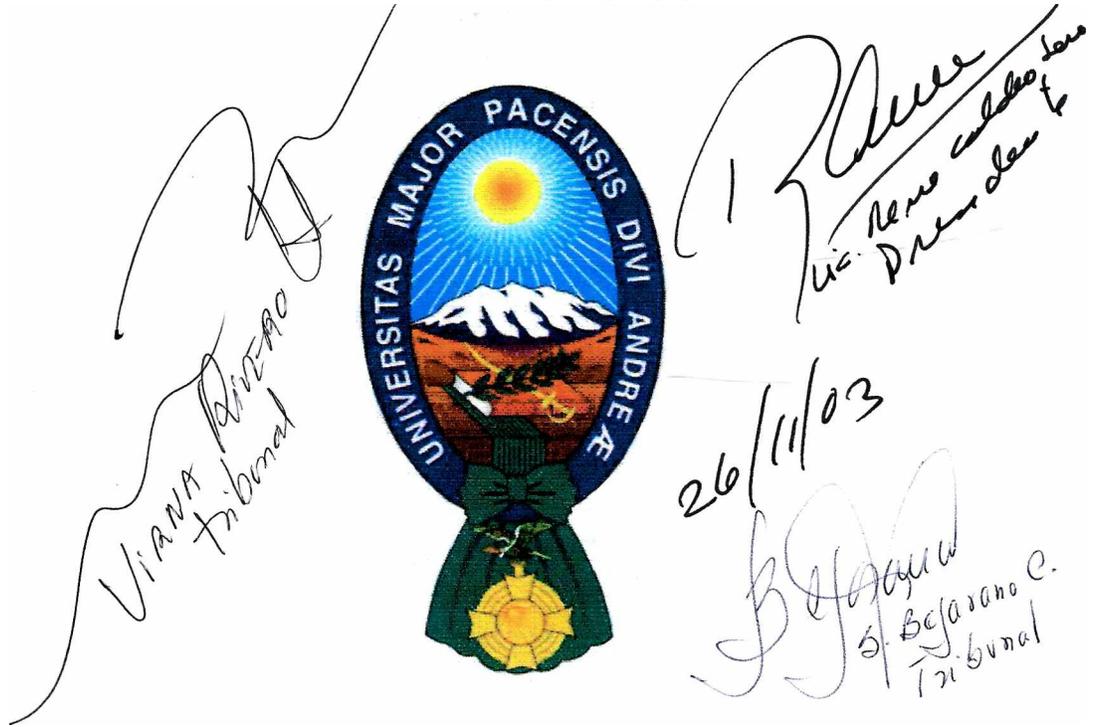


UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
CARRERA DE PSICOLOGÍA



LA SALUD MENTAL EN ATENCIÓN HOSPITALARIA
HOSPITAL MILITAR CENTRAL CORPORACIÓN DEL
SEGURO SOCIAL MILITAR (CASO C.O.S.S.M.I.L.)

01214

POSTULANTE
EDITH VEIZAGA CAMACHO

TUTOR
LIC. CARMEN CAMACHO DE TEJERINA

LA PAZ - BOLIVIA
2003

EL ÉXITO COMIENZA CON LA VOLUNTAD

Si piensas que estás vencido, lo estas;
si piensas que no te atreves, no lo harás;
si piensas que te gustaría ganar,
pero no puedes, no lo lograras.

Si piensas que perderás, ya has perdido;
porque en el mundo encontrarás que el éxito
comienza con la voluntad del hombre.

Todo está en el estado mental;
porque muchas carreras se han perdido
antes de haberse corrido
y muchos cobardes han fracasado
antes de haber empezado su trabajo.

Piensa en grande y tus hechos crecerán
piensa en pequeño y quedaras atrás,
piensa que puedes y podrás;
todo esta en el estado mental

Si piensas que estás aventajado, lo estás;
tienes que pensar bien para elevarte
tienes que estar seguro de ti mismo
antes de intentar ganar un premio.

La batalla de la vida no siempre la gana
el hombre más fuerte o el más ligero;
porque tarde o temprano, el hombre que gana
es aquel que crea poder hacer.

CHRISTIAN BARNAD.

DEDICATORIA

Con mucho amor a mis seres queridos:

A mis padres quienes me dieron la vida, que en paz descansen.

A mi esposo Alfredo por su apoyo incondicional.

A mis hijos Lizeth Gabriela, Christian Alfredo a quienes sacrifiqué por estudiar que son mi razón de vivir.

A mis hermanos y hermanas: Rosario, Juana, Juan, Ana Maria, Silvia, Rubén, Marcos Gonzalo y Delia Mery Ninoska.

A mi amiga y hermana Lic. Jenny Rodríguez Velasco

¡Que Dios los bendiga!

MI AGRADECIMIENTO Y RECONOCIMIENTO

A Dios supremo creador y guía de mi vida

A la Universidad Mayor de San Andrés Facultad de Humanidades y Ciencias de la educación

En especial a todos (as) mis docentes por la formación impartida.

Al Hospital Militar Central, Corporación del Seguro Social Militar, por permitirme realizar el trabajo.

Al personal médico, paramédico y asegurados en general.

Tutora: Lic. Carmen Camacho de Tejerían, por brindarme la luz que guía, por su colaboración y la bondad de ofrecerme sus comentarios y sugerencias en el presente trabajo.

Tribunal Lector: Lic. Vima Rivero Herrera por sus permanentes comentarios y el tiempo dedicado en este trabajo.

Tribunal Lector: Dr. Sergio Bejarano Carbajal por su comprensión y paciencia en el trabajo.

A mis amigas con cariño Lic. Adela Barrancos y Lic. Loudes Rojas Sánchez.

¡Que Dios los bendiga!

INDICE

RESUMEN	4
<u>CAPITULO I: INTRODUCCION</u>	5
1.1 ANTECEDENTES	5
1.2 OBJETIVOS	10
1.2.1 OBJETIVO GENERAL	10
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	10
1.3 JUSTIFICACION	11
1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
<u>CAPITULO II: MARCO INSTITUCIONAL</u>	15
2.1 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN	15
2.2 NORMAS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO: C.O.S.S.M.I.L.	16
2.2.1 FUNCIONES DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA	16
2.2.2 FUNCIONES AUXILIAR DE ENFERMERÍA	19
2.2.3 FUNCIONES PERSONAL MÉDICO	20
<u>CAPITULO III: MARCO TEÓRICO</u>	26
3.1 SALUD MENTAL	26
3.1.1 MARCO HISTÓRICO DE LA SALUD MENTAL	26
3.1.2 DEFINICIÓN DE SALUD MENTAL	33
3.1.3 CARACTERÍSTICAS DE LA SALUD MENTAL	36
3.2 VALORACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL AMBITO HOSPITALARIO	39
3.2.1 VALORACIÓN DE ACOGIDA EN CENTROS DE SALUD MENTAL	40
3.2.2 MOTIVOS DE CONSULTA. FACTORES DESENCADENANTES	42
3.2.3 ÁREAS DE VALORACIÓN: DIFERENTES MANIFESTACIONES	43
3.2.4 INTERVENCIÓN	45
3.2.4.1 Alteraciones de los procesos de pensamiento	46
3.2.4.2 Afrontamiento individual ineficaz	46
3.2.4.3 Alteración en el mantenimiento de la salud	47
3.2.4.4 Trastornos de la autoestima	47
3.2.4.5 Trastornos de la imagen corporal	48
3.2.4.6 Ansiedad	48
3.2.4.7 Desesperanza	49
3.2.4.8 Impotencia	50

3.2.4.9	Temor	50
3.2.4.10	Aislamiento social	51
3.2.4.11	Duelo disfuncional	51
3.2.4.12	Alteración en el desempeño del rol	52
3.2.4.13	Déficit de autocuidado	52
3.2.4.14	Alteración de los procesos familiares	53
3.2.4.15	Deterioro de la interacción social	54
3.2.4.16	Alto riesgo de violencia	54
3.2.4.17	Alteración del patrón de sueño	55
3.3	ATENCIÓN HOSPITALARIA	55
3.3.1	NUEVO PARADIGMA DE LA SALUD PÚBLICA	56
3.3.2	LA SALUD MENTAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	57
3.3.3	DERECHOS Y DEBERES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	59
3.3.4	GESTIÓN HOSPITALARIA	62
3.3.5	ELEMENTOS A SER CONSIDERADOS EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO	63
3.4	LA PSICOLOGÍA EN LOS HOSPITALES	66
3.4.1	UN MERCADO QUE SE ABRE: LOS HOSPITALES	66
3.4.2	LA PRÁCTICA DEL PSICÓLOGO EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO	70
3.4.3	VISIÓN MULTIDISCIPLINARIA -PSICOLOGÍA HOSPITALARIA-	74
3.5	PSICOLOGÍA COMUNITARIA	79
3.5.1	CONCEPTO	79
3.5.2	ESTRUCTURA DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA	80
3.5.2.1	La comunidad	80
3.5.2.2	Modelos teóricos	81
3.5.2.3	Intervención comunitaria	82
3.5.3	SALUD MENTAL COMUNITARIA	84
3.5.3.1	Componentes de la psicología comunitaria aplicados a la salud	85

CAPÍTULO IV: MÉTODO 87

4.1	POBLACIÓN	88
4.1.1	MUESTRA	88
4.2	INSTRUMENTOS	90
4.2.1	CUESTIONARIO	91
4.2.1.1	Cuestionario dirigido a pacientes	91
4.2.1.2	Cuestionario dirigido a profesionales en salud	91
4.2.2	OBSERVACIÓN	91
4.2.3	RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN: REGISTROS Y DOCUMENTOS	91
4.3	PROCEDIMIENTO	92

CAPÍTULO V: RESULTADOS 95

5.1	CUESTIONARIO DIRIGIDO A PACIENTES	95
5.1.1	VACIADO DE DATOS	95
5.1.2	INTERPRETACIÓN	97
5.2	OBSERVACIÓN	99

5.2.1 VACIADO DE DATOS	102
5.2.2 INTERPRETACIÓN	103
5.3 CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO.	107
5.3.1 VACIADO DE DATOS	108
5.3.2 INTERPRETACIÓN	113
5.4 DATOS DE REGISTRO BIO-ESTADÍSTICO.....	117

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

.....	119
-------	-----

6.1 CONCLUSIONES	119
6.2 RECOMENDACIONES	124

CAPITULO VII: ANEXOS 127

7.1 ANEXO 1: CUESTIONARIO DIRIGIDO A PACIENTES.....	127
7.2 ANEXO 2: CUESTIONARIO DIRIGIDO A PROFESIONALES EN SALUD .	128
7.3 ANEXO 3: COEFICIENTE DE FIABILIDAD.....	131
7.4 ANEXO 4: TABLA DE CATEGORIZACIÓN: OBSERVACIÓN.....	132

BIBLIOGRAFÍA 133

RESUMEN

El presente trabajo, enfocado a identificar los niveles de atención en salud mental en C.O.S.S.M.I.L., contó con una muestra de 86 profesionales en salud, además de incluir a pacientes internados.

Entre los datos obtenidos se pudo constatar que los recursos materiales con los que cuenta la Institución son limitados pero permiten un rendimiento acorde a las necesidades; los recursos humanos no son suficientes y esto provoca que se genere un ambiente tenso que afecta las relaciones sociales entre el personal del Hospital y la atención brindada al paciente.

El trato brindado al paciente se basa, por lo general, en el respeto, la tolerancia y el reconocimiento de que el enfermo es sobre todo una persona. Es así que la atención, en cuanto a ayuda médica y física se refiere, es inmediata; cabe resaltar que en el área psicológica las remisiones más frecuentes están en relación a estructuras depresógenas y ansiógenas.

Por otra parte, se da información al paciente en especial sobre el tratamiento que afronta; sin embargo, la prevención es dejada de lado, al igual que la rehabilitación, lo que afecta a la recuperación por el incumplimiento de las prescripciones recibidas. En el área de la capacitación en Salud Mental hay descuido de la institución en relación a brindar cursos o talleres que puedan dotar de conocimientos y práctica necesaria a los profesionales que ejercen en el hospital.

A lo largo de todo el trabajo se pudo constatar que los profesionales en salud se encuentran lejos de conocer los verdaderos alcances y beneficios de la práctica de la Salud Mental, así como la forma en que esta interviene en los procesos de tratamiento y recuperación de pacientes.

CAPITULO I: INTRODUCCION

1.1 ANTECEDENTES

El problema de salud siempre ha sido enfocado desde el punto de vista físico y/o biológico, o sea somático y pocas veces se ha considerado con la debida seriedad la salud mental de la población; tampoco se ha tomado en cuenta en estas consideraciones, el medio ambiente institucional.

A partir de las anteriores consideraciones, para Pérez (2000), si se toma en cuenta que salud mental es uno de los elementos básicos del equilibrio necesario, que rige la personalidad del hombre en su cultura, se verá que el concepto de salud mental siempre ha generado un prejuicio relacionado al concepto de locura, lo que ha determinado una actitud negativa de la sociedad frente a los que adolecen del equilibrio mental, que es necesario para ser considerados sanos mentalmente. Sin embargo, se debe considerar que la salud mental, se refiere a la preservación de un equilibrio entre lo somático o físico-biológico y lo neuro-psiquiátrico.

Es por la conceptualización tradicional que el enfoque biomédico enfatiza en lo somático, en las enfermedades y en los daños a la salud; los sistemas de salud son altamente curativos y/o reparadores sólo en éste ámbito y, a lo máximo que se ha llegado es a la prevención de enfermedades o al diagnóstico precoz de alteraciones para su tratamiento oportuno. Lo propio ha sucedido con la salud mental para cuyo abordaje se han dado respuestas principalmente a través del esquema de aislamiento psiquiátrico manicomial (Pérez, 2000).

Desgraciadamente, en la mayor parte del mundo no se concede a la salud mental y a sus trastornos la misma importancia que a la salud física, siendo

más bien ignorados. En parte y como consecuencia de esta actitud, se presenta una carga creciente de trastornos mentales, y un desfase terapéutico cada vez mayor.

Hoy día, aproximadamente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento, pero sólo una pequeña minoría recibe el tratamiento más elemental. En los países en desarrollo, a la mayoría de las personas con enfermedades psiquiátricas graves se les deja que afronten como puedan sus cargas personales, como la depresión, la demencia, la esquizofrenia y la toxicomanía. En conjunto, a muchas de ellas su enfermedad las convierte en víctimas y en objetos de estigmatización y discriminación (OMS, 2001, p. 3).

Las variables que intervienen y más afectan son el envejecimiento de la población, el agravamiento de los problemas sociales y la agitación social que a su vez permiten prever un aumento del número de afectados. Bajo esta visión, no es de extrañarse que entre las 10 primeras causas de discapacidad en el mundo, cuatro corresponden a trastornos mentales.

Esta carga creciente supone un costo enorme en sufrimiento humano, discapacidad y pérdidas económicas. Se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo; sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior al 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada. Más del 40% de los países no disponen de una política de salud mental, y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella. Más del 90% de los países carecen de una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes. Es frecuente, además, que los planes de salud no cubran los trastornos mentales y conductuales en la misma medida que otras enfermedades,

hecho que genera importantes problemas económicos para los pacientes y sus familias. De este modo, el sufrimiento persiste y los problemas aumentan (OMS, 2001, p. 3).

En un estudio transcultural llevado a cabo por la OMS (2001, p. 24), en 14 Centros europeos se pudo comprobar que aunque la prevalencia de los trastornos mentales varía considerablemente entre los distintos Centros, los resultados demuestran claramente que una proporción sustancial (alrededor del 24%, en 1995) de todos los pacientes padecían un trastorno mental. Los diagnósticos más frecuentes en los centros de atención primaria son los trastornos de depresión y ansiedad. Se presentan solitarios o asociados a uno o más trastornos orgánicos. Estos resultados, a su vez, pueden ser trasladados a otros ámbitos:

Entre los países desarrollados y en desarrollo, las diferencias en la prevalencia no son uniformes. Así, los indicadores más alarmantes en trastornos psiquiátricos graves relacionados con la depresión alcanzan un 10.4%, la ansiedad generalizada 7.9%, la dependencia al alcohol un 2.7% y todos los trastornos restantes un 24% (OMS, 2001, p. 23).

Sin embargo, en los últimos tiempos, se está produciendo un cambio de paradigma hacia un enfoque positivo, integral, holístico de la salud. Se acepta que la salud se crea, se acrecienta o disminuye en el marco de la vida cotidiana. Depende del propio poder de modificar entornos físicos y sociales y de influir en los comportamientos propios y ajenos y en los múltiples factores históricos, políticos, sociales, culturales, económicos que pueden contribuir favorable o desfavorablemente a la creación de la salud o más bien, del mantenimiento de la salud dentro del ciclo dinámico:

La salud y la enfermedad, entonces, constituyen estadios de un proceso dinámico, cambiante, producto de la interacción de múltiples factores y circunstancias que actúan sobre las personas a lo largo de su ciclo vital. Son cualidades de la vida que reflejan la lucha constante, la adaptación, el equilibrio o la pérdida de éste, ante las agresiones provenientes del medio físico, biológico o social en el que transcurre nuestra existencia (Mccoll, s.f.).

De tal manera, la salud, enfermedad y muerte son los niveles extremos de una amplia gama de variaciones biológicas o somáticas, psicológicas o mentales y sociales que "resultan del relativo éxito o fracaso, equilibrio, adecuación o desensibilización humana ante las variables del ambiente interno o externo de cada persona" (Mccoll, s.f.). Esta influencia del medio se debe a que todas las personas tienen conciencia de su propio ser, sienten, piensan, aman y perciben el mundo natural y social que les rodea y tienen la capacidad de reaccionar ante las circunstancias y sucesos a través de un comportamiento individual, grupal y colectivo.

El equilibrio psíquico o salud mental es la expresión de un conjunto de factores protectores de naturaleza biológica, psíquica y social. Es una dimensión inseparable de la salud integral. La Salud mental está determinada por "cómo nos sentimos nosotros mismos", cómo nos sentimos en relación a los demás; y "cómo respondemos nosotros ante las exigencias de la vida diaria", afrontando situaciones conflictivas o problemas.

En este marco conceptual se basan los aspectos estratégicos y operativos de la producción de la salud en la actualidad. También sobre esta base la salud mental, que forma parte integrante e indisoluble de la salud integral, pasa a ser un indicador de la calidad de vida y por tanto se inscribe en el proceso de desarrollo humano sostenible.

En Bolivia, en el contexto del desarrollo humano sostenible, de la Reforma del Estado con la descentralización, la participación social y la profundización en los estudios sobre la democracia, surge la lucha contra la pobreza como la impulsora de una política social basada en criterios de solidaridad y equidad. Se promueve el desarrollo de una reforma en la salud y la educación con el propósito de mejorar la calidad de vida de todos los bolivianos.

En el Plan Estratégico de Salud (P.E.S. 1997-2002), publicado por el Ministerio de Salud y Previsión Social (1999-2000, p. 13), se propone una Reforma de la Salud en la cual el enfoque promocional y de atención primaria es relevante. Entre sus líneas estratégicas, el P.E.S. promueve "mejorar los estilos de vida", "disminuir los entornos peligrosos para la salud y los riesgos sociales, fomentar ambientes favorables a la salud, disminuir la violencia de todo tipo, reforzar redes y apoyo social, promover políticas públicas saludables...".

Este nuevo modelo epidemiológico del P.E.S. se orienta a focalizar el tratamiento de los daños prevalentes y avanza hacia su prevención y la detección de riesgos para llegar a la fase de la promoción de los condicionantes o factores protectores con la prevención primordial. El P.E.S. también propone profundizar la descentralización, fortalecer el nivel local, establecer alianzas estratégicas en las cuales las personas, las instituciones y la sociedad civil se comprometan solidariamente en la responsabilidad compartida en salud (Ministerio de Salud y Previsión Social, 1999-2000, p. 13)

En cuanto a la atención en los servicios reconoce como estrategia fundamental la atención primaria en salud y el desarrollo de una red de

servicios múltiples prestadores que permite una atención de calidad, con igualdad social, así como equidad de género y generacional.

La Reforma de la Salud está en marcha y lo que se quiere es que todos sus planteamientos queden plasmados en la legislación a través de la formulación participativa de una nueva Ley de la salud que regule la conformación del sistema boliviano de salud.

Por todo lo ya mencionado y teniendo en cuenta las necesidades de la sociedad en relación a la salud mental, en el mundo, en la región de América; además, sabiendo que existe tecnología moderna para el control de trastornos psicológicos y psiquiátricos, se pretende, en el presente trabajo determinar los aspectos que hacen a la salud mental en C.O.S.S.M.I.L., así como la existencia de planes de trabajo, la capacitación del personal médico y paramédico y la percepción que tiene el paciente respecto a la atención que se le brinda en áreas afectivo-emocionales. Se espera que el aporte de esta investigación sea el poder generar nuevas medidas de intervención en la salud y, por qué no, concientizar a los profesionales sobre la labor que realizan y la importancia que tiene el aspecto psicológico en los procesos de prevención, tratamiento y rehabilitación.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo General

Identificar los niveles de atención en Salud Mental en C. O. S. S. M. I. L.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar los elementos de atención primaria, secundaria y terciaria que son aplicados en el trabajo médico en C.O.S.S.M.I.L.

- Establecer los niveles de capacitación del personal médico y paramédico en Salud Mental en C.O.S.S.M.I.L.

1.3 JUSTIFICACION

Un sondeo preliminar muestra estadísticas alarmantes en relación a enfermedades neuro-psiquiátricas especialmente afectivas, y particularmente depresivas, que pueden estar dadas por el alcoholismo, aspectos socioeconómicos, migratorios y otros; así como enfermedades provenientes de trastornos somáticos tales como la epilepsia. El problema de las enfermedades mentales tiene que ver con su estigmatización y la falta de comunicación educativa sobre ellas, particularmente en lo referente a su prevalencia y tratamiento. Además de la discapacitación directa e indirecta que produce.

Sin embargo, el ámbito de la Salud Mental abarca aspectos que van más allá de los denominados trastornos mentales. De por sí, el ingreso a un hospital como paciente genera en la mayoría de las personas estados de ansiedad o depresión propios del afrontamiento a situaciones nuevas; por lo general no se sabe el curso de la enfermedad el tratamiento y se desconoce la existencia de secuelas posteriores.

Todos estos aspectos hacen que la calidad de vida del paciente disminuya considerablemente y que se encuentre más propenso a sufrir sintomatología que puede perjudicarlo tanto en su interrelacionamiento, como en su recuperación. Ante estos hechos, es el personal de salud (médicos, ,paramédicos y psicólogos) los encargados de mitigar las posibles "dolencias emocionales" de la enfermedad y proporcionar una atención que priorice ya no solo el bienestar físico sino también psicológico.

Pero ¿existen políticas de trabajo en Salud Mental en los hospitales o más propiamente en C.O.S.S.M.I.L.?; no, y no es una excepción ya que casi todas (por no decir todas) las instituciones encargadas de la salud en Bolivia todavía no han reconocido la importancia de estos elementos; aun así, muchas de las funciones propias de profesionales en salud incluyen bienestar y calidad de vida, dos aspectos importantes en cuanto a Salud Mental. La pregunta sería si se cumplen a cabalidad dichas funciones.

Es por estas razones que es necesario introducir visiones innovadoras y fundamentales en el trabajo hospitalario, visiones multidisciplinarias e interdisciplinarias que no coloquen al psicólogo como único profesional encargado de responder a la problemática afectivo-emocional, sino que permitan un trabajo conjunto que derive en una atención holística y de calidad en el marco de la salud.

1.4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Hablar de Salud Mental, como ya se explicitó, no es simplemente referirse a trastornos mentales sino que incluye la atención al paciente que ingresa a un hospital (como consulta externa o como internado).

Para que pueda existir "trato humano" en las instituciones, también es necesario (bajo una perspectiva sistémica) profundizar en los elementos que intervienen: como son los recursos tanto materiales, como humanos con los que se cuenta, las interrelaciones entre el personal, la organización de la institución, la satisfacción con el trabajo, los niveles de capacitación, etc.

En la medida en que estos elementos estén relacionados en forma óptima es que se puede visualizar una aplicación también óptima de la Salud Mental. De tal manera, la salud mental brindada dependerá también del ambiente organizacional que se desarrolle dentro de la institución; asimismo, de la

capacitación con la que se cuente -en materia de conocimientos- y de los recursos económicos que se destinen para elevar los niveles de atención en el aspecto psicológico, lo que derivaría en un eficiente y eficaz apoyo emocional ante la enfermedad.

La cotidianeidad no permite apreciar el miedo y la angustia que produce la dolencia; el mayor grado de especialización no da paso a tomarse el tiempo necesario para explicar diagnóstico y tratamientos (y hasta se termina catalogando de ignorante al paciente); la visión tradicional enfoca la problemática del enfermo y no permite incluir a la familia en el proceso de tratamiento, rehabilitación y prevención; y, por si fuera poco, la "falta de tiempo" no permite que el personal de salud interactúe con los pacientes dentro de un índice de calidad y calidez mínimamente aceptable.

Todos estos puntos aunque parezcan superfluos y faltos de importancia, son también parte de los procesos de atención de salud, es por eso la gran relevancia que tiene su estudio para luego poder implementarlos en óptima calidad al interior de los centros de salud.

Es así que lo que se busca en el presente trabajo es obtener respuesta a la pregunta sobre: ¿cuáles son los niveles de atención en Salud Mental en C.O.S.S.M.I.L.? Dicha información permitirá no sólo conocer las falencias existentes respecto a los recursos destinados y empleados en la salud mental, sino también las conductas y lineamientos organizacionales que sustentan a la misma, para modificarlos y/o fortalecerlos según sea el caso.

Por otra parte y como complemento a la anterior pregunta se buscan datos respecto a: ¿cuáles son los elementos de atención primaria, secundaria y terciaria aplicados en el trabajo médico en C.O.S.S.M.I.L.? El conocimiento sobre este punto es capaz, una vez que se tomen las medidas

correspondientes, de mejorar la atención brindada al paciente dado que a partir de él se podrían institucionalizar algunas reglamentaciones que permitan una interacción más óptima en materia de trato y trabajo tanto profesional como humano.

Por último, se desea conocer: ¿cuál es la capacitación del personal médico y paramédico en Salud Mental en C.O.S.S.M.I.L.? Este dato posee mucha importancia ya que a pesar de que la Salud Mental, hoy por hoy, se ha convertido en un pilar de la atención hospitalaria son muy pocos los profesionales y técnicos que conocen a profundidad -y aún, superficialmente- los elementos básicos para llevar a cabo sus funciones de manera sistémica, es decir, tomando al paciente en forma holística y sin dejar de lado la interrelación con sus compañeros de trabajo. Asimismo, con la información recabada es posible que la Institución promueva capacitaciones constantes para mantener á su personal actualizado.

CAPITULO II: MARCO INSTITUCIONAL

2.1 OBJETIVOS DE LA INSTITUCIÓN

El hospital militar central, según la información obtenida en el manual de normas generales de funcionamiento (corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992) es un organismo operativo de la sanidad militar y de la seguridad social militar, cuya finalidad principal es el mantenimiento de la salud de los integrantes de las Fuerzas Armadas y de sus beneficiarios.

El hospital militar además de su estructura organizativa y funcional, "con un sistema departamentalizado de especialidades, médicos, de enfermería y administrativos con tecnología moderna, se sitúa en el nivel III de hospitales de alta complejidad" (corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

Los objetivos generales del hospital militar central son, según el mencionado manual:

- 1) Proporcionar a la población protegida y beneficiaria, asistencia médica y sanitaria, tanto preventiva como curativa.
- 2) Desarrollar acciones asistenciales que permitan el cumplimiento de programas para la recuperación y rehabilitación física y mental.
- 3) Cumplir actividades de enseñanza médico-técnico, administrativa y de investigación.

Las dependencias del hospital militar central, están ubicadas en la zona de Miraflores de la ciudad de La Paz, está atendido por una planta de profesionales médicos especialistas civiles y otros con grado militar, residentes, internos, servicio de psicología, servicio de trabajo social, servicio de enfermería, personal administrativo, bajo la dirección del Director médico

,Sub director medico.y Director militar (corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

Atiende las siguientes Fuerzas: Ejército, Armada boliviana, y Fuerza Aérea boliviana, a sus señoras esposas e hijos (hasta los 25 años de edad), estudiantes de la escuela militar de ingeniería, a los caballeros cadetes y soldados, marineros, a los señores agregados militares de otros países (corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

De manera ocasional y en caso de emergencia a otras personas no aseguradas.

2.2 NORMAS GENERALES DE FUNCIONAMIENTO: C.O.S.S.M.I.L.

El manual de normas generales de funcionamiento (corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992) incluye las funciones de los diferentes departamentos que componen la estructura funcional hospitalaria, así como las tareas que deben cumplir tanto el personal médico como el paramédico.

A continuación se detallan las funciones de los profesionales (auxiliares, enfermeras y médicos) que se encuentran en mayor relación con el paciente y que, por lo tanto están más relacionados con aspectos de salud mental (corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

2.2.1 Funciones del Departamento de Enfermería

- 1) Garantiza al paciente una atención de calidad tanto en el aspecto técnico como humano.
- 2) Supervisión del servicio.
- 3) Supervisión del personal auxiliar bajo su responsabilidad.

- 4) Ofrecen atención integral a los pacientes de acuerdo al plan de cuidados e indicaciones médicas.
- 5) Pasa visita médica, con médicos tratantes.
- 6) Transcribe a kardex indicaciones médicas y estudios de gabinete.
- 7) Toma y envía muestras a laboratorio.
- 8) Realiza la preparación física a pacientes quirúrgicos.
- 9) Realiza administración de medicamentos.
- 10) Realiza colocaciones de sondas.
- 11) Realiza curaciones por indicación médica.
- 12) Realiza el balance hídrico.

De los doce puntos referidos anteriormente (manual de normas generales de funcionamiento; corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992), sólo dos están en relación a la salud mental (1 y 4); en ellos se da a conocer la función de la enfermera como la encargada de brindar un trato de calidad humana al paciente, sin embargo no se mencionan mayores por menores ni tampoco los parámetros en los cuales debe apoyarse.

Para pacientes gineco-obstetras

- Control de la paciente en el trabajo de parto.
- Asiste en la atención de parto.
- Vela por el uso correcto de equipos y material de servicio.
- Es responsable de las buenas relaciones existentes con el personal bajo su dependencia.
- Realiza el intercambio de recetas por medicamentos para realizar tratamiento del paciente.

En éste acápite, extraído del manual de normas generales de funcionamiento (manual de normas generales de funcionamiento; corporación del seguro

social militar COSSMIL, 1992) se confiere a la enfermera la responsabilidad de mantener un buen relacionamiento con el equipo de trabajo, ítem que complementa su función de supervisión; de todas maneras, tampoco se encontró en todo el manual el texto correspondiente al desglose de ésta función.

Para pacientes en terapia intensiva

- Control de material.
- Monitores de pacientes.
- Armado y control del respirador.
- Control de presión venosa central y media.
- Manejo de carro de paro cardíaco, desfibrilador y de electrocardiógrafo.
- Administración de medicamentos.
- Realiza visita médica.
- Realiza permanente valoración del paciente.
- Actualización de kardex, tarjetas de tratamiento y manejo hoja de terapia.

De todos los ítems mencionados, ninguno se encuentra en relación a la salud mental que se debe brindar -en cuanto a aspectos psicológicos se refiere-; todo el material informativo da a conocer las valoraciones físicas que se deben tomar en cuenta, así como las funciones administrativas incluidas en el trabajo de la enfermera (manual de normas generales de funcionamiento; corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

2.2.2 Funciones Auxiliar de Enfermería

- Participa en la recepción y entrega del turno.
- Informa a la enfermera profesional del estado y cambios significativos que ocurren en los pacientes.
- Hace anotaciones en la historia clínica del paciente y otros registros en los aspectos que se le han asignado.
- Acompaña a los pacientes a otros servicios o establecimientos por transferencia o exámenes especiales.
- Prepara y controla equipos y materiales para la atención del servicio.
- Asiste al paciente y colabora a la enfermera durante exámenes y cuidados especiales.
- Recolecta y envía muestras a laboratorio.
- Ayuda al paciente en su alimentación, cuando no puede hacerlo por sí mismo.
- Realiza el confort del paciente.
- Realiza el aseo matinal a los pacientes.
- Realiza el control de signos vitales de rutina en horarios indicados.
- Realiza cambios de posición, profilaxis de escaras.
- Realiza limpieza y mantenimiento del material utilizado.

El personal constituyente del área de auxiliar de enfermería tiene dentro de sus muchas funciones el colaborar en brindar confort al paciente; si bien se mencionan ciertas características respecto a la comodidad física, así como del cuidado de ambiente, no se incluyen aspectos relacionados al aspecto psicológico (manual de normas generales de funcionamiento; corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

Estos datos son de suma importancia pues debe de recordarse que los dos profesionales que se encuentran más allegados al paciente en cuanto a cuidados se refiere -lo que incluye mayor tiempo y número de veces de visita- son el personal de enfermería y el auxiliar de enfermería (manual de normas generales de funcionamiento; corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

2.2.3 Funciones Personal Médico

Departamento de Cirugía

- Asistir globalmente a pacientes que deben ser sometidos a tratamiento quirúrgico en la fase ambulatoria, urgencia e internación.
- Atender las interconsultas solicitadas por otros especialistas que requieren su atención.
- Realizar las intervenciones quirúrgicas de acuerdo a las especialidades.
- Participar en programas de enseñanza.
- Realizar investigaciones científicas.

El primer aspecto "asistir globalmente" puede ser considerado como una atención total, que incluye el brindar información, seguridad y un clima psicológico adecuado para que el paciente se sienta tranquilo. Sin embargo, al no mencionar datos específicos se podría también centralizar toda la atención en el área física lo cual puede generar cierta problemática relacionada a los aspectos psicológicos (manual de normas generales de funcionamiento; corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

La participación en programas de enseñanza puede ser tomada en cuenta en un doble sentido: por un lado, enseñanza a nivel profesional, es decir,

instruyendo a internos o personal de enfermería, los mismos que al nutrirse de la experiencia médica podrían tener un desempeño superior de sus funciones; por otro lado, podría considerarse un proceso de enseñanza exterior, es decir, dirigido hacia las personas en general para poder prevenir enfermedades o dirigido hacia los propios pacientes, para que estos puedan prevenir futuras dolencias o para que puedan autoadministrarse su propio tratamiento una vez que fuesen dados de alta. Aún así, al no ser un ítem específico, se presta fácilmente a ser obviado o, en el mejor de los casos, a no ser cumplido a cabalidad (manual de normas generales de funcionamiento; corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

Servicio de Anestesiología

El personal es exclusivamente especializado en el campo de la medicina anestesiológica, reanimación y oxigenoterapia, dando de esta manera las condiciones de máxima seguridad y eficiencia profesional a los pacientes que serán sometidos a cualquier tipo de cirugía evitando así cualquier accidente.

Puede notarse que no se hace referencia a ningún aspecto concerniente a la salud mental. Si bien el anestesiólogo actúa primordialmente en estados operatorios, debe de recordarse que la persona, al momento de ser ingresada a la sala pre-operatoria aún se encuentra en estado de conciencia -en la mayor parte de los casos- y es, quizás, el instante de mayor ansiedad (manual de normas generales de funcionamiento; corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

Servicio de Quirófano

Realiza actos quirúrgicos para pacientes hospitalizados y para pacientes de cirugía ambulatoria, con el fin de brindarles una buena calidad de atención

para recuperar la salud y de este modo, contribuir a su rehabilitación. El personal es especializado para el servicio en cuestión (manual de normas generales de funcionamiento; corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

Servicio de Recuperación

La sala de recuperación es parte esencial del cuidado hospitalario y es una extensión de las salas de operaciones. Es un área de observación y atención de pacientes en el post-operatorio y post-anestésico inmediato (manual de normas generales de funcionamiento; corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

La observación también incluye estados anímicos, los cuales podrían resultar perjudiciales al momento de la recuperación. Sin embargo, no se hace mención alguna de éste aspecto.

Servicio de Emergencia

- La atención primaria está a cargo del médico del servicio, quien después de una valoración detallada llamará al especialista correspondiente y le informará en forma completa y concisa del caso en estudio.
- Los exámenes auxiliares serán solicitados por el médico de emergencia.
- La confección de la historia clínica de los casos de emergencia que se internen es responsabilidad del médico de hospitalización del servicio.

- La nota de evolución primera de internación, el tratamiento y exámenes complementarios son responsabilidad del médico de emergencia correspondiente.
- Cuando se plantea una cirugía de emergencia, el cirujano programa la cirugía a través del médico del servicio y comunica al anestesiólogo de turno y al ayudante de cirugía de turno.
- Los médicos de emergencia son los ayudantes de cirugía programadas de acuerdo a rol establecido y en las emergencias.

En sala de emergencias se atienden todo tipo de casos, desde aquellos que pasan por un dolor de cabeza hasta los que requieren de una intervención quirúrgica inmediata. En la mayor parte de las ocasiones el paciente no sabe lo que le sucederá y por tanto, su estado de ansiedad es mucho más elevado que cuando asiste a una consulta externa. Este hecho, por lo observado en el manual, no fue tomado en cuenta al momento de elaborar los ítems respectivos al área mencionada (manual de normas generales de funcionamiento; corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

Unidad de Terapia Intensiva

- Será responsabilidad del médico tratante el solicitar la valoración, transferencia y probable admisión al médico de la U.T.I. en cuestión.
- Será responsabilidad exclusiva del jefe de la U.T.I. decidir la admisión de pacientes, en los casos cuyos criterios de admisión escapen a la regla.
- En épocas de alta demanda los criterios de admisión y alta forzosa serán dictaminados con carácter exclusivo por el jefe de la U.T.I.

Al igual que en la unidad anterior, no se da ninguna referencia respecto a los cuidados de salud mental (extraído del manual de normas generales de funcionamiento, corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

- Prevención de complicaciones secundarias de cualquier patología primaria que requiere acciones de la especialidad.
- Detección precoz de las discapacidades en general.
- Prevención, detección y diagnóstico de las deficiencias, incapacidad y minusvalías en general.
- Tratamiento mediante procesos de rehabilitación médica, funcional y protésica.
- Evaluación de discapacidades, deficiencias, incapacidad y minusvalías.
- Plan de apoyo integral, social, psicológico.
- Atención a pacientes internados cuyo proceso de rehabilitación se pueda realizar en corto tiempo y paralelo al tratamiento clínico/quirúrgico.
- Atención a pacientes severamente discapacitados cuyo proceso de rehabilitación se inicia en el hospital y que continúa por consulta externa.

Cabe resaltar que es la única unidad en la que se menciona un "plan de apoyo integral, social, psicológico"; sin embargo, no se realiza un desglose que indique a qué se refiere con "plan de apoyo" (manual de normas generales de funcionamiento; corporación del seguro social militar COSSMIL, 1992).

En general, en todo el manual no se encuentra información que se refiera a la salud mental y, mucho menos, las especificaciones necesarias para poder llevar a cabo una atención integral.

CAPITULO III: MARCO TEÓRICO

3.1 SALUD MENTAL

3.1.1 Marco Histórico de la Salud Mental

De acuerdo al tema de la salud mental primero es necesario precisar tres o cuatro ideas que son fundamentales. El concepto mismo de salud mental es un concepto discutible, es un concepto que está muy marcado por el relativismo cultural; lo que cada persona entiende hoy por salud mental no es lo mismo que lo que piensan en otras culturas, ni es lo mismo que lo que nosotros mismos entendíamos años atrás. Es decir, el primer punto es que no hay una manera única y correcta de expresar la condición de la salud mental, sino que el concepto en sí mismo está condicionado culturalmente tanto a lo largo del tiempo histórico como en cada situación cultural concreta (Ugalde M. y Rigol A., 1980).

Probablemente en otras culturas o en otros momentos de la historia se pensaba este tema de la salud mental de manera muy distinta a como se piensa ahora. Un ejemplo sencillo para que se entienda esta concepción, si se observa a un sujeto que se retira a la montaña, se va a vivir a una cueva, come raíces, y dedica su vida a orar a Dios, se pensaría con un alto grado de probabilidad que tiene alguna clase de desequilibrio, por ejemplo un trastorno severo del orden de la psicosis. Pero en el medioevo nadie pensaba eso, y entendían que ese señor era un santo que había decidido consagrar su vida a la oración, a la meditación en Dios, al ascetismo; sino, piénsese lo que provocaría una persona que se comportase como "San Francisco de Asís". Este es un pequeño ejemplo pero en definitiva apunta a poner en claro la idea del relativismo cultural y temporal del concepto de salud mental (Ugalde M. y Rigol A., 1980).

Para comprender mejor la concepción de Salud Mental es necesario puntualizar un par de momentos importantes, tal y como los señala Sierra (s.f.): El primero de ellos transcurre entre mediados y finales del siglo antepasado; la evolución y desarrollo rápido de la ciencia en sus diferentes áreas hacia fines del siglo XIX adquiere una importancia significativa y en todos los campos del conocimiento se vive un proceso de clasificación, de ordenamiento. Inicialmente la mirada del científico es una mirada clasificadora, es una mirada ordenadora de la que surgen los grandes ordenamientos:

Linneo por ejemplo ordena el mundo de las plantas, surgen las grandes clasificaciones de las especies y géneros animales, etc. En el campo de la salud mental también empiezan a surgir una serie de clasificaciones, de cuadros nosográficos, que intentan describir en una especie de mirada panorámica, todos los casos que el descriptor entendía que formaban parte de la patología. Por supuesto que no hubo consenso en hacer una única clasificación sino que la mayoría de los autores importantes, construyó la suya (Sierra, s.f.).

A fines del siglo XIX, lo que predominaba fundamentalmente era la mirada, una mirada que ordenaba el mundo a partir de ciertas ideas que, específicamente en el tema de la salud mental, giraban en torno al hecho de que la patología mental era siempre la consecuencia de una lesión cerebral. El modelo a partir del cual se organizó esta mirada era el modelo que algunos autores llaman órgano-mecanicista: "Se parte del hecho que, como venía constatándolo la medicina general en otros terrenos, siempre había una base lesional y que la enfermedad mental era la resultante de alguno tipo de lesión" (Margulis, 1968).

Este proceso coincidió también con las primeras descripciones anatómicas, los primeros mapas del cerebro. Tal y como lo describe Margulis (1968), es a partir de la Primera Guerra Mundial que se empieza a realizar trabajos más serios y profundos respecto a la anatomía cerebral, en el afán de conocer qué tipo de complicaciones podían producir las lesiones localizadas, en otras palabras, comienza a desarrollarse una especie de geografía del cerebro que dice: "este lugar hace tal cosa", "este lugar tiene que ver con tal otra". De modo tal que este es un primer intento serio de comprender la enfermedad mental a partir de la base física, de la base orgánica concreta de tipo profesional. Claro está, dados los avances científicos actuales, que muchos de los trastornos mentales no tienen un correlativo orgánico causal o si existe éste es mínimo en relación a la incidencia del contexto sobre el sujeto sin embargo, el poder observar y comprender el "comportamiento" cerebral permitió un enfoque holístico en las explicaciones y una visión sistémica en los tratamientos.

Hubo -volviendo a la etapa de las primeras investigaciones- algunas descripciones muy importantes en esta época, muy minuciosas y detalladas; se insiste que lo central de este período "es la mirada sobre el problema de la enfermedad mental y el afán clasificatorio. Siempre pensando en la enfermedad mental como algo que le pasa al otro" (Margulis, 1968). Es decir, entre el clasificador y el enfermo hay un abismo. El otro es el enfermo y el médico es el que está sano y desde su salud, conocimiento y saber, lo clasifica, como otros expertos clasifican plantas, insectos o animales.

Este punto de vista empezó a declinar hacia fines de siglo. Entre otras cosas porque evidentemente, había muchas patologías en las que era muy complejo y muy difícil sino imposible encontrar la famosa base lesional. A enfermos con cuadros muy peculiares, se les estudiaba sus cerebros

anat6micamente con los m6todos de exploraci6n de la 6poca y no habfa ninguna alteraci6n visible.

Posteriormente a este empefio de la psiquiatrfa, por la descripci6n de enfermedades, siguiendo el correlato hist6rico que plantea Sierra (s.f.), desde los comienzos del siglo XX se ha venido asistiendo a una reacci6n y, progresivamente, se ha tendido a considerar las enfermedades mentales como formas cuya tipicidad de estructura y evoluci6n no puede ser asimilada a una especificidad absoluta de naturaleza, puesto que estos s6ndromes o reacciones derivan o parecen derivar de etiologfas diversas.

Esta elasticidad del concepto de enfermedades mentales, es de car6cter m6s din6mico y, por asf decir, m6s personal de sus manifestaciones, su complejidad y car6cter intrincado, se ha operado por la influencia de dos grandes movimientos, por otra parte profundamente vinculados entre sf. El aspecto org6nico y anatomopatol6gico (Sierra, s.f.).

Es asf como los descubrimientos fundamentales de la estructura del inconsciente y de su papel pat6geno por Sigmund Freud revolucionaron la psiquiatrfa cl6sica, logrando que la forma rfgida de las entidades tienda a desaparecer para prestarse a una interpretaci6n m6s din6mica del papel de la actividad ps6quica en la formaci6n de los cuadros cl6nicos.

Freud, parafraseando a Pareja (1993) produce una aut6ntica ruptura epistemol6gica, porque viene a plantear un modo de abordar y de pensar de la enfermedad mental que era totalmente in6dito. Hay un salto cualitativo en ese momento. El discurso Freudiano introduce una profunda transformaci6n, porque esta actitud epistemol6gica del psiquiatra tradicional que miraba el mundo para ordenarlo, se desplaza, porque Freud viene a proponer que en lugar de la vista hay que utilizar el sentido del o6do. Entonces, la visi6n pasa,

a un segundo plano, y empieza a funcionar el oído, escuchando. Esto como actitud epistemológica es de gran importancia porque ahora el que escucha intenta comprender. Ya no está en la actitud del que mira el mundo para ordenarlo, sino que el que escucha trata de comprender la patología en su intimidad, en sus mecanismos mas complejos, por eso Freud plantea claramente un proyecto metapsicológico que intenta dar cuenta justamente de los mecanismos y de la intimidad de la patología.

Este cambio de actitud que introduce Freud no solo significa cambiar el órgano visual por el órgano auditivo sino que también implica el acortamiento de las distancias entre el supuestamente sano y el supuestamente enfermo. Freud dice, que los mismos mecanismos que operan en la patología, operan en todas y cada una de las personas, es decir, los así llamados normales también los poseen.

Que las mismas estructuras, las mismas instancias, los mismos mecanismos de defensa, están operando tanto en la patología como en la salud. Esto es, que entre el enfermo y la persona llamada normal, simplemente hay una diferencia de grado, una diferencia de cantidad, no de cualidad, es decir, la diferencia no es cualitativa, es simplemente cuantitativa. Es decir que entre la angustia que puede sentir el médico como supuestamente normal y la angustia psicótica, no hay una diferencia de calidad, hay diferencia en la cantidad. La primera, los mecanismos de defensa más o menos funcionan y puedo controlarlo, en la segunda es una angustia que aniquila, es una angustia que desborda, que no tiene control porque hay un colapso defensivo, pero entre ambas no hay una diferencia radical (Pareja, 1993).

De modo que, esta lejanía del enfermo ya no es tal y se reduce drásticamente. Bajo este supuesto se plantea que la enfermedad esta inmersa en todos nosotros, esto es muy importante, porque produce un gran

cambio de perspectiva que de alguna manera va a marcar todo el siglo XX. Nadie puede dudar de la importancia del pensamiento Freudiano en el desarrollo de las ideas y de la vida a lo largo del siglo XX, ya que es a partir de éste pensamiento que "se concibe al ser humano como un "depósito" de influencias (familiares -paternas y maternas- así como de influencias sociales -en menor medida-) en el que determinadas circunstancias incidirán en sus afectos para que de estos resulten -o no- patologías específicas" (Pareja, 1993); así, el enfermo pasa a ser concebido como un ser humano, igual a cualquiera, igual al "yo" mismo, que se convirtió en vulnerable a una enfermedad.

De tal manera es importante recalcar que hasta fin del siglo XIX, existía un paradigma de conocimiento donde el eje pasa por la mirada, y posteriormente desde comienzos del siglo XX se implanta un paradigma donde el interés pasa por la escucha, por el entender y la internalización. Es decir, queda puesta en cuestionamiento la propia salud mental, lo que ya no permite que todas las personas que antes se consideraban sanas se sientan tan seguras de su salud mental, como podría sentirse el hombre del siglo XIX.

Otro aspecto fundamental es que, así como a fines del siglo pasado se pensaba y trataba de comprender la enfermedad mental desde una causa muy concreta, muy determinada como la lesión orgánica la inclusión del pensamiento Freudiano y la profundización del conocimiento de la intimidad de la enfermedad mental, empieza a poner en evidencia que "la salud mental no obedece solamente al funcionamiento de las estructuras cerebrales, que también el medio, las experiencias concretas, las interacciones con los otros y la historia de cada sujeto, cuentan para entender el porqué de su mayor o menor equilibrio emocional" (Sierra, s.f.). Este es un gran aporte de Freud en la medida que desmedicaliza la enfermedad mental, le quita esta imagen de

patología física que tiene que ver exclusivamente con el saber médico e introduce los factores psicológicos, los factores antropológicos y los factores sociales.

Esto termina derivando en un concepto que hoy se maneja habitualmente para comprender la patología mental y es el concepto de policausalidad. Es decir, ya no se piensa (salvo en cuestiones muy puntuales) en patologías muy claramente definidas, también ya no se piensa que la pérdida de salud mental obedece a un único factor, sino más bien a una especie de sumatoria, a una interacción acumulativa, de diversos factores (Sierra, s.f.).

En esto, parafraseando a Sierra (s.f.), también hay que reconocer el aporte Freudiano porque él ya había trabajado el concepto de "series complementarias", en el que planteaba que la patología se produce por una interacción entre aquellos factores que el sujeto trae genéticamente y la historia personal, los eventos, las cosas que le fueron pasando y que le pasan. Entonces entre estos dos factores, lo que se llamaría lo genético y este otro que se llamaría la historia del sujeto, hay una relación inversamente proporcional. Esto es que, cuanto mayor sea la carga genética del sujeto, menor importancia tendrán que tener los eventos de su vida para que ese sujeto se descompense y viceversa. De modo que depende de dos factores que tienen que ver, por un lado con el cuerpo y por el otro con la historia del sujeto, con la historia en el sentido más amplio del término, con la historia personal y con la historia en el sentido de coyuntura histórica, con el contexto de época en el que a cada uno le toca vivir. Estas dos "series de factores", interactuando, absolutamente imbricadas una con la otra, son las que permiten comprender más cabalmente porque una persona enferma.

Tal es así que, en los últimos años se viene produciendo una especie de transformación del concepto de enfermedad mental, en el sentido que "se da

una disminución de la idea de enfermedad mental que empieza a ser reemplazada por la idea de trastorno mental, que es otra cosa" (Ministerio de Salud y Previsión Social, 1999-2000).

Los que están en el tema de la salud mental y consultan habitualmente un texto como el DSM-IV, que es un manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales, recordarán que la palabra enfermedad aparece muy poco y la que sí se utiliza es la palabra trastorno. Esto es muy interesante porque el diccionario Dorlan de ciencias médicas define a la enfermedad como un "conjunto de signos y de síntomas que tienen la misma evolución y proceden de una causa específica de origen conocido o no", en cambio el trastorno es "una alteración o perturbación de una función física o psíquica". Este concepto es el que mejor describe lo que hoy llamamos patologías mentales, salvo, las excepciones como las demencias, etc. donde realmente hay una lesión orgánica y ahí sí se puede utilizar el concepto de enfermedad (Rodríguez y Pabón, 1981, p.40-47).

3.1.2 Definición de Salud Mental

La definición de salud mental que propone la Organización Mundial de la Salud (2001) es una definición que surge por consenso de un grupo de expertos de distintos países del mundo y que dice:

"La salud mental es aquel estado sujeto a fluctuaciones, provenientes de factores biológicos y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como para formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y para participar constructivamente en los cambios que puedan producirse en su medio ambiente físico y social" (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 5).

Lo que se quiere señalar de esta definición es que se define la salud mental como "aquel estado sujeto a fluctuaciones", es decir, la salud mental nunca es una línea recta, sino más bien una línea ondulada, con crestas y valles, ondulaciones que se producen dentro de ciertos límites. Entonces, es un estado sujeto a fluctuaciones pero no cualquier fluctuación. Son fluctuaciones que se dan dentro de ciertos límites, si esas fluctuaciones sobrepasan dichos límites entonces se está en el terreno de lo patológico. Esto es claramente comprensible porque todas las personas son conscientes de las variaciones de sus estados de ánimo, hay días en que se levanta muy contenta y no sabe por qué y otros en que se levanta muy mal y tampoco sabe por qué (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 5).

Otro punto muy importante es considerar que estas fluctuaciones son provenientes de factores biológicos o sociales. Desde lo biológico un simple malestar digestivo, por ejemplo un dolor de estómago, es suficiente para que el estado de ánimo cambie, y simplemente se habla de algo muy sencillo, de algo muy trivial, ni se hable de un padecimiento físico importante. Pero también, si la persona pierde su trabajo, o si discute con su esposa, o si peleó con su hija, también esto provoca una alteración del estado de ánimo (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. 5).

La salud mental está sujeta a fluctuaciones biológicas y sociales, en el sentido de nuestra relación con el contexto. Es necesario detenerse en este punto para aclarar que las alteraciones biológicas tienen una relativa estabilidad. Desde el punto de vista biológico el ser humano no ha cambiado mucho en los últimos miles de años, de modo que las alteraciones que tienen que ver con el cuerpo básicamente son las mismas. Lo que sí cambia profundamente es el aspecto social (Pacheco, s.f.).

No se puede comprender la situación de la salud mental hoy en el mundo si no se la ve en un contexto más amplio, que es el de las profundas transformaciones y cambios que se han producido en los últimos años. Tal y como afirma Ludwing von Bertalanffy (1998), si se quiere comprender cualquier fenómeno en su intimidad hay que pensar siempre en función del contexto del cual forma parte; así, los fenómenos pensados en sí mismos como hechos aislados, no son comprensibles, porque todo lo que nos rodea o es un sistema en sí mismo o es parte de un sistema mayor. De modo tal que no hay opción mejor que ésta, para pensar las cosas con mayor claridad.

A partir de ello, Paganini (1990, p. 591-624) conceptualiza a la Salud Mental no como un fenómeno causado por solo un factor sino que intervienen de forma relacional el contexto social, económico, político, cultural y biológico y el hecho de perder la salud mental no es solo la consecuencia de un fatalismo biológico o la resultante de una historia personal desafortunada, "sino el resultado de las experiencias concretas que nos tocan vivir aquí y ahora dentro de los sistemas en los que estamos integrados" (Paganini, 1990, p. 620).

Así pues, el concepto de salud Mental tenemos que entenderlo de manera amplia e integral y, además, como el equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, como una manera de vivir que suponga el desarrollo de la potencialidad humana, que permita el goce pleno y armonioso de sus facultades, para disfrutar un bienestar individual y para participar en el progreso común (OMS, 1991).

Por tanto, parafraseando a Pacheco (s.f.) 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 atraviesan por diferentes períodos

en los que el grado de salud varía dentro de ese proceso continuo: salud-enfermedad.

3.1.3 Características de la Salud Mental

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 se constituye en un "don" que todos quieren poseer, independientemente de si se lo designa o no con ese nombre. Cuando se habla de felicidad, tranquilidad, goce o satisfacción, casi siempre se hace referencia a la salud mental (Bernarda Ospina, 1996).

La salud mental tiene que ver con la vida diaria de todos. Se refiere a la manera como cada persona se relaciona con el resto en el seno de la familia, en la escuela, en el trabajo, en las actividades recreativas, en el contacto diario con los iguales y, en general, en la comunidad. "Comprende la manera en que cada uno armoniza sus deseos, anhelos, habilidades, ideales, sentimientos y valores morales con los requerimientos para hacer frente a las demandas de la vida" (Pacheco, s.f.).

Según la Federación Mundial para la Salud Mental y la OMS, la salud mental tiene que ver con:

- Cómo nos sentimos con nosotros mismos.
- Cómo nos sentimos con los demás
- Y 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.

Aún así, ciertos indicadores podrían servir como parámetros de evaluación para saber hasta qué punto una persona puede considerarse mentalmente sana. Entre las características de las personas mentalmente sanas se encuentran las siguientes (Paganini, 1990, 560-624.):

Están satisfechas consigo mismas

- 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.

En otras palabras, son capaces de tomar decisiones y de sobrellevar o disfrutar las consecuencias de las mismas, lo cual las fortalece en su objetivo de "crecer" y les permite tomar conciencia, en todo momento, respecto a sus capacidades y potencialidades (Paganini, 1990).

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.

En su relacionamiento social, se constituyen en personas que saben interactuar con asertividad lo que implica que respetan la posición del "otro" sin que por ello tengan que dejar de lado sus propias consideraciones. En síntesis, la flexibilidad con la que se manejan, el respeto y la cordialidad les permite gozar de relaciones satisfactorias y retroalimentadas (Paganini, 1990).

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.

No se trata de evitar los problemas o de hacer caso omiso de ellos, sino más bien de afrontarlos a partir de la percepción de la realidad que circunda y de hallar la mejor solución apoyándose en capacidades y habilidades adquiridas, lo que a su vez produce un aprendizaje o reforzamiento de habilidades. De igual manera, son personas que van en búsqueda del cambio y cuando lo encuentran lo aplican a sus vidas, sin que ello signifique ir en contra de lo establecido sin razón alguna. En otras palabras, el cambio se convierte en sinónimo de un "mejor vivir" (Paganini, 1990).

3.2 VALORACIÓN DE LA SALUD MENTAL EN EL AMBITO HOSPITALARIO

Como ya se pudo ver en acápite anteriores, la salud mental está dando un giro con relación a sus concepciones. Ya no se trata de excluir aspectos, dejando inmersos sólo aquellos que tienen que ver con trastornos sino de generar un espacio de crecimiento para la persona, mismo que está vinculado a la noción de satisfacción, consigo mismo y con el entorno.

Aún así, y a pesar de que la visión sobre salud mental va cambiando con el tiempo, no se puede dejar de lado el hecho que cada vez vayan en aumento las enfermedades de salud mental, lo cual se debe a la forma como vive el hombre: "debería dedicarse más tiempo a aceptarse y menos a tratar de ser lo que no es; por ejemplo, concentrarse en aceptar lo que tiene y no empeñarse en ser más joven, más guapo o más rico" (Sarraceno, 2002). Esa es una fuente potencial de desórdenes mentales y depresiones.

Tal y como lo menciona Sarraceno (2002), en el área de la depresión por

ejemplo, existe un millón de suicidios cada año. Hay dos mujeres deprimidas por cada hombre depresivo, pero, en cambio, los hombres deprimidos se suicidan el doble. Aún así, no tiene por qué ser la única salida el encierro de estas personas: "la reclusión es un error. Mi ideología es la tolerancia y, en caso de duda, paciencia y más tolerancia. El rechazo a la diversidad es una enfermedad mental..." (Sarraceno, 2002).

Es ese objetivo el que ahora marca el camino de las ciencias dedicadas a la salud mental, el generar una nueva concepción no sólo de las enfermedades mentales, sino también de la forma en que deben ser tratadas, así como la prioridad que debe recibir la prevención social. Las ciencias de la salud mental, entonces, no son más que una medicina en la que toda la tecnología es humana y por tanto, sólo la relación humana cura.

3.2.1 Valoración de Acogida en Centros de Salud Mental

Con los cambios que se han venido dando la percepción que se tenía acerca de los psiquiátricos se está modificando y también la intervención que se realiza en ellos. Así, muchas de las funciones que antes eran específicas de psiquiatras están siendo transferidas al personal profesional de salud que trabaja en estas instituciones.

La consulta de acogida tal y como la describe Poletti (1980), no es una mera recogida de información ni el inicio del tratamiento propiamente dicho, más bien se presenta como un proceso en el que se recoge y se ofrece información y se aportan cuidados y puede ser realizado por personal de enfermería.

La consulta de acogida introduce al usuario en un circuito asistencial del que habitualmente desconoce las particularidades y a las dificultades que

generan su demanda se añade el temor a lo inhabitual. Es completada por un trabajo contextual en el que se recoge la información pertinente del caso, sea a partir del equipo de atención primaria correspondiente o de las áreas hospitalarias u otros dispositivos comunitarios de salud mental -y en su caso, a través de la trabajadora social desde los servicios sociales-. (Poletti, 1980).

Los ítems de valoración según Poletti (1980) son:

- Aspectos ideológicos sobre la psiquiatría (temores, suspicacias...).
- Desinformación / no información ante lo que representa la asistencia a un Centro de Salud Mental (CSM).
- Presentación general (actitud, mímica etc.). Capacidad de espera.
- Reticencia / grado de presión exterior (falta de voluntariedad para acudir).
- Ansiedad / temor dominantes ante la acogida.
- Aspectos manipulatorios y/o "teatrales" en la relación.
- Preocupaciones obsesivas y/o rituales.
- Preocupaciones hipocondríacas y (en su caso por desinformación).
- Sentimientos de la serie depresiva.
- Vivencias de desrealización, despersonalización. Vivencias delirantes polimorfos.
- Animo sensitivo o persecutorio.
- Manejo de la agresividad (auto/hetero). Valoración de la probabilidad de pasaje al acto.
- Sobreestimación de los síntomas. Falta de contextualización (reacciones vivenciales "normales").
- Discurso (explícito) del usuario sobre el problema desencadenante.
- Estado físico (higiene, manifestaciones somáticas).

Al margen de los ítems de valoración indicados por Poletti, también es importante realizar una valoración con información proveniente de la familia (percepción sobre el paciente y los conflictos que ocasiona, si existen).

Toda esta información recabada permite no sólo llevar a cabo un diagnóstico, sino primordialmente generar un plan terapéutico multidisciplinario, el mismo que podrá dar mejores resultados en la medida en que el entorno familiar y social también se vea involucrado.

3.2.2 Motivos de Consulta. Factores Desencadenantes

La tabla siguiente, descrita por Rigol y Ugalde (1995) designa sintomatología frecuente en los servicios médicos:

MOTIVO DE CONSULTA	FACTORES DESENCADENANTES
Ansiedad	<ul style="list-style-type: none"> Nacimiento de hijo, problemas con la pareja. Trámites de separación conyugal. Sobrecarga en el cuidado de la madre. Separación de hijos del hogar. Problemas de trabajo. Problemas familiares, incapacidad solucionarlos. Fin de estudios y regreso al domicilio. Régimen severo de alimentación (hiper) colesterol. Desorden en el dormir,
Ansiedad - depresión	<ul style="list-style-type: none"> Pérdida de la visión. (frecuente) Duelo sentimientos inutilidad (vejez). Duelo separación conyugal. Duelo por fallecimiento. Duelo Invalidez post hemorragia cerebral. Amenazas, insultos en el trabajo (jefe). Problemas económicos. Problemas familiares. Dificultades para relacionarse.

	Temores.
Depresión crónica	Distorsión esquemas de personalidad.
Trastorno de alimentación, bulimia.	Distorsión autoimagen.

Fuente: Rigol y Ugalde, 1995

Como es posible apreciar en la tabla anterior, existen diversos síntomas que son visibles o reconocibles al momento en que una persona es internada en un servicio hospitalario. La sintomatología, en muchos casos es producida por aspectos físicos, es decir, se desencadenan, en la persona, síntomas debido a la enfermedad que presenta. Aún así, la mayor parte de los casos se deben a circunstancias propias de la vida cotidiana -problemas de relacionamiento afectivo, problemas económicos, pérdidas, etc.- que provocan una crisis que desencadena en internación. Es en estos casos que el personal de salud debe estar preparado para un reconocimiento inmediato, lo que facilita que el paciente sea derivado al especialista en forma inmediata y que éste último pueda aplicar el tratamiento correspondiente (Rigol y Ugalde, 1995).

3.2.3 Áreas de Valoración: Diferentes Manifestaciones

Muy al margen de aquellos trastornos psicóticos y depresivos (que casuísticamente son los de mayor incidencia) que pueden presentarse en un Centro de Salud Mental, existe sintomatología que apunta a otros cuadros y que al ser reconocida de manera inmediata en un Hospital puede facilitar su tratamiento. A continuación se presenta el cuadro descrito por Rigol y Ugalde (1980) que detalla los síntomas y estructuras afectadas con mayor frecuencia:

COGNITIVO/PERCEPTIVO	SINTOMAS
Pensamientos alterados	Pensamientos de autolisis, suspicacia, ideas

	referenciales, perjuicio....
Obsesiones	Dejar de fumar. 1
Agitación/excitación	Irritabilidad, excitación.
Bradipsiquia	"Enlentecimiento" por neurolépticos, abuso del fármacos.
TRASTORNOS	AUTOIMÁGEN-AUTOVALORACIÓN
Alteración. Autoestima	Sentimientos de minusvalía, malestar general, falta de motivación
Imagen corporal	Aumento de peso, no se siente a gusto con su cuerpo
Ansiedad	Hiperventilación, taquicardias, bola en el estómago.
Depresión	Pesimismo, desinterés, le cuesta mucho hacer las cosas.
Impotencia/incapacidad	Rabia, no tiene solución, no poderse valer, no llegar a todo y culpar.
Miedo/fobia	Temor a relacionarse, a emprender cosas nuevas, al jefe, a marearse.
RELACIONES	SINTOMAS
Aislamiento	Dificultades para mantener relaciones, no querer salir, pasividad
Duelo (anticipación)	;Fallecimiento de familiares de primer grado, hijos que se van de casa, invalidez, pérdida de visión, problemas físicos, separación conyugal terminar la carrera y volver a casa, nacimiento de hijo.
Alteración de roles.	Necesidad de controlar todo, ejercer de madre del sus nietos, no poner límites.
ADAPTACION/TOLERANCIA	SINTOMAS
ESTRES	SINTOMAS
Autocuidado	Abandono, cansancio general, descuido personal.
Adapt. familiar	Problemas familiares, malas relaciones conyuge, hijos. 1
Adapt. Social	Rehuye las amistades, relaciones escasas y con problemas.

REPOSO SUEÑO	SINTOMAS
Adapt. Laboral	Discusiones con el jefe, mal con los compañeros.
:Violencia potencial	Hetero/autoagresividad, tentativas autolíticas, dificultad control.
Reposo - Sueño	Dificultades para conciliar el sueño, despertarse.

Fuente: Rigol y Ugalde, 1980.

En los datos presentados en la tabla anterior se puede apreciar que muchas conductas y reacciones que pueden ser consideradas como "normales" pueden responder a alteraciones psicológicas. El personal de salud debe estar lo suficientemente preparado como para percibir rasgos conductuales que puedan dar una pauta certera respecto a la problemática que atañe al paciente.

3.2.4 Intervención

Si bien el psiquiatra es el médico especializado y, por tanto, autorizado para poder administrar fármacos al paciente, en las últimas décadas se ha llegado a la comprensión de que para que exista un tratamiento eficaz y se logre la rehabilitación y reinserción social del paciente, es necesario que existan intervenciones que apoyen los logros obtenidos a través de medicamentos. "De tal manera, es posible que no sólo el psiquiatra, sino también el personal de salud puedan coadyuvar a una recuperación más rápida" (Poletti, 1980). Por otra parte, es necesaria la presencia del psicólogo para que éste pueda realizar el trabajo relacionado al aspecto afectivo-emocional, cognitivo y conductual del sujeto.

Así, en este marco de la intervención, Poletti (1980) da a conocer los objetivos, cuidados y evaluación que debe llevar a cabo el personal de salud en su generalidad:

3.2.4.1 Alteraciones de los procesos de pensamiento

- a. *Objetivos:* Analizar los acontecimientos de forma correcta. Ayudar a diferenciar lo real y objetivo de la fantasía y subjetivo.
- b. *Cuidados:* Favorecer que pueda expresarse y sentirse acogido, apoyado, entendido. Escuchar las manifestaciones, intentar situarlo en la realidad, conseguir que acepte el tratamiento farmacológico. Apoyar a la familia o personas con las que convive.
- c. *Evaluación:* Expresa ideas de manera adecuada. Distingue la realidad de la fantasía.

El personal de salud, a través de un trabajo multidisciplinario, es capaz de coadyuvar con el mejoramiento del paciente, dado que se encuentra mayor cantidad de tiempo relacionándose con él. Bajo el punto anterior, es capaz de motivarlo para que siga el tratamiento indicado por el profesional a cargo, al mismo tiempo que ayuda al paciente a expresarse y percibir la realidad (Poletti 1980).

3.2.4.2 Afrontamiento individual ineficaz

- a. *Objetivos:* Disminuir los comportamientos y rituales.
- b. *Cuidados:* Tranquilizar, trabajar con objetivos pequeños, potenciar el que hable de otras cosas para romper el círculo cerrado de pensamientos. Identificar las causas de agitación y trabajar diferentes alternativas para su resolución.
- c. *Evaluación:* El paciente ha adquirido las habilidades para que sus comportamientos no interfieran masivamente en su vida.

Dada la sintomatología, y por tratarse más de un diagnóstico de estructura obsesivo-compulsiva, el personal de salud puede ayudar al paciente

hablando con éste, comprendiendo la situación que vive y buscando temas de su interés, diversos, que puedan romper el círculo de pensamiento reverberante en el que se haya envuelto (Poletti 1980).

3.2.4.3 Alteración en el mantenimiento de la salud

- a. *Objetivos:* Corregir el modo de adaptación personal. Facilitar las medidas necesarias para mejorar el nivel de salud.
- b. *Cuidados:* Valorar e informar de los efectos secundarios del tratamiento. (neurolépticos), detectar abuso de tranquilizantes. Ayudar a seguir la pauta farmacológica prescrita.
- c. *Evaluación:* Realiza cambios para mejorar la salud. Describe las actividades que hace para el mantenimiento de la salud.

Al margen del tratamiento iniciado por el personal profesional a cargo, el personal de salud puede, al conversar con el paciente, determinar la problemática básica, elevar los niveles de autoestima y, en general, trabajar con la estructura afectiva para que la persona sea capaz de generar un autoconcepto mayor que le permita mantener un autocuidado pertinente (Poletti 1980).

3.2.4.4 Trastornos de la autoestima

- a. *Objetivos:* Aumentar la autoestima. Obtener una imagen realista de si mismo.
- b. *Cuidados:* Mostrar que uno no puede con todo, aceptar las limitaciones (de la edad, físicas...) aprender a pedir las cosas, a decir "no". Ayudar a expresar sentimientos, emociones y no vivirlos como algo débil, amenazador. Ayudar a reflexionar en torno a la dimensión de los ideales y su relación con las figuras significativas.

- c. *Evaluación:* Desarrolla métodos que aumentan su autoestima. Es capaz de aceptar ciertas limitaciones.

Coadyuvar con el paciente a determinar las potencialidades y límites que posee, así como a vislumbrar futuros cambios en aquellas áreas en las que se siente insatisfecho consigo mismo (Poletti 1980).

3.2.4.5 Trastornos de la imagen corporal

- a. *Objetivos:* Ayudar a expresar sentimientos. Identificar cosas favorables con respecto a su persona.
- b. *Cuidados:* Favorecer la expresión de sentimientos mediante registros. Apoyar y resaltar los aspectos positivos de su persona. Proporcionar confianza sobre la resolución de dificultades.
- c. *Evaluación:* Verbaliza sentimientos de forma espontánea. Expresa aspectos positivos.

Es posible que el personal de salud logre inmiscuir a la familia en todo el proceso de recuperación y que de ésta forma se genere un círculo de apoyo para el paciente, a través de percepciones diferentes acerca de la problemática expresada (Poletti 1980).

3.2.4.6 Ansiedad

- a. *Objetivos* Experimentar un nivel de ansiedad manejable.
- b. *Cuidados:* Aprender a reconocer las situaciones de ansiedad y cómo hacer para controlarla. Identificar los síntomas de ansiedad, repercusiones ó diferentes manifestaciones en el nivel orgánico y psíquico. Estimular en el aprendizaje de técnicas de relajación y autocontrol, (respiración, bolsa de plástico...).

- c. *Evaluación:* El paciente identifica pensamientos anticipatorios negativos y lleva a cabo conductas de afrontamiento adecuadas cuando se enfrenta a situaciones estresantes.

La intervención llega al momento de ofrecer un espacio de seguridad para el paciente (dicho de otra manera, que éste lo perciba como un espacio seguro) en el cual sea capaz de aprender y/o reforzar habilidades que luego le permitan afrontar sus temores (Poletti 1980).

3.2.4.7 Desesperanza

- a. *Objetivos:* Analizar sentimientos negativos. Enseñar a desarrollar sentimientos positivos.
- b. *Cuidados:* Tranquilizar, ("después de la noche viene el día"). Desdramatizar la toma de psicofármacos, explicar cómo ayudan y posibles efectos, no son mágicos ("son como un bastón"). Estimular para modificar comportamientos rígidos y aprender a permitirse fallos. Proponer actividades alternativas. Buscar apoyos relacionales.
- c. *Evaluación:* Explica sentimientos de inutilidad. Verbaliza el poder afrontar la situación.

Informar al paciente respecto del tratamiento farmacológico que se le aplica es, si bien el primer paso, sólo un punto a tomar en cuenta. El personal de salud intentará comprender las causas que llevan al paciente a entrar en crisis y a generar una percepción distinta del medio que le rodea (así como de las situaciones a las que debe enfrentarse) (Poletti 1980).

3.2.4.8 Impotencia

- a. *Objetivos:* Enseñar modos de actuación para controlar situaciones conflictivas. Identificar necesidades personales.
- b. *Cuidados:* Ayudar a identificar los motivos de sus reacciones. Capacitarle para manejar su rigidez, el exceso de perfección no es bueno para él ni para los que le rodean. Aprender a expresar sus necesidades, deseos y aceptar los de los demás.
- c. *Evaluación:* Controla adecuadamente sus reacciones. Expresa necesidades personales de manera espontánea.

Al personal de salud le corresponde coadyuvar con el paciente ayudándole a distinguir entre su espacio y el espacio del otro para que sea capaz de tomar decisiones que no afecten ni involucren a los demás; de igual manera tendrá que lograr que la persona acepte de mejor manera el cambio y así pueda actuar y pensar con mayor flexibilidad (Poletti 1980).

3.2.4.9 Temor

- a. *Objetivos:* Verbalizar menos miedos.
- b. *Cuidados:* Explorar los motivos y situaciones en que acontecen. Enseñar técnicas de afrontamiento para desarrollar la confianza.
- c. *Evaluación:* Se enfrenta al motivo o situación con un nivel de ansiedad mínimo.

Inicialmente se debe brindar un ambiente en que el paciente se sienta seguro; a partir de ello se podrá dotar a la persona de habilidades de afrontamiento de problemas y con ello, elevar su estructura afectiva (Poletti 1980).

3.2.4.10 Aislamiento social

- a. *Objetivos:* Identificar situaciones de interés. Estimular a mantener relaciones sociales.
- b. *Cuidados:* Ayudar a diferenciar entre sus sensaciones/percepciones, la interpretación de ella y la realidad. Estimular la relación con otras personas; registrar los temas de su interés y orientarle hacia los recursos de la comunidad.
- c. *Evaluación:* Participa en actividades sociales de su interés. mantiene relaciones/contactos interpersonales.

Para lograr que la persona socialice de mejor manera, en primera instancia se deberá trabajar con las habilidades de afrontamiento y también con el miedo a la evaluación social (Poletti 1980).

3.2.4.11 Duelo disfuncional

- a. *Objetivos:* Identificar sentimientos positivos/negativos con respecto a la pérdida. Estimular a retomar las actividades diarias.
- b. *Cuidados:* Ayudar a definir la "pérdida" (eficiencia somática e intelectual, fallecimientos, separaciones, pérdida del rol "nido vacío"). Contextualizar los síntomas. Mantener una actitud de escucha; propiciar los tiempos para hablar de la "pérdida" (aspectos positivos, negativos, necesidades, "vacíos"); plantear y planificar posibles alternativas. Animar a la toma de tratamiento. prescrito y ayudar a preparar el futuro inmediato.
- c. *Evaluación:* Expresa sentimientos de modo más objetivo. Participa en las actividades de la vida cotidiana de forma adecuada.

Será necesario que el personal de salud coadyuve en la modificación de la percepción que tiene el paciente, así como que trabaje en la "diferenciación del sí mismo" de la persona (Poletti 1980).

3.2.4.12 Alteración en el desempeño del rol

- a. *Objetivos:* Establecer una valoración realista de las capacidades. Identificar cambios en el estilo de vida.
- b. *Cuidados:* Delimitar esfuerzos y aprender a no realizar cosas por encima de su capacidad. Registrar sentimientos de descontrol o fatalidad y motivar para introducir cambios y aclarar "límites". Ayudarle a que aprenda a discutir y exprese sentimientos. Explorar limitaciones y manejo de relaciones (sentirse imprescindible, no delegar y querer hacerlo todo, dificultades con la autoridad).
- c. *Evaluación:* Muestra un concepto más realista de si mismo. Realiza cambios en el estilo de vida.

Al personal de salud le corresponde ayudar al paciente logrando que éste sea capaz de demarcar sus propias limitaciones, capacidades, espacios y deberes, así como generar en él una percepción de respeto hacia los demás y sus capacidades (Poletti 1980).

3.2.4.13 Déficit de autocuidado

- a. *Objetivos:* Asumir las responsabilidades en las actividades de autocuidado. Realizar las actividades cotidianas.
- b. *Cuidados:* Estimular el cuidado de su aspecto físico (peinado, vestido, higiene, etc.). Apoyar y sugerir actividades en las diferentes parcelas con respecto a las necesidades individuales.

- c. *Evaluación:* Mantiene un aspecto aseado y cuidado. Expresa el haber retomado las actividades diarias.

El aspecto más importante a trabajar es la autoimagen y la evaluación de la misma; no se trata de que la persona asuma hábitos de cuidado, sino que identifique la problemática básica; en este sentido, la estructura afectiva es un elemento a ser trabajado y debe de gozar de mayor importancia (Poletti 1980).

3.2.4.14 Alteración de los procesos familiares

- a. *Objetivos:* Expresar un aumento de sentimientos de intimidad. Aumentar la flexibilidad en los roles y funciones familiares.
- b. *Cuidados:* Ayudar a expresar las dificultades en el entorno familiar. Valorar los sentimientos de abandono, desesperanza.- Hacer participar en entrevistas tanto a los cónyuges, como a los hijos para la gestión y planificación de posibles cambios, analizar beneficios secundarios de su comportamiento, demandas excesivas, mensajes contradictorios. Identificar los momentos de tensión y cómo poder introducir cambios (propiciar momentos de intimidad, dedicarse tiempos, potenciar salidas fuera del entorno habitual...).
- c. *Evaluación:* Verbaliza sentimientos de intimidada Mantiene una actitud más flexible en los comportamientos familiares.

El mejor apoyo prestado por el personal de salud será generar espacios de interrelación con la familia, mismos que deberán ser supervisados por el profesional a cargo (Poletti 1980).

3.2.4.15 Deterioro de la interacción social

- a. *Objetivos:* Desarrollar habilidades sociales en el intercambio social. Contactar con centros en la comunidad.
- b. *Cuidados:* Apoyar y estimular para recontactar con las amistades. Enseñar habilidades sociales, cómo manejar la rigidez y ejercitar la tolerancia. Identificar las causas que motivan los conflictos e introducir cambios en el comportamiento. Utilizar recursos comunitarios.
- c. *Evaluación:* Práctica las habilidades en sus relaciones sociales. Participa en actividades de la comunidad.

Apoyar en el aprendizaje de habilidades sociales, así como a que el paciente asuma, comprenda y solucione los miedos que lo "inhabilitan" dentro de sus relaciones sociales (Poletti 1980).

3.2.4.16 Alto riesgo de violencia

- a. *Objetivos:* Controlar la conducta.
- b. *Cuidados:* Valorar ideas autolíticas ó heteroagresivas. Controlar la medicación desde el C.S.M. en las primeras semanas hasta que pueda ser capaz de autogestionarse el tratamiento. Apoyar la expresión verbal de sentimientos negativos y ayudarle a canalizar la agresividad de forma más constructiva (gimnasia, pasear, actividades de sustitución...).
- c. *Evaluación:* Es capaz de controlar sus impulsos canalizándolos adecuadamente.

El punto central se encuentra enmarcado en la necesidad del paciente de poder establecer los espacios personales, tanto de él como de los otros y a

partir de ello que sea capaz de reconocer y aceptar las responsabilidades de su accionar (Poletti 1980).

3.2.4.17 Alteración del patrón de sueño

- a. *Objetivos:* Identificar los factores que producen la alteración. Mejorar la cantidad y calidad de sueño.
- b. *Cuidados:* Valorar los hábitos de sueño, y aprender ejercicios para autorrelajarse e higiene del sueño en general. Recordar cómo hay que mantener horarios y no consumir estimulantes; así como la práctica de ejercicio. Procurar métodos alternativos que favorezcan el descanso (baño, ducha, tisanas...). Aplicar el tratamiento prescrito.
- c. *Evaluación:* Reconoce los elementos de la alteración, manteniendo unos horarios y hábitos más saludables. Expresa un sueño más reparador.

Así como los ejercicios para relajación son importantes y todos los aspectos que están en relación a la higiene del sueño, también es necesario prestar atención a las situaciones que generan alteraciones del sueño y enseñar a afrontar o dar solución a dichas situaciones (Poletti 1980).

3.3 ATENCION HOSPITALARIA

Según McColl (s.f.), en todo el mundo, en el área de la salud, se han comenzado a implementar importantes transformaciones en los sistemas de gestión y de financiamiento del sector, que pretenden corregir las deficiencias en la accesibilidad y calidad de la atención a toda la población, a la vez de orientar los programas y proyectos a la superación de la inequidad

y la discriminación existente en las prestaciones de salud dadas a la población.

Lo anterior hace necesario contar con profesionales que tengan capacidad de integrar diferentes visiones y propuestas disciplinarias en la solución de los problemas de salud detectados.

Sobre la base de estos antecedentes y en el contexto del énfasis puesto en la política de desarrollo de los recursos humanos, se ha incentivado a las instituciones de educación superior a establecer diversos programas de formación, capacitación y perfeccionamiento, tendientes a transferir el conjunto de herramientas conceptuales, metodológicas, analíticas y operativas surgidas desde las distintas áreas del conocimiento, que permiten garantizar el surgimiento de un estilo de liderazgo transparente, eficaz y eficiente en los procesos de ejecución de las políticas, los programas y los proyectos en salud (McColl, s.f.).

En esta perspectiva, la salud pública comienza a ser por fin visualizada no tan sólo como la aplicación de las ciencias biológicas al fenómeno de la salud-enfermedad en poblaciones determinadas, "sino también como la aplicación de un conjunto de herramientas de planificación y gestión para incidir en las respuestas sociales e institucionales a determinadas condiciones epidemiológicas" (McColl, s.f.).

3.3.1 Nuevo Paradigma de la Salud Pública

Todo lo mencionado anteriormente implica el surgimiento de un nuevo paradigma en la salud pública, el cual busca que se integren en forma simultánea un determinado modelo médico (concepción biologicista de salud-enfermedad), un sistema institucional de respuestas, y un conjunto de

terapias específicas que combina enfoques biológicos, psicológicos, culturales, sociales y políticos, tal y como lo describe McColl (s.f.). Por lo tanto incluye dispositivos cuyo fin último es la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico y tratamiento de padecimientos, y la rehabilitación física, mental y social. Es decir, la enfermedad comienza a ser vista como un sistema de perturbaciones individuales y colectivas, biológicas y sociales, implicando respuestas que, si bien en su modo inmediato contienen una aproximación biológica, en el tratamiento de sus causas últimas demandan estrategias de gestión moderna y de calidad.

Ante realidades tan diversas y en una época en donde la innovación y la creación científica y tecnológica se suceden cotidianamente, produciendo acelerados cambios en las diferentes esferas de la vida humana, la formación de los profesionales no puede permanecer estática ni sujetarse a patrones rígidos, debe ser lo suficientemente creativa y versátil para que los profesionales se adapten a realidades desconocidas y cambiantes. Además, los cambios que están sucediendo a escala internacional obligan a las instituciones de educación superior a formar profesionales capaces de enfrentar situaciones nuevas, capaces de vivir y desarrollarse profesionalmente dentro del cambio (McColl, s.f.).

3.3.2 La Salud Mental en el Ámbito Hospitalario

Al mismo tiempo que crece el número de personas pertenecientes a los sectores sociales más expuestos a la marginalización o a la exclusión lisa y llana de los intercambios económicos y simbólicos de la vida social, el profesional de Salud Mental de hoy está obligado a pensar conjuntamente los problemas del sufrimiento mental del individuo y las dinámicas de integración/exclusión social.

No se trata en absoluto de eliminar el padecimiento que siempre es de la persona y sus vicisitudes históricas en el conjunto social; ni tampoco de hacer de los dinamismos sociales el lugar causal de los padecimientos del individuo.

El objeto de la Salud Mental no es de un modo exclusivo el individuo o los conjuntos sociales, sino las relaciones que permiten pensar conjuntamente al individuo y su comunidad (McColl, s.f.).

Por más autónomas que los profesionales consideren sus propias teorías y prácticas con sus pacientes, este contexto de la Salud Mental engloba al conjunto de las prácticas terapéuticas que se realizan y es la referencia obligada para su evaluación.

De tal manera, según la Secretaria de Calidad de Vida (1991), cuando un profesional se introduce en el ámbito hospitalario tendrá que basar sus prácticas (o, enmarcarlas) en un espacio atencional que cubra tanto la atención primaria como la secundaria y terciaria.

Esto implica promover prácticas, hábitos y procedimientos que favorezcan las interacciones personales, basadas en el buen trato y la resolución pacífica de conflictos, procesos de democratización, respeto de la individualidad y la salud mental, el diálogo y la construcción social colectiva en los diversos ámbitos comunitarios; la detección, prevención, atención primaria y optimización de procesos de integración de la población con deficiencias y discapacidades mentales, físicas y sensoriales; tratamientos médicos de alta calidad, ya no sólo en el ámbito físico, sino que también aseguren un bienestar psicológico-emocional; la e-introducción del paciente en su ámbito

social, lo que permitirá una total recuperación en las tres esferas que lo circundan: bio-psico-social (Hospital de Tunjuelito, 2002).

3.3.3 Derechos y Deberes de la Relación Médico-Paciente

Contrariamente a todo lo postulado hasta ahora, las políticas médicas que se mantienen vigentes, general e internacionalmente, no priorizan la Salud Mental como un punto que ingresa en las funciones de los profesionales del área; es más, muchas veces debe quedar como un mero supuesto.

Para poder subsanar de alguna manera dicha situación, la Asociación Médica Mundial (1983) definió algunas normas éticas, morales y personales que debía tomar en cuenta el médico al momento de ejercer:

3.3.3.1 Deberes de los médicos en general

- El médico debe mantener siempre el nivel más alto de conducta profesional.
- **El** médico no debe permitir que motivos de ganancia influyan el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional en favor de sus pacientes.
- El médico debe, en todos los tipos de práctica médica, dedicarse a proporcionar su servicio médico competente, con plena independencia técnica y moral con compasión y respeto por la dignidad humana.
- El médico debe tratar con honestidad a pacientes y colegas y esforzarse por dejar en descubierto a aquellos médicos débiles de carácter o deficientes en competencia profesional, o a quienes incurran en fraude.

- El médico debe respetar derechos del paciente, colegas y otros profesionales de la salud, y salvaguardar confidencias de los pacientes.
- El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.
- El médico debe obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos o nuevas técnicas o tratamientos a través de canales no profesionales.
- El médico debe certificar lo que él ha verificado personalmente.

Si bien existen algunos puntos que hacen una referencia puntual respecto a la salud mental, estos no se encuentran plenamente desarrollados ni involucran al personal médico como el encargado de mantener la seguridad psicológica de sus pacientes (Tesis de Grado s.f.).

3.3.3.2 Derechos del paciente

De igual manera, así como el médico debe asumir sus deberes dentro de su práctica profesional, era necesario que la Asociación Médica Mundial (1983) diera las pautas generales sobre los derechos del paciente al momento de ser tratado:

- Derecho a la Atención Médica de Buena Calidad.
- Derecho a la Libertad de Elección (en relación al médico e Institución donde se hará atender).
- Derecho a la Autodeterminación (a tomar decisiones libremente en relación a su persona, mientras sea un adulto competente mentalmente. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión)

- El Paciente Inconsciente (tratamiento bajo consentimiento legal o, en casos extremos, el médico determinará lo mejor para su salud).
- El Paciente Legalmente Incapacitado (tratamiento bajo consentimiento legal o, en casos extremos, el médico determinará lo mejor para su salud).
- Derecho a la Información (la información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla; sólo se guarda información si esta fuese considerada como peligrosa para su salud).
- Derecho al Secreto (toda información de tipo personal, debe mantenerse en secreto y divulgarse sólo con el consentimiento del paciente).
- Derecho a la Educación sobre la Salud (toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que le ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los médicos tienen la obligación de **participar activamente en los esfuerzos** educacionales).
- Derecho a la Dignidad (la dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores).

Quizás los ítems más relevantes son los que atañen a los derechos de información, educación y resguardo de dignidad del paciente; estos tres aspectos deberían de tener singular importancia al momento de determinar

las políticas de atención hospitalaria y de salud mental dentro de todos los servicios clínicos y de salud (Tesis de Grado s.f.).

3.3.4 Gestión Hospitalaria

En los últimos años se ha asistido a un proceso de inversión en rehabilitación hospitalaria, asimismo la introducción de tecnología ha determinado un distinto modo de gestionar al interior de los hospitales; tampoco se pueden ignorar los cambios del entorno en lo económico cultural y social que significan nuevos desafíos para los directivos hospitalarios, que deben desarrollar liderazgo participativo, con trabajo profesional, en equipo multidisciplinario, con convocatoria social y con respeto por la dignidad de las personas (Tesis de Grado s.f.).

Las personas en general, y los beneficiarios (as) del sector salud han adquirido plena conciencia de sus derechos ciudadanos, con mayor información y más conocimiento, tomando un rol más activo respecto de los sistemas de salud, exigiendo al Estado el asumir la responsabilidad de entregar mayor financiamiento, conociendo los costos y comenzando a desarrollar criterios de aceptabilidad de la calidad de las prestaciones y del modo o la calidez con que ellas se entregan (Tesis de grado, s.f.).

Así, y a raíz de todos estos hechos, como se menciona en la tesis de grado "Calidad de la atención en salud desde una perspectiva de género" (s.f.) es que la Gestión Hospitalaria ya no sólo debe preocuparse de la contratación y organización de un personal especializado biomédicamente, sino que también debe empezar a priorizar la calidad de atención al paciente en áreas afectivo-emocionales y, en general, en Salud Mental.

3.3.5 Elementos a ser Considerados en el Ámbito Hospitalario

El trabajo en una institución hospitalaria lleva al encuentro de una gran cantidad de pacientes y situaciones diversas, algunas de las cuales jamás llegarían a un consultorio particular y otras en que, ni siquiera se pide la presencia de un psicólogo.

La complejidad se refiere a la policausalidad, gravedad y violencia que se manifiestan en distintos niveles: **Biológico, psíquico, familiar, socioeconómicos e Institucionales** (Lucien, 1976).

Estos distintos niveles de análisis de una situación valen como factor causal y como área de expresión de un conflicto.

Como dice Lucien (1976), una situación de angustia como manifestación psíquica, puede tener una expresión somática, perturbar una relación familiar y, a su vez, en su origen, además del conflicto psicológico, incidir en sus vínculos familiares. Respecto a la relación con el profesional que atiende es importante mencionar que ciertas informaciones producen efectos indeseables. Otro aspecto a tener en cuenta es la situación de internación, pues muchas expresiones de angustia están causadas por la internación (momento propenso a una mayor intimidad, también psicológica, de los consultantes).

Por esto, cuando se aborda un pedido de atención se debe evaluar no sólo el estado psicológico de un paciente, sino también los distintos factores que están interactuando. Un diagnóstico no se reduce a un diagnóstico médico, psiquiátrico o psicológico, sino que contempla los diversos factores intervinientes (Lucien, 1976):

- Estado subjetivo.
- Estado orgánico.
- Recursos familiares.
- Recursos socioeconómicos.
- Condiciones concretas de internación (cuando se trata de trabajo en sala).
- Incidencia institucional.

En cuánto a la variedad, los pedidos son heterogéneos, según el agente del pedido (médico, enfermero, otra institución, familiar, paciente), según lo que se pide. Para poder trabajar, a partir de un pedido, hay que evaluar: ¿Quién pide?, ¿Qué se pide?

No siempre la persona sobre la que se solicita operar está pidiendo y, no siempre, se pide, un tratamiento. Para pensar una estrategia de trabajo hay que determinar en qué ejes acentuamos nuestro trabajo (Wanda, 2001).

Tal afirmación implica que la labor del psicólogo no se remite simplemente a brindar atención a aquel que la solicita, sino también a valorar la importancia y necesidad del mismo, así como el tipo de intervención que ha de realizar. Existen variados casos en los cuales no sólo hace falta trabajar con el solicitante, sino que es vital introducir a la familia o a ciertos sujetos que conforman el ámbito social para que se obtengan resultados eficaces; asimismo, dada la visión multidisciplinaria que tiene que generarse y sostenerse se convierte en un requisito el valorar los aspectos físicos y sociales que rodean tanto a la persona como a la situación que plantea.

Así como hay muchos factores que confluyen en la causa de un problema, diversas áreas de expresión de los conflictos, también hay elementos que inciden en la elaboración de respuestas (Wanda, 2001):

- 1) La hegemonía de la Medicina: en tanto, se está tentado a organizar respuestas y acciones de acuerdo al modelo médico y, en tanto la medicina espera respuestas de las otras disciplinas que sigan su lógica.
- 2) Los requerimientos institucionales: en tanto, emite criterios de atención y tratamientos que "todos" deben respetar y que no siempre favorecen las posibilidades de una respuesta adecuada.
- 3) Los referentes conceptuales de la práctica: cuando un concepto, en lugar de aparecer como un referente teórico se toma como un ideal a defender. Un ideal muy presente en éstos ámbitos es que todas las personas que consultan "tienen" que entrar en tratamiento.

Según Lucien (1976), teniendo en cuenta las diferentes áreas de expresión de los conflictos, los múltiples factores que inciden en la causación de problemas y elaboración de respuestas, se crean modos de abordajes posibles, ante la variedad y complejidad de pedidos. Así aparece, como modo posible, en consultorio externo, una estructura de trabajo con distintos momentos: Recepción, admisión y tratamiento. Si bien cada sector tiene sus especificidades, hay elementos que están presentes en todos con mayor o menor fuerza.

En sala, la estructura de trabajo consiste en diversos pasos: Recepción del pedido, primera entrevista, evaluación diagnóstica, estrategia de intervención, continuación de tratamiento ambulatorio (en algunos casos).

Poder operar con resultados favorables implica tener en cuenta los distintos factores y poder intervenir sobre todos ellos. Para esto es necesario establecer estrategias de trabajo conjunta con otras disciplinas, Psiquiatría, Trabajo Social, Enfermería, especialidades médicas, familiares, etc. Para lograrlo hay que romper una concepción de trabajo individualista y

fragmentaria (distintas disciplinas que trabajan paralelamente sin tocarse, sin interrelacionarse) y pasar a una concepción de trabajo en equipo (Wanda, 2001).

3.4 LA PSICOLOGÍA EN LOS HOSPITALES

3.4.1 Un Mercado que se Abre: Los Hospitales

El trauma representado por la suma de la enfermedad y del ambiente hospitalario puede ser disminuido con un tratamiento psicológico. Cada vez es mayor el número de hospitales que toman conciencia de la importancia de tener profesionales del área de psicología para la atención de sus pacientes, en situaciones que involucran diagnósticos de enfermedades neurológicas o degenerativas, como el cáncer, el SIDA, internación en la Unidad de Terapia Intensiva, en el caso de amputación de miembros y en todos los casos en general, ya que la sola asistencia a un centro de salud determina el aumento de índices depresivo/ansiosos, según Almeida (2001).

Según declaraciones de la psicoterapeuta Eliane Carnot de Almeida, master en Salud Colectiva de la Universidad Estadual de Rio de Janeiro (2001), Brasil, ya es una práctica establecida la actuación del profesional en la clínica privada, que atiende a pacientes pertenecientes a una clase social más favorecida, al igual que su inserción en los tratamientos ambulatorios y hospitales de salud mental, aunque muchas veces dependiente de los paradigmas de la psiquiatría. Sin embargo, es hacia ese tipo de acción, principalmente, hacia la cual está dirigida la formación del psicólogo.

Para Eliane Carnot de Almeida (2001), los hospitales generales constituyen un nuevo campo de trabajo, no sólo en función de la propuesta de atención integral de la salud, sino también de la crisis enfrentada por la clínica privada.

La inclusión del psicólogo en estas instituciones hace que el profesional se dedique a ese campo, muchas veces sin demasiada preparación sobre la especificidad de ese trabajo.

La formación en psicología no incluye el debate sobre la salud en sus aspectos políticos, sociales y económicos. El sujeto psicológico es considerado al margen de esos procesos, sin una discusión más amplia sobre la salud, que permita internalizar el proceso de desarrollo de la enfermedad como parte de un contexto más amplio y multicausal, fundamental para basar la práctica del psicólogo en el hospital general (Almeida, 2001).

La psicóloga teme que, debido a esos factores, muchas veces el profesional se incorpora a un equipo de salud marcado por la jerarquía del conocimiento médico, tratando de adaptar su práctica al modelo clínico aprendido durante la carrera, sin comprender la complejidad del campo de la salud. Destaca la necesidad de nuevas técnicas y del nacimiento de un nuevo campo del conocimiento.

"La atención individual, clínica, priorizada en la carrera, se ve reemplazada por las acciones integradas con el equipo; el psicólogo, al integrar un equipo de salud, debe favorecer el funcionamiento interdisciplinario, que facilita, cuando sea necesario, la comunicación entre sus miembros. Su trabajo con el paciente es bastante específico, actúa de manera situacional, no sólo en el sentido de resolver conflictos, sino también en la promoción de la salud" (Almeida, 2001).

Pensar en la inserción del psicólogo en el hospital general, específicamente en una institución pública, obliga a hacer una reflexión sobre la situación del sistema público de salud, sobre su organización, sobre las posibilidades de

acceso de la población a esos servicios, las condiciones en las cuales se desarrolla el trabajo de los profesionales, las características sociales de la población atendida, en fin, el conocimiento y la articulación de todos los factores involucrados en el proceso salud-enfermedad, Por lo tanto, es necesario estar atento a todas las cuestiones, para que el profesional pueda responder en la práctica a las necesidades internas de las instituciones.

En Bolivia tenemos como antecedentes que el 1978 el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública inicia acciones para mejorar el nivel de atención de la Salud Mental y consecuentemente se han realizado los siguientes eventos :

- El 1978 Dr. Renato Alarcón presenta el "informe sobre la situación de la Salud Mental en Bolivia". Documento del representante de la OPS/OMS 1500, Washington D.C. 1978.
- El 1980 el Dr. Mario Argandoña y su grupo de trabajo del 31 de marzo al 4 de abril, redactaron el documento "La integración de los componentes psicosociales en la atención primaria de salud" OPS/OMS, Washington D.C. 1980
- El 1982 septiembre. Primer Seminario Nacional de Salud Mental en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra, con la participación de todos los psiquiatras funcionarios del Ministerio, los Directores de las Unidades Sanitarias, el Director Nacional de Salud Mental Dr. Marcelo de la Quintana y el Director Nacional de Salud.
- Presentación del Proyecto de un Plan Nacional de Salud Mental, redactado por el Director Nacional de Salud Mental Dr. Marcelo de la Quintana en base a los acuerdos del Primer Seminario de Salud Mental realizado en Santa Cruz en Septiembre del 1982.
- El 1984 Segundo Seminario de Salud Mental en Sucre con la participación de todos los psiquiatras y autoridades pertinentes con

asesoría de la OPS/OMS donde intervinieron los Dres: Osvaldo Saidon y Carlos Linger

- El 1985 presentación del Proyecto de Regionalización de la atención de la Salud Mental en Bolivia, redactado por el segundo Director Dr. Daniel Cabezas en base a los acuerdo del Segundo Seminario de Salud Mental , llevado a cabo en Sucre Julio 1984
- El 1985 Junio. Tercer Seminario de Salud mental en Cochabamba.
- El 1985 Julio Asesoría de la OMS/OPS a cargo del Dr. Juan Carlos Volnovich en La Paz y Cochabamba.
- El 4 de agosto del 1985 Cuarto Seminario Taller Nacional de Salud Mental en Santa Cruz. Donde se presenta el Plan Nacional de la Salud Mental con resolución Ministerial 693 del 4 de agosto del 1985
- El 1999 el Ministerio de Salud Publica y Previsión Social con el apoyo de la OPS/OMS realiza la "Reunión de concertación del Plan de Acción Mental 1999 — 2000" (Salud mental "Plan de Acción 1999-2000 M. S. P. PS)

La situación actual de la Salud Mental en Bolivia está en nivel muy bajo, con tendencia al deterioro, frente a esta situación las políticas oficiales de Salud mental son insuficientes.

Como consecuencia del desinterés oficial por la Salud Mental no existe estudios científicos sobre este tema, excepto el indicado en 1978 por el Dr. Renato Alarcón en su "informe sobre la situación de la Salud Mental en Bolivia".

Algunos Municipios como en Santa Cruz han avanzado muy poco con relación a la Atención Primaria de la Salud Mental en base a equipos multidisciplinarios en la red de servicios de salud y de educación.

Otro aspecto deficitario importante a tener en cuenta es la escasa o nula diseminación de conocimientos sobre Salud Mental y sus alternativas de atención hacia líderes, profesionales y población en general.

Aunque el Plan estratégico de Salud de Lucha contra la pobreza, tiene como pilar fundamental, promover "una nueva Salud y Calidad de Vida para los bolivianos" y en él se reconoce a la Salud mental como una línea prioritaria de acción que está lejos de cumplirse por la falta de sostenibilidad en los diferentes niveles de salud y por los problemas que actualmente sufre nuestro país (OMS, 1991).

3.4.2 La Práctica del Psicólogo en el Ambiente Hospitalario

Reales y Rodríguez (1985, p. 244-245) mencionan que entre los objetivos y funciones que deben tomarse en cuenta al momento de incluir la psicología en un Hospital, se encuentran la asistencia psicológica acompañada de la actualización constante de conocimientos sobre la práctica psicológica hospitalaria y la Salud en la actual realidad contextual, la ampliación del trabajo en equipo interdisciplinario como forma terapéutica y cura, la divulgación de los conocimientos adquiridos a través de publicaciones y presentaciones científicas nacionales e internacionales y la promoción de la formación en Psicología Hospitalaria a través de cursos de especialización, perfeccionamiento, capacitación continua, seminarios, talleres y congresos.

Según estos estudiosos (Reales y Rodríguez 1985, p. 250-254) los Departamentos en los cuales puede ejercer el psicólogo son, en realidad, todos los existentes: Cirugía del Aparato Digestivo, Cirugía Oncológica, Cirugía Plástica, Cirugía Torácica, Cirugía Vasculat, Clínica Médica General, Cuidados Paliativos, Dermatología, Diálisis, Dolor, Endocrinología, Gastroenterología, Geriatría, Ginecología, Hematología, inmunología,

Enfermedades Infecciosas y Parasitarias, Nefrología, Neurología, Obstetricia, Odontología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Neumología, Quemaduras, Reumatología, Transplante Hepático, Transplante Renal , Urología.y Psiquiatría.

Para dar un tratamiento integral el profesional de la salud puede apoyarse en los conceptos de psiquiatría de enlace, entendida como "El área que comprende actividades clínicas, de enseñanza e investigación y que atañe a todos los profesionales de la salud mental en las divisiones no psiquiátricas de un hospital general, clínicas de salud comunitaria, centros de rehabilitación, hospital de convalecencia, hogares de enfermeras y oficinas privadas de los médicos" (Reales y Rodríguez 1985, p. 257). Estas actividades son de gran aplicabilidad en el desempeño del rol del profesional de salud en el área clínica; por tanto en su formación académica debe recibir elementos teóricos y prácticos que luego pueda desarrollar en el ejercicio de su profesión.

Por ejemplo, comenta la psicóloga Maria Alice Novaes, responsable del equipo de profesionales de psicología del hospital de Brasil, se adoptó la opción de tratamiento psicológico a los pacientes internados y familiares hace cinco años, con resultados significativos: "El paciente se tranquiliza y muestra mayor adhesión al tratamiento médico en su conjunto. Uno de los objetivos de la atención es disminuir el tiempo de internación del paciente en el hospital" (en Almeida, 2001).

Sin embargo, en situaciones en las que el paciente está sedado o en coma, obviamente la atención es imposible. En esos casos, muchas veces es la familia la que necesita sentirse acompañada. Al preguntársele cuál es la diferencia entre el soporte profesional o la asistencia religiosa, muchas veces prestada en los hospitales por monjas o evangelistas, la Lic. Novaes aclara

que: "El apoyo emocional es distinto del apoyo psicológico. La psicología ayuda a la persona a utilizar recursos de su propia estructura. No es solamente reconfortar a la persona" (en Almeida, 2001).

La Lic. Novaes aclara que dentro de su equipo se realiza un abordaje positivo y dirigido a la salud, donde el enfoque es la calidad de vida y reforzar los aspectos saludables de las personas.

La Lic. Martínez. Haddad (en Almeida, 2001) cree que los equipos médicos están aceptando más la psicología dentro del hospital porque los propios pacientes y familiares demuestran satisfacción con resultados tales como: soporte emocional y disminución del factor de estrés.

La psicóloga de la Unidad Neonatal cree que para que mejore la situación del individuo internado es necesario realizar una atención puntual, que trabaja con el ser humano en el momento de crisis de una enfermedad. "No es posible realizar un trabajo psicoanalítico a largo plazo. Sin embargo, con esa asistencia, considero que se completa el círculo de la atención del paciente en el ambiente hospitalario, asegura la profesional" (en Almeida, 2001).

En Bolivia y particularmente en las ciudades la urbanización desordenada y el centralismo económico determinan problemas muy complejos que varían según la inserción de los trabajadores en el aparato económico, que genera graves carencias y distorsiones en la vida familiar a lo cual se suman las influencias culturales que con el refuerzo de las normas en las instituciones no dan importancia a la Salud Mental, solo "salud biológica para todos" y "salud psicosocial para nadie".

Bolivia con una formación social dependiente que concentra y acumula el capital en unas pocas manos, aferrados a técnicas obsoletas que determinan

una bajísima productividad y una desarticulación de la nación, ocasiona un paulatino agravamiento del empobrecimiento y las desigualdades, con las secuelas de morbi-mortalidad y un impacto sobre la salud mental a través de la desnutrición, las enfermedades infecto - contagiosas, accidentes, tensiones y todos los desajustes acompañados de la miseria en que se encuentran sumidas las grandes mayorías de Bolivia (MPSSP. Plan Nacional de Salud Mental 1985).

En el campo específico de la Salud Mental se refiere a las calidades y las modalidades de la vida de las personas como integrantes de agregados sociales que van desde las familias a los grupos organizados y las clases. Esto quiere decir que la calidad de vida y el nivel de bienestar de las personas están condicionadas por su estructura familiar, por su agrupación en conjuntos organizados y finalmente por su pertinencia de clases. Puesto que la clase determina la ubicación en el proceso de producción y consumo, el sistema psíquico se modela tanto en el trabajo (cuya intensidad, ritmo y fines pueden desarrollar o perjudicar al conjunto de la personalidad) como en la calidad y cantidad de los bienes de consumo de tipo simple (alimentos, vivienda, vestidos, juegos, reposo) o de tipo ampliado (educación formal, atención de salud, recreación estructurada, comunicación, organización). También la ubicación de clase determina el contexto y el modo de comunicación en las relaciones sociales según sea una comunicación unidireccional, autoritaria y dominante ó bien de consenso, reciprocidad y solidaridad, lo que generará y agravará las tensiones psi-sociales, o al contrario, las aliviará y solucionará. (MPSSP. Plan Nacional de Salud Mental 1985).

En nuestro país - Bolivia - la salud es altamente curativa a lo máximo que se ha llegado es a la prevención de enfermedades. Lo propio ha sucedido con la salud mental para cuyo abordaje se han dado respuestas a través de

esquemas de aislamiento del paciente — manicomios-, los esquemas de trabajo en equipo que se vienen practicando en Brasil, son muy buenos y creo que deberíamos homologar a lo nuestro con un soporte a través de las estrategias de salud que dicta el Ministerio (MPSSP. Plan Nacional de Salud Mental 1985).

3.4.3 Visión Multidisciplinaria -Psicología Hospitalaria-

Es vital resaltar la importancia y necesidad de integrar el aspecto de la salud mental en el área clínica, lo cual se justifica teniendo en cuenta que el origen de las enfermedades es multifactorial y que por tanto el profesional de salud debe dar un cuidado con un enfoque holístico. Para ello, según Ospina, (1996) se debe comenzar delimitando algunas estrategias para integrar la salud mental al área clínica, incluyendo la conceptualización de psiquiatría de enlace, la psicología como herramienta fundamental y teniendo en cuenta al paciente, la familia, el personal de enfermería y demás miembros del equipo de salud.

Así por ejemplo, el profesional de enfermería es quien tiene en la clínica una gran responsabilidad en cuanto al cuidado del ser humano, incluyendo su propia calidad de vida en todos los aspectos: confort laboral, condiciones de trabajo, estado de ánimo, hábitos sanitarios, situación familiar y personal entre otros. Lo anterior repercute no sólo en él, sino también en todas aquellas personas con las cuales comparte su trabajo y a las que atiende durante muchas horas al día; por ello requiere tener una adecuada salud mental.

Para Ospina, (1996), en el desempeño laboral es importante tener en cuenta que la salud mental va integrada al rol profesional y que muchas de las personas necesitadas de cuidados tienen algún nivel de alteración en ella;

sobre todo si se tiene en cuenta que las enfermedades tienen un origen multifactorial, es decir, pueden ser psicológicas, genéticas, hereditarias, familiares, neuroendocrinas o neuro-bioquímicas.

Muchas de las personas que acuden a los servicios de salud -bien sea para que se les realice un diagnóstico o un tratamiento o para ser rehabilitadas- tienen padecimientos somáticos que van acompañados de alteraciones psicológicas y por ende de trastornos de la salud mental. Algunas de las enfermedades que más se asocian con alteraciones psicológicas son: 1) trastornos cardiovasculares como enfermedad coronaria e hipertensión arterial; 2) trastornos respiratorios como el síndrome de hiperventilación o el asma bronquial; 3) trastornos gastrointestinales, entre ellos úlcera péptica, colitis ulcerativa, enteritis, colon irritable; 4) trastornos endocrinos de la tiroides, amenorreas psicógenas, síndrome menopáusico, hipoglicemia y diabetes mellitus; y 5) otras enfermedades como trastornos dermatológicos o inmunológicos, cefaleas, artritis reumatoidea, obesidad, anorexia nerviosa, cáncer y propensión a accidentes (Rojano de la Hoz, 1991, p. 458-478.).

Para la aplicación del proceso de salud, el profesional (médico y paramédico) debe conocer y desarrollar las técnicas de comunicación terapéutica; entre ellas la entrevista, la cual le sirve para establecer la relación profesional de la salud del paciente, recoger datos y dar información.

Son varios los diagnósticos derivados de riesgos y problemas de la salud mental que deben mantener alerta al profesional en general aunque el área de enfermería, que está más en contacto con el enfermo, podría más fácilmente identificar para plantear las acciones de intervención según el caso. Entre ellos, según lo menciona Rojano de la Hoz (1991, p. 458-478.), están los siguientes:

- Deterioro de la comunicación relacionada con -R/C- barrera del lenguaje o inflamación bucal.
- Deterioro de la relación social R/C la enfermedad crónica.
- Aislamiento social, comportamientos o valores socialmente inaceptables.
- Riesgo o alteraciones en el desempeño del rol R/C el estado económico.
- Riesgo o alteración en el cuidado de los niños R/C falta de patrón del rol a desempeñar.
- Alteración en los procesos familiares R/C pérdida o ganancia de una persona allegada.
- Angustia espiritual R/C efecto de pérdida de personas allegadas. Creencias opuestas a la familia, al equipo de salud o a la interrupción de la actividad religiosa habitual.
- Alteración en el patrón del sueño R/C efecto del estrés o la separación.
- Trastorno de la imagen corporal R/C pérdida de una parte del cuerpo.
- Desesperanza R/C prolongada restricción de la actividad. No respuesta al tratamiento. No aceptación de algún miembro del equipo de salud.

Todos los ítems mencionados con anterioridad permiten que el profesional en salud sea capaz de reconocer estados mentales que pudiesen estar alterados, lo que ayudaría a obtener un diagnóstico más rápido y preciso y, por tanto, una intervención terapéutica más eficaz.

Sastre, Henan y López (1990, p. 23-26) plantean que "es interesante planear la atención y el cuidado teniendo en cuenta a la persona enferma más que a

las actividades de la unidad de salud" y considerando como objetivo que cada persona desarrolle sus potenciales individuales tanto como sea posible, para así alcanzar la madurez emocional y la integración de su personalidad.

Se deben considerar otros posibles diagnósticos, tomando en cuenta lo especificado por Novel, Lluch y Rigor (1988, p. 33-36), especialmente en pacientes quirúrgicos:

- Alteración de los procesos mentales R/C administración de opiáceos y sedantes.
- Alteración de la percepción sensorial R/C efecto de los anestésicos.
- Alteración del estado de conciencia R/C sedación permanente.
- Alteración del sueño y el descanso R/C sobrecarga sensorial o presencia de dolor y ansiedad.
- Alteración en la comunicación verbal o efecto anestésico.
- Ansiedad R/C resultado del procedimiento quirúrgico.

El profesional debe saber que todas las personas experimentan ansiedad y ésta sirve como mecanismo de defensa para mantener el bienestar. A medida que los niveles de ansiedad aumentan, la persona se afecta en su totalidad; es así como gasta más energía defendiéndose de ella misma, lo que la expone al desarrollo de procesos patológicos. Algunos síntomas de esta ansiedad, por ejemplo ante un procedimiento quirúrgico, se manifiestan por incapacidad para relajarse, inquietud, miedos, síntomas somáticos como diarrea, visión borrosa, hormigueo; por la comunicación tensa, temblor en las manos, facies tensa y palidez facial (Rubio, Arrieta y Clemente, 1989, p. 51-54.).

Así, uno de los objetivos para que la salud mental deba integrarse al rol del profesional en la clínica es brindar una atención adecuada, para así disminuir

o calmar la ansiedad en las personas bajo su cuidado -tanto los enfermos como su familia-, desarrollando estrategias que al implementarlas cumplan este fin, entre éstas, según Hernández (1993, p. 8-13) están: proveer un ambiente relajado y de calma; permitir compañía continua, aunque no lo reconozca por su estado de salud pues el sentimiento de aislamiento aumenta la soledad; permitirle llorar, ventilar sentimientos y pensamientos que experimenta en esos momentos; escuchar y entender para proveer un clima de aceptación y calma; usar frases cortas y simples -oraciones si es del caso- para minimizar los estímulos externos; proveer actividades motoras, esto ayuda a canalizar la ansiedad y liberar la tensión; administrar cuidadosamente el medicamento ordenado; estimular a la persona a reconocer los síntomas de su ansiedad; ayudarle a encontrar alternativas de vida; finalmente, emplear ejercicios de relajación y enseñarle a tolerar su ansiedad.

Ahora bien, parafraseando a Algasseer, Kupe y Hiroko (1992, p. 1) el profesional de enfermería es el que administra o gerencia la atención en una unidad de salud; al integrar la salud mental a su rol en la clínica debe tener en cuenta al personal de enfermería que conforma con él el equipo de trabajo que brinda dicha atención. Por ello es necesario emplear estrategias que le permitan reconocer el estado de salud mental de quienes están laborando en su grupo, con el fin de mantenerla o recuperarla con medidas a su alcance. Ejemplo de ello, tomado de Algasseer, Kupe y Hiroko (1992, p. 4-8), sería en la actividad de recibo y entrega de turno, identificar patrones comunes que puedan aumentar la ansiedad; en las reuniones clínicas y ronda de enfermería discutir y analizar casos concretos de la unidad hospitalaria para unificar conductas de cuidado; en las reuniones administrativas permitirle verbalizar situaciones estresantes con el personal en general; en caso necesario pedir la asesoría al psiquiatra, al psicólogo o

al profesional de enfermería especialista en salud mental, como una estrategia de la psiquiatría de enlace.

Además, como dice Algasseer "Debemos preocuparnos menos de establecer fronteras entre las diferentes categorías de agentes de salud y más de abrir canales de comunicación entre nosotros y la gente". Debe darse un cambio de actitud más que un cambio de conocimiento necesitamos una mayor sensibilización de la sociedad en general (Algasseer, Kupe y Hiroko, 1992, p. 9).

Quienes comparten el trabajo en una unidad hospitalaria deben mantener un mínimo de cohesión y una relación empática cuando esto no se presenta, se observa un alto grado de ansiedad en el profesional de enfermería. "El tipo de servicio influye mucho en la enfermera al igual que la toma de decisiones, la carga excesiva de trabajo en momentos concretos y la descoordinación entre el equipo interdisciplinario además, del sufrimiento físico y psíquico del enfermo" (Lanzarote, López y Sanz 1993, p. 83-86).

3.5 PSICOLOGIA COMUNITARIA

3.5.1 Concepto

La Psicología Comunitaria es el campo de estudio de la relación entre sistemas sociales -prioritariamente **la comunidad-** y del comportamiento humano; de su aplicación interventiva (en lo negativo), la resolución -preventiva- de los problemas psicosociales y (en lo positivo) al desarrollo humano integral desde la comprensión de los determinantes socio-ambientales de ambos y a través de la modificación racional e informada de esos sistemas sociales, de las relaciones psicosociales en ellos establecidos y del desarrollo de la

comunidad; todo desde la máxima movilización posible de los propios afectados como sujetos activamente participantes en los cambios y no como objetos pasivos de ellos (Montero, s.f.).

En otras palabras, la psicología comunitaria busca involucrar a todas las personas que constituyen la comunidad para, en primera instancia definir problemáticas existentes, luego buscar las soluciones requeridas y por último ponerlas en práctica, sin dejar de lado el aspecto preventivo, mismo que se constituye en uno de sus pilares fundamentales. Al mismo tiempo, busca ser activadora del desarrollo humano a partir de un ámbito social, es decir, entendiendo al ser humano desde una perspectiva contextual y social.

3.5.2 Estructura de la Psicología Comunitaria

La psicología comunitaria puede caracterizarse por tres apartados que la definirían: idea de comunidad, modelos teóricos diferenciados e intervención.

3.5.2.1 La comunidad

"Comunidad significa dos cosas expresadas por su uso sustantivo (la comunidad) y adjetivo de otro nombre (la Psicología)" (Sánchez, 1991). La primera es un lugar y grupo social que lo puebla, como una unidad social interdependiente y diferenciada frente a otros y cuyos miembros desarrollan sentimientos de pertenencia y mantienen relaciones e interacciones estables. La comunidad como adjetivo son elementos y lazos comunes, compartidos por razón de vecindad, cultura, ideología, etc.

Así, según Sánchez (1991), el papel de la comunidad en la Psicología Comunitaria (P.C.) es:

- a. Designa el lugar u objeto físico y social de la intervención que no son individuos, sino una asociación supraindividual y supra grupal, pero infrasocial.
- b. Incrementar el sentido de comunidad y la intergeneración social. Se trabaja con un ojo puesto en los grupos marginados y el otro en la sociedad general.
- c. Trabaja sobre la pérdida u ocaso de comunidad, en conexión con el progreso económico y tecnológico.
- d. La distribución de poder en la comunidad y las líneas de agregación y asociación sociales marcadas por los intereses y las ideologías políticas, para entender y trabajar en la comunidad.

3.5.2.2 Modelos teóricos

Se trata de conceptos y modelos que permiten explicar los problemas, entender el contexto comunitario en que se dan y servir de guía operativa para la intervención.

MODELOS QUE COMPLEMENTAN A LA PSICOLOGIA COMUNITARIA	
<i>Modelo Sistémico.</i>	Tiene como eje de análisis y actuación la interacción circular entre los macrosistemas (comunidad, sociedad), los microsistemas (familia, etc.), y la conexión entre éstos (familia y escuela, etc.).
<i>Modelo Ecológico.</i>	Bronfenbrenner, 1979; Masterpascua, 1981, proponen entender al individuo desde la perspectiva del desarrollo como un ajuste continuo de la interacción individuo-entorno, y entendiendo a los seres humanos como motivados para dominar activamente su entorno mediante una serie de competencias o habilidades personales, cuyo desarrollo dependería de tres variables: (1) El componente oportunidad -existencia, disponibilidad y

	acceso a los recursos-, (2) El componente apoyo -la disponibilidad de redes de apoyo- y (3) El componente recompensa -retroalimentación de la conducta-.
<i>Modelo Psicoanalítico Comunitario.</i>	Se destaca la "Técnica operativa de grupo", que consistiría en la tarea grupal organizada dialécticamente/conflictivamente entre la institución, el equipo o servicio de salud mental y la comunidad. La resistencia al cambio, se establecería como una defensa ante la tarea de hacer consciente para la comunidad, la institución o el servicio de salud mental, la tarea de hacerse cargo de su bienestar, su salud mental. (Pichon Riviere, Antonio Bauleo). La psicología comunitaria considera la apatía, desmotivación y falta de iniciativa como síntomas, acudiendo al <i>concepto de alienación</i> para lograr una explicación integradora; según esta teoría los individuos se crean expectativas en las que sus conductas no pueden determinar los resultados deseados, pudiendo llegar a la creencia que la única vía de alcanzarlos es la ejecución de conductas reprobadas socialmente, conduciendo a individuos de grandes sectores de la humanidad a una inversión de valores, expectativas negativas de éxito, disminución de la iniciativa y minusvalía.

Fuente: Sánchez, 1991.

3.5.2.3 Intervención comunitaria

Puede entenderse como una serie de acciones o influencias -sean estas planificadas o no- dirigidas a problemas que se manifiestan dentro de los sistemas y procesos sociales de una comunidad en cuyos objetivos incluyen la resolución de problemas y/o el desarrollo de la comunidad, mediante la utilización de estrategias situadas en diferentes niveles (Sánchez, 1991).

La *intervención comunitaria* es aquella que estudia los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios

en esos ambientes y en la estructura social. Esto implica darle la palabra al otro, así se está "empoderando" a la comunidad, el saber está en ellos, son los responsables de su destino. Todo esto, con el fin de que las instituciones y los profesionales en algún momento ya no sean necesarios, ya que su permanencia resultaría poco conveniente creando un círculo vicioso de dependencia que producirá una comunidad cada vez más débil. Este proceso permitirá que la misma comunidad construya su camino responsablemente, sin estar a la espera de un "salvador" (Sánchez, 1991).

De tal manera, y siguiendo el lineamiento dado por Aceituno, (1993, p. 32-34), lo que busca la *intervención comunitaria* (teórica e interventivamente) es la "Prevención" de los problemas psicológicos y psicosociales, con el fin de lograr un desarrollo positivo de las personas a partir de la generación de alternativas y el desarrollo de los sistemas sociales en que habitan. Los enfoques preventivos se concentran en tres partes: *La prevención primaria* (busca aumentar la resistencia a los problemas antes que ocurran), *la prevención secundaria*, (enfatisa la intervención temprana para reducir el impacto de los problemas) y *la prevención terciaria*, (orientada a reducir la disfunción y recuperar los niveles de funcionamiento hasta donde sea posible).

En Latinoamérica, la *intervención comunitaria* manifiesta características particulares producto de su contexto histórico, social, político y cultural específico, esta se remonta a desarrollos comunitarios interdisciplinarios, que adoptaron una *"estrategia metodológica"* basada en la investigación-acción, orientada al cambio social y a la concientización, cuyo objetivo principal fue el desarrollo de la participación comunitaria, a través de la movilización de un grupo

particular o de una comunidad, para el enfrentamiento y la solución de sus problemas" (Fals, 1985). Así, según lo afirma Montero (s.f.), las intervenciones comunitarias se convirtieron en estrategias metodológicas cuya meta es la "liberación de los pueblos", es decir, que están orientadas a la comunidad y al cambio social.

En Bolivia, parafraseando a Ríos, Vidangos y Alfaro (2003, p. 25-27) si bien hay noción de trabajo comunitario, sigue faltando el traspaso de la tecnología, que es trasladar a la comunidad conocimientos, para que ésta maneje los "instrumentos científicos" para la solución de problemas, que los teóricos, técnicos y los expertos sean los que manejen las estadísticas. Se tienen trabajos que están comenzando y que son incipientes, la comunidad a partir de su propia problemática se va organizando y va solucionando sus problemas rudimentariamente sin mucha tecnología sin mucha teoría, sería interesante poder recolectar los trabajos que se han hecho en psicología comunitaria.

3.5.3 Salud Mental Comunitaria

Según Aramayo (1999), mientras que la psicología comunitaria (P.C.) consiste en el conjunto de conocimientos y actividades destinados a promover el funcionamiento integral u óptimo de los miembros de las comunidades a través de procesos y métodos de intervención de carácter más social, o más psicosocial, la salud mental comunitaria (S.M.C.) es la aplicación de la comunitaria al ámbito de la salud mental, de tal manera que se encuentra más ligada a la psicología clínica, mientras que la P.C. a la social. De tal manera las diferencias se definen de la siguiente manera, parafraseando a Aramayo (1999):

- a. Campo de acción: Salud mental, en la S.M.C. frente a problemas psicosociales más amplios y desarrollo y bienestar psicosocial de las comunidades en la P.C.
- b. Finalidad: Potenciadora, desarrollista en la P.C., frente a preventiva en la S.M.C.
- c. Destinatario: La comunidad total P.C., frente a las poblaciones a riesgo, los ya afectados y los "otros significativos en la S.M.C.
- d. Tipo de actividad: (S.M.C.) Distribución y prestación de servicios de salud mental, frente a cambio comunitario y social en la P.C.

La S.M.C. es el mejoramiento paulatino de las condiciones de vida comunal y del nivel de salud (mental) de la comunidad, mediante actividades integradas y planificadas de protección y promoción de la salud (mental), prevención y curación de las enfermedades, incluyendo la rehabilitación y readaptación social, además de las actividades de trabajo social favorables al desarrollo comunal y de la salud en particular. Todo con el apoyo, acuerdo y participación activa de la comunidad.

3.5.3.1 Componentes de la psicología comunitaria aplicados a la salud

Para Aramayo (1999), los componentes de la PC que son aplicados a la salud pueden resumirse en:

- a. Equipamiento teórico y aplicado de la Ciencia del Comportamiento: la tecnología conductual comunitaria garantiza la recolección, organización, análisis y evaluación sistemática de los datos, resultados, efectos, eficiencia, y eficacia producidos en la intervención.
- b. Medicina y comportamiento, a partir de la medicina comportamental

(soluciones integradas e interdisciplinarias).

- c. Farmacología y comportamiento. El usuario se ha habituado a demandar la prescripción farmacéutica, la cual a menudo no tiene relación pertinente con el motivo de la consulta, generando, por ejemplo, la abundante e indiscriminada prescripción de ansiolíticos y antidepresivos.
- d. Psicología de la salud que pone énfasis en la prevención, el cuidado de la salud, su promoción, el desarrollo de estilos de vida, habilidades y competencias favorecedoras de salud.
- e. Psicología social, que estudia cómo las personas influyen en el comportamiento de los demás.

CAPITULO IV: MÉTODO

Los métodos cualitativos parten del supuesto básico de que el mundo social está construido de significados y símbolos, por tanto la investigación cualitativa puede ser vista como el intento de obtener una comprensión profunda de los significados y definiciones de la situación tal como nos la presentan las personas, más que la producción de una medida cuantitativa de sus características o conducta (Taylor y Bogdan, 1988).

Uno de los problemas más provocadores que plantea la investigación cualitativa, en particular en materia de salud y enfermedad, está dado por el hecho de que cada individuo y también cada cultura expresen la salud y la enfermedad según "sus propias representaciones y estados afectivos, y de este modo las definiciones que se dan, a más de finalidades explicativas, adquieren también la categoría de conductas, decisiones y actos que influyen sobre la existencia de cada uno" (Berlinguer, 1994); desde este punto de vista, "quien pretenda realizar investigación cualitativa en salud, habrá de ponerse en el punto de vista del objeto, esto es, del enfermo o del sano" (Calero, 2000, p. 192-198); para entender cómo su realidad es vivida y afrontada, habrá de preguntarse, mirando más allá de las definiciones, qué consecuencias tiene una enfermedad para el sujeto y qué comportamiento está suscitando en los esquemas establecidos de prevención, diagnóstico y tratamiento, cualesquiera que éstos sean.

Por todo lo mencionado anteriormente y por los objetivos que tiene la presente investigación es que la metodología utilizada corresponde a un estudio descriptivo de carácter cualitativo, el cual permite no sólo

caracterizar la Salud Mental dentro de C.O.S.S.M.I.L., sino que también conocer la percepción que se tiene acerca de este concepto así como los elementos que afectan en su introducción y desarrollo al interior de la Institución.

4.1 POBLACIÓN

La población que corresponde a la investigación comprende a personal médico y paramédico que desempeña sus funciones en C.O.S.S.M.I.L, en turnos de la mañana, tarde y noche. El total general es de 261 personas, lo que no incluye al personal administrativo ni de servicio (aseo).

Según la labor que desempeñan y la profesión que poseen se tienen tres sub-poblaciones: médicos 113; enfermeras licenciadas 42; y auxiliares de enfermería 106.

Estas sub-poblaciones aportan al trabajo de investigación con sus opiniones, a través de cuestionarios. Para definir el número de personal con el que se trabajó se realiza la muestra en el acápite siguiente. En cuanto a la observación, ésta incluye a todo el personal en sus diferentes turnos.

4.1.1 Muestra

En base al diseño de muestras de Roberto Hernández Sampieri (1998, p. 209-214), se calculó la muestra estadística general, estratificada por racimos, teniendo en cuenta el siguiente desarrollo:

Datos:

Considerando que "N" es el total de los casos en la población, "Se" el error mínimo tolerado para el estudio, "Y" valor promedio de una variable (es decir un médico ó paramédico de C.O.S.S.M.I.L.), "V²" varianza de la población y "S²" varianza de la muestra expresada como la probabilidad de ocurrencia de "Y". En el caso presente estos valores son:

$$N = 261$$

$$Y = 1$$

$$Se = 0.015$$

$$p = 0.97 \text{ (para el 97\% de confianza)}$$

$$S^2 = p (1 - p) = 0.97 (1 - 0.97) = 0.0291$$

$$V^2 = Se^t = 0.00225$$

Para establecer el tamaño de la muestra se siguen dos pasos; primero se debe hallar el tamaño provisional de la muestra con la siguiente fórmula:

$$n' = S^2 / V^2$$

$$n' = 0.0291 / 0.00225 = 129.33$$

Una vez obtenido el tamaño provisional de la muestra, se sustituye este dato, en la fórmula siguiente, para poder encontrar el tamaño real de la muestra:

$$n = \frac{n'}{1 + (n' / N)}$$

Reemplazando:

$$n = \frac{129.33}{1 + (129.33 / 261)} = 86$$

La muestra probabilística encontrada general no determina el número de personas a las que se deberá aplicar el cuestionario según las sub-poblaciones (médicos-paramédicos), por lo cual es necesario convertir la muestra en una muestra por racimos que permitirá contar con el número exacto de personas a las que se deberá tomar el instrumento según su profesión. Para esto es necesario aplicar una fórmula a la muestra (n):

$$k = n / N$$

$$k = 86 / 261 = 0.3295 \text{ (constante)}$$

Una vez obtenida la constante es necesario multiplicarla por los diferentes valores que tienen las sub-poblaciones, lo que da como resultado las sub-muestras finales, representadas como nh:

$$nh = Nh * k$$

$$nh_{\text{méd}} = 113 * 0.3295 = 37 \text{ (médicos)}$$

$$nh_{\text{enf}} = 42 * 0.3295 = 14 \text{ (enfermeras)}$$

$$nh_{\text{aux}} = 106 * 0.3295 = 35 \text{ (auxiliares de enfermería)}$$

$$n = nh = 37 + 14 + 35 = 86$$

4.2 INSTRUMENTOS

Los instrumentos a ser utilizados son tres; inicialmente se tiene el cuestionario (dirigido a funcionarios y pacientes) y la observación, a través de

un diario; para complementar se realiza una recolección de registros y documentos

4.2.1 Cuestionario

Se generaron dos cuestionarios:

4.2.1.1. Cuestionario dirigido a pacientes

El cuestionario fue extraído del Manual de Organización de la Unidad de Hospitalización de Especialidades Médicas, planta 2ª (Anexo 1).

4.2.1.2 Cuestionario dirigido a profesionales en salud

El cuestionario puede ser visto en el Anexo 2 y la tabla de análisis de fiabilidad puede ser observada en el Anexo 3.

4.2.2 Observación

Se definió realizar una observación participativa, dado que la investigadora desempeñó funciones en la Institución y tomando en cuenta las características metodológicas del estudio.

4.2.3 Recolección de Información: Registros y Documentos

Se accedió a los registros sobre historias médicas existentes en el Hospital para contar con información respecto a los diagnósticos psiquiátricos y psicológicos emitidos (ver Anexo final). Por otra parte, también se utilizó el Manual de normas generales de funcionamiento de C.O.S.S.M.I.L., el mismo

que permitió ver la importancia que se da al manejo de Salud Mental en el trato dispensado al paciente (remitirse a objetivos de la institución 2.1).

4.3 PROCEDIMIENTO

- 1) Definición del tema.
- 2) Planteamiento del problema y objetivos de la investigación.
- 3) Revisión bibliográfica.
- 4) Construcción de instrumentos y validación de los mismos (prueba piloto).
- 5) Aplicación de instrumentos.
- 6) Vaciado de datos e interpretación.
- 7) Conclusiones.
- 8) Preparación y presentación del informe.

Dada la importancia del punto 4, referente a la generación de los instrumentos a ser utilizados, se detallan algunos puntos que resultan necesarios:

El cuestionario dirigido a pacientes fue extraído del Manual de Organización de la Unidad de Hospitalización de Especialidades Médicas, planta 2a. No fue necesaria la validación del mismo ya que fue aplicado y validado el año pasado en el Hospital Arco Iris.

En cuanto al cuestionario dirigido a profesionales en salud, en primera instancia se definió cargo y sexo. Las 24 preguntas de las que se compone apuntan a tres categorías: relacionamiento y recursos institucionales, trato al paciente e información que se le brinda a éste y capacitación en salud mental. Dado que fue un cuestionario generado propiamente para el estudio presente se realizó su validación a través del paquete estadístico S.P.S.S.

con el coeficiente alfa de Cronbach que dio como resultado 0.86 lo cual indica que está dentro de los niveles requeridos de confiabilidad.

En cuanto a la observación participativa es fundamental en las investigaciones cualitativas. Si bien al trabajar de esta manera se logró información que va más allá de la categorización realizada, se delimitaron ciertos parámetros que eran los más relevantes a observar (Hernández, 1998, p. 310-312). Se puede acceder a la tabla de categorización en el Anexo 4. La observación participativa se considera la técnica principal para la obtención de información, y para su aplicación se debe tener en cuenta lo siguiente, según Gonzáles (1993):

- El investigador debe pasar el mayor tiempo posible con los participantes, compartiendo su vida sin perder la perspectiva de que es investigador y que está allí para recoger información sobre costumbres, hábitos, motivaciones y otros aspectos de interés.
- La actividad que se realiza y su interpretación se refleja en notas de campo que se toman lo más inmediato posible con la impresión que realmente se recibió haciendo los comentarios interpretativos de acuerdo con la posición que ocupe el investigador en el grupo.
- El investigador tiene que estar familiarizado con la forma de vida de esa población, su lenguaje, sus gustos, sus hábitos, su manera de expresarse, etc.
- Verificar que los participantes hacen lo que realmente creen que hacen, pues muchas veces las personas dicen que hicieron algo y realmente hicieron otra cosa.
- Es imprescindible pasar el mayor tiempo posible con los participantes y anotar todo lo que ocurre.

- La práctica de esta actividad de manera consciente ayuda a coger experiencia, a entrenarse, a tener habilidad para realizar este tipo de investigación.

La observación fue realizada en el espacio de 7 días: miércoles 23 (turno tarde), jueves 24 (turno mañana); viernes 25 (turnos mañana, tarde y noche); sábado 26 (turno tarde); domingo 27 (turnos mañana, tarde y noche); lunes 28 (turno noche) y martes 29 (turnos mañana y noche).

La dinámica para la aplicación de éste instrumento fue asistir al Hospital en calidad de enfermera, lo que implicó el participar de los cuidados a los pacientes pero sin por ello descuidar la observación respecto al accionar del personal en su trabajo cotidiano.

CAPITULO V: RESULTADOS

En la observación, para su mejor comprensión e interpretación se utilizó el método de análisis de contenido, mismo que permite convertir a porcentajes los datos obtenidos para que de esta manera se pueda arribar a conclusiones más exactas. Sin embargo, no por ello se trata de medir características que son netamente cualitativas.

.5.1 CUESTIONARIO DIRIGIDO A PACIENTES

5.1.1 Vaciado de datos

El vaciado de datos fue realizado en el paquete estadístico SPSS. Si bien a través de este paquete es posible considerar elementos estadísticos como la media, la moda, χ^2 , varianza, etc. estos no dan ninguna referencia necesaria para cubrir los puntos, en relación a los objetivos, que se necesitan por lo que no son incluidos en el informe. Los datos fueron transferidos al paquete EXCEL para poder ser impresos en el formato requerido y son los datos que se presentan en la tabla a continuación.

<u>Numero Pregunta</u>		P1		P7		P10	
Valores	Escala	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	Si	33	63,5	24	46,2	9	17,3
	No	19	36,5	28	53,8	43	82,7
	Total	52	100	52	100	52	100

En relación a la primera tabla, se tienen las preguntas siguientes (P1, P7 y P10):

- Cuando ingresó, ¿alguien le indicó respecto a su habitación, luces, timbre y baño?

- ¿Alguien le informó sobre las medidas preventivas que deberá tomar a futuro para evitar problemas de salud?
- ¿Tuvo dificultades de relacionamiento con algún miembro del personal?

Numero Pregunta		P2		P3		P4		P5	
Valores	Escala	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	Siempre	17	32,7	27	51,9	38	73,1	20	38,5
	Regularment	28	53,8	18	34,6	14	26,9	18	34,6
	Casi Nunca	7	13,5	7	13,5	0	0	14	26,9
	Total	52	100	52	100	52	100	52	100

La tabla anterior contiene los datos referentes a las preguntas 2, 3, 4 y 5 (P2, P3, P4 y P5), mismas que son detalladas a continuación:

- Cuando necesitó ayuda para levantarse, ¿se la dieron?
- ¿Se ha respetado su intimidad?
- ¿Se le ha tratado con respecto con dignidad?
- ¿Se le ha informado lo suficiente para calmar la angustia y miedo ante su enfermedad?
- El momento de hacerle un tratamiento, ¿se le ha explicado en qué consistía?

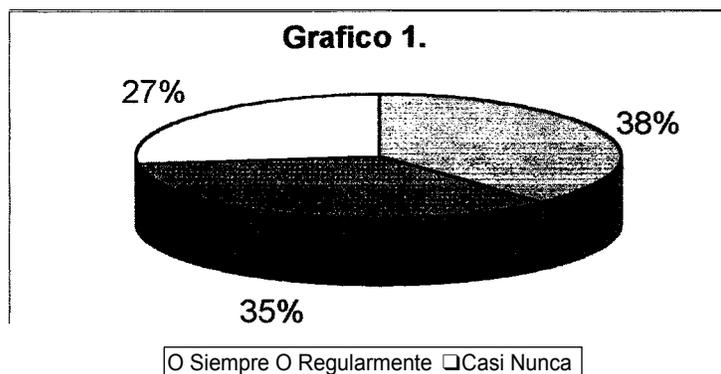
Numero Pregunta		P6		P8		P9	
Valores	Escala	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
	Siempre	20	38,5	27	51,9	34	65,4
	Regularmente	18	34,6	20	38,5	15	28,8
	Casi Nunca	14	26,9	5	9,6	3	5,8
	Total	52	100	52	100	52	100

Por último, la tabla 3, muestra el vaciado de datos correspondiente a las preguntas 6, 8 y 9 (P6, P8 y P9):

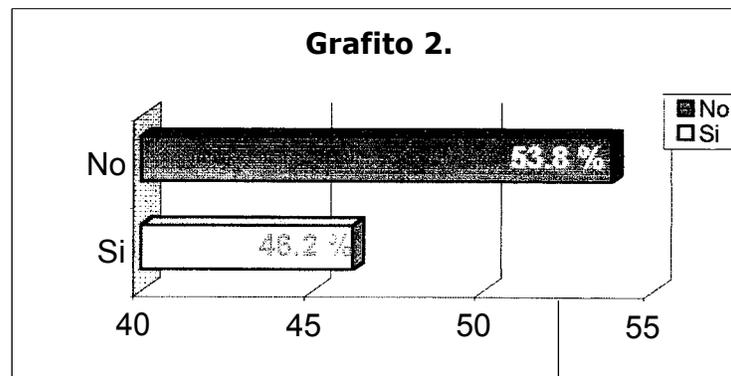
- El momento de hacerle un tratamiento, ¿se le ha explicado en qué consistía?
- ¿El personal le atendió de inmediato cuando usted lo requirió?
- ¿El personal se dirige a usted por su nombre/apellido?

5.1.2 Interpretación

El cuestionario dirigido a los pacientes de C.O.S.S.M.I.L. (anexo 2) dio los siguientes resultados en lo que respecta a la información que se brinda al paciente; en cuanto al uso del material físico de hospital (por ejemplo, luces, timbres) se observó que existe una gran mayoría que afirma que sí se le dio la información pertinente (63.5%); otro es el aspecto de dotar de información en cuanto a la enfermedad misma del paciente que generalmente provoca altos grados de ansiedad, se pudo observar que una mayoría considerable de los encuestados se inclina a aseverar que siempre se le dio dicha información (38%), pero existe otro grupo que esta muy cerca al anterior que opina que regularmente se le da este tipo de información (35%), al igual que con el grupo que opina que casi nunca se le otorga este tipo de información (27% gráfico 1).

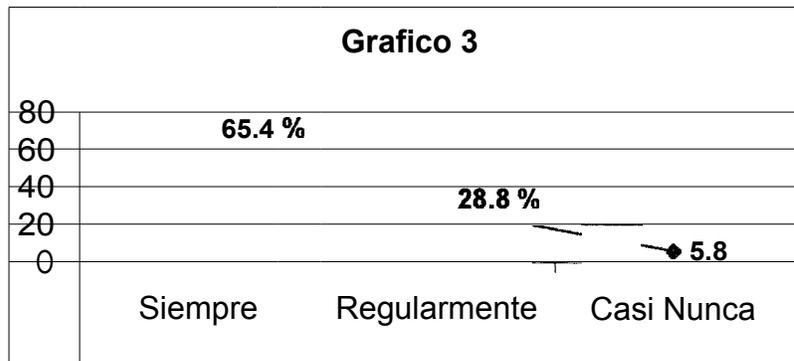


En lo que respecta a informar acerca del tratamiento que deben seguir se observa que también existe una mayoría inclinada a que siempre se le dio la información de qué consiste el tratamiento que se le aplicará (38%), un grupo que se acerca al primero piensa que regularmente se le dio esta información (35%), y por último un grupo que no queda exento que afirma que casi nunca se le da información (27%). Existe también otro aspecto que se encuentra en el cuestionario y que va dirigido a la información de medidas preventivas que deberá tomar a futuro con el fin de evitar el tener nuevamente algún problema de salud; una mayoría niega haber recibido dicha información (53.8% gráfico 2).



Los procesos de atención que se brindan al paciente están enmarcados en la ayuda médica y física que se le da al paciente, es decir atención inmediata a sus necesidades (ayudarlo a levantarse, medicación a hora, limpieza, etc.) que presentó en todo el transcurso de su rehabilitación dentro del hospital (51.9%), el resto piensa que sus necesidades no fueron satisfechas de inmediato (38.5%, 9.6%); también dentro de este ítem se observa el nivel de trato que se le brindó ya sea con respeto, dignidad, además del respeto de la intimidad que supone la atención hospitalaria; una mayoría afirma que siempre tuvo este trato (dignidad y respeto 73.1%), lo que implica también el trato personalizado que recibían, es decir, si existía un trato más humano

dentro la institución si al paciente se le atendía por el nombre (dado que en muchas entidades hospitalarias incurren en el error, de llamar a la persona por el padecimiento o por el número de cama que ocupa), lo que ocurrió en un 65.4%; un porcentaje menor se inclinó porque ya sea que casi nunca o regularmente se adoptaba esta posición (gráfico 3).



Por ultimo se observó que la mayor parte de los pacientes no tuvieron dificultades con el personal de salud del hospital (82,7%).

5.2 OBSERVACIÓN

La observación dio también datos que si bien no fueron a través de entrevista, se obtuvieron en conversación con la psicóloga y psiquiatra del Hospital. Claro está que la información obtenida responde al trabajo en el que la investigadora se involucró puesto que para llevar a cabo la observación participativa debía interactuar con los profesionales de salud del Hospital.

Los datos que vienen a continuación (tanto de la psicóloga como del psiquiatra) fueron obtenidos en distintas oportunidades en las que debido al trabajo del Hospital se interactuó con los profesionales en cuestión.

A continuación se detallan los puntos más importantes dados por profesional psicóloga.

- Atiende un promedio de 8 pacientes día. La mayoría se refiere a trastornos depresivos, seguidos de trastornos de conducta antisocial, conducta sexual, alcoholismo, sentimientos de frustración y rechazo.
- Las causas más comunes de consulta son: problemas familiares y maltrato familiar que incluyen muchas veces violación.
- La profesional recibe paciente que son derivados por los especialistas neumólogo, traumatólogo, neurólogo y medicina general. El especialista en psiquiatría también remite por: parálisis cerebral infantil, para medir C.I., hacer evaluaciones psicométricas y psicoterapia.
- El trabajo de la profesional es multidisciplinario, (sólo en trastornos graves y en pocas oportunidades) con el psiquiatra, con trabajo social y con el endocrinólogo.
- Los pacientes cuando presentan trastornos "graves" (esquizofrenia) son derivados al Hospital de Clínicas pabellón psiquiátrico donde reciben tratamiento y permanecen aproximadamente entre 8 a 10 días hasta controlar su crisis, posteriormente se hace control en consulta externa. Esto en razón de que en el Hospital Militar no se cuenta con la infraestructura necesaria ni el personal especializado; y como parte de las políticas de intervención del Hospital, señalan que no es necesario ni óptimo el mantener "encerrado" a un paciente, razón por la cual éste es atendido mientras se encuentra en estado de crisis.
- "Salud Mental según la profesional, es el estado general físico, psicológico y social que permite interactuar con su medio, de manera creativa logrando su bienestar individual y colectivo.

En cuanto al especialista en psiquiatría, refiere que:

- "La salud mental es un trastorno". Este concepto general referido probablemente al desequilibrio que puede presentar el paciente cuando éste no cuente con las condiciones que interactúan con su medio. Sin embargo este concepto es muy global y no específico.
- La mayoría de los médicos no mantienen una actitud ética con los pacientes; por ejemplo, en el momento en que estos levantan el cobertor de la cama sin ningún permiso del paciente, para realizar el examen físico.
- Los casos remitidos a la especialidad son por problemas de pareja, ansiedad — depresión y por lo general la remisión es voluntaria.
- El trastorno con mayor incidencia es el somatomorfo (que es confundido con diferentes trastornos ya sean cardiacos, renales u otros). En consulta externa, la depresión ocupa el primer lugar, luego está la ansiedad, angustia, bulimia, alcoholismo, hiperquinesis y enuresis.
- El especialista posee una orientación sistémica con base psicoanalítica. Utiliza con muy buenos resultados la contención verbal en casos de ansiedad o depresión leve.
- Realiza un trabajo exhaustivo con la familia, dependiendo del tipo de patología.

5.2.2 Interpretación

(Anexo 4). Al interior de la categoría de ambiente profesional de trabajo, lo primero que sale a relucir es que la interrelación que se tiene al interior de la Institución, entre profesionales, está mayormente basada en aquellos aspectos de trabajo en los que se desenvuelven. En cierta forma, el resultado no sale de las normas establecidas ya que las personas no tienen tiempo de mantener una comunicación informal (33.3%), es decir de poder conversar sobre asuntos ajenos a su trabajo; sin embargo, el dato que se puede añadir al respecto, en base a la observación realizada es que el poco tiempo dedicado a estos temas están en función a la profesión que se posee, en otras palabras, los médicos hablan entre ellos, las enfermeras buscan a otra licenciada para conversar y los auxiliares hacen lo propio, lo que de alguna manera delimita jerarquías internas que se convierten en barreras peligrosas al momento de realizar un trabajo multidisciplinario.

El exceso de trabajo en relación al personal con el que se cuenta no sólo afecta el espacio comunicacional, sino que también predispone el ambiente en el cual se desarrollarán las labores de salud. Así, la mayor parte del tiempo se viven estados de tensión (48.6%) especialmente cuando se presenta una emergencia ante la cual deben relacionarse los equipos médico y paramédico; cada cual intenta hacer lo mejor que puede su trabajo, sin embargo no siempre logra relacionarse y cumplir de la manera en que "el otro" lo desea; así por ejemplo, en ocasiones un médico pide que se cumpla con determinado tratamiento, a la vez que otros especialistas están también solicitando algún tipo de intervención lo que genera que el personal paramédico no pueda cumplir con el trabajo al mismo tiempo y eso provoca algunos roces. En un 28.4% de los casos el clima es adecuado, especialmente si se trata de momentos en que se realizan las rondas médicas y cada cual tiene una función específica a cumplir; también existen

intervenciones en las que las exigencias pueden ser satisfechas a cabalidad por todos los profesionales que intervienen. Por último, será especialmente en las noches en que se vivan climas relajados (23%) ya que los pacientes se encuentran descansando y, a no ser por una emergencia que ocurra, el personal se dedica explícitamente a cumplir con los tratamientos indicados.

En muchos casos, el ambiente tensionado se ve reforzado por la capacitación con que cuenta el personal; como era de esperarse, el mayor conocimiento puesto en práctica se encuentra relacionado con el que tiene que ver con la parte médica (43.6% es decir, con aspectos técnicos de la profesión) aunque, especialmente en el área de auxiliares de enfermería se puede notar ciertas falencias al respecto. El problema se encuentra que en el espacio de relaciones humanas, tanto con el paciente como entre profesionales, no se cuenta con una capacitación óptima (29.5%) lo que provoca malestar en el relacionamiento y, por lo tanto, una "baja" en el rendimiento. Sólo en un 26.9% de las ocasiones en que se intervino observacionalmente se pudo comprobar que algún profesional se encontraba capacitado para brindar un apoyo psicológico al paciente, paralelamente al alivio físico que podía otorgarle.

Quizás por esta limitación en cuanto a la intervención afectivo-emocional es que las remisiones a especialistas son relativamente frecuentes. El médico y, en algunos casos, la enfermera son los que se encargan de llamar al psiquiatra y/o psicóloga ya sea para que realice un diagnóstico o para que converse con el enfermo acerca de su situación física y psicológica; en este sentido, los ítems que son tomados en cuenta para hacer el llamado correspondiente corresponden en mayor medida a aquellos que apuntan a una depresión (41.4%) que muchas veces no corresponden a la enfermedad como tal sino a las consecuencias que esta acarrea (familiares, económicos, sociales, etc.); al mismo tiempo, los niveles de ansiedad (37.9%) suelen ser

también una causa de remisión ya que el paciente al no sentirse seguro y al no saber afrontar la situación que vive ingresa a estados tensionales que no pueden ser controlados o que indican que podrían presentarse complicaciones posteriores. La sintomatología psicósomática (20.7%) también es un factor por el cual el psicólogo es llamado (dependiendo el caso se pide ya sea la intervención del psicólogo o del psiquiatra, siendo el primero más solicitado cuando se debe realizar una valoración y el segundo, cuando se presupone que es necesaria una intervención farmacológica); en muchos casos se relaciona con estados depresivos o ansiosos pero no se puede descartar el hecho de posibles conformaciones psicóticas. Lo que más resalta es que, ya sea por falta de tiempo o por falta de capacitación, médicos y paramédicos no pueden hacerse cargo de situaciones en las que lo único que necesita la persona internada es conversar y resolver miedos y angustias propios de una enfermedad.

Todos los aspectos que han sido mencionados anteriormente van a tomar un valor real al momento en que son analizados en relación al trato que se brinda al paciente, pues es sabido que la salud mental es una dimensión inseparable de la salud integral y depende mucho de la Salud Mental del profesional para que mejore en el desempeño de su trabajo; por ejemplo, una persona que se encuentra insatisfecha en el área laboral, será una persona que no se desempeñe con una calidad total o que no brindará todo su conocimiento y lo mejor de sí al momento de cumplir sus funciones; de manera contraria, una persona que tiene altos niveles de satisfacción, que se encuentra a gusto en su ambiente de trabajo será alguien que transmita su satisfacción en sus labores cotidianas, en este caso, vale decir, con los pacientes. Así, en cuanto al trato, no se tiene una diferenciación grande entre si este es amable (35%), indiferente (33.7%) o descortés (31.3%); un trato amable, según indicadores de Salud Mental y de atención al cliente, implica el preguntar cómo se siente la persona, cubrir sus necesidades, darse un

tiempo para conversar con él y con sus familiares, calmar su angustia respecto a la enfermedad aclarándole los tratamientos que se le aplican, tratarlo con respeto y dignidad, pedirle que colabore con alguna intervención, llamarlo por su nombre (reconociéndolo así como una persona y no como un objeto) y la empatía que si bien no es observable sí se la puede "sentir". La indiferencia ya puede ser catalogada como negativa ya que implica el realizar el trabajo técnico si bien en un marco de mucho respeto pero con un "no me importismo" que se refleja en el trato brindado. Sobre la descortesía muchas veces no está referida a las palabras utilizadas sino al tono de voz, a la manipulación corporal que se aplica (brusquedad) y a la forma en que se pide que se realicen determinados actos que se introduce como si fuese obligación del paciente saber qué necesita hacer para "facilitar" el trabajo del profesional.

En cuanto a los datos que se brindan, tanto a la familia como al paciente, los resultados indican que la información sobre el diagnóstico y tratamiento (45% aproximadamente) incluye aspectos mayormente generales, es decir, qué tiene la persona y la forma cómo se intervendrá en su caso; casi nunca se explican detalles como el para qué sirve un medicamento específico y sus posibles consecuencias negativas (estos datos sirven para calmar la angustia del paciente ante la enfermedad que sufre y para darle mayor seguridad); generalmente el médico da los datos y sólo cuando el paciente o la familia lo solicita, la explicación proviene de la enfermera, quien asume que no es parte de su función. En cuanto a información sobre prevención (27% aproximadamente) esta es muy baja; se entiende que la prevención abarca no solamente lo que se debe hacer para evitar que la persona vuelva a presentar la sintomatología actual, sino que toca aspectos más generales sobre el cuidado en salud; de igual manera, el médico es quien más la proporciona. Por último, la rehabilitación o cuidados presentes y posteriores (a la salida del hospital) es proporcionada en forma escasa (26%

aproximadamente); las personas que no se encuentran habituadas a tratamientos o técnicas médicas requieren explicaciones sencillas pero completas acerca de cómo deben continuar sus tratamientos y las acciones que deben asumir para una recuperación más pronta, es más, la mayoría no sólo necesita que se le informe sobre aspectos médicos, sino también sobre normas esenciales sobre sanidad y cuidados.

Por último, el contenido de la comunicación que se mantiene con el paciente es mayormente sobre su enfermedad (38.8%) pero no se deja de lado aquellos elementos generales (32.6%) que sirven para tranquilizar a la persona y lograr que no se considere y etiquete, en todo momento, como un "enfermo" sino que también sea capaz de tomar en cuenta aquellas otras características que posee como ser humano. El apoyo emocional como contenido de la comunicación es más bajo (28.6%) y quizás se debe a la reacción de médicos y paramédicos de utilizar una barrera como mecanismo de defensa, es decir, al no saber cómo contener sus propias emociones y reacciones, prefieren no tocar continuamente temas como los sentimientos y afectos que rodean al enfermo.

5.3 CUESTIONARIO DIRIGIDO AL PERSONAL MÉDICO Y PARAMÉDICO

5.3.1 Vaciado de Datos

Escalas	Pregunta 1		Pregunta 2	
	CARGO	Total	CARGO	Total
Adecuado	15 49.5%	31 136.0%	6 14.9%	20 83.0%
Limitado	13 35.1%	38 140.0%	5 11.7%	37 150.0%
Insuficiente	9 24.30%	17 19.83%	4 9.1%	29 36.70%
Totales	37 100.00%	86 100.00%	14 100.00%	86 100.00%

Escalas	Pregunta 3		Pregunta 7	
	Médico	Total	Médico	Total
Adecuado	2 48.90%	9 100.00%	0 0.00%	1 1.20%
Limitado	16 43.20%	40 44.50%	2 17.30%	17 19.83%
Insuficiente	14 37.80%	37 43.00%	12 78.40%	68 79.10%
Totales	32 100.00%	86 100.00%	14 100.00%	86 100.00%

Escalas	Pregunta 4		Pregunta 5	
	CARGO	Total	CARGO	Total
Siempre	0 0.00%	6 7.00%	0 0.00%	3 3.60%
Regularmente	11 29.70%	48 56.80%	3 8.10%	17 19.830%
Casi Nunca	26 69.3%	32 37.10%	34 90.90%	61 70.00%
Nunca	3 7.90%	8 9.30%	3 7.90%	13 15.10%
Totales	30 100.00%	84 100.00%	37 100.00%	86 100.00%

		Pregunta 6		Pregunta 9	
		CARGO		CARGO	
		Médico Enfermería Auxiliar		Médico Enfermería Auxiliar	
		Total	Total	Total	Total
Escalas	Frecuencia	4	1	3	23
	%	100.00%	100.00%	71.40%	20.00%
Regularmente	Erecuencia	21	55	45	53
	%	66.80%	142.86%	57.140%	100.00%
Casi Nunca	Frecuencia	17	19	35	10
	%	32.40%	54.30%	40.70%	11.60%
Nunca	Erecuencia	37	35	86	86
	%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

		Pregunta 13		Pregunta 14	
		CARGO		CARGO	
		Médico Enfermería Auxiliar		Médico Enfermería Auxiliar	
		Total	Total	Total	Total
Escalas	Frecuencia	6	16	2	25
	%	42.80%	45.70%	50.00%	71.40%
Siempre	Erecuencia	10	34	7	7
	%	27.00%	48.60%	50.00%	20.00%
Regularmente	Frecuencia	3	2	0	3
	%	15.00%	11.70%	0.00%	100.00%
Casi Nunca	Erecuencia	14	35	14	35
	%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

		Pregunta 15		Pregunta 17	
		CARGO		CARGO	
		Médico Enfermería Auxiliar		Médico Enfermería Auxiliar	
		Total	Total	Total	Total
Escalas	Frecuencia	3	10	2	5
	%	21.40%	28.60%	14.90%	34.90%
Regularmente	Erecuencia	6	18	9	12
	%	16.20%	51.40%	64.90%	34.30%
Casi Nunca	Frecuencia	1	7	3	18
	%	2.70%	20.00%	21.40%	51.40%
Nunca	Erecuencia	37	35	14	35
	%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Pregunta 18

Escalas	CARGO		Total	CARGO		Total
	Responde	No responde		Responde	No responde	
Frecuencia %	25	0	23	8	14	45
	62.50%	0.00%	62.20%	57.10%	40.00%	52.30%
Regularmente	12	9	13	5	21	39
	32.40%	64.30%	35.10%	35.70%	60.00%	45.30%
Casi Nunca	0	2	1	1	0	12
	0.00%	14.30%	2.70%	2.10%	0.00%	2.60%
Totales	37	14	37	14	35	86
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Pregunta 22

Escalas	CARGO		Total	CARGO		Total
	Responde	No responde		Responde	No responde	
Frecuencia %	0	0	1	0	2	12
	0.00%	0.00%	0.00%	0.00%	5.70%	2.30%
Regularmente	4	1	5	4	13	22
	10.80%	7.00%	13.50%	28.60%	37.10%	25.00%
Casi Nunca	33	13	32	10	20	62
	89.20%	92.90%	86.50%	71.40%	57.10%	72.40%
Totales	37	14	37	14	35	86
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Pregunta 11

Escalas	CARGO		Total	CARGO		Total
	Responde	No responde		Responde	No responde	
Frecuencia %	43	12	21	3	11	30
	35.10%	14.30%	43.20%	21.40%	31.40%	34.90%
Regular	20	10	28	8	22	48
	54.10%	14.30%	48.00%	21.40%	31.40%	48.00%
Deficiente	4	2	3	3	2	8
	10.80%	7.00%	10.80%	14.30%	5.70%	9.30%
Totales	37	14	37	14	35	86
	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Pregunta 8

Escalas	CARGO		Total	CARGO		Total
	1	2		1	2	
Frecuencia	4	5	21	5	17	47
%	37.80%	14.30%	24.40%	14.30%	48.60%	54.70%
Frecuencia	23	12	65	9	18	39
%	62.20%	33.70%	75.60%	64.30%	51.40%	45.30%
Totales	37	14	86	14	35	86
%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%	100.00%

Pregunta 24

Escalas	CARGO		Total
	1	2	
Frecuencia	2	4	6
%	5.40%	29.90%	4.70%
Frecuencia	35	34	82
%	94.60%	97.10%	95.30%
Totales	37	35	86
%	100.00%	100.00%	100.00%

Pregunta 12

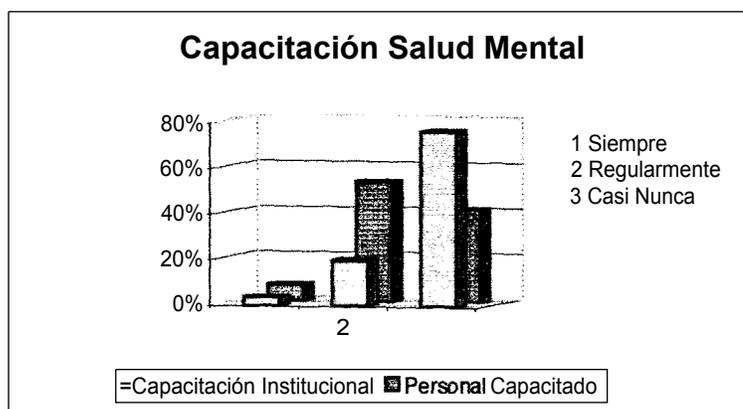
Escalas	CARGO		Total
	1	2	
Frecuencia	11	44	55
%	29.70%	55.70%	16.630%
Frecuencia	19	26	56
%	51.40%	74.30%	65.10%
Frecuencia	7	7	16
%	18.90%	20.00%	18.60%
Totales	37	35	86
%	100.00%	100.00%	100.00%

Escalas		P eg Junta 20	
		0 00	RGO Total
		Enfermería	Auxiliar
Menos de 5 minutos	Frecuencia	7	17
	%	19.80%	48.00%
5 minutos	Frecuencia	10	9
	%	20.0%	25.00%
mas de 5 minutos	Frecuencia	20	9
	%	54.10%	25.20%
Totales	Frecuencia	37	35
	%	100.00%	100.00%

Escalas		P eg Junta 21	
		0 00	RGO Total
		Enfermería	Auxiliar
Bienestar Físico	Frecuencia	31	2
	%	80.1%	5.50%
B en el Trabajo	Frecuencia	15	22
	%	40.50%	62.90%
Bienestar Físico y Psicológico	Frecuencia	19	11
	%	51.40%	31.40%
Total	Frecuencia	37	35
	%	100.00%	100.00%

5.3.2 Interpretación

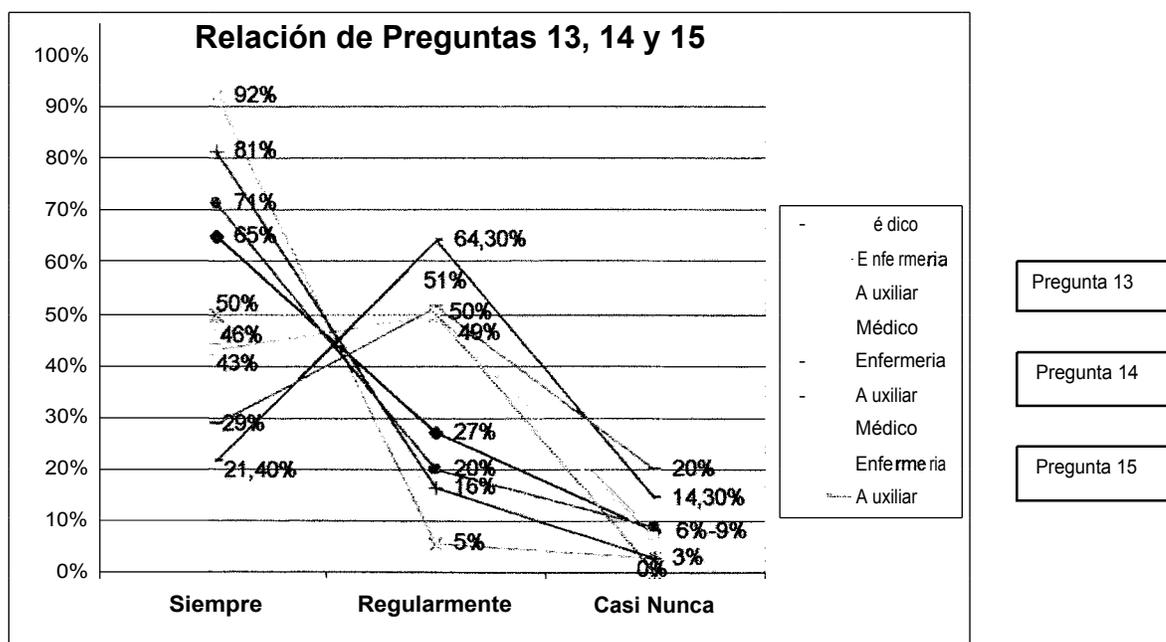
(Anexo 2). El personal de salud, en general, opina que el equipo médico es limitado (44.2%) para llevar a cabo las funciones que realizan, aunque existe también un porcentaje elevado (36%) que afirma que el mismo es adecuado. Sin embargo, en cuanto a los insumos médicos, hay acuerdo en que estos elementos van de limitado (43%) a insuficientes (33.7%). En relación a los recursos humanos, las enfermeras los consideran insuficientes y (57.1%), tanto auxiliares de enfermería como médicos "limitados" (47% aproximadamente). Aún así todos están de acuerdo en que en ningún caso son los más óptimos para todo el trabajo que debe realizarse.



Pero, ¿el personal con el que se cuenta -limitado o no- está capacitado en salud mental? Pues, para ellos, en líneas generales, la Institución no introduce cursos (76.7%) y mucho menos programas (95.3%), tampoco dota al paciente de ningún tipo de material informativo (84.9%) al respecto, ni realiza campañas externas o internas (72.1%). Con toda esta ausencia de información no es de extrañarse que la respuesta a la pregunta formulada anteriormente sea que los profesionales de salud consideran que el personal no está capacitado (75.6%) en estos temas.

Sumado a esto, para un 79.1%, el sueldo que perciben es insuficiente y no cubre sus necesidades básicas. Por si fuera poco, tampoco se sienten siempre reconocidos socialmente por la labor que realizan (7%), y aunque en algunos casos consideran que es un hecho que se da en forma regular (52.3%), un 40.7% evidencia que "casi nunca" sienten retribución social. En este sentido, son auxiliares de enfermería los que perciben mayor reconocimiento, pues se vuelcan con un 54.3%) a afirmar que su trabajo no es valorado.

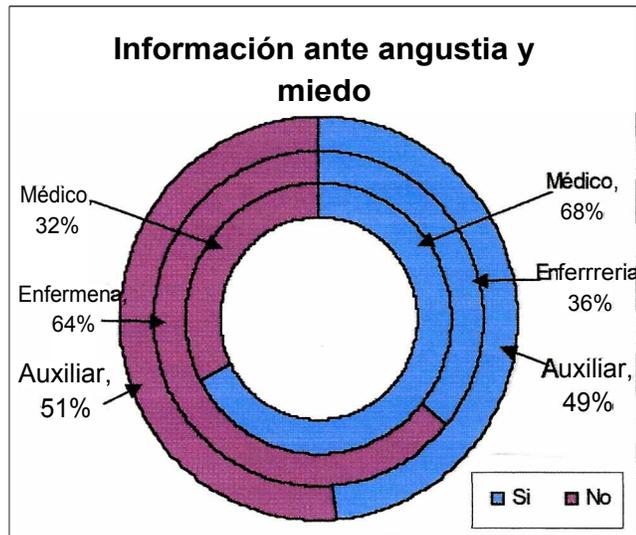
Por otra parte, y de manera general, consideran que las interrelaciones, el trabajo en equipo y la comunicación, se encuentran en una escala regular, siendo los médicos los que están más inclinados a creer que en estos puntos la calificación debería ser óptima.



El cuadro anterior muestra una relación de las preguntas 13, 14, 15 del cuestionario, mismas que están en relación a información sobre medidas preventivas información sobre el tratamiento aplicado e información sobre la

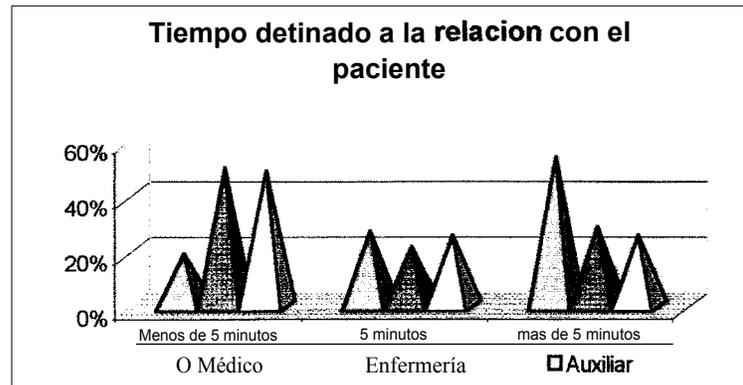
preventivas información sobre el tratamiento aplicado e información sobre la evolución del tratamiento; dado que los cuestionarios fueron entregados a médicos, enfermeras y auxiliares se vio por conveniente unificar los porcentajes en cuanto a la información brindada, aunque resaltando cual de los tres grupos es el que más información brinda en cada una de las tres categorías mencionadas (preguntas 13, 14, 15). El párrafo a continuación muestra porcentual e interpretativamente lo explicado aquí.

Bajo la percepción de clima organizacional que plantea el personal de salud, ¿cómo se desempeñan en relación al paciente? Pues consideran que le dotan "siempre" (53.5%) de la información necesaria para poder prevenir posibles enfermedades; en cuanto a la explicación de tratamientos, en un 76.7% de las oportunidades, "siempre" lo dan, aunque existe una varianza ya que los médicos afirman que lo hacen en un 91.9%, las auxiliares en un 71.4% y las enfermeras sólo en un 50%. La evolución del tratamiento es mayoritariamente (50%) informada, especialmente por el área médica (31.1%). También las secuelas son dadas a conocer al paciente, aunque aquí también la inclinación cambia de "siempre" (34.9%) a regularmente (38.4%), siendo nuevamente los médicos los que apoyan la primera categoría (62.2%). Lo ya mencionado va en relación con lo que consideran su función que es dar bienestar físico y emocional (53.5%) y bienestar físico y psicológico (40.7%), Vs. el dar sólo bienestar físico (5.8%).



Todos los datos anteriores se contradicen con los resultados obtenidos en la pregunta 16 sobre si la información que brindan es suficiente para calmar la angustia y miedo del paciente con respecto a su enfermedad, ya que si bien mayormente contestan que sí es suficiente (54.7%), en un 45.3% creen que no es así, especialmente enfermeras y auxiliares. Si asumen que "siempre" cuentan con todos los datos sobre su enfermedad, tanto pacientes como familiares (quienes "siempre" saben los cuidados a aplicar [52.3%] y sobre la enfermedad de su pariente [34.9%]¹) entonces se podría haber esperado un porcentaje mucho mayor en esta respuesta, que apuntase a que los pacientes están y se siente seguros. Además, considerando que una mayoría mínima opina que disponen de más de 5 minutos para interrelacionarse con el paciente (38.4%) y un 36% que este tiempo no pasa de los 5 minutos, resulta poco coherente el hecho de que se logre cubrir toda la información requerida por los pacientes.

¹ Un 67.6% de médicos afirman que siempre informan a la familia sobre el tratamiento, un 64.3% de las enfermeras que se lo hace regularmente y el 62.9% de auxiliares de enfermería que casi nunca.



5.4 DATOS DE REGISTRO BIO-ESTADÍSTICO

Entre los medicamentos más utilizados por la parte psiquiátrica se encuentran:

- Haldol: Psicosis
- Alprazolám: ansiedad generalizada.
- Levomepromazina: Psicosis.
- Carbamazepina: Trastorno orgánico cerebral, brote psicótico, alcoholismo, trastorno depresivo recurrente.
- Diazepán: Trastorno orgánico cerebral, brote psicótico, alcoholismo, trastorno depresivo recurrente.
- Clorpromazina: ansiedad generalizada y trastorno orgánico cerebral.
- Amitriptilina: Trastorno depresivo-reactivo.
- T.E.C.: Psicosis, demencia degenerativa².

Los datos siguientes fueron extraídos del Departamento de Bioestadística y Archivos de C.O.S.S.M.I.L; corresponden a los meses de octubre y noviembre del año 2002.

² Si bien la Terapia Electro Convulsiva no es un fármaco, se lo lista por ser una técnica de intervención.

<u>CUADROS</u>	<u>TRASTORNO</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>% CUADRO</u>	<u>% TRASTORNO</u>
				1.9
	Trastorno orgánico-cerebral	2		5.6
	Demencia degenerativa	6		1.9
ORGANICO	Síndrome mental-orgánico	2	13.9	1.9
	Epilepsia	2		2.8
	Síndrome convulsivo			1.9
	Autismo	2		3.7
PSICOSIS	Brote psicótico	4	12.0	1.9
	Síndrome paranoide	2		4.6
	Psicosis crónica	5		1.9
A	Trastorno de adaptación	2		3.7
N	Trastorno de ansiedad	4		2.8
	Ansiedad generalizada			1.9
	Neurosis de angustia		17.6	1.9
E	Neurosis de ansiedad			1.9
	Trastorno del sueño	2		1.9
A	Síndrome ansioso depresivo			1.9
	Trastorno post-traumático			1.9
	Sentimiento de culpa	2		4.6
	Distimia	5		1.9
E	Distimia reactiva	2		1.9
P	Síndrome maníaco-depresivo	2		3.7
R	Trastorno bipolar	4	48.1	2.8
E	Trastorno depresivo	3		1.9
S	Trastorno depresivo mayor			17.6
	Trastorno depresivo reactivo	19		1.9
O	Trastorno depresivo recesivo	2		10.2
N	Trastorno depresivo recurrente	11		0.9
	Problemas familiares recurrente	1		1.9
O	Alcoholismo	2		0.9
T	Retraso mental leve		8.3	1.9
R	Trastorno esquizo-afectivo	2		0.9
O	Trastorno por somatización	1		1.9
S	Trastorno somatoforme	2		100.0
	TOTAL	108	100.0	

CAPITULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Inicialmente, y para poder sustentar los ítems referentes a Salud Mental es necesario introducirse al contexto de trabajo que se tiene en C.O.S.S.M I.L.; los recursos materiales con los que cuenta son limitados pero permiten un rendimiento acorde a las necesidades; los recursos humanos no son suficientes y muchas veces la baja cantidad de personal sumada a una exigencia excesiva en el trabajo son los generadores de un ambiente tenso mismo que • puede verse avalado por un interrelacionamiento que no sobrepasa los límites de la regularidad.

En el área de capacitación en Salud Mental existe un descuido de la institución en cuanto se refiere a brindar cursos o talleres que puedan dotar de los conocimientos y de la práctica necesaria a los profesionales que ejercen en el hospital. Como lo determinan las posturas tradicionalistas en salud. El aspecto biomédico es el que mayor relevancia tiene, opacando así el área psicológica comprendida entre muchas cosas por la calidad de vida y factores afectivo emocionales que no solo deben ser considerados partiendo de los intereses del paciente sino que también deben incluir los del personal (variables como, por ejemplo, una percepción disminuida del reconocimiento social y de salarios que no cubren las necesidades básicas pueden afectar en el rendimiento laboral).

El ámbito organizacional al interior del Hospital, tal y como se lo mencionó en el párrafo anterior, es de gran significancia. Así, el no contar con el número de personal adecuado para una atención de calidad provoca que los profesionales en salud deban reducir el tiempo asignado a un paciente para poder atender mayor número de personas. Por otra parte existe una

desvalorización del trabajo médico y paramédico en general; muchos pacientes al no recibir una atención inmediata demuestran su descontento a través de quejas hacia el personal lo que genera una retroalimentación negativa. A ello se suma la percepción disminuida hacia el personal paramédico por parte profesionales médicos, quienes poseen mayor jerarquía por sus conocimientos y funciones. Los aspectos económicos en cuanto a salarios se refiere son deficientes, según la visión del personal de salud lo cual, sumado a las variables anteriores generan descontento y desmotivación al momento de llevar a cabo el trabajo, sin que ello implique que el mismo no sea cumplido.

A pesar de no tener un conocimiento claro sobre lo que es y lo que implica la Salud Mental, médicos y paramédicos desempeñan sus funciones todo el tiempo, inmersos en este ámbito. Para una persona el sólo hecho de asistir a un centro de salud implica sentimientos de angustia, miedo y/o desesperanza, ya sea porque se enfrenta a una situación nueva, porque se encuentra en juego su salud y por tanto su vida (miedo a la muerte) o ambas; Por esta razón la forma como es recibida y el trato que se le dispensa serán elementos muy importantes en su bienestar tanto físico como psicológico. Así, el trato que brindan los médicos y paramédicos al paciente se convierte en una pieza fundamental en su recuperación y rehabilitación; si bien, en líneas generales, en C.O.S.S.M.I.L. se impone un trato basado en el respeto, la tolerancia y en el reconocimiento de que el enfermo es sobre todo una persona, existen ocasiones en que la descortesía se hace evidente ya sea por la tensión del ambiente, la posición social del asegurado, el trabajo excesivo u otros factores que impiden brindar una atención de calidad, lo que afecta directamente al paciente quien es avasallado en su espacio personal.

La atención, en cuanto a ayuda médica y física se refiere, es inmediata lo que implica que los servicios y necesidades básicas hacia el paciente son

cumplidos a cabalidad por el personal asignado. En aquellos casos en que se requiere de la asistencia de un especialista determinado, éste es llamado y se inicia un trabajo multidisciplinario; cabe resaltar que en el área psicológica las remisiones más frecuentes están en relación a problemáticas afectivo-emocionales, en las que destaca la depresión. Los niveles de ansiedad también son altos y suelen tener como causas; el no saber afrontar la situación que vive y los sentimientos de inseguridad; y al no poder ser controlados los estados tensionales en previsión de posibles complicaciones posteriores se remite al paciente.

Por otra parte, la información cumple un rol de suma importancia en el trabajo con el paciente; es a través de ella que se puede calmar ansiedades, lograr la cooperación del enfermo y crear un clima de armonía que, unido al cuidado médico, proporcione una recuperación rápida y de calidad. Asimismo, la información y comunicación es fundamental en los procesos de prevención, tratamiento y rehabilitación. En cuanto a la prevención, ésta no es una prioridad de la Institución por lo que la realización de campañas o la transmisión de información como política de trabajo no se encuentran establecidas dentro de su cronograma; aún así, médicos, enfermeras y auxiliares se encargan de dar a conocer los elementos básicos de la prevención, tanto al paciente como a su familiares, para evitar que su salud se vea afectada posteriormente.

La consulta médica durante el tratamiento es el espacio en el que mayor información se puede brindar al paciente y sólo en aquellos casos en que se solicita a través de preguntas directas la aclaración de algún punto la enfermera interviene para ampliar y tranquilizar. Si bien existen personas para las que los datos proporcionados son suficientes debido al relativo conocimiento que poseen sobre medicina, para muchos otros la explicación detallada es sumamente necesaria; pero lamentablemente escasa. En este

sentido, es el tiempo una de las variables que más afecta ya que el personal de atención tiene funciones sobrecargadas lo que le impide quedarse más tiempo con el paciente y la familia para dar las explicaciones pertinentes.

La rehabilitación, como última instancia, es la que más descuidada se encuentra puesto que los datos sobre cuidados que se deberían otorgar son muy pocos. Dado que algunas personas no poseen conocimientos claros respecto a los tratamientos o técnicas médicas, su recuperación se ve afectada por el incumplimiento de las prescripciones recibidas; de igual manera, estas personas, al no conocer sobre normas esenciales respecto a sanidad y cuidados son propensas a un reingreso.

Los aspectos mencionados anteriormente no siempre se dan en su totalidad, es decir, la información no siempre llega de la mejor forma (de tal manera que sea comprensible para el paciente y los familiares) y de manera completa (sólo se transmiten los aspectos fundamentales) puesto que los miedos y angustias se mantienen a lo largo de su estadía en muchas de las personas internadas. Las razones para que esto suceda pueden ser muy variadas: el miedo por parte del paciente a ser considerado como ignorante si realiza alguna consulta; el exceso de trabajo y la falta de personal pueden también afectar, ya que los encargados de brindar la atención hospitalaria se verían limitados en cuanto al tiempo que otorgan a la interrelación con el paciente y la familia. Sin embargo, ha de reconocerse que la causa fundamental es la falta de capacitación, no solo para abordar temas de índole afectivo-emocional con el paciente/familia y realizar el proceso de contención adecuado, sino también su incapacidad para poder resolver los conflictos que estas posibles conversaciones puedan producirles, lo que deriva en un bloqueo emocional y un "endurecimiento" ante la situación del paciente, que no es otra cosa que un mecanismo de defensa.

Parte importante, y que suele ser confundida con la totalidad, de lo que implica Salud Mental es la de los trastornos mentales.

En C.O.S.S.M.I.L. se ha podido determinar que la patología más frecuente es la depresión, que puede ir desde una distimia hasta una depresión mayor, sin dejar de lado las crisis bipolares que también comparten un núcleo depresógeno. Las patologías con núcleo ansiógeno son las segundas en incidencia; estos resultados concuerdan con datos a nivel mundial.

Las personas que sufren de esta sintomatología son por lo general remitidas por médicos de otras especialidades, a los departamentos de psicología y/o psiquiatría una vez que ha sido diagnosticado por psiquiatra/psicólogo se define el tratamiento a seguir según el caso; obviamente el psiquiatra es el encargado de la dosificación farmacológica además de intervenir a través de terapias sistémicas de base psicoanalítica. La psicóloga por su parte, realiza mayormente un trabajo individual en el que, dependiendo el caso, puede llamar a la familia en la segunda y última sesión (nótese que no se realizan terapias familiares, sino que la familia es tomada como un medio potencial de información). A pesar de las claras necesidades de un trabajo multidisciplinario este es realizado en muy pocas ocasiones, presentándose especialmente en casos de amputación o pérdida de miembros en los que se requiere de un trabajo pre y post operatorio no solo con el paciente sino también con la familia; entonces, participan el psiquiatra, la trabajadora social, él o los médicos pertinentes (por especialidad) y la psicóloga, quien se dedica a las aplicaciones psicométricas y en determinadas oportunidades a participar de las terapias.

Las políticas del hospital y la infraestructura del mismo no permiten un trabajo con aquellos pacientes que presentan patologías muy graves o que, como en el caso de una psicosis requieren de un cuidado especializado. En

tales ocasiones los pacientes son remitidos al Hospital de Clínicas para su atención especializada.

A lo largo de toda la investigación se ha podido constatar que los profesionales en salud se encuentran muy lejos de conocer los verdaderos alcances y beneficios de la práctica de la Salud Mental, así como la forma en que ésta interviene en los procesos de diagnóstico, tratamiento y recuperación de los pacientes: no se trata simplemente de curar la enfermedad física, sino también de promover índices cada vez mayores de calidad de vida.

6.2 RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta que la Salud Mental debe dirigirse a la población en general, ésta debe integrarse a la atención de los servicios de salud, con un cambio de paradigma, reconociendo que la Salud mental es un componente de la atención en los niveles primario, secundario y terciario de salud; en este sentido se recomienda:

- Promover y ofrecer cursos, seminarios, talleres de capacitación en Salud Mental al personal (médico, enfermería, auxiliar de enfermería y todos los profesionales involucrados), mismos que deberían ser dictados por psiquiatras y psicólogos especializados o con experiencia en el área de salud mental.
- Promover y ofrecer cursos, seminarios, talleres de actualización al personal de salud con material didáctico adecuado, para mejorar la detección, el tratamiento y la rehabilitación de los trastornos mentales en los niveles de atención en salud. Al igual que en el anterior punto, es necesario recalcar la presencia del psiquiatra/psicólogo, dado que

estos profesionales están capacitados para poder abordar la problemática desde el área comunitaria.

- Fomentar y desarrollar recursos humanos especializados en atención de salud mental, creando centros nacionales de formación para la especialidad: psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadoras sociales.
- Creación institucional de circuitos asistenciales integrales, tomando en cuenta las experiencias con los: Centros asistenciales primarios en Salud mental, Centros de día, Unidades terapéuticas de hospitalización y unidad de rehabilitación
- El hospital es un medio ajeno y con frecuencia hostil para el paciente: es necesario profundizar en un rediseño, el cual no debe afectar sólo a la arquitectura, sino a todos los componentes de acogida, información, citación, confortabilidad, etc., para llegar a replantear el conjunto de procesos de la cadena de valor de la atención sanitaria en torno al paciente. Por ello es necesaria la presencia de profesionales especializados psiquiatras/psicólogos, los que podrían parametrizar los campos de acción, así cómo preparar al personal que está en mayor contacto con el paciente.
- Promover campañas de educación masiva a través de medios de comunicación y ferias de salud para fomentar las actitudes positivas dentro de la Salud Mental. Para dicho efecto, sería conveniente que se motivase a los mismos estudiantes de la carrera de Psicología para que ellos, a través de investigaciones y experiencias teórico-prácticas pudiesen brindar la información requerida por el público en general.
- Establecer vínculos con otros sectores como las escuelas, colegios, lugares de trabajo, empresas y fábricas, para reforzar los programas de Salud Mental, promocionándola en base a las evidencias y la colaboración de los especialistas involucrados en esta actividad.

-
- Intervención comunitaria con los pacientes (para poder reconocer y trabajar sobre sus necesidades), misma que debería ser llevada a cabo por profesionales en trabajo social y psicología.
 - Emprender estudios de investigación entorno a la prevalencia, la evolución, los resultados y el impacto de los trastornos mentales sobre la población en áreas críticas.
 - Es necesario, para completar los datos ya obtenidos el realizar una investigación sobre la salud mental del personal que trabaja en el mismo Hospital.
 - Respecto al anterior punto, también sería conveniente el coincidir criterios con profesionales de otras áreas para poder llevar a cabo investigaciones futuras, completas y profundas para modernizar y reordenar el Sistema de Salud Mental.

ANEXO

CAPITULO VII: ANEXOS

7.1 ANEXO 1: CUESTIONARIO DIRIGIDO A PACIENTES

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
CARRERA DE PSICOLOGIA

SALUD MENTAL-COSSMIL CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como fin el identificar las potencialidades y falencias del personal médico y paramédico de la institución, para poder elevar la calidad de atención. Por favor, responda según su criterio y en base a la atención que le ha sido dada, subrayando la respuesta de su elección. Gracias.

1. Cuando ingresó, ¿alguien le indicó respecto a su habitación, luces, timbre y baño?

SI

NO

2. Cuando necesitó ayuda para levantarse, ¿se la dieron?

SIEMPRE

REGULARMENTE

CASI NUNCA

3. ¿Se ha respetado su intimidad?

SIEMPRE

REGULARMENTE

CASI NUNCA

4. ¿Se le ha tratado con respecto con dignidad?

SIEMPRE

REGULARMENTE

CASI NUNCA

5. ¿Se le ha informado lo suficiente para calmar la angustia y miedo ante su enfermedad?

SIEMPRE

REGULARMENTE

CASI NUNCA

6. El momento de hacerle un tratamiento, ¿se le ha explicado en qué consistía?

SIEMPRE

REGULARMENTE

CASI NUNCA

7. ¿Alguien le informó sobre las medidas preventivas que deberá tomar a futuro para evitar problemas de salud?

SI NO

8. ¿El personal le atendió de inmediato cuando usted lo requirió?

SIEMPRE REGULARMENTE CASI NUNCA

9. ¿El personal se dirige a usted por su nombre / apellido?

SIEMPRE REGULARMENTE CASI NUNCA

10. ¿Tuvo dificultades de relacionamiento con algún miembro del personal?

SI NO

7.2 ANEXO 2: CUESTIONARIO DIRIGIDO A PROFESIONALES EN SALUD

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRES
CARRERA DE PSICOLOGÍA

SALUD MENTAL-COSSMIL CUESTIONARIO

El presente cuestionario tiene como fin el identificar indicadores de salud mental que están siendo empleados en la Institución. Por favor, responda según su criterio y en base al trabajo que realiza, subrayando la respuesta de su elección. Gracias.

Cargo: Médico Enfermería Aux. Enfermería

Sexo: Masculino Femenino

1) El equipo médico con el que cuenta la Institución para realizar su trabajo, es:

ADECUADO LIMITADO INSUFICIENTE

2) Los insumos médicos y farmacéuticos con los que cuenta para realizar su trabajo, son:

ADECUADO LIMITADO INSUFICIENTE

- 3) El personal con el que cuenta la Institución para cumplir las funciones hospitalarias es:

ADECUADO LIMITADO INSUFICIENTE

- 4) COSSMIL está en constante preocupación por el desarrollo y entrenamiento del personal

SIEMPRE REGULARMENTE CASI NUNCA

- 5) La Institución introduce cursos de capacitación en salud mental y calidad de vida

SIEMPRE REGULARMENTE CASI NUNCA

- 6) ¿Siente que las personas con las que usted trabaja y que atiende reconoce la función que desempeña?

SIEMPRE REGULARMENTE CASI NUNCA

- 7) El salario que percibe en cuanto a sus necesidades es:

ADECUADO LIMITADO INSUFICIENTE

- 8) ¿Cree usted que la Institución cuenta con personal capacitado en salud mental?

SI NO

- 9) La calidad de los resultados del trabajo se ven afectados por la cantidad que ejecutan

SIEMPRE REGULARMENTE CASI NUNCA

- 10) La disposición para el trabajo en equipo y la integración participativa en su unidad es:

OPTIMA REGULAR DEFICIENTE

- 11) La relación interpersonal entre los miembros de su unidad es:

OPTIMA REGULAR DEFICIENTE

12) La comunicación como forma de expresión libre de transmisión de puntos de vista en su unidad es:

OPTIMA REGULAR DEFICIENTE

13) ¿Informa usted, al paciente, sobre las medidas preventivas que deberá tomar a futuro para evitar problemas de salud?

SIEMPRE REGULARMENTE CASI NUNCA

14) Al momento de aplicar un tratamiento, ¿explica usted al paciente en qué consiste?

SIEMPRE REGULARMENTE CASI NUNCA

15) ¿Brinda usted, al paciente, la información necesaria sobre la evolución del tratamiento?

SIEMPRE REGULARMENTE CASI NUNCA

16) ¿Considera que la información que brinda al paciente es suficiente para calmar la angustia y miedo ante su enfermedad?

SI NO

17) ¿Tiene en cuenta los efectos secundarios o complicaciones de algunos tratamientos y se los comunica al paciente?

SIEMPRE REGULARMENTE CASI NUNCA

18) ¿Informa usted a los familiares sobre la enfermedad y tratamiento del paciente?

SIEMPRE REGULARMENTE CASI NUNCA

19) ¿Da usted la información necesaria para que la familia pueda colaborar en la rehabilitación del paciente?

SIEMPRE REGULARMENTE CASI NUNCA

20) ¿De que tiempo dispone para relacionarse con el paciente fuera de los tratamientos?

MENOS DE 5 MINUTOS 5 MINUTOS MÁS DE 5 MINUTOS

21) Considera usted que su función es dar primordialmente:

BIENESTAR FÍSICO

BIENESTAR FÍSICO Y APOYO EMOCIONAL

BIENESTAR FÍSICO-PSICOLÓGICO

22) ¿La Institución dota de material informativo (escrito-oral) al paciente sobre cuidados en salud física y mental?

SIEMPRE

REGULARMENTE

CASI NUNCA

23) ¿Realiza la Institución campañas informativas sobre el bienestar en salud?

SIEMPRE

REGULARMENTE

CASI NUNCA

24) ¿Existen en la Institución programas sobre salud mental?

SI

NO

7.3 ANEXO 3: COEFICIENTE DE FIABILIDAD

S P S S	
R E L I A B I L I T Y A N A L Y S I S - S C A L E (A L P H A)	
Reliability Coefficients	
N of Cases =	15.0
N of Items =	24
Alpha =	.8607

ANEXO 4: TABLA DE CATEGORIZACIÓN: OBSERVACIÓN

CATEGORÍAS	SUB-CATEG.	S-S-CATEG.	Médicos y Paramédicos						FRECUENCIA	TOTAL	%
			1	2	3	4	5	6			
Ambiente Profesional de Trabajo	Comunicación	Informal									
		Formal									
	Estado de Animo	Tenso									
		Adecuado									
	Capacitación	Relajado									
		Medica									
		Psicológica									
		Rel. Humanas									
		Ansiedad									
		Depresión									
Relación con Paciente	Remisión al Psicólogo - Psiquiatra	Sint. Psicossomática									
		Amable									
	Trato	Indiferente									
		Descortés									
		Tratamiento									
	Información	Prevención									
		Cuidados									
	Familia	Tratamiento									
		Prevención									
		Cuidados									
Contenido de la comunicación	Enfermedad										
	Apoyo Emocional										
	Otro										

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA

- 1) ALMEIDA, Eliane Carnot (2001). *Crece el interés por la psicología hospitalaria. Brasil.* www.companias.ehealthla.com/lib/ShowDoc.cfm?LibDocID=141&ReturnCatID=9.
- 2) ARAMAYO, Susana (1999). *Cátedra de psicología comunitaria.* Universidad Mayor de San Andrés. La Paz-Bolivia.
- 3) CORPORACION DEL SEGURO SOCIAL MILITAR (1992). *Manual de normas generales de funcionamiento.* Hospital Militar Central. La Paz-Bolivia.
- 4) McCOLL, Calvo Meter (s.f.). *Gestión hospitalaria gestión en atención primaria de salud.* Escuela de Medicina Ontaneda, Departamento de Salud Pública. www.uv.cl/momentaneos/magisteruv/saludpu.htm. Valparaiso-Chile.
- 5) MINISTERIO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL (1999-2000). *Salud Mental Plan de Acción.* La Paz-Bolivia.
- 6) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). *Informe sobre Salud Mental en el mundo 2001.* Ed. Maqueta de Gráficos OMS. Francia.
- 7) POLETTI, R.A (1980). *Cuidados de Enfermería.* Ed. Rol. Barcelona-España.
- 8) UGALDE, M. y RIGOL, A (1995). *Diagnósticos de Enfermería.* Ed. Masson. Barcelona-España.
- 9) UGALDE, M. y RIGOL, A (1980). *Salud Mental y Psiquiátrica.* Ed. Salvat, Barcelona-España.
- 10) WANDA, Donato (2001). *La espacialización del tiempo.* Revista La Grieta N° 4. Rosario-Argentina.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA

- 11) ACEITUNO, R (1993). *Psicología comunitaria y salud mental en Chile*. Universidad Diego Portales. Chile.
- 12) ALBURG S.A. NEW MEDIA PRODUCER (2003). *Salud mental: prioridad OMS*. www.latinsalud.com/base/articulo.asp?id=630&ap=1.
- 13) ALGASSEER, Narema; KUPE, Serara y HIROKO, Minami (1992). *Enfermeras y Médicos... y pacientes*. Foro Mundial de la Salud.
- 14) ASOCIACION MÉDICA MUNDIAL (1983). *Código Internacional de Ética Médica*.
- 15) ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL (1995). *Derechos del paciente*. Lisboa-Portugal.
- 16) BERTALANFFY, Ludwing (1998). *Teoría General de los Sistemas*. Ed. Fondo de Cultura Económica. México.
- 17) HOSPITAL DE TUNJUELITO (2002). *Programa de salud mental: I nivel de atención*.
www.saludcapital.gov.co/Ese/tunjuelito/saludmental.htm
- 18) HERNÁNDEZ, Gloria (1993). *La ansiedad: Aspectos Teóricos y Rol de la Enfermería*. Boletín Oficial del Colegio de Profesionales de Enfermería. Pto. Rico.
- 19) FALS BORDA, Orlando (1985). *Conocimiento y poder popular*. Ed. Siglo XXI. Bogota-Colombia.
- 20) INSTITUTO NACIONAL DE SALUD MENTAL (2003)- Oficina de Información Científica. *Usted No Esta Solo*. Estados Unidos.
<http://www.healthieryou.com/s-alone.html>
- 21) LANZAROTE, Asunción; LÓPEZ, Natividad y SANZ, Ángeles (1993). *Ansiedad en los profesionales de Enfermería*. Revista Rol de Enfermería. Vol. XVI, No. 184.
- 22) LUCIEN, Israel (1976). *El médico frente al enfermo*. Ed. Los libros de la frontera. Barcelona-España.

- 23)MARGULIS, Mario (1968). *Sociedad, ideología y salud mental*.
Revista Psiquiatría Social, N° 2.
- 24)MONTERO, M (s.f.). *La psicología comunitaria: orígenes, principios y fundamentos teóricos*. Revista Latinoamericana de Psicología.
- 25)NOVEL, Gloria; LLUCH, Teresa y RIGOL, Asunción (1988).
Concepción Histórica de la Salud Mental. Revista Rol de Enfermería.
Vol. XI, No. 115.
- 26)ORTIZ, Virginia (2001). *La psiquiatría y su evolución: ejemplos a seguir*. Periódico La Hora. Guatemala. http://www.lahora.com.gt/29-09-1/paginas/usted_opina.htm
- 27)OSPINA, Bernarda (1996). *La salud mental integrada al rol del profesional de enfermería en la clínica*. Revista Rol de Enfermería.
- 28)PACHECO, Germán (s.f.). *Salud mental*.
www.medicinam.com/La%20Salud%20Mental.htm
- 29)PAGANINI, J (1990). *Los sistemas locales de salud: Conceptos, métodos y experiencias*. OMS- OPS. Washington. Páginas 591-624.
- 30)PAREJA, María Eugenia (1993). *Cátedra de Psicología 1*.
Universidad Mayor de San Andrés. La Paz, Bolivia.
- 31)PEREZ, Rafael (2000). *¿Por qué gerenciar la cultura organizacional en las empresas del sector salud?* Revista Asociación colombiana de hospitales y clínicas # 4.
2000http://www.achc.org.co/art_revistas/hospital%20cultura%20II.htm
- 32)REALES, Eduardo y RODRÍGUEZ, Maritza (1985). *Un modelo de psicoterapia breve en pacientes hospitalizados con grave enfermedad somática*. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol. XIV No. 2.
- 33)REPULLO, José y FERNÁNDEZ, Rafael. *La salud pública al servicio de la salud mental*. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. <http://www.urgencias-medicas.org/colabora/aph.pdf>

- 34)RIOS, N., VIDANGOS, A. Y ALFARO, M (2003). *La psicología comunitaria*. Revista Explorando Psicología N° 12. La Paz-Bolivia.
- 35)RODRIGUEZ, J. y PABÓN, H (1981). *Marco conceptual de la investigación aplicada a Servicios de Salud*. Educación, Médica y Social. Vol 15. N° 1.
- 36)ROJANO DE LA HOZ, Ramón (1991). *Fundamentos de Medicina Psiquiatría*. Ed. Carvajal. Colombia.
- 37)RUBIO, M.; ARRIETA, M. y CLEMENTE, P (1989). *Psicoprofilaxis Quirúrgica en Ginecología*. Revista Rol de Enfermería. Vol. XII, No. 130. 1989.
- 38)SÁNCHEZ, Vidal (1991). *Psicología comunitaria, bases conceptuales y operativas*. Ed. PPU. Barcelona-España.
- 39)SARACENO, Benedetto (2002). *¡Abajo los muros de los manicomios!* Barcelona-España
http://www.chile-hoy.de/sociedad/110300_salud_mental.htm.
- 40)SASTRE, Domingo y HENAN, Vince (1990). *¿Cuidados por Actividades? ¿Cuidados por Pacientes?* Revista Rol de Enfermería. Vol. XIII, No. 141.
- 41)SECRETARIA CALIDAD DE VIDA (2001). *Redes educativas salud mental*. Argentina www.cybertech.com.ar/frigerio/scv/saludmental.htm
- 42)SIERRA, Héctor (s.f.). *Salud Mental y Fin de Siglo*. www.lafacu.com/apuntes/psicologia/salud_ment_fin_siglo/default.htm
- 43)WARNES, Ernesto y otros (1968). *Actitud del grupo familiar y segregación del enfermo mental*. Revista Psiquiatría Social, N° 2.
- 44)Tesis de Grado (s.f.). *Calidad de la atención en salud desde una perspectiva de género*.
www.ubiobio.cl/ts/tecnicas/Tesis/ABSTRAC/calidad_de_la_atencion.

BIBLIOGRAFIA METODOLOGICA

- 45)BERLINGUER, Giovanni (1994). *La enfermedad*. Buenos Aires-Argentina.
- 46)CALERO, J (2000). *Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales*. Revista Cubana Endocrinol. Cuba.
- 47)GONZÁLEZ, M. L (1993). *Un acercamiento metodológico a las investigaciones cualitativas*. Primer simposio sobre ciencias de la educación. Guadalajara-México.
- 48)HERNÁNDEZ, FERNÁNDEZ y BAPTISTA (1998). *Metodología de la investigación*. Editorial McGraw-Hill. México.
- 49)TAYLOR, S. y BOGDAN, R (1998). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Ed. Paidós. Distrito Federal-México.

