes. Las metas propuestas en el Plan de Salud Mental no han sido motivo de evaluación, de ahí que no es posible determinar su

cumplimiento. Existe un Plan de Salud Mental para situaciones de emergencia y su última revisión data del año 2002.⁷³

En la actualidad no existe una ley de salud mental. En la Ley Orgánica de Salud, promulgada el 22 de diciembre de 2006, existen algunos artículos que de manera directa o indirecta se relacionan con aspectos de la salud mental y dos capítulos específicos, el Capítulo IV sobre la violencia y el Capítulo VII sobre el tabaco, bebidas alcohólicas, psicotrópicos, estupefacientes y otras sustancias que generan dependencia.

Al no existir una Ley de Salud Mental no existe tampoco una documentación estandarizada y un manual de procedimientos para la aplicación de las disposiciones legales. Otras leyes como la de Discapacitados, Control de Sustancias Estupefacientes, Derechos y amparo del paciente, tienen algunas disposiciones relacionadas con los enfermos mentales.

En los lineamientos de la Política de Salud Mental se señala el respeto a los derechos humanos de los pacientes, sin embargo, a pesar de esta declaración, en la práctica no ha existido una evaluación de lo que acontece en los distintos servicios con los pacientes y sus familiares en relación con los derechos humanos. De igual manera no se han ejecutado acciones de formación al personal de salud sobre este tema.

En el país existen varios organismos que trabajan en el campo de los derechos humanos, sin embargo ninguno se encarga de manera particular de velar por los derechos de los pacientes mentales y consecuentemente de supervisar e inspeccionar los establecimientos de salud mental, así como de imponer sanciones a aquellos establecimientos que cometieren violaciones a los derechos humanos de los pacientes.

⁷³ https://www.who.int/mental_health/ecuador_who_aims_report.pdf

Durante el año 2006, al igual que en años anteriores, ningún hospital psiquiátrico del Ecuador recibió una inspección externa para constatar la protección de los derechos humanos de los pacientes, ni se desarrollaron acciones de capacitación de su personal sobre los derechos humanos de los pacientes y la forma de garantizar su vigencia. Los organismos de Derechos Humanos que trabajan en el país no tienen una participación en los diferentes procesos de admisión y alta de pacientes, funcionamiento de los servicios o trabajos de investigación con pacientes. Sólo en forma ocasional y ante expresa denuncia de posibles violaciones de los derechos humanos han efectuado intervenciones específicas.

2.4.- Organización de los servicios de salud mental

En el Ecuador, existe una dependencia del Ministerio de Salud Pública a nivel central encargada de brindar asesoría a las autoridades del Ministerio sobre políticas y legislación en salud mental.

Esta dependencia está involucrada en la planificación, coordinación y supervisión de los servicios de salud mental del país y en la capacitación del personal que trabaja en dichas unidades y en investigaciones muy puntuales.

Los servicios de salud mental no están organizados de manera regionalizada y en forma equitativa de acuerdo a las necesidades de la población, por el contrario es evidente una concentración en las grandes ciudades del país como son: Quito, Guayaquil y Cuenca, existiendo zonas en las que no se brinda atención en este campo. Los servicios existentes, tanto públicos como privados no mantienen ningún sistema permanente de coordinación entre sí, ni con otros servicios del sistema de salud.

Existen dos hospitales psiquiátricos dependientes del Ministerio de Salud Pública, ambos ubicados en la ciudad de Quito. En la misma ciudad, cuatro hospitales de especialidades ofrecen servicios de atención en salud mental y psiquiatría tanto ambulatoria como bajo internamiento de corta duración. Uno de dichos hospitales

es exclusivo para niños y adolescentes. En dos centros de salud se da atención de salud mental y psiquiatría a pacientes ambulatorios y adicionalmente hay una unidad no vinculada a ningún servicio que proporciona atención a pacientes ambulatorios.

En trece provincias se ofrece atención psiquiátrica en los Hospitales Provinciales, esta atención es básicamente ambulatoria y en mínima proporción se realizan internamientos, dado que no existe una dotación fija de camas para psiquiatría.

En cinco provincias existen servicios de psiquiatría y salud mental ambulatorios, tres de ellos como parte de un centro de salud y dos son exclusivos para la especialidad. (Quito y Esmeraldas). El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social mantiene servicios de Psiquiatría con asignación fija de camas en cuatro hospitales del país, en los que también se presta atención ambulatoria.

En la ciudad de Quito y Guayaquil en los dispensarios de consulta externa existen servicios de psiquiatría.

En la ciudad de Guayaquil se ubica el Hospital Psiquiátrico más grande del país, el que depende de una entidad autónoma, la Junta de Beneficencia de Guayaquil.

Las Fuerzas Armadas a través de su sistema de salud, mantiene servicios de psiquiatría en los Hospitales de Quito, Guayaquil y Esmeraldas, con asignación de camas en un número no fijo, sino que varía de acuerdo a las necesidades. Para el internamiento de pacientes existe un convenio entre las Fuerzas Armadas y un servicio privado de psiquiatría de la ciudad de Quito.

SOLCA, entidad dedicada a la atención especializada de cáncer, ofrece servicio de psiquiatría para pacientes hospitalizados en las ciudades de Quito y Guayaquil

En los últimos años, el Ministerio de Salud Pública ha impulsado la creación de Unidades de Salud Mental en los hospitales de referencia, regionales y provinciales. Estas Unidades cumplen con actividades de atención ambulatoria,

interconsulta con pacientes ingresados a otros servicios y en forma limitada ingresan pacientes, dado que no se han asignado camas específicas para dicho fin, sino que para períodos muy cortos y en caso de urgencia se utilizan en las camas de los servicios de medicina interna o neurología.

2.5.- Funcionamiento de las unidades de salud mental

La atención que se brindara será de tipo asistencial, se tratarán de consultas programadas. Cabe admitir la consulta espontánea en función de la urgencia y la gravedad del cuadro de circunstancias sociales y geográficas (largos desplazamientos). La labor asistencial se centrará tanto en pacientes remitidos desde los Equipos de Atención Primaria, como en el seguimiento de enfermos dados de alta desde las unidades de hospitalización. Esta tarea asistencial incluirá los controles farmacológicos, entrevistas exploratorias, elaboración de informes, así como una serie de actividades, como psicoterapias individuales y de grupo, terapias familiares, etc.

En colaboración con centros hospitalarios de la red de salud. Esta colaboración engloba: Realización de interconsultas hospitalarias, en aquellos centros que carezcan de unidades de psiquiatría

2.5.1.- Interconsultas con los Equipos de Atención Primaria, que deben tener una doble finalidad: clínica y formativa

2.5.2.- Apoyo a los Equipos de Atención Primaria.- La función de apoyo se ejercerá:

A través de una labor de información general sobre los profesionales que componen los Equipos de Atención Primaria, con los siguientes objetivos:

- ✓ Difusión de la idea de que los trastornos psíquicos deben ser tratados; que estos tratamientos conducen a una remisión total en un alto porcentaje de enfermos y una mejoría notable en los restantes.

- ✓ Modificación de actitudes que favorecen la marginación del enfermo psíquico.
- ✓ Concienciación de que los enfermos mentales deben vivir en la comunidad donde deben ser atendidos.
- ✓ Identificación de la magnitud del problema y de los costes sociales y económicos generados por los trastornos psiquiátricos.

2.5.3.- Funciones de preventiva y de promoción de la Salud Mental

Educación para la Salud Mental.- Tiene como objetivo la adquisición de una serie de conocimientos y la modificación de hábitos y actividades negativas con el fin de incrementar el nivel de salud. Esto puede realizarse por:

- ✓ Actuaciones directas, ejercidas sobre: colectivos, por medio de charlas, coloquios, etc. Y las personas que acudan a las Unidades de Salud Mental.
- ✓ Actuaciones indirectas: labor ejercida sobre otros profesionales que intervienen en los Servicios de Salud (Equipos de Atención Primaria, Servicios Sociales, etc). Colaboración en programas preventivos específicos.

Investigación.-La investigación de las Unidades de Salud Mental se centrará fundamentalmente en temas epidemiológicos, persiguiendo los siguientes objetivos:

- ✓ Evaluación de las tasas de incidencia y prevalencia de los trastornos mentales en un área de salud determinada.
- ✓ Determinación de las necesidades asistenciales psiquiátricas y de los niveles de utilización de los Servicios de Salud por parte de los enfermos mentales.
- ✓ Determinación de factores ambientales que condicionan la aparición de permanencia y la evolución de trastornos mentales.

Con todo esto se persiguen los siguientes objetivos:

- ✓ Elevación del nivel de Salud Mental de la zona
- ✓ Mejora global de la atención al enfermo mental.
- ✓ Disminución del número de primeros ingresos en las Unidades de hospitalización psiquiátrica.
- ✓ Drástica reducción del número de recaídas
- ✓ Disminución de la duración de las hospitalizaciones, gracias a la mejora de las prestaciones extrahospitalarias, que deberán permitir altas más precoces, y una reducción en el número de ingresos,
- ✓ Reducción de la marginación y del aislamiento generado por la enfermedad mental (en colaboración con los Servicios Sociales).
- ✓ Incremento de la calidad de vida de los sectores de la población que presenta problemas mentales.

Así mismo la USM tendrá las responsabilidades de:

- ✓ Aplicar protocolos terapéuticos específicos que contemplen el tratamiento psicoterapéutico y psiquiátrico ambulatorio con personal especializado en cada uno de los casos.
- ✓ Coordinar los distintos niveles de tratamiento (asistencia primaria, hospital de día y la hospitalización total).

2.6.- Equipo multidisciplinario de Profesionales del la Unidad de Salud mental

Para brindar una atención integral a los pacientes que asisten al Hospital “José Miguel Rosillo” la Unidad de Salud Mental estará formada por diversos profesionales que han recibido una formación específica en el abordaje y manejo de los problemas de salud mental, cuyo objetivo fundamental es ofrecer atención ambulatoria a los pacientes que le sean remitidos desde el nivel de atención primaria o desde otros niveles sanitarios. Este equipo estará compuesto por los siguientes profesionales: Psicólogo Clínico, Psiquiatra, Personal de Enfermería,

Trabajador Social y Psicólogo Infantil. Mediante su actuación coordinada proporcionará la atención a las necesidades de la población, como las de su medio socio-familiar.

2.6.1 Funciones del Psicólogo clínico

Definimos al Psicólogo Clínico como el psicólogo que aplica el conocimiento y las habilidades, las técnicas y los instrumentos proporcionados por la Psicología y ciencias afines a las anomalías, los trastornos y a cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, con la finalidad de evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar o prevenir estos en los distintos contextos en que los mismos puedan manifestarse.⁷⁴

Las funciones del Psicólogo Clínico son variadas. No obstante, tal variedad se puede agrupar en las siguientes actividades, que a su vez requieren determinadas especificaciones.

Evaluación.- Consiste en la reunión de información relativa a los repertorios conductuales, el funcionamiento cognitivo y el estado emocional de las personas. La evaluación implica frecuentemente a más de una persona pudiendo tomar, a veces, como objetivo central dos o más, como por ejemplo, una pareja, una familia u otros grupos o colectivos. Esta información puede ser empleada para el diagnóstico de problemas psicológicos, la elección de técnicas de intervención y tratamiento, la orientación vocacional, la selección de candidatos a un puesto de trabajo, la emisión de un informe pericial, la elaboración de un perfil psicológico, la obtención de datos complementarios a una evaluación previa, la selección de participantes potenciales en un proyecto de investigación psicológica, el establecimiento de una línea-base de conducta con la que comparar cambios postratamiento y otros numerosos propósitos.

⁷⁴ <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=222>

Diagnóstico.- Consiste en la identificación y rotulación del problema comportamental, cognitivo, emocional o social, de la persona, grupo o comunidad de que se trate. Debe entenderse como “resultado” del proceso de evaluación psicológica. En el ejercicio de esa función, el psicólogo clínico habrá de tomar decisiones, entre las que hay que destacar las siguientes:

- ✓ Decisión sobre si se trata de un problema que cae dentro de su competencia o no.
- ✓ Decisión sobre el grado de severidad o gravedad de las primeras informaciones que se ofrecen del problema.
- ✓ Diagnóstico, si procede.
- ✓ Indicación del tratamiento.

Tratamiento e Intervención.- El tratamiento supone intervenciones clínicas sobre las personas con el objeto de entender, aliviar y resolver trastornos psicológicos: emocionales, problemas de conducta, preocupaciones personales y otros. Se entiende que todo tratamiento o intervención supone algún tipo de relación interpersonal y situación social. Estas formas de ayuda pueden denominarse psicoterapia, terapia o modificación de conducta, terapia cognitiva (o cognitivo-conductual), terapia psicoanalítica, terapia sistémica, terapia existencial (fenomenológica o humanística), consejo o asesoramiento psicológico, o puede todavía reconocerse con otros nombres dependiendo de la orientación y preferencia del clínico.

La prestación del tratamiento puede ser en aplicación individual, en pareja, o en grupo, y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo. Los clientes pueden ser pacientes atendidos ambulatoriamente, la duración del tratamiento suele ser por lo general entre cinco y cuarenta sesiones (comúnmente a razón de una o dos por semana), pero también pueden ser tan corto como una sesión y tan largo como que lleve varios años. La duración más frecuente de una sesión está

entre media y una hora, pero también puede variar según las circunstancias y la naturaleza de la terapia.

Los objetivos del tratamiento (convenidos con el cliente) pueden concretarse en la solución de un problema específico, proponerse la reconstrucción de la personalidad, o algún propósito entre estos dos extremos. Igualmente, además del interés en el entendimiento, el alivio de la solución de un trastorno dado, la actuación del psicólogo clínico puede incluir la prevención de problemas mediante la intervención en instituciones, contextos y ambientes, así como la intervención centrada en personas con riesgos o en toda una comunidad.

En algunos casos, la actividad del psicólogo clínico ha de ser entendida como intervención, más que como Tratamiento en el sentido estricto. Se trata en este caso, de un conjunto de acciones destinadas a resolver un problema (previamente identificado y analizado) de forma indirecta. Como por ejemplo, modificar los flujos de información en una sala médica para reducir los niveles de ansiedad de los enfermos, ejecución de una campaña de sensibilización de una comunidad para aumentar su participación en programas de prevención, etc. Esta función implica objetivos como:

- ✓ Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en la calidad de la atención recibida por el paciente.
- ✓ Identificar y evaluar factores psicosociales que incidan en el bienestar de los pacientes durante su enfermedad.
- ✓ Identificar los problemas psicosociales causados por la enfermedad (diagnóstico, curso, tratamiento y recuperación).
- ✓ Diseñar y ejecutar programas de tratamiento de las disfunciones psicosociales que acompañan el proceso de enfermar o a la propia hospitalización y tratamiento correspondiente.

Prevención y Promoción de la Salud.- Este apartado recoge fundamentalmente el trabajo de intervención comunitaria de los psicólogos de la salud. Sus funciones preventivas y promotoras de salud se centrarán en:

- ✓ Capacitar a los mediadores de las redes sociosanitarias de la comunidad diana para desempeñar funciones de promoción de la salud y de prevención.
- ✓ Analizar la problemática de las personas con prácticas de riesgo, elaborando estrategias encaminadas a aumentar el contacto con ellas y valorando la adecuación de la oferta real de tratamiento a dicha problemática.
- ✓ Incrementar el nivel de conocimientos de las personas en situación de riesgo de la comunidad, sobre la enfermedad o enfermedades correspondientes, o sobre los factores de riesgo.
- ✓ Fomentar y promover los hábitos de salud en la población general.
- ✓ Promover una mayor accesibilidad a los instrumentos preventivos.
- ✓ Dar a conocer diversos recursos humanos y materiales para la prevención y promoción.

Investigación.- El psicólogo, tanto por tradición histórica como por formación facultativa, está orientado a la investigación. De hecho, esta actividad es una característica del psicólogo en relación con los demás profesionales de la salud y esta orientación a la investigación del psicólogo en el marco de la salud tiene importancia, al menos por las tres siguientes razones: por un lado, permite evaluar críticamente la ingente cantidad de investigaciones que de continuo se publican, para discriminar posibles nuevas aportaciones y determinar qué procedimientos de evaluación e intervención terapéutica sean más adecuados para sus clientes. Por otro lado, es una condición para evaluar la efectividad de su propio trabajo, de modo que se eviten prácticas espúreas clínicamente sostenidas por la inercia y se promueva una mejor actuación profesional. Finalmente, constituye una dotación facultativa con la que se contribuye al trabajo en equipo en contextos médicos

(hospitalarios y centros de salud) donde ya se espera esta destreza por parte del psicólogo, en particular, para el diseño de las investigaciones del equipo, para la solicitud de financiación de proyectos y como consultor de proyectos ajenos.

Momentos de Intervención del Psicólogo Clínico

Los procedimientos, las técnicas y los instrumentos que utiliza el psicólogo tienen un primer encuadre clasificador que viene determinado por el momento de la intervención. La intervención psicológica ha desarrollado técnicas y estrategias eficaces, especialmente dirigidas a cumplir los fines propios de cada uno de los distintos instantes en los que se interviene.

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

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

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

Prevención terciaria.- Su objetivo es actuar sobre los trastornos que ya han sido objeto de tratamiento, para prevenir recaídas y evitar posibles complicaciones

posteriores. En el caso de los trastornos crónicos también puede señalarse como objetivo el reducir o disminuir los efectos negativos de éstos, con el objetivo de, aunque no sea posible curar el problema, mejorar la calidad de vida. La prevención terciaria, tal y como se ha definido aquí, asume en gran medida el concepto clásico de rehabilitación.

2. Niveles de Intervención.- La intervención psicológica, en el campo clínico, ha sido tradicionalmente vinculada con la psicoterapia individual. Sin negar que este es el modelo de mayor implantación, no cabe duda de que existen otros niveles, que gozan de gran tradición y aceptación entre los clínicos. Una clasificación de los distintos niveles podría ser la siguiente:

- ✓ Individual.
- ✓ Grupal.
- ✓ Familiar.
- ✓ Comunitario.
- ✓ Institucional.

3. Técnicas de Evaluación y Diagnóstico.- Los procedimientos y técnicas de intervención psicológicas están íntimamente asociados a los instrumentos, técnicas y procedimientos de evaluación. Aunque no puede considerarse que todos las técnicas de evaluación que se enumeran más abajo sean exclusivas del psicólogo clínico y de la salud (p.ej.: las entrevistas), su adecuada utilización para fines clínicos debe apoyarse en una formación psicológica y psicopatológica del mismo nivel de la que reciben los especialistas en Psicología Clínica. A continuación se ofrece un listado de dichas técnicas, recogiendo las más importantes:

- ✓ Entrevistas (desde las entrevistas libres a las entrevistas completamente estructuradas pasando por entrevistas con distintos grados de estructuración).

- ✓ Observación conductual.
- ✓ Técnicas y procedimientos de auto-observación y autoregistro.
- ✓ Tests.
- ✓ Autoinformes: Escalas, inventarios y cuestionarios.
- ✓ Registros psicofisiológicos.
- ✓ Juego de roles y otros procedimientos de apoyo a la observación de las conductas.
- ✓ Encuestas.

5.- Técnicas y Procedimientos de Intervención.- Los psicólogos clínicos utilizan un gran número de técnicas y procedimientos de intervención, que han resultado de los conocimientos adquiridos en la práctica clínica, de la psicología y de las ciencias afines. En este apartado se recogen aquellas técnicas y los procedimientos que más frecuentemente se usan en el ámbito clínico, agrupados en los grandes epígrafes teóricos que los sustentan.

Los centros e instituciones dedicadas a la psicología utilizan diferentes esquemas de historias clínicas que varían de acuerdo a las necesidades específicas. A continuación se analiza las diversas partes de la historia clínica, cuyos datos se van recogiendo a través de la entrevista, la que puede tener un formato individual / familiar y el modelo estará en función del profesional que la realiza y el momento de la terapia.



HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA

DATOS DE IDENTIFICACION

- | | |
|-------------------------------|-----------------|
| ✓ NOMBRE | |
| ✓ LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO | |
| ✓ EDAD | SEXO |
| ✓ ESTADO CIVIL | NUMERO DE HIJOS |
| ✓ INSTRUCCIÓN | PROFECION |
| ✓ OCUPACION | RELIGION |
| ✓ PROSEDENCIA | RESIDENCIA |

- ✓ DIRECCION DOMICILIARIA
- ✓ FAMILIAR RESPONSABLE
- ✓ NUMERO DE HISTORIA CLINICA O DE CEDULA
- ✓ FECHA DE INGRESO

1. CONDICIONES DE HOSPITALIZACION
.....

2. MOTIVO DE CONSULTA
.....

3. ENFERMADAD ACTUAL
.....

4. HISTORIA PASADA DE LA ENFERMADAD
.....

5. PSICOANAMNESIS NORMAL, PERSONAL Y PATOLOGICA

- a. PRENATAL
- b. NATAL
- c. INFANCIA
- d. PUBERTAD, ADOLESCENCIA Y JUVENTUD
- e. MADUREZ

6. PSICOANAMNESIS NORMAL, FAMILIAR Y PATOLOGICA
.....

7. HISTORIA SOCIAL
.....

8. HISTORIA LABORAL
.....

9. HISTORIA PSICOSEXUAL
.....

10. EXAMEN DE FUNCIONES PSICOLOGICAS

- a. CONCIENCIA LUCIDEZ
- b. ORIENTACION: alopsiquica - somatopsiquica y autopsiquica
- c. ATENCION
- d. SENSOPERCEPCION
- e. MEMORIA
- f. AFECTIVIDAD
- g. INTELIGENCIA
- h. PENSAMIENTO
- i. VOLUNTAD

- j. INSTINTO: SUEÑO ALIMENTO SEXUAL
- k. HABITOS: CIGARRILLO ALCOHOL DROGAS
- l. JUICIO Y RAZONAMIENTO

11. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO

.....

12. EXAMENES PSICOLOGICOS

.....

13. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

.....

14. PSICOANAMNESIS ESPECIAL

- Factores Predisponentes.-
- Factores Desencadenantes.-
- Factores Precipitantes.-

15. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

.....

16. DIAGNOSTICO DEFINITIVO

- a. EJE 1
- b. EJE 2
- c. EJE 3
- d. EJE 4
- e. EJE 5

17. PRONOSTICO.....

18. RECOMENDACIONES.....

.....



HOJA DE PLANIFICACION TERAPEUTICA

Paciente.....Edad.....H.C.....

DX.....

FORMULACIÓN ETIOPATOGENIA (factores predisponentes, determinantes y desencadenantes relacionados con la patología)

.....

.....

DESCRIPCION DE LA PERSONALIDAD

.....

.....

Objetivos	Técnicas

EVOLUCION DEL PACIENTE

FECHA	EVOLUCION



GUIA DE OBSERVACION TR (Grupo)

NOMBRE DEL OBSERVADO:

FECHA.....**EDAD**.....

ESTABLECIMIENTO.....

EN EL AULA O TALLER

Si No

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1.-Cumple con sus tareas | () | () |
| 2.- Es ordenado en su actuación | () | () |
| 3.-Es ordenado con sus útiles o herramientas | () | () |
| 4.- Trabaja en forma adecuada | () | () |
| 5.- Es empeñosos en el trabajo | () | () |
| 6.- Trabaja con rapidez | () | () |
| 7.- Completa los trabajos que inicia | () | () |
| 8.- Ayuda a los demás | () | () |
| 9.- Le gusta sobresalir | () | () |
| 10.- Molesta a los demás mientras trabaja | () | () |
| 11.- Se distrae con facilidad mientras trabaja | () | () |

EN LA ENTREVISTA

	1	2	3	4	5
1.- Postura	Pobre	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
2.- Vestido	Falta de limpieza	Mal presentado	Limpio	Limpio y apropiado	Elegante y apropiado
3.-Cabello	Sucio	Despeinado	Cuidado ordinario	Acicalado	Muy bien cuidado
4.- Modo de conocer la gente	Engorroso mira abajo	Un poco nervioso	Con alguna facilidad	Posee serenidad	Gran serenidad, mira la cara
5.- Cortesía	Rudo insultante	Descortés inconsiderado	Observa reglas de respecto	De buenas maneras	Muy cortes y considerado
6.- Cualidad de la voz	Tosca chillona	Desagradable	Clara	Amena	Muy amena y educada
7.- Modo de hablar	Muy rápido o muy lento	Precipitado	Algo rápido	Fácil	Suave rítmico
8.-Pronunciacion y enunciación	Muy pobre	Pobre	Regular	Buena	Excelente



GUIA DE OBSERVACION (Individual)

ESTABLECIMIENTO.....FECHA.....

ACONTECIMIENTO QUE OBSERVA.....

.....

No.....

PARTICIPANTES:

NOMBRE(s):.....

EDAD:.....SEXO:.....

DURACION DEL ACONTECIMIENTO: ()

ANTECEDENTES AL ACONTECIMIENTO:.....

.....

TEMA DEL ACONTECIMIENTO Y DESCRIPCION DETALLADA:.....

.....

PAPEL DE CADA PARTICIPANTE:.....

.....

CONDUCTAS ASOCIADAS:.....

.....

RESULTADO FINAL DEL ACONTECIMIENTO:.....

.....

INTERVENCION DE OTRAS PERSONAS:.....

.....

EFFECTOS POSTERIORES:.....

.....
OBSERVADOR

2.6.2.- Función del Psiquiatra

Perfil Profesional.- El Especialista en Psiquiatría es un profesional que está en capacidad de responder a las necesidades de los procesos salud-enfermedad mental de la población y contribuir al avance del conocimiento en este campo específico.

- ✓ Coordinación y dirección de las Unidades de Salud Mental, coordinación con el Equipo de Atención Primaria y con los restantes dispositivos psiquiátricos del Área de Salud
- ✓ Atención especializada al sector de la población que le corresponda, desplazamiento a otras localidades del Área de Salud con fines asistenciales.
- ✓ Indicación de hospitalizaciones y de la derivación de pacientes a otros especialistas o a otros centros.
- ✓ Participación en interconsultas y en Sesiones Clínicas con los Equipos de Atención Primaria.
- ✓ Coordinación y participación de las actividades de prevención y promoción de la Salud Mental.
- ✓ Coordinación de los estudios epidemiológicos realizados por las Unidades de Salud Mental.
- ✓ Organización de las Sesiones Clínicas y Reuniones de la Unidad.
- ✓ Funciones administrativas, realización de informes, estadística y memoria.

A nivel asistencial.-Capaz de diseñar e implementar estrategias y programas dirigidos a promover la salud mental y prevenir la enfermedad psiquiátrica, además de determinar el perfil epidemiológico de una comunidad. Competente para diagnosticar y aplicar de manera oportuna, eficiente y ética la terapéutica psiquiátrica más apropiada para cada caso e implementar estrategias que permitan el reintegro de los pacientes a su familia, comunidad y trabajo, con la participación de disciplinas afines y la conformación de grupos interdisciplinarios.

En la clínica general, maneja las respuestas psicoemocionales normales y anormales asociadas a las patologías orgánicas, con los fundamentos de la psiquiatría de enlace. Es un experto en el manejo de las urgencias psiquiátricas y de los aspectos psicoemocionales normales y anormales generadas en las diferentes fases de las situaciones de desastres. Está en capacidad de prestar la atención adecuada y oportuna en los niveles primario, secundario y terciario y remitir los pacientes que requieren atención en un nivel superior, siguiendo las normas de remisión.

A Nivel docente.- El especialista tiene conocimientos psicopedagógicos para liderar programas educativos en poblaciones, así como para llevar a cabo procesos de educación continuada con médicos no psiquiatras, estando en capacidad de:

- ✓ Realizar actividades educativas durante el desempeño del acto médico.
- ✓ Educar y motivar a la comunidad sobre los problemas de salud.
- ✓ Diseñar, desarrollar y evaluar programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en la comunidad, de acuerdo con las características particulares de cada comunidad y su entorno.
- ✓ Diseñar, desarrollar y evaluar programas de capacitación para el personal médico y paramédico.

Ámbito investigativo.- Es un especialista con conocimientos básicos en metodología de la investigación, epidemiología clínica y Medicina Basada en Evidencia, mediante el diseño y ejecución de investigaciones básicas, clínicas y sociales, para el desarrollo del conocimiento y el avance de las condiciones de salud de la población. Está en capacidad de:

- ✓ Diseñar o participar en investigaciones en las áreas básica, social, clínica y epidemiológica.
- ✓ Divulgar los resultados de las investigaciones a la comunidad científica y la sociedad.

- ✓ Utilizar los resultados de las investigaciones para generar y promover el desarrollo científico-tecnológico, proponiendo alternativas de solución a los problemas de la comunidad.⁷⁵

2.6.3 Actividades del servicio de Enfermería en la USM

Aunque definir correctamente la función de la enfermera en la práctica psiquiátrica será extremadamente difícil, no hay que olvidar que una proporción considerable de las enfermeras que actualmente ejercen presentan poca preparación y conocimiento, esto cobra importancia particular para tener una mejor labor terapéutica de grupo, labor que para ser eficaz y exige que cada uno de los que en ella participan tengan clara conciencia de sus propias responsabilidades que conozcan hasta que punto sus atribuciones pueden chocar con la de sus colegas y en tales circunstancias esté familiarizado con los principios de han de determinar su conducta.

Función asistencial.- Es competencia de la enfermera de salud mental el prestar cuidados integrales y especializados al paciente usuario, familia y comunidad, en el desarrollo del ejercicio autónomo de su profesión. La intervención asistencial de la enfermera de salud mental se orienta a:

- ✓ Promocionar, proteger, mantener y rehabilitar la salud mental del paciente usuario.
- ✓ Identificar y valorar las alteraciones de salud y de cuidados en lo individual, familiar y grupal, considerando los aspectos biopsicosociales que determinan el proceso salud trastorno mental.
- ✓ Diagnosticar las necesidades de autocuidado terapéutico del usuario.
- ✓ Realizar la actividad asistencial en función de los planes de cuidado.
- ✓ Manejar situaciones de urgencia y crisis y derivar a otros profesionales del equipo las contingencias que así lo requieran.
- ✓ Diseñar programas y protocolos orientados a la rehabilitación psiquiátrica.

⁷⁵ psiquiatria.com

- ✓ Educar y ayudar al paciente y familia para alcanzar el mayor grado de autonomía posible en su autocuidado.
- ✓ Aportar al equipo de salud sus conocimientos y experiencia asistencial para contribuir a la mejora de la calidad asistencial y al diseño de estrategias de intervención.
- ✓ Asumir la responsabilidad sobre el uso adecuado y aprovechamiento de los recursos humanos del equipo de enfermería, así como de los recursos materiales, necesarios para el desarrollo de la tarea asistencial.
- ✓ Delegar actividades y tareas en el auxiliar de enfermería psiquiátrica.

FUNCIÓN DOCENTE.- Independientemente de la docencia que se ejerce en las Escuelas Universitarias de Enfermería, esta función comprende un conjunto de actividades educativas y formativas dirigidas al equipo de enfermería, al paciente y/o familia y a grupos sociales, así como a otros profesionales y trabajadores relacionados con la salud. De manera que la enfermera de salud mental:

- ✓ Enseña al paciente y/o a su familia a autocuidarse.
- ✓ Supervisa al paciente y/o a su familia mientras llevan a cabo una actividad de autocuidado.
- ✓ Aconseja y/o instruye al paciente y/o a la familia sobre la toma de decisiones que afectan a la salud y en relación a la búsqueda y uso de recursos adecuados para proveerse del autocuidado necesario.
- ✓ Ejerce educación sanitaria a nivel individual, familiar y grupal, diseñando, planificando, ejecutando y evaluando los programas.
- ✓ Asesora y apoya a otros u otras enfermeras en aspectos de salud mental para la prestación integral de los cuidados.
- ✓ Participa y colabora en la formación de otros profesionales y agentes de salud.
- ✓ Asume, promueve, participa y dirige actividades de formación continuada de Enfermería de Salud Mental.
- ✓ Dirige, organiza, asesora y supervisa la formación de Enfermería en sus diferentes niveles: básica, especializada y formación continuada.

ACTIVIDADES.- Detallamos una serie de actividades que son específicas, aunque no las únicas, de la enfermera especialista de salud mental:

- ✓ Participar en las sesiones de trabajo del equipo asistencial encaminados a diseñar las estrategias terapéuticas.
- ✓ Intervenir en situaciones de crisis.
- ✓ Observar, interpretar y registrar trastornos de la conducta, en el plano de la percepción, pensamientos y demás funciones psíquicas básicas.
- ✓ Planificar y realizar actividades lúdicas y socioterapéuticas, y de educación para la salud.
- ✓ Ayudar al paciente a independizarse lo antes posible y contribuir mediante actividades diversas a su rehabilitación y resocialización.
- ✓ Informar y apoyar a la familia del paciente psíquico y planificar y ejercer actividades terapéuticas con ellas.
- ✓ Atender las urgencias, resolviéndolas o canalizándolas, si fuera necesario, hacia los profesionales y/o servicios adecuados.
- ✓ Orientar y canalizar en las necesidades sanitarias y sociales del paciente usuario hacia los profesionales y/o Instituciones adecuadas.
- ✓ Administrar tratamientos psico-farmacológicos prescritos cuando el paciente-usuario no pueda autoadministrárselos.
- ✓ Realizar el seguimiento de los pacientes para evaluar el resultado de los cuidados y tratamientos aplicados y así poder readecuar las actuaciones al estado de sus necesidades.
- ✓ Reforzar la vinculación terapéutica del paciente y familia con el equipo de salud.

CONOCIMIENTOS NECESARIOS: La enfermera especialista tendrá conocimientos sobre:

- ✓ Teorías y modelos de Enfermería. El proceso de Enfermería de Salud Mental y su aplicación práctica.
- ✓ Organización del servicio enfermero.

- ✓ Fundamentos biopsicosociales de los trastornos mentales.
- ✓ Psicopatología y clínica psiquiátrica.
- ✓ Elementos básicos de psicofarmacología.
- ✓ Fundamentos de salud comunitaria. Modelo comunitario. Red de atención a la salud mental.
- ✓ Bases éticas y legales de la asistencia psiquiátrica.
- ✓ Conceptos y técnicas de epidemiología en salud mental, metodología de la investigación y Conceptos y técnicas de la rehabilitación psiquiátrica.
- ✓ Fundamentos de educación sanitaria, Bases de las principales técnicas psiquiátricas y terapéuticas y modos de aplicación.
- ✓ Métodos de exploración y registro de datos psicopatológicos.
- ✓ Organización y aplicación de las diferentes actividades grupales, lúdicas y socioterapéuticas. Es decir elementos básicos de sociología. Fundamentos de la dinámica de grupos.

ACTITUDES CONVENIENTES.- conviene hacer constar cuando menos las siguientes:

- ✓ Actitud abierta, tolerante y respetuosa hacia los distintos valores sociales, morales y éticos.
- ✓ Actitud para la introspección y el conocimiento personal (esencial para comprender al otro).
- ✓ Predisposición para suprimir o aliviar el sufrimiento del otro, como proveedor de cuidados sanitarios.
- ✓ Motivación hacia el trabajo a desarrollar.
- ✓ Predisposición al trabajo en equipo.
- ✓ Evaluarse de forma constante para la mejora de la calidad asistencial.
- ✓ Capacidad para establecer relaciones interpersonales.
- ✓ Comprender la importancia de la educación para la salud en el proceso de autocuidado del paciente psíquico.

2.6.4.- Funciones del Trabajador social en la USM

El Trabajador Social trabajará dentro de cada uno de estos niveles de intervención en el medio: primario, secundario, y terciario. Los profesionales ubicados en el campo de la salud tienen que estimular la mejora de los comportamientos preventivos de la población en la que actúan, siendo necesario llegar a todos los estratos y categorías sociales y no distanciarlos de su relación con el entorno. Por otra parte, como pieza fundamental en el desarrollo de la prevención, tiene como función y al mismo tiempo como objetivo al ser miembro del USM impulsar la participación de la comunidad, la formación de voluntarios y la ejecución de las actividades de prevención y asistencia. El tratamiento integral tendrá que ser abordado desde una triple perspectiva: orgánica, psicológica y social.

El trabajador social se centrará en actuaciones, mediante programas específicos de estudio y/o intervención en una situación. Ahí se recogerán factores tales como las relaciones de consanguinidad, convivencia, vivienda o unidades económicas que pueden ser causa de enfermedad física o psíquica. Ya hemos mencionado dos de las acciones que comprende un tratamiento integral.

Las funciones del Trabajador social tenemos las siguientes:

- ✓ Aportar sus conocimientos técnicos para la actuación sobre aspectos sociales.
- ✓ Conocer los recursos existentes en el área de salud.
- ✓ Recibir y captar las demandas que se relacionan con la educación para la salud.
- ✓ Participar en la programación, ejecución y evaluación de las actividades educativas.
- ✓ Fomentar la participación de la población en dichas actividades.
- ✓ Derivar las demandas de atención social directa a otros servicios.
- ✓ Fomentar la participación de la comunidad, apoyando y contribuyendo a la creación de un consejo de salud.

- ✓ Registrar sus actividades en la historia clínica.
- ✓ Participar en la formación continuada del EAP.
- ✓ Elaborar proyectos de investigación del trabajo social y la salud.
- ✓ Asesorar al resto del equipo en temas específicos de trabajo social.

Las funciones expuestas han de desarrollarse conforme a la metodología previamente establecida por el Equipo, estos serán a la vez una parte integrante del grupo social y un recurso técnico que canaliza las acciones a emprender, mediante la ejecución de planes y programas preventivos.

- ✓ Acción anticipadora, que identifica las condiciones individuales y sociales que pueden incidir en el estado de salud, y
- ✓ Acción planificadora, que diseña formas de intervención, acciones concretas y sistemas de evaluación para verificar la utilidad y adecuación de los programas.

La rehabilitación se entiende por tal la aceptación del nuevo estado, de forma que el individuo pueda desarrollar su vida social y laboral dentro de la normalidad, “la enfermedad nos obliga sencillamente a adaptarnos, en forma distinta que la mayoría de nuestros semejantes”.⁷⁶

El trabajador social buscará, mediante estudios y/o intervención en la situación, que los sujetos sean capaces de volver a su estado anterior, teniendo en cuenta que sus recursos y capacidades han variado, pero no por eso son diferentes. Y esto por lo que respecta a la situación individual o del grupo primario. Pero en diversas ocasiones no sólo es necesario actuar sobre éstos, sino que resulta conveniente analizar y valorar cómo el medio social es capaz de acomodarse a los cambios de los individuos.

⁷⁶ Durkheim, E. 1985, 75.

Cualidades necesarias en el Trabajador Social:

- Experiencia para movilizar los recursos de la comunidad a fin de alcanzar objetivos sociales
- Conocimientos especiales en el trabajo de grupo
- Conocimientos sobre actividades especializadas (colaboración médicosocial)
- Conocimiento de elementos socioculturales
- Capacidad para hacer investigación social.

El trabajador social que ejerce sus funciones en el campo de la salud ha de conocer los siguientes terrenos: Salud Pública (prevención, mundo laboral (higiene y seguridad en el trabajo, Seguridad Social (asistencia y prestaciones, Salud mental (psicopatologías y enfermedades mentales). Deficiencias y Minusvalías, Cardiopatías y Enfermedades degenerativas, Pediatría y Nutrición, las funciones del trabajador social en los equipos de atención primaria Infantil, Enfermedades infecciosas y viricas, Alimentación y Nutrición, Oncología. Ginecología y Obstetricia, Sericultura y Geriatria, Toxicomanías y Adicciones, Accidentes y Violencia.⁷⁷ No se trata de estudiar una Licenciatura en Medicina, sino de obtener los conocimientos básicos para saber cómo inciden las enfermedades en las relaciones familiares y sociales de los individuos o viceversa, con el fin de actuar en equipo estableciendo tratamientos con una orientación integradora o globalizadora.

La aportación del trabajador social como técnico que conoce los factores que interactúan en una situación de problemática social resulta bien interesante para el resto de los profesionales que componen el equipo. Les abre la posibilidad de conocer al paciente en su faceta social o racional, les permite estudiar la situación de pérdida de salud desde otro punto de vista, se superan las limitaciones del componente biológico o psíquico ya que se llega también al social.

⁷⁷ *Cuadernos de Trabajo Social* 137 Aurora CASTILLO CHARFOLET y Gracia ABAD GONZALEZ

2.6.5.-. Funciones del Psicólogo Infantil en la USM

El psicólogo infantil, se encarga del diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales en los niños y adolescentes. Existe una noción generalizada de que la infancia es una etapa idílica, carente de conflictos, angustias y preocupaciones. Una manera trivial de ver el mundo infantil, de negarle sus complejidades, sufrimientos, que en realidad no difieren de los que los adultos experimentamos.⁷⁸

La creencia de que los niños poseen una capacidad infinita de evadirse de los problemas, de olvidarlos con cualquier juego. De que su sufrimiento desaparece rápidamente por mecanismos típicos de la niñez. El o la psicóloga infantil, estudia el complejo mundo interno de los niños, sus temores, fantasías, impulsos, deseos, tensiones, emociones, etc. Las exigencias del mundo exterior, en ocasiones los desborda, y el malestar ocasionado, se expresa de maneras diversas. Un niño tímido silencioso, puede estar manifestando un estado depresivo. A su vez, un niño inquieto y travieso, que necesita el constante movimiento, puede reflejar las tensiones internas que no puede manejar y que somatiza de este modo. Las manifestaciones son variadas, el diagnóstico se hace difícil, pues una identificación, puede transformarse en una etiqueta estigmatizante, como el rótulo de hiperactivo.

El campo de la psicología infantil va desde el nacimiento del niño hasta su adolescencia, entre este inicio y este final se produce el desarrollo del niño o niña, pasando por una serie de etapas bien definidas. También se produce el desarrollo de todos los niveles; físico, motor, cognitivo, perceptivo, emocional, afectivo y en la esfera social. También trata la creación de métodos terapéuticos para resolver y prever los problemas sociales, efectivos y emocionales que los niños y las niñas tienen a lo largo de su desarrollo. Para solventar estos problemas el o la psicóloga

⁷⁸ <http://www.apsique.com/wiki/AnorRolpsic>

suelen recabar la ayuda de las familias y pueden llevar a cabo terapias tanto individuales como grupales.

Los psicólogos infantiles se mueven, a la hora de explicar y resolver los problemas que tienen los niños y adolescente, entre dos polos: uno de los polos son los factores de aprendizaje y ambientales, mientras que el otro polo es un factor de índole biológico. La intervención psicológica en los niños y adolescente pueden permitir que se detecten de una manera temprana problemas de índole psicológico. La intervención temprana de esos problemas puede hacer que el futuro adulto tenga mayor calidad de vida en su etapa de madurez. En la consolidación del rol del psicólogo infantil-educativo han confluído tres grandes líneas de actuación:

- ✓ Una proveniente de un enfoque sociolaboral, que pretendía la inserción eficaz y madura del alumno en la vida activa (funciones de orientación profesional, asesoramiento vocacional).
- ✓ Otra línea de actuación es de tipo psicológico y pedagógico y pretende la mejora de la vida escolar, en una línea de apoyo a la comunidad educativa (funciones de asesoramiento, de formación de apoyo didáctico...).
- ✓ Una tercera línea puede ser caracterizada como de orientación terapéutica (reeducadora, compensadora...).

Todos los profesionales del equipo han de tener conocimientos de las distintas disciplinas que lo componen. Hasta ahora los profesionales sociales y médico sanitarios no habían tenido oportunidad de trabajar “codo con codo” dentro de la organización institucional de salud. Esta forma de trabajo requiere unos conocimientos básicos que quizás muchos de los integrantes del Equipo no posean. Así sería necesario ofrecer formación en creación de equipos de trabajo, previamente a la puesta en marcha del equipo, para que cada uno de los componentes conozca cuáles van a ser sus responsabilidades profesionales dentro de este contexto laboral. Una vez creado el equipo, distribuidas las tareas y

organizado su funcionamiento, los profesionales podrán comenzar a desarrollar sus funciones.

CAPITULO 3.- Clasificación de trastornos mentales CIE 10

F00-F09 Trastornos mentales orgánicos, incluidos los sintomáticos.

- F00 Demencia en la enfermedad de Alzheimer.
- F01 Demencia vascular.
- F02 Demencia en enfermedades clasificadas en otro lugar.
- F03 Demencia sin especificación.
- F04 Síndrome amnésico orgánico no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas.
- F05 Delirium no inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas
- F06 Otros trastornos mentales debidos a lesión o disfunción cerebral o a enfermedad somática
- F07 Trastornos de la personalidad y del comportamiento debidos a enfermedad, lesión o disfunción cerebral.
- F09 Trastorno mental orgánico o sintomático sin especificación.

F10-F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas.

- F10 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol.
- F11 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de opioides.
- F12 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cannabinoides.
- F13 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.
- F14 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de cocaína.

- F15 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de otros estimulantes (incluyendo la
- cafeína).
- F16 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alucinógenos.
- F17 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de tabaco.
- F18 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de disolventes volátiles.
- F19 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicótropas.

F20-29 Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes.

- F21 Trastorno esquizotípico.
- F22 Trastornos de ideas delirantes persistentes.
- F23 Trastornos psicóticos agudos y transitorios.
- F24 Trastorno de ideas delirantes inducidas.
- F25 Trastornos esquizoafectivos.
- F28 Otros trastornos psicóticos no orgánicos.
- F29 Psicosis no orgánica sin especificación.

F30-39 Trastornos del humor (afectivos)

- F31 Trastorno bipolar.
- F32 Episodios depresivos.
- F33 Trastorno depresivo recurrente.
- F34 Trastornos del humor (afectivos) persistentes.
- F38 Otros trastornos del humor (afectivos)
- F39 Trastorno del humor (afectivo) sin especificación

F40-49 Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos.

- F41 Otros trastornos de ansiedad.
- F42 Trastorno obsesivo-compulsivo.
- F43 Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación.
- F44 Trastornos disociativos (de conversión).
- F45 Trastornos somatomorfos.
- F48 Otros trastornos neuróticos.

F50-59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos.

- F50 Trastornos de la conducta alimentaria.
- F51 Trastornos no orgánicos del sueño.
- F52 Disfunción sexual no orgánica.
- F53 Trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio no clasificados en otro lugar.
- F54 Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar.
- F55 Abuso de sustancias que no producen dependencia.
- F59 Trastornos del comportamiento asociados a disfunciones fisiológicas y a factores somáticos sin especificación.

F60-69 Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.

- F60 Trastornos específicos de la personalidad.
- F61 Trastornos mixtos y otros trastornos de la personalidad.
- F62 Transformación persistente de la personalidad no atribuible a lesión o enfermedad cerebral.
- F63 Trastornos de los hábitos y del control de los impulsos.
- F64 Trastornos de la identidad sexual.
- F65 Trastornos de la inclinación sexual.

- F66 Trastornos psicológicos y del comportamiento del desarrollo y orientación sexuales.
- F68 Otros trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto.
- F69 Trastorno de la personalidad y del comportamiento del adulto sin especificación.

F70-79 Retraso mental.

- F70 Retraso mental leve.
- F71 Retraso mental moderado.
- F72 Retraso mental grave.
- F73 Retraso mental profundo.
- F78 Otros retrasos mentales.
- F79 Retraso mental sin especificación.

F80-89 Trastornos del desarrollo psicológico.

- F80 Trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje.
- F81 Trastornos específicos del desarrollo del aprendizaje escolar.
- F82 Trastorno específico del desarrollo psicomotor.
- F83 Trastorno específico del desarrollo mixto.
- F84 Trastornos generalizados del desarrollo.
- F88 Otros trastornos del desarrollo psicológico.
- F89 Trastorno del desarrollo psicológico sin especificación.

F90-98 Trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.

- F90 Trastornos hiperkinéticos.
- F91 Trastornos disociales.
- F92 Trastornos disociales y de las emociones mixtos.
- F93 Trastornos de las emociones de comienzo habitual en la infancia.

- F94 Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
- F95 Trastornos de tics.
- F98 Otros trastornos de las emociones y del comportamiento de comienzo habitual en la infancia y adolescencia.
- F99 Trastorno mental sin especificación.

VI.- METODOLOGIA

Para el desarrollo del proyecto se enmarcara en la utilización de técnicas y procedimientos con el fin de lograr la solución a las patologías más relevantes encontradas en la población de la Ciudad de Cariamanga, de esta manera para lograr el objetivo deseado utilizaremos la investigación cualitativa y cuantitativa; en la investigación cualitativa utilizaremos una de las de mayor uso es la investigación participativa con que se busca cambios en la comunidad a través de la creación de la Unidad de Salud Mental en el Hospital “José Miguel Rosillo” para mejorar las condiciones de vida de los y las habitantes; y en cuanto a la investigación cuantitativa tiene su mayor exponente la investigación descriptiva en la que se pretende recaudar la información necesaria para su posterior tabulación, ordenación y análisis.

El proyecto se realizará de la siguiente manera: primero, identificación de posibles psicopatologías en los habitantes de la Ciudad de Cariamanga mediante la aplicación del indicador psicológico, SRQ, en una muestra determinada por el EPI INFO, del universo total que es 14,450 habitantes con una confiabilidad del 95%, nos da 374 habitantes, a quienes se aplicaran a través de visitas domiciliarias. Segundo, dichos datos se analizaran e interpretaran para poder determinar la prevalencia e incidencia de psicopatologías y justificar de esta manera la necesidad de crear una unidad de salud mental en dicho hospital. Tercero se realiza la planificación y estructuración de salud en promoción de la salud mental y prevención de posibles psicopatologías y evitando así episodios recurrentes de las mismas. Y finalmente se realizará propuesta terapéutica de acuerdo a las psicopatologías encontradas.

VII.- CRONOGRAMA

Actividad	Meses							
	Marzo	Abril	Mayo	Juni o	Julio	Agost o	Septiembr e	Octubr e
Presentación del Proyecto								
Modelo de atención psicológica								
Perfil profesional								
Presentación del borrador								
Sociabilización del proyecto								

VIII.- PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

RECURSOS HUMANOS.- Entre los recursos humanos a utilizarse para la elaboración del proyecto tenemos: El tutor Universidad Nacional de Loja, la Directora y su personal administrativo del “Hospital José Miguel Rosillo” Cariamanga, Investigadora Digna Moreno, personal colaborador para la realización de la encuesta, población encuestada.

FINANCIAMIENTO

Investigadora

RECURSOS MATERIALES

Materiales	Costo en dólares
Proyecto	\$ 1500
Impresiones	\$ 500
Movilizaciones	\$ 500
Perfil Epidemiológico	\$ 1500
Bibliografía	\$ 500

IX. BIBLIOGRAFIA

- ✓ Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Trastornos Mentales y de comportamiento.
- ✓ DSMV. Manual de Diagnostico y estadístico de los trastornos mentales.
- ✓ MANUAL DE TECNICAS DE MODIFICACION Y TERAPIA DE LA CONDUCTA. Francisco Labrador
- ✓ GUIA PARA EL DIAGNOSTICO PSICOLOGICO CLINICO Y NEUROPSICOLOGICO. Lucio Balarezo Chiriboga.
- ✓ MANUAL PARA EL TRATAMEINTO COGNITIVO CONDUCTUAL PARA LOS TRASTORNOS PSICOLOGICO. Vicente Caballo.
- ✓ PSICOTERAPIA. Lucio Balarezo
- ✓ MANUAL DE ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL: Autores. Dr. Hernanm Chavez y Dr, Enrique Aguilar
- ✓ TERAPIA COGNITIVA DE LAS DROGODEOENDENCIAS.
- ✓ PAUTAS DIAGNOSTICAS Y DE ACTUACION EN ATENCION PRIMARIA/OMS
- ✓ BARLOW-DURAND. Psicopatologia
- ✓ ESTUDIOS DE SALUD MENTAL EN EL ECUADOR. Eduardo Estrella
- ✓ METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION. E.B. Pineda, E. L. de Alvarado y F.H de Canales.

- ✓ http://es.wikipedia.org/wiki/Salud_mental
- ✓ www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/index.shtml
- ✓ http://www.tnrelaciones.com/salud_mental/index.html
- ✓ <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=222>
- ✓ www.sld.cu/galerias/.../guia_latinoamericana_diagn_psiq_gladp.pdf
- ✓ www.psicologia-online.com/.../prevencion/index.shtml
- ✓ www.psicologoescolar.com/.../PSICOLOGIA/prevencion_secundaria_estrategias_de_intervencion.htm - España
- ✓ html.rincondelvago.com/psicologia-comunitaria.html
- ✓ www.psicologoescolar.com/.../PSICOLOGIA/prevencion_terciaria_estrategias_de_intervencion.htm - España
- ✓ www.centrelondres94.com/.../planificacion_terapeutica_e_intervenciones_psicosociales_en_los_trastornos_disociales.pps - España

ANEXO 2: Herramientas psicológicas para la recolección de datos

FAMILIOGRAMA

Es un instrumento que permite valorar la dinámica, la composición, estructura, el tipo de familia, relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual está cursando la familia en un momento determinado. Permite al grupo de salud identificar problemas de salud, genéticos y hereditarios, basados en la información recopilada. El familiograma es un método para almacenar datos de la familia, los cuales dan la oportunidad de hacer una retro-información básica (nombres, fechas de nacimiento, muerte, matrimonio, entre otros) y así mismo información compleja (problemas familiares repetitivos, triangulaciones, herencia y otros).

DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL FAMILIOGRAMA

Las convenciones y símbolos utilizados deben estar siempre incluidos en la parte inferior de la hoja y su mensaje debe ser claro y de poca referencia. Los componentes básicos del familiograma incluyen los siguientes puntos:

1. Tres o más generaciones.
2. Los nombres de todos los integrantes de la familia.
3. Edad o fecha de nacimiento de todos los miembros de la familia.
4. Muerte, incluyendo la edad o la fecha y su causa.
5. Enfermedades significantes o problemas de los miembros de la familia.
6. Demarcación de los miembros de la familia que viven bajo el mismo techo.
7. Fechas de matrimonios y divorcios.
8. El miembro que primero nació debe ir a la izquierda y sus hermanos a la derecha, en orden descendente.
9. Descripción de los símbolos usados.
10. Símbolos seleccionados por simplicidad y máxima visibilidad.

Las generaciones deben señalarse mediante el uso de números romanos, a la izquierda de la hoja. El nombre de cada familia debe figurar sobre cada unidad

familiar. Los símbolos utilizados para cada integrante de la familia deben ser de igual tamaño; cada generación ocupa una sola línea horizontal. Cuando hay muchos hermanos en las primeras generaciones, se puede usar, condensando en el interior del símbolo correspondiente, el número de hermanos del mismo sexo que no se van a incluir. El matrimonio se simboliza por una línea que une los esposos; si es unión libre, se utiliza una línea discontinua; el divorcio se representa mediante dos líneas paralelas que interrumpen la línea continua del matrimonio o la discontinua de la unión libre. Sobre estas líneas se debe escribir las fechas del matrimonio precedidas de la letra m; la separación, por la letra s; divorcio, por la letra d; dejando la M mayúscula para anteceder la fecha de muerte. Además de utilizar la línea discontinua para la unión libre, se utiliza la letra u para colocar la fecha en que dicha unión libre se concretó.

Para simbolizar la muerte de uno de los integrantes de la familia se ha venido utilizando una (x), la cual se ubica dentro del cuadrado si es hombre o dentro del círculo si es mujer. Para denotar aborto se utiliza una letra o llena, (.), que según el caso también hace referencia a los mortinatos. Cuando se sabe el sexo del mortinato, puede emplearse el cuadrado o el círculo, según el caso, pero rellenándolo.

Cuando no se sabe el sexo o es desconocido por el entrevistado, se utiliza un rombo en lugar del cuadrado o del círculo. Cuando una familia ha adoptado a alguno de sus miembros, basta con colocar dentro del círculo o cuadrado la letra (a) y dejar la línea correspondencia al hijo mencionado discontinua. Los enlaces emocionales entre los integrantes de la familia se denotan en la literatura mediante el uso de la doble línea. Sin embargo, es útil y sencillo denotar el grado del enlace mediante la audición de otra línea para señalar si es intenso. En caso de presentarse ruptura, se interrumpe con una línea sencilla. Las relaciones conflictivas se denotan con una línea quebrada. La familia nuclear, la que vive bajo el mismo techo, se encierra con una línea continua.

□ Hombre

○ Mujer



Casados
Febrero de 1985



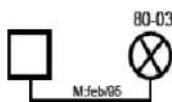
Convivientes
Unidos en julio de 1990



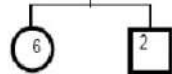
Divorciados
Divorciados en mayo del 2005



Separados
Separados en Agosto de 1999



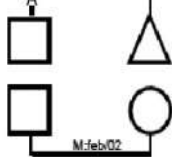
Madre fallecida
(nació en el 80 y murió el 2003)



Hijos (de 6 y 2 años)



Un hijo adoptado y un embarazo



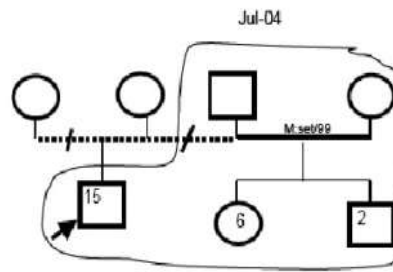
Un primer aborto inducido
Un segundo aborto espontáneo (círculo negro)
Un tercer embarazo muerto en el parto



Gemelos



Persona identificado o Paciente
Miembros que viven juntos



Uniones múltiples

Dos uniones previas
En la primera unión, tiene un hijo que vive con el padre

Miembros que viven Juntos
Desde julio 2004
(información en relación al paciente)

RELACIONES AFECTIVAS



Muy estrecha



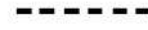
Cercana



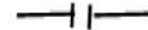
Conflictiva



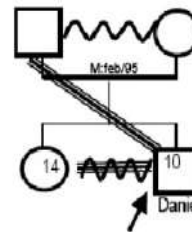
Muy estrecha y conflictiva



Distante



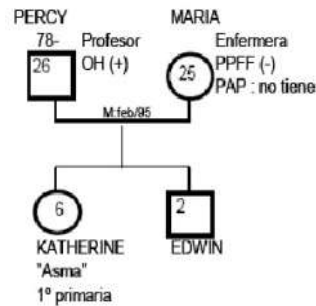
Quiebre



Según Daniel
(pueden haber otras opiniones)

DATOS DE MORBILIDAD Y DEMOGRAFICOS

LAS ABREVIATURAS DE ALGUNOS RIESGOS Y PATOLOGIAS,
SON LAS QUE SE USAN HABITUALMENTE



ANEXO 3: Fotografías de la investigación





ANEXO 4: Oficio de Aceptación del Área de Salud N° 5- CARIMANGA



ÁREA DE SALUD NO 5 - CARIAMANGA
HOSPITAL "JOSÉ MIGUEL ROSILLO"
Cariamanga - Loja - Ecuador.



Ministerio de Salud Pública
Área de Salud N°5 Cariamanga
Hospital "José Miguel Rosillo"

Cariamanga, 4 de Agosto del 2010.

Srta.
Digna Elizabeth Moreno Arrobo.
Estudiante de Psicología Clínica de la UNL.

De mi consideración:

Reciba un cordial saludo y los mejores deseos en el desarrollo de las funciones que Usted realiza.

El motivo de la presente es para poner en su conocimiento que frente a su petición de realizar un proyecto de tesis para la creación de salud Mental del Hospital José Miguel Rosillo, me permito informarle que su petición ha sido **ACEPTADA** y que nuestra Área de Salud le brindará las facilidades requerida para la elaboración de dicho proyecto.

Particular que le comunico para los fines pertinentes.

Atentamente,


Dra. Sevigne Aguirre Montero.

Jefe del Área de Salud No. 5 – Cariamanga (e).





ANEXO 5:

Ficha de Observación

Fecha:..... **Edad:**.....

Sexo:..... **Lugar:**.....

1.- Que postura presenta el entrevistado.....

.....

2.- Modo de conocer a las personas.....

.....

3.- Que nivel de cortesía presentan el entrevistado.....

.....

4.- Cualidad de la voz.....

.....

5.- Modo de hablar.....

.....

6.- Se distrae con facilidad.....

.....