

A

U

we A

44

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

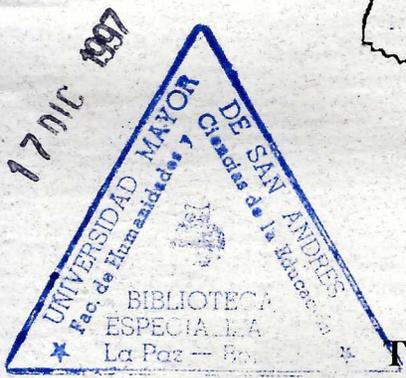
2600

OR CIENCIA

DECANA 10

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]

[Handwritten signature]
[Handwritten signature]



TESIS DE GRADO

**"ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN
 DE LA SALUD MENTAL
 EN LA CIUDAD DE EL ALTO"**

Asesora: Lic. M. S. P Manda Serrudo O.
Proponente: Eliana Martinez Selaya

La Paz - Bolivia
 1997

*A mis padres luceros de mi largo caminar y
por quienes hoy soy, lo que soy.*

*A Rubén quien representará por siempre, en
mi vida la profundidad de mi mar.*

*Y por último a mis sobrinos Paola,
Mariana, Rubén y Gabriel, pequeños
cómplices de mi felicidad.*

Agradecimientos

El aporte, aunque pequeño, para una causa noble, siempre es valioso, cuando se transforma en levadura o energía que cambia realidad.

Es entonces, que no puedo dejar de mencionar a la Lic. Mariuja Serrudo, que con su amistad paciencia y ha demostrado su entrega para con el trabajo de tutora, utilizando incluso al tiempo personal me en justicia a la familia [REDACTED]

Al Dr. Fidel Comana, quien a través de la MS/C S me proporcionó toda la información requerida además de depositar su confianza y respaldo [REDACTED]

Al Dr. [REDACTED] Nacional de Salud Mental por [REDACTED] dq0~14//2~deinVegitill2,0/d [REDACTED]

A todos aquellos, que directa o indirectamente colaboraron en la realización de este proyecto, mi más sincera gratitud, sabiendo que apenas estoy al principio del largo camino y que esto me ayudará a seguir luchando por las propuestas [REDACTED] en/ [REDACTED] Putáccii, o/.

Indice

	Página
CAPITULO I	
INTRODUCCION _____	
1.1. FUNDAMENTACIÓN _____	
1.2. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO _____	9
CAPITULO II	
CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DEL OBJETO DE ESTUDIO _____	10
2.1. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS, DEMOGRÁFICAS Y POBLACIONALES DE LA CIUDAD DE EL ALTO. _____	11
2.2. ESTRUCTURA DE LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD PUBLICA EN LA CIUDAD DE EL ALTO _____	12
2.3. LA PROBLEMÁTICA DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE EL ALTO _____	12
2.4. OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD _____	13
2.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA _____	14
CAPITULO III	
OBJETIVOS _____	16
3.1. OBJETIVO GENERAL _____	17
3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS _____	17
CAPITULO IV	
MODELO TEÓRICO _____	18
4.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN _____	19
4.2. RELACIONES ENTRE LA PSICOLOGÍA Y LA SALUD MENTAL _____	24
4.3. PAPELES PSICOLÓGICOS TÍPICOS DEL ENFERMO: EL DEPENDIENTE, EL ANGUSTIOSO, EL ORGÁNICO, EL MENOR DE EDAD EL QUE ESTA MUY SANO, EL QUE HUYE DEL MEDICO. _____	28
4.4. PAPEL PSICOLÓGICO TÍPICO DEL MÉDICO Y SU ROL TRADICIONAL EN SALUD OMNIPOTENCIA; SUPERIDENTIFICACIÓN, EL MÉDICO ORGÁNICO, EL IMPARCIAL EL AUXILIADOR Y EL AMBIVALENTE _____	31
4.5. VINCULACIONES TEÓRICAS ENTRE LA PSICOLOGÍA MEDICA, SALUD MENTAL Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL _____	35
4.6. CARACTERIZACIÓN DE LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA, LA SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL. _____	39
4.7. NORMAS QUE RIGEN LA ATENCIÓN EN SALUD PUBLICA Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL _____	47
4.8. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL _____	49
4.9. BASES CONCEPTUALES DEL MODELO SANITARIO _____	59

CAPITULO V	
METODO	62
5.1. SELECCION DEL METODO DE INVESTIGACION	63
5.2. PROCEDIMIENTOS	64
5.3. TÉCNICAS	65
5.4. INSTRUMENTOS	65
5.5. DETERMINACION DE LA POBLACION Y LA MUESTRA	66
5.6. FORMULACION DE HIPÓTESIS	67
5.7. DETERMINACIÓN DE VARIABLES	68
5.2.1. VARIABLE DEPENDIENTE	68
5.2.2. VARIABLES INDEPENDIENTES	68
5.8. OPERACIONALIZACION DE VARIABLES	68
CAPITULO VI	
ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS	69
CORRELACION DE VARIABLES	100
CAPITULO VII	
CONCLUSIONES	113
CAPÍTULO VIII	
RECOMENDACIONES	125
CAPÍTULO IX	
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE EL ALTO	131
BIBLIOGRAFIA	138
ANEXOS	144

RESUMEN

La ciudad de El Alto, con un crecimiento poblacional de 9,2 % anual, representa la síntesis de muchas expresiones psicológicas y culturales que producen un perfil epidemiológico particular

A partir de 1995, en esta ciudad, se han incrementado de manera alarmante los problemas relacionados con alteraciones psicológicas las mismas que, convencionalmente, se inscriben dentro del campo de la Salud Mental. En este panorama llama la atención el gran porcentaje de comportamiento suicida, alcoholismo y distimias.

La delimitación temporal de la investigación abarca las gestiones de los años 1995 - 1er semestre 1997. La delimitación espacial cubre, como universo, los centros de salud de la ciudad de El Alto y una muestra, el Hospital " 20 de Octubre", dependiente de la Dirección Departamental de Salud

El personal calificado de estos establecimientos sanitarios comprenden: 30 profesionales, 15 médicos generales y 15 médicos especialistas. De ellos, 28 son de sexo masculino y 2 de sexo femenino.

Los resultados obtenidos muestran bajos conocimientos, por parte de los médicos generales y especialistas, respecto a las especificidades de atención que requieren los problemas de Salud Mental, tanto para el diagnóstico, como para el tratamiento y seguimiento de esta problemática. Comparativamente, los médicos especialistas muestran mayor conocimiento de este tipo de problemas. Se observa, asimismo que, los médicos generales y especialistas, atienden los problemas de Salud Mental con las mismas características de práctica profesional que utilizan para otro tipo de patologías, es decir, priorizando el

carácter biológico de la enfermedad. En muchos casos, los pacientes son derivados a profesionales no psicólogos, como el psiquiatra y la trabajadora social.

Respecto con la demanda de pacientes con problemas de Salud Mental, se evidencia que los médicos especialistas son los que prestan atención diferencial a los pacientes con problemas de salud mental, comparativamente con los médicos generales. Estadísticamente, la mayor demanda poblacional está referida a la atención de depresiones, autolisis (suicidios) y trastornos derivados de la ingesta excesiva de alcohol.

Se deriva la necesidad de incorporar la psicología como parte importante de la Salud Mental y elaborar programas multidisciplinarios de prevención en salud mental, promocionando la función del psicólogo en los equipos de trabajo multidisciplinarios. Se hace necesario el perfeccionamiento actual de la formación profesional del psicólogo, con la incorporación curricular de contenidos relacionados con la Salud Mental.

Se espera que esta propuesta contribuya a generar conciencia del trabajo del psicólogo en el campo de la salud mental, ampliando su espacio laboral. Así, se espera que la psicología llegue a constituirse en un eje de prestación de servicios de salud, tanto en la investigación como en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las personas con alteraciones de Salud Mental.

Queda abierto el reto de construir y fortalecer la nueva imagen y función que deben caracterizar al psicólogo de este tiempo.

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

1.1. FUNDAMENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, por lo cual una de sus funciones es promover la Salud Mental y las relaciones humanas armónicas. A partir de los años sesenta, la OMS tomó conciencia de que las soluciones tecnológicas, no bastaban para reducir la morbi-mortalidad, aun cuando se dispusiera de métodos adecuados para enfrentar una determinada enfermedad.

Por ello, los expertos en materia de salud reconocieron dificultosamente, que la psicología y el comportamiento de la gente son factores determinantes para el éxito de la acción sanitaria. Así lo entendió el movimiento mundial de la Salud que según la Carta de Ottawa (1986) recomendó a los países la adopción de medidas urgentes al respecto.

Según las estimaciones de la OMS/OPS, el alcance de las enfermedades que corresponden al ámbito de la Salud Mental, no ofrece precisiones, aunque sí, se cuenta con aproximaciones derivadas de los datos e información de los servicios correspondientes.

A este respecto, las estadísticas de los centros de salud muestran, entre los casos más atendidos, a las depresiones, neurosis, alcoholismo y otras dependencias químicas. Otras estadísticas están relacionadas con las conductas violentas y estilos inadecuados de vida.

En 1990, la OMS/OPS estableció que un 15 a 20% de la población mundial sufre de algún tipo de trastorno mental. Solo la quinta parte de esta población es tratada por profesionales especializados en salud mental.

La prevalencia de problemas de salud mental en el nivel infantil es similar a la mencionada para los adultos. Se calcula que del 20% de la población afectada, el 2% tiene un trastorno serio, el 7 a 8%, moderado y 10%, leve.

Según la OMS (1990), un mínimo de 45 millones de personas en el mundo, sufre de enfermedad mental severa. 260 millones de personas presentan serios problemas como el alcoholismo y la adicción a las drogas. Se debe agregar, que por lo menos veinte millones de personas sufren de epilepsia y otros doscientos millones están discapacitados por formas menos graves de trastornos psiquiátricos y neurológicos. La OMS estimó que los trastornos mentales crónicos aparecen en cinco de cada mil personas de la población mundial.

En relación con las asociaciones entre los rasgos biológicos y psicosociales de los problemas de salud mental, se encuentra que muchas de las principales causas de morbi-mortalidad están asociadas a determinadas conductas de riesgo como: violencia, abuso en el consumo de alcohol y drogas, obesidad, malos hábitos dietéticos, falta de ejercicio físico, tabaquismo, stress, etc. Es decir, que la discapacidad causada por la enfermedad mental no sólo se debe al aumento de la prevalencia de ésta, sino que puede ser causada también por las condiciones socioeconómicas adversas de la población que aumentan los factores de stress psicosocial.

De acuerdo con los criterios culturales andinos, Xavier Albó, en su libro *"Para Comprender las Culturas Rurales en Bolivia ..."*(1990:113)", plantea que el origen de muchas enfermedades es misterioso y, por tanto, para diagnosticarlas y curarlas, se debiera remitir simultáneamente a explicaciones y remedios de tipo cósmico ancestral, los que incluyen una rica tradición en el manejo de la farmacopea andina y a las prácticas médicas que impuso la Colonia.

En la concepción andina la salud mental se entiende como un sistema de relaciones entre el cuerpo, las varias almas, la sociedad y el cosmos, llenos de seres vivos y reales, como partes inseparables que componen un todo armónico. En realidad, conceptos como "mítico", "mágico" o "sobrenatural", aplicados a las enfermedades y a sus tratamientos, provienen más de la visión dual de cuerpo/alma, típicamente andina.

En la tradición andina se considera al tratamiento de la salud dentro del orden psico-somático, procurando, a la vez, la curación orgánica del cuerpo y la preparación psicológica del paciente para dicha curación, de acuerdo con su mundo de creencias. En la ciudad de El Alto, la medicina andina asume una ideología globalizadora de cuerpo y espíritu, persona, sociedad y cosmos manifiesta en curas naturales, cuidados personales y remedios rituales.

Por esto, cuando el médico de origen urbano llega al campo, con una ideología diferente a la campesina, más materializada, casi mecánica, con curas químicas de indudable eficacia al nivel orgánico, no ingresa en sintonía psicológica con el paciente y su mundo interior. Lo más corriente es que ni siquiera logre comunicarse en la misma lengua del paciente, lengua que es la expresión de las estructuras mentales y de cosmovisión de ambos, dando la impresión de un "diálogo" entre sordos y mudos .

En el ámbito *kallawaya*, se han llegado a detectar unas 980 especies botánicas diferentes, de las cuales un 25 a 30%, cuentan con propiedades efectivas como los remedios de la medicina oficial. Aún cuando existen ciertas similitudes formales entre la farmacología médica andina actual y la traída por los españoles, la etnobotánica de los *kallawayas*, estudiada por **Bastien** (1982), aspecto analizado por **Albó** (1990:113), mostrando que esta "medicina" tiene un sistema muy propio para entender la fisiología del cuerpo.

Supuesto todo lo anterior es natural que exista, en poblaciones heterogéneas y de-carácter migratorio campo - ciudad, como la ciudad de El Alto, cierta "desconfianza" frente al tipo de medicina "occidental".

Por la progresiva incorporación de los modernos paradigmas médicos, se observa un determinado poder del médico sobre la población, debido a que este profesional es un actor social portador de conocimientos con valor de título y de mercado. Pero, no siempre se considera que en la relación médico - paciente existen dos personas, dos realidades, dos identidades y dos formas de concebir la salud mental. Se entiende que, por un lado, se encuentra el enfermo, su estructura psicológica y la enfermedad que lo afecta. Por el otro, el médico, su estructura psicológica y el objetivo que se plantea en el tratamiento del enfermo. A esta división se agrega el contexto cultural, social y económico en el que ambos se insertan. De ello, se desprende la relación médico - paciente ha tenido un desarrollo socialmente condicionado, sujeto a las transformaciones sociales que el ser humano ha experimentado a través de las distintas formaciones económico-sociales.

En la comunidad primitiva, **Thompson**, citado en la *Responsabilidad Civil Médica* de **Acosta** (1990:50), indica que la relación médico-paciente quedaba disuelta en el entorno colectivo y productivo. En las rudimentarias relaciones con la naturaleza los seres humanos estaban en función a las contingencias climáticas y al continuo surgimiento de epidemias y hambrunas, no explicables por el esca-

so conocimiento científico. Por lo tanto, acudía a la explicación sobrenatural de estos fenómenos. De ahí que en la organización tribal, el hechicero, a la vez que intermediario entre las "fuerzas superiores" y la comunidad, era el encargado de la curación de los individuos. Su destreza y especialización en los efectos de ciertos vegetales, hierbas y elementos minerales, desembocaba en el convencimiento, social, como en la "sugestión personal" del paciente.

En la actualidad, tanto el poder del médico, como su cosmovisión citadina y su influencia social, están arraigados en las acciones del resto del personal de salud, determinando que las relaciones entre el médico y el paciente sean de dominio fundamentado en el desconocimiento de la enfermedad, derivado de la pérdida de la comunicación directa cara a cara. En este sentido, parece que en la Ciudad de El Alto el stress se vincula con formas de trabajo muy desgastantes, rutinas de actividades aceleradas y conflictivas, ruptura de las formas de vida solidaria y resquebrajamiento de la vida familiar.

Ferrari, Luchina y Luchina (1990:48-60) abordan el tema de la relación médico - paciente, destacando que: "...el médico admite la "enfermedad" de su paciente, pero el "estar enfermo" (es decir la expresión psicológica de los síntomas) es lo que no puede contener". Estos autores señalan que las fantasías de enfermedad y curación, tienen el matiz propio de los objetos internos del paciente, pero reflejan también una ideología del "estar enfermo", específica de la sociedad en que vive.

Sin embargo, la medicina académica enfatiza y jerarquiza los aspectos técnicos e instrumentales de la acción médica que disocia el fenómeno y separa al "enfermo" de la "enfermedad".

En el marco de la concepción médica positivista, desarrollada durante el siglo XIX, el cuerpo del paciente era estudiado como un "objeto", como una

"máquina" en funcionamiento y con desperfectos biológicos, aislado de su contexto psicosocial. En esta forma de abordaje, la relación psicológica no tenía lugar y era excluida.

En esta perspectiva, la relación psicológica y el contexto social, consideran al paciente como "sujeto", como un hombre enfermo, con sus propios conflictos (en el sentido amplio), como un ser que vive con su enfermedad y se relaciona con su medio.

Georges Canguilhem, (1977:86) sostiene que la medicina es el rechazo de la muerte, del dolor y de la **dificultad para vivir**: "La vida trata de ganarle a la muerte, en todos los sentidos de la palabra "ganar", ante todo, en el de la ganancia como aquello que se adquiere por el juego". De esta concepción se deduce que la angustia de la muerte viene a cumplir un papel movilizador tanto en el paciente como en el médico. La situación dramática que vive el hombre enfermo le aproxima a la muerte, y en la relación con el médico se escenifican las fantasías como elementos de intercambio y circulación entre ambos. El médico y el paciente se aproximan y se confunden; al respecto, **Valabrega**, citado por Canguilhem (1977:86), afirma que el ser médico y el ser paciente, se identifican en algún punto, complementándose en sus necesidades.

Las formas de relación entre el médico y el paciente, pueden ser verbales o no verbales, gestuales e instrumentales. En todos los casos, concurren tanto el médico como el paciente, precedidos de una historia personal, de una forma de ser, con expectativas y motivaciones, las cuales tendrían que confluir en objetivos comunes, aunque esto no siempre ocurre como idealmente se espera.

Por ejemplo, en la ciudad de El Alto, la gente acude a un servicio de salud por trastornos físicos palpables. Sin embargo, subyace en esta búsqueda de apoyo médico un estado de tensión psíquica y emocional que puede representar

un problema real de Salud Mental, que no siempre es diagnosticado e intervenido por razones de diversa índole. De ahí la importancia de conocer las actitudes que asumen los médicos en relación con la atención de los problemas de Salud Mental, en un contexto social específico como es El Alto, con el supuesto de que algunas de las consecuencias negativas del tratamiento aislado pueden evitarse si se toman en cuenta las necesidades biopsicosociales del individuo.

En efecto, se hacen exploraciones repetidas y costosas sobre la causa física de los síntomas, se administran muchos medicamentos que resultan ineficaces y caros. Se deriva a los enfermos a distintos servicios de salud, en una búsqueda infructuosa de tratamiento eficaz; se desaprovechan recursos que escasean. Se suministran a los enfermos fármacos que no siempre son los adecuados y que, incluso, pueden crearles dependencia y agravar los problemas mentales no tratados o encubiertos.

Algunos síntomas psíquicos de la enfermedad mental provocan un comportamiento prejuicioso, en contra de aquellas personas que los padecen, lo que deriva en el rechazo y la estigmatización; pero, lo más grave de esta situación es que, en algunos casos, ni siquiera es detectado el problema, ni las complicaciones psicológicas de la enfermedad, tratándose al paciente como un ser desintegrado de toda su realidad.

Los datos estadísticos de los centros de Salud de El Alto muestran que, en los últimos cinco años (1992-97), se han incrementado los problemas relacionados con la salud mental, como las intoxicaciones por órganos fosforados y la depresión. Sin embargo, son escasos los programas que consideran la atención primaria en Salud Mental con un enfoque psicológico, que es la única manera de lograr la meta de "Salud para todos en el año 2000".

Con estos antecedentes, la presente investigación sirve como una reflexión para reivindicar el trabajo asistencial del profesional psicólogo en el área de la Salud, contribuyendo al perfeccionamiento, a la capacitación de los profesionales psicólogos que cumplen funciones en el área de la Salud Mental. Se espera que el conocimiento objetivo de la realidad de la psicología en el campo de la salud logre marcar el nuevo rol del psicólogo en el sistema de Salud de Bolivia.

1.2. DELIMITACIÓN DEL OBJETO DE ESTUDIO

El propósito de este estudio corresponde al área de la Psicología de la Salud. De esta área se desprende la Salud Mental.

Como objetivo de este problema, se delimitan las actitudes de los médicos, específicamente, sus características .

Con esta contextualización, se determina como propósito de estudio:

Las características de la actitud médica

en la intervención de la salud mental

en la Ciudad de El Alto

El trabajo está espacialmente circunscrito a la ciudad de El Alto, con tres Distritos geográficos representados por Centros de Salud y Hospitales.. Se limita la muestra al grupo de médicos generales y especialistas dependientes de **la Dirección Departamental de Salud (DIDES - La Paz)** y por esta razón quedan excluidos los médicos de servicios particulares, los de la C.N.S. de El Alto, y clínicas particulares.

Temporalmente, en un corte transversal, el estudio comprende el período 1995-1996 y el primer semestre 1997.

CAPÍTULO II

CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DEL

OBJETO DE ESTUDIO

2.1. CARACTERÍSTICAS GEOGRÁFICAS, DEMOGRÁFICAS Y POBLACIONALES DE LA CIUDAD DE EL ALTO.

La ciudad de El Alto se encuentra a una altitud promedio de 4.080 m.s.n.m. La temperatura promedio anual es de 7.78 °C; la extensión territorial aproximada es de 45 Km. de área urbana y 1.200 Km. de área rural.

Según proyecciones del I.N.E. se estima la existencia de 620.000 habitantes y se prevé que el año 2.000 la población se incrementará hasta 1,043,316 habitantes aproximadamente, para el presente estudio se toma como referencia los datos oficiales del Censo de Población y Vivienda 1992 cuyos resultados muestran un total de 405.492 habitantes, de los cuales 202.502 son hombres y 202.990 mujeres).

A cerca del idioma los datos del Censo de 1992, muestran que de ésta población el 34.8% hablan castellano, 2.9% sólo aymara, 00.1% sólo quechua y 2.2% hablan dos idiomas de manera combinada.

2.2. ESTRUCTURA DE LA PROBLEMÁTICA DE LA SALUD PÚBLICA EN LA CIUDAD DE EL ALTO

Los cambios poblacionales producidos en Bolivia durante las dos últimas décadas estuvieron caracterizados por migraciones campesinas hacia las ciudades y por procesos de urbanización, principalmente en La Paz, Santa Cruz y Cochabamba. Miles de campesinos, imposibilitados de continuar explotando sus escasas y agotadas tierras, optaron por trasladarse a las ciudades, llevando consigo su bagaje cultural, ilusiones y esperanzas por una vida mejor y ofertar lo único ofertable: su fuerza de trabajo.

Según Gole (1987), citado por Godofredo Sandoval en la *Ciudad Prometida* de 1989:45), la masiva presencia de la población de origen campesino en El Alto (migrantes antiguos o recientes) influye fuertemente en sus formas de inserción en el medio urbano y en la conformación sociocultural de sus habitantes, que conforman un crecimiento poblacional de 9.2 por ciento.

En cuanto a la atención de salud, El Alto presenta la relación de cuatro médicos por cada 10.000 habitantes y un solo hospital con treinta camas para toda la población alteña (DIDES, 1996).

2.3. LA PROBLEMÁTICA DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LA CIUDAD DE EL ALTO

Las estimaciones nacionales realizadas en Bolivia el área de la discapacidad, muestran se que encuentra distribuida de la siguiente manera:

Discapacidad física	3.0 %	190.000 hab.
Discapacidad mental	3.0 %	190.000 hab.
Discapacidad sensorial	3.5 %	224.000 hab.
Otras discapacidades	0.5 %	32.000 hab.

Asimismo, se calcula que más del 60% de los afectados pertenece a las regiones rurales y suburbanas. Obviamente, los afectados tienen una relación directa con la pobreza. De acuerdo con las mismas aproximaciones, resulta alarmante que menos del 1% de los discapacitados (en sus diferentes niveles), reciba atención en instituciones especializadas y centros de rehabilitación, de acuerdo a lo informado por la S.N.S. (1996:4)

Antes de 1996, la situación de la Salud Mental en la ciudad del El Alto era de completo desconocimiento por parte de los pobladores y personal que presta servicios de salud. Los únicos centros de referencia eran, el Servicio de Psiquiatría del Hospital de Clínicas de la ciudad de La Paz y el respectivo de la Caja Nacional de Salud.

A través del tiempo y de las transformaciones del gobierno del Lic. Gonzalo Sánchez de Lozada, se descentralizaron los Servicios de Prevención y Salud Mental, sobre todo con el objetivo de prevenir el consumo de drogas. Así, se constituyó el servicio de Salud Mental en el Hospital 20 de Octubre, como el centro de referencia para la ciudad de El Alto. Recién a partir de la puesta en marcha de este nuevo servicio se identificaron las necesidades de la población en relación con los problemas de la Salud Mental.

2.4. OFERTA Y DEMANDA DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD

La ciudad de El Alto cuenta con:

1 Hospital con 30 camas que pertenece al Min. de Salud y Prev. Social.

1 Hospital que apoya a la Iglesia Católica - (Privado)

18 Puestos Médicos, dependientes de la DIDES La Paz

12 Consultorios de Organismos Gubernamentales.

1 Hospital de la Caja Nacional de Salud (75.000 asegurados).

Porcentualmente, la asistencia a centros de salud y otros, según la Unidad Sanitaria (1993:22), se distribuye de la siguiente manera:

Puestos médicos públicos	28%
Automedicación	25%
Médicos particulares	21%
Asegurados (C.N.S.)	16%
Kallawayas	6%
Consultorios de Cooperativas	2%
Consultorios de ONG's	0.3%
Promotores de salud	0.1%
Otros	2.5%

Además, en la ciudad de El Alto se dispone de 3 centros de Salud

2.5. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

En base a en las condiciones expuestas en el planteamiento del problema, se delimitan las siguientes preguntas esenciales:

¿Qué importancia otorga la comunidad médica de El Alto, a la atención de la problemática de la Salud Mental puesto que, tradicionalmente, la prioridad del profesional médico ha estado centrada en el enfoque biológico?

¿Cuál es el nivel de conocimientos del médico en relación con la Atención Primaria en Salud Mental?

¿Cuál es la conducta que asume el médico frente al paciente en la detección e intervención de los problemas de Salud Mental?.

- ¿Cuál es la demanda poblacional para la atención de problemas en Salud Mental, en la ciudad de El Alto?

¿Cuál la oferta de servicios de salud mental que prestan los centros de salud en la ciudad de El Alto a los pacientes con problemas de salud mental?.

- ¿Cuál es el perfil epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de El Alto?.

CAPÍTULO III

OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar las características de la actitud de los médicos en la ciudad de El Alto, respecto a la atención de los problemas de Salud Mental.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- A. Establecer relaciones entre el nivel de conocimientos que poseen los médicos de la ciudad de El Alto y la actitud asumida por ellos en problemas de Salud Mental.
- B. Identificar las características de la actitud médica en la relación médico - paciente, con referencia a la detección, terapia y seguimiento de los problemas de Salud Mental.
- C. Determinar la oferta y la demanda de atención en Salud Mental en la ciudad de El Alto.
- D. Establecer el perfil epidemiológico que caracteriza a la atención de Salud Mental en la ciudad de El Alto.

CAPÍTULO IV
MODELO TEÓRICO

4.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

No se tiene mucha información a cerca de las investigaciones realizadas en Bolivia sobre el tema de salud mental, con enfoque psicológico.

Se registra un solo trabajo que fide realizado en 1987 por el Departamento Nacional de Salud Mental y la Universidad Católica Boliviana denominado "*Frecuencia de Casos Psicológicos y Psiquiátricos en Consultas Médicas Formales*" (1987:1-10), cuya conclusión es la siguiente: "Clínicamente, la práctica médica normal del hospital general adolece de una serie de errores de diagnóstico provenientes de la relativa importancia que se atribuye a la patología mental, en comparación a otro tipo de patologías "más frecuentes" en los servicios médicos del sistema de atención nacional".

La casuística observada corresponde a los niveles endémicos del área andina, y, en general, a todos los países sub-desarrollados.

No parece existir duda alguna sobre la importancia de los Síndromes conversivos (1.41%), como tampoco parece existir motivo de duda en referencia al alcoholismo (1.30%) que alcanza las mayores tasas prevalentes.

En cuanto a la psicosis, el valor establecido es considerablemente bajo en referencia a otros trabajos realizados a nivel regional, continental y mundial, que establecen una prevalencia de alrededor de 1%. En este caso, se encontró una tasa de 0.28%. Probablemente, las dificultades diagnósticas influyan en este resultado que, sin embargo, no deja de ser elevado para la consulta médica normal.

De igual manera llama la atención, la alta prevalencia de distonía neurovegetativa (1.02%), en la que la variable sexo no parece influir en forma considerable.

Debe notarse que la intoxicación por raticidas está altamente asociada a intentos de suicidio, consecuentemente, la tasa observada (0.84%) resulta alta.

Se observa que, como en todos los estudios epidemiológicos, la morbilidad es superior en mujeres, con una diferencia apreciable con relación a los varones.

El conjunto de la información expuesta revela, con claridad, la necesidad de desarrollar programas de salud mental.

Otra investigación realizada en Bolivia fué la de Arturo Cardona (1989), que elaboró un estudio médico psicológico del bocio en una población del área rural del departamento de Cochabamba con 120 niños. Fueron estudiados diversos aspectos clínicos epidemiológicos, principalmente, en relación a las perturbaciones psicomotrices que presentan con mayor frecuencia los sujetos que padecen de bocio endémico e hipotiroidismo. En este trabajo se concluye que:

El bocio endémico, cuya manifestación clínica es el agrandamiento de la glándula tiroides, no es sólo un problema estético, sino que está asociado epidemiológicamente con el cretinismo endémico, la sordomudez y el retardo mental.

Bolivia como país mediterráneo, está considerado como un territorio potencialmente bocígeno. El agua, contiene altas concentraciones de calcio, que interfiere la unión del yodo en la función tiroidea. La tasa de consumo masivo de Calcio, Yodo y Litio conlleva a un problema que ha sido identificado como bocígeno.

El test Bender indica que, el nivel de maduración visomotora, no corresponde a la edad cronológica, en un alto porcentaje, obteniendo también, índices manifiestos de sospecha de lesión cerebral.

En Latinoamérica, se realizaron, otras investigaciones importantes, como, la titulada *"El Médico de la familia y el componente socio psicológico de la Atención integral"* que fué presentada en el II Congreso Nacional de Psicología de la Salud en Cienfuegos, encomendada a Roberto Méndez y sus colaboradores (1985:11 documento mimeografiado), que concluye en que:

"Las relaciones médico-pacientes y médico-familia tienen un carácter históricamente determinado, pues cada formación económico-social, se ha regido por el estado de las relaciones entre la clase dominante, que acapara los principales elementos de la atención, mientras que los productores, desposeídos del fruto de su trabajo carecían también de las ventajas que ofrecía el constante desarrollo en el terreno de la salud".

También agregan que: "La atención médica integral es aquella que considera al individuo como una unidad de factores biológicos, psicológicos y sociales, que merece una atención preventiva-curativa, que vele por el equilibrio de cada componente en relación con los demás".

Es necesaria una formación adecuada para el personal de salud que debe dispensar atención específica.

Para modificar las estructuras tradicionales son necesarios, no sólo algunos cambios en los programas de estudio, sino estrechar los vínculos del personal médico y la constante superación de estos profesionales.

La interconsulta psicológica es el aspecto más visible de la actividad del psicólogo en el Plan de la Familia. A partir de la realización de dinámicas de familia, de grupo, escuelas de padres y otros trabajos con el objetivo de preservar la salud mental de la comunidad.

El papel del psicólogo junto al médico de familia tiene un carácter orientador y de consejería, porque ambos son capaces de aportar diversas técnicas que facilitan la elevación del nivel de la atención en Salud.

La labor del psicólogo en el Plan de Familia, se proyecta al futuro, no sólo en el aspecto preventivo asistencial, sino en el formativo educativo; el profesional de la psicología debe ser un elemento importante en la formación del personal médico, fundamentalmente en la socialización de sus conocimientos.

El nuevo sistema de medicina comunitaria, hace que un médico atienda determinada área, con un reducido número de familias, permitiendo así el avance en la atención biopsicosocial al paciente. Pero aún no existe una adecuada preparación del personal de salud para esta problemática, lo cual influye en la concepción del paciente como un ente aislado. Resulta, especialmente notoria la débil formación de los médicos en la disciplina de Psicología de la Salud.

Con frecuencia, el cambio repetido de médico tiene su origen en una insatisfacción de los enfermos, provocada por las condiciones psicológicas desfavorables en las que se sitúa la relación médico-enfermo.

Los rigurosos estudios estadísticos realizados en 1958 en Londres por Shepard y sus colaboradores y confirmados por otros estudios, han puesto de relieve que, en el conjunto de las consultas de los facultativos de medicina general y de los especialistas, alrededor de un tercio de ellas están motivadas por trastornos psíquicos (38% en consultas de hospitales, 28% en consultas privadas). Lo más frecuente es que se trate de trastornos neuróticos, generalmente, como reacción de los conflictos familiares o sociales.

Los enfermos llamados "funcionales" siguen en este estado, a veces, durante meses sostenidos, mientras dura su baja del trabajo, usando tranquilizantes y terminan, a menudo, después de haber visitado a numerosos médicos, por consultar a un psiquiatra.

Otra investigación pertinente, fue realizada en 1987, en México, por Saraceno y **Cols** a fin de detectar la capacidad de los médicos generales para identificar a pacientes psiquiátricos. Se determinó la frecuencia de consultas de salud mental en la Atención Primaria de Salud y la relación entre conducta terapéutica, cuadro clínico y accesibilidad a los servicios especializados. Los resultados del estudio indicaron que:

El porcentaje de identificación de pacientes con problemas de salud mental por parte de los médicos generales era muy bajo (2,3%) en relación con datos de otros países. La principal conducta terapéutica en la consulta médica general era la farmacológica, aún en pacientes que podían ser manejados con intervenciones de otro tipo.

La investigación realizada por Gracia y sus colaboradores en 1988, en relación con la *Prevalencia de enfermedades neurológicas en la sociedad*. Investigó la prevalencia de enfermedades Neurológicas en el Corregimiento de Belisario Porras, Distrito de San Miguelito. Luego de un análisis piloto, establecieron

Entre los contrastes de la sociedad esclavista, se pueden citar que los reyes y la nobleza, tenían médicos de cabecera a quienes se confiaban no sólo las habituales enfermedades, sino el cuidado de su tranquilidad espiritual e inclusive participaban en las campañas guerreras de sus amos. Hipócrates llegó a establecer un código ético con las obligaciones de su profesión, por ejemplo lo forzaban a rechazar presentes del enemigo y guardar los secretos de sus pacientes.

Al advenimiento del capitalismo, la medicina se benefició con los progresos de otras ciencias que se consolidaron durante las etapas del Renacimiento y con la Ilustración. Los descubrimientos de Miguel Servet, Vesalio, Ambrois, Paré, y otros, la sustitución de la anatomía teórica aristotélica por la disección de cadáveres y el progreso de la farmacología, permitieron que el médico adquiriera un papel más importante en la sociedad, a pesar de los continuos ataques que recibieron del clero. Paulatinamente, los servicios médicos adquirieron un carácter mercantil. La profesión médica pasó, por tanto, a ser cada vez más un medio de ganarse la vida.

Para establecer la responsabilidad de la conducta culposa en el ejercicio de la medicina, se han vertido numerosas teorías que, los facultativos, tratadistas y tribunales, las han agrupado por sus características más notorias de la siguiente manera:

- 1) Los que propugnan la irresponsabilidad absoluta, sostienen que el médico no es responsable, ni penal ni civilmente, por los perjuicios que pueda sufrir un paciente, como consecuencia de su actividad profesional. Las razones más comúnmente esgrimidas como fundamento de esta posición son: a) el carácter conjetural de la medicina que no es una ciencia exacta, exponen a quienes ejercen a cometer errores y a enfrentar los riesgos inherentes; b) la presunción de capacidad que emerge del diploma académico que confiere la idoneidad necesaria y suficiente a quien lo posee; c) acep-

tación de la responsabilidad de los médicos significaría un perjuicio para los enfermos, porque estarían restringidos de gozar de mejores servicios, si el médico estaría coartado en su actividad por el temor de ser sometido a un futuro proceso de responsabilidad; d) el poder jurisdiccional carece de conocimientos médicos suficientes para juzgar la conducta de un profesional, al no poseer la preparación científica requerida para apreciar los errores médicos con criterio y precisión.

- 2) Otras opiniones, se dirigen a aceptar la responsabilidad del médico sólo cuando ha procedido con intención dolosa (manifiesta intención de causar daño) o ha incurrido en culpa grave.

Posteriormente, la Medicina comenzó a estrechar vínculos mayores con la psicología y la salud mental. En el entendido que las actitudes o convicciones constituyen formas organizadas de pensar, sentir y actuar ante los objetos, fenómenos y personas o grupos. Se forman a lo largo de la vida, por lo que son el producto de un largo proceso de socialización por el que atraviesa todo ser humano, es el resultado del aprendizaje, de la experiencia, del incesante intercambio social que se opera en el individuo a lo largo del proceso de transformación de la realidad objetiva.

Las relaciones entre la Medicina, la Psicología y la Salud Pública, se fundamentan en ciertos parámetros conceptuales. Entre ellos:

El Objeto: Aquello frente a lo cual el sujeto reacciona. Pueden ser: personas, instituciones, ideas, objetos, tratamientos, etc.

Dirección: Va desde la aceptación total hasta el rechazo más profundo; indica una actitud a favor o en contra de algo.

que, respecto de la prevalencia de las principales enfermedades neurológicas que incluían migrañas, epilepsia, enfermedad extrapiramidal, neuropatía periférica, enfermedad cerebro vascular y retardo mental; de un total de 955 habitantes entrevistados; 1,000 habitantes padecían de migraña 12.7%, epilepsia 22.5%; neuropatía periférica 21.4%; retardo mental 9.6%; enfermedad cerebro vascular 7.5% y enfermedad extrapiramidal 4.3%. Estos resultados demuestran la alta prevalencia de las enfermedades neurológicas.

4.2. RELACIONES ENTRE LA PSICOLOGÍA Y LA SALUD MENTAL

En todas las formaciones sociales, alguien siempre se ocupó de atender las contingencias que afectaban la salud del ser humano, ya fueran heridas o enfermedades.

La medicina al estar tan estrechamente vinculada a la vida, a la muerte y al dolor, obligó a establecer ciertas normas que regularan la conducta de los encargados de combatir las enfermedades o velar por la salud. Así, Hamurabi (2400-2000 A.C.) uno de los más grandes Reyes que tuvo Babilonia, estableció un código con penas severísimas (inspiradas, en realidad, en la Ley del Talión) para el médico que, entre otras causas, no atendiera con la prudencia y cuidados necesarios, al paciente. Muchos autores coinciden en considerar que ésa fue la primera vez que se estableció la responsabilidad penal y civil del médico.

Con el surgimiento del excedente económico y la organización de la sociedad en clases antagónicas, se fortaleció una clase sacerdotal, que conocía ciertos secretos médicos, como se ejemplifica en los cultos griegos al dios Asclepios o Esculapio. Pero, el relativo desarrollo de las ciencias particulares, permitió el avance de la medicina como especialidad no teológica, aunque fuertemente permeada por ella.

Intensidad: Implica la fuerza de la dirección; en qué medida se quiere o acepta; se odia o se rechaza.

Afectividad: Es el carácter emocional que involucra el paciente en su relación con la enfermedad y el personal médico.

Cognositividad: Constituida por los conocimientos que el paciente posee acerca de su proceso de salud enfermedad.

Conatividad. Se refiere a la forma de actuar: de ayuda, si está a favor y de agresión, si está en contra.

Cuando hay correspondencia lineal entre estos componentes, se dice que la actitud es consistente. A veces hay contradicción entre ellos, entonces la actitud es inconsistente. Por ejemplo, una mujer sabe lo que es el cáncer, y que haciéndose la prueba citológica se puede detectar a tiempo cualquier proceso maligno en el útero. Si hace esto, tiene una disposición positiva hacia su ginecólogo y hacia su hospital; de lo contrario, se dice que su actitud es inconsistente.

También influye en la relación médico - paciente, la selectividad perceptual, a través de la cual se percibe con prioridad aquello que está en consonancia con las características socio educativas y personales del sujeto.

Se puede observar una conducta de retiro, cuando el individuo no participa de aquellas situaciones que para él tienen un significado desagradable, doloroso. Por ejemplo, el sujeto que teme a la "maquineta" del estomatólogo, tiende a rehuir no solamente a la clínica, sino también cualquier artículo o literatura sobre el tema de su desagrado.

Por todas estas relaciones, se entiende que, cualquier enfermedad orgánica primaria ocasiona secundariamente una alteración psíquica y social en el paciente; tanto más intensa cuanto más grave sea la enfermedad.

Los pacientes con enfermedades psicosomáticas, en sentido estricto (por ejemplo, ulcus, asma, determinadas enfermedades cutáneas, anorexia, adiposidad, colitis, enfermedades coronarias, enfermedades reumáticas, etc.) tienen, por lo general, resistencias manifiestas al contacto con los simbolismos de la medicina tradicional.

4.3. PAPELES PSICOLÓGICOS TÍPICOS DEL ENFERMO:

El dependiente, el angustioso, el orgánico, el menor de edad, el que está muy sano, el que huye del médico

Las características clásicas del comportamiento de los pacientes son tema de la psicología médica y social porque las características de su actitud son determinadas por factores sociales.

Según las definiciones explicadas en el texto: *Psicología Médica de Delay y Pichot, Parsons* (1989:73), el status y los roles del médico y del paciente están relacionados entre sí de forma complementaria.

El rol del médico se caracteriza, según **Martín Gross** (1968:321) como: "la competencia técnica, posición universalista, especificidad funcional, secreto médico, desinterés y neutralidad afectiva. Por esto, en general, los pacientes tienen miedo del médico, del diagnóstico o de las técnicas dolorosas, que representan la potencia ilusoriamente hipervalorada. Se someten al ritual de la espera, ofreciendo su anamnesis, su cuerpo y relatando sus experiencias íntimas".

Frecuentemente, el curso de la información es unilateral. El paciente expresa al médico, que confía en el conocimiento y la discreción profesional. Se somete paciente y estoicamente a todas las normas declaradas y establecidas por éste; al médico que según él, es quien esclarece la verdad, es decir en la búsqueda

de la causa de las molestias, e intenta disminuir o eliminar las molestias mediante medidas terapéuticas. Los pacientes están dispuestos a someterse confiadamente y sin resistencia a las correspondientes normas.

El enfermo no sólo cree que el médico tiene poder sobre él; sino que espera, sumisamente, la omnipotencia del médico. Estas esperanzas del paciente se - conjuncionan en el sentido de un prejuicio de prestigio social generalizante, dominancia agresiva y potencia real del médico. Los pacientes tienen una representación de la génesis de sus molestias y, en dependencia de la misma, muestran determinadas esperanzas sobre un tratamiento. Estas teorías subjetivas de los pacientes son expresión de una situación influida por los conocimientos empíricos sobre su enfermedad y por la valoración social de la misma. Las posiciones vienen conformadas por las características de la personalidad del paciente y por sus experiencias previas con la medicina.

La gran mayoría de los pacientes espera del médico: contacto, atención y apoyo. De no recibirlo, se sienten solitarios, aislados y depresivos. Psicológicamente, se consideran enfermos y temerosos.

A esta situación psíquica de depresión y miedo pertenece una serie de correlatos corporales. Es decir, trastornos funcionales vegetativos del estómago, del sistema cardiovascular, del tracto digestivo, de los órganos respiratorios y de la cabeza. Frecuentemente, el paciente muestra al médico, ya en la primera entrevista, alguno o una serie de estos trastornos, a fin de transmitir su desamparo. Los pacientes, en su generalidad, exageran sus molestias corporales. Ya que en su situación de dependencia, de miedo, de inseguridad, de timidez y de retracción social, necesitan al médico como persona con quien establecer un contacto. A menudo, muestran una posición de acercamiento con la esperanza de que el médico satisfaga su necesidad de contacto. En su búsqueda dependiente, son suges-

tionables. Así, por ejemplo, la sola prescripción de un medicamento supone para estos pacientes un símbolo de contacto vivenciado como mágico.

El paciente espera del médico que, previamente lo ha explorado y en caso de necesidad, lo envíe a otro facultativo con conocimientos más específicos y que pueda corroborar al primer médico. Por esto, con frecuencia, en su anamnesis, los pacientes refieren gran número de contactos con los diversos médicos prácticos, especialistas y clínicos.

Asimismo, el médico, espera que el paciente tenga una enfermedad definida y que esté dentro de su especialidad o de la de un colega. SHEPHERD en Kretschmer Ernesto (1973:307), en un ambulatorio quirúrgico, encontró que, de los enfermos somáticos, aproximadamente el 80% tienen intensos problemas psíquicos y sociales como consecuencia de su enfermedad. Así ratifica a PASCHOTTA, que afirma que estos síntomas están en relación con la estructura de la personalidad.

Algunos pacientes esperan del médico que, con su autoridad, ordené activamente las circunstancias vitales, subjetivamente vivenciadas como desordenadas. Estos pacientes acentúan su minusvalía social, es decir, se muestran tal como sería de esperar en la psicopatía correspondiente (SCHNEIDER, 1955:113). Es decir se identifican con el rol del cordero expiatorio (RICHTER, 1969) con la manifestación de características sociales no deseables. Al mismo tiempo se sobreidentifican con las normas morales generales, negando decididamente como causa de sus molestias, el abuso de medios de placer y de medicamentos.

Un grupo numeroso de pacientes que, objetivamente, padecen una enfermedad corporal, suelen negar esta enfermedad; hablan de "resistencia frente a las propias debilidades", según Delay y Pichot (1986:80).

Según estos autores, la negativa de acudir al médico es la forma típica de la resistencia frente a la enfermedad. Según las investigaciones epidemiológicas, muchos pacientes nunca establecen, o sólo muy tardíamente, contactos con los médicos (MOELLER, 1972). Esto es válido especialmente en los pacientes con enfermedades de causa psicosocial.

En relación con las expectativas de los pacientes, se considera que se caracterizan por desconfianza, rechazo y evitación. Frecuentemente, la desconfianza se dirige, de forma global, contra los médicos; cuando los pacientes se ayudan mediante autodiagnósticos y autotratamientos, basados en consejos de los pacientes, enfermeras, farmacéuticos, sacerdotes y curanderos. Generalmente, el acudir al médico es un hecho que está al final de una serie de intentos de encontrar ayuda en los profanos y semiprofanos. Este comportamiento es independiente de la gravedad de una enfermedad somática o psíquica.

Cuando el paciente es decepcionado en las esperanzas que había depositado en el médico, por lo general, suele romper el contacto. Las esperanzas y posiciones típicas son más o menos dependientes de la capa social y diferentes según los distintos status subsociales. La adopción de diferentes actitudes o reacciones frente al médico, también es diferente por la ubicación en la escala social del paciente.

4.4. PAPEL PSICOLÓGICO TÍPICO DEL MÉDICO Y SU ROL TRADICIONAL EN SALUD

Roles típicos del médico: omnipotencia, **superidentificación**, el médico orgánico, el imparcial, el auxiliar y el ambivalente

Balint en 1966 demuestra que la actitud que asume el médico en una consulta general se identifica en el 87% de los casos con un rol autoritario y en el 43

con una autoridad indeterminada. Mediante su personalidad, el médico crea una atmósfera individual. El espera que los pacientes se sometan a esta atmósfera. La mayoría de los médicos poseen una representación inalterable del comportamiento que debe mostrar el paciente.

Los estereotipos y signos del status del médico son muy conocidos: la bata blanca sobre el traje blanco o las batas blancas abotonadas hasta arriba y los pantalones blancos. Medio oculto, pero, sin embargo, claramente perceptible, todo médico lleva colgado un estetoscopio (SANDROCK, 1968 y M. GROS S 1968).

Según KRETSCHMER (1973:387); el grado del doctorado médico es un "símbolo de status obtenible con un esfuerzo científico relativamente escaso". El personal de un hospital lleva, por lo general, vestidos blancos, aunque con diferentes características, no puede ocurrir que el paciente no identifique fácilmente al médico, aunque no conozca el nombre de éste.

Entre los médicos, la estructura autoritaria se establece mediante un orden jerárquico. El status social de los médicos parece correlacionarse con el prestigio social y los elevados ingresos económicos.

Específicamente en el trabajo de la Salud Mental, se espera que el médico consiga un acuerdo con los pacientes, ya que, de lo contrario, no tendrá lugar un tratamiento. Por otra parte, el médico debe adoptar la discriminación social de las enfermedades psíquicas, puesto que un elevado porcentaje de todas las enfermedades es de causa psicosocial. Aunque no se crea lo suficientemente competente para su tratamiento. (SANDROCK, 1968)

Sin embargo el rol del terapeuta suele ser, el de médico orgánico cuando desprecia a los psicoterapeutas y médicos psicológicamente orientados. Según investigaciones, el estudiante de medicina principia sus estudios de una forma

idealista y abierta. Para adquirir, con el tiempo, el rol del administrador evitador de contactos, conocedor de métodos, diagnósticos y terapéuticos, para contrarrestar la enfermedad.

Psicológicamente, la estructura básica expuesta del rol médico contiene diversas formas típicas que proceden del rechazo, del miedo del paciente ante la omnipotencia del médico. El médico y el enfermo utilizan, en el proceso de conseguir un acuerdo con arreglo a la terapéutica, determinadas formas de rechazo al miedo con el intento de evitar las dificultades emocionales de la distribución asimétrica de los roles.

Según la documentación de SPIEGELS (1972) y de las posiciones de importantes representantes de las sociedades médicas, la superidentificación con la omnipotencia médica está todavía ampliamente difundida, por privilegios de clase. La superidentificación, se manifiesta en que se tiene en cuenta una ideología de complementariedad armónica entre el médico y el paciente. El paciente desea al "dirigente soberano" (GEIGER, 1972) y está "dispuesto a la obediencia" y desea "ser dirigido" y poder "obedecer". Los dependientes angustiados y los menores de edad esperan un médico lo más fuerte y potente posible.

El médico espera "dirigir", "ser obedecido" y tener "poder".

Puesto que el paciente ofrece solamente partes de su cuerpo como objeto, se muestra al médico sólo de modo parcial. A este respecto, el médico y el paciente pueden considerar a la enfermedad como un objeto, condición razonable en las enfermedades corporales claramente definibles.

En las enfermedades psíquicas, la coincidencia del médico y del paciente sobre un diagnóstico somático puede posibilitar al paciente, un rol de enfermo legitimado. Que permite frente a su familia, vecindad y colegas del trabajo, una

explicación médicamente aceptada de sus molestias y síntomas incomprensibles por el medio ambiente, aun cuando, subjetivamente, él mismo dude de la corrección del diagnóstico.

Según DELAY y PICHOT (1970), las enfermedades siempre tienen una causa declarada, según las representaciones existentes: o bien son exógenas, como, por ejemplo: las influencias negativas de los seres sobrenaturales, la insuficiente higiene, bacterias, virus o, endógenas, como por ejemplo: los patrones hereditarios, los defectos atribuidos al del carácter.

El paciente pasivo suele confiar más en el médico vivenciado como omnipotente, que en sus propias sensaciones, de las que puede llegar a dudar. Ya que él no puede dudar de las pautas establecidas en la medicina, durará de su propia identidad. La sumisión de los pacientes bajo obsesión de imparcialidad, se amplía con la progresiva tecnificación de la medicina. Se esperan enfermos pasivos y pacientes que se sometan a los múltiples, frecuentes y desagradables métodos de exploración y tratamiento.

Según BECKMANN, los terapeutas tienen un rol de omnipotentes, desarrollan la ideología de la ayuda porque, con demasiada frecuencia, pueden vivir la contradicción que existe entre las elevadas esperanzas de los pacientes y las posibilidades médicas. Especialmente, los médicos que tratan diariamente enfermedades graves, conocen bien esta contradicción. En su generalidad estos médicos desarrollan una posición depresiva, resignada y proyectan su propia impotencia a los pacientes. Vivenciando a los mismos como depresivos angustiados y desvalidos, independientemente de cómo el paciente se comprenda a sí mismo y a su situación.

Cuando el terapeuta se considera con poco éxito en su rol médico y al mismo tiempo, quisiera ser omnipotente; suele considerar a sus pacientes como

enemigos potenciales (BECKMANN, 1973). En esta constelación, los pacientes son, para el médico, órganos de control.

4.5. VINCULACIONES TEÓRICAS ENTRE LA PSICOLOGÍA MÉDICA, SALUD MENTAL Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Surgimiento y concepto de la psicología médica

Perez, Tamayo Ruy (1987:131), define a la psicología médica como espacio "la ciencia práctica que, abarca cuantos problemas y cuestiones psicológicas son de importancia para la comprensión y el tratamiento racional de los enfermos, así como para conseguir el bienestar psicofísico y psíquico de la humanidad"

Por su parte, el doctor Bustamante (1972: en Cook, J. Sue 1990:29), la valora como: "la disciplina que se ocupa del estudio de los factores psicológicos que, intervienen en las distintas manifestaciones de la práctica médica; es decir, como la aplicación de la psicología a la medicina". Pero la amplitud y el significado de los objetivos de esta ciencia, dependen del enfoque con que se aborde el término práctica médica. Si se valora al médico como protagonista único, y la curación como objetivo exclusivo de su gestión, puede decirse que la psicología médica se ocupa del estudio de los aspectos psicológicos del médico en ejercicio, su relación con el paciente y el propio paciente en la situación de enfermedad.

Sin embargo, un enfoque más amplio, permite incluir dentro el concepto de práctica médica, la gestión del equipo de salud en sus niveles profesional, técnico y auxiliar, y destacar entre sus objetivos: la promoción y protección de la salud, la comprensión humana de la enfermedad, la valoración epidemiológica y clínica de las enfermedades, la terapéutica, la rehabilitación, la investigación, la docencia y la administración.

Desde una perspectiva más psicológica, la psicología médica es la rama de la psicología aplicada que se ocupa del estudio de los aspectos psicológicos relacionados con el ejercicio interdisciplinario e integral de la medicina y, del estudio de los aspectos psicológicos de la problemática salud-enfermedad y su atención específica.

La historia de la psicología médica está estrechamente relacionada con el desarrollo de la medicina como ciencia y fundamentalmente, con la psiquiatría, con las investigaciones psicológicas y con los conocimientos acumulados acerca del cerebro y sus funciones.

En el siglo XIX, fué publicada una serie de trabajos que sentaron las bases para el comienzo de la patología médica, como rama independiente del conocimiento científico (Reil, 1818, Fridreich. 1834).

Desde sus inicios, la psicología médica expresó claramente la lucha entre las tendencias idealistas y materialistas en la medicina. Los representantes de la primera tendencia fueron llamados psíquicos. Los segundos, somáticos. La "lucha" entre los psíquicos y los somáticos concluyó con la victoria de los somáticos, al reconocerse el fundamento natural basado en la medicina.

A mediados del siglo XIX, se publicó el libro "*Psicología médica*", de **Lotze**, y unos años después salió a la luz la obra de **D.H. Tuke** *Medicina Psicológica*. Estas publicaciones constituyen un resumen de la historia de la psiquiatría y de la naciente psicología médica, así como del estado de los conocimientos en estas disciplinas hasta entonces.

A principios del siglo XX, aparecieron varias monografías que abordaban el objeto de estudio de la psicología médica, como por ejemplo, en 1908 el libro de **Witmer** "*Clínica psicológica*". En la misma época surgió una corriente relacionada

con el desarrollo de la psicoterapia que tuvo una gran importancia en la formación de la psicología médica, como rama particular del conocimiento científico. Surgida y desarrollada, al igual que el resto de las ciencias, debido al influjo de las transformaciones de las condiciones socio-económicas, históricamente determinadas.

A principio del siglo XX se inició el desarrollo de la psicología médica, como ciencia independiente y el principio del creciente grado de especialización en la medicina, bajo la sombra y el amparo de las corrientes ideológicas predominantes en la sociedad burguesa de Europa.

También, a finales del siglo XIX surgió el Mesmerismo; corriente que se basaba en el llamado "magnetismo animal". Esta concepción constituyó el primer intento de fundamentar el fenómeno hipnótico. Una comprensión más profunda del hipnotismo, fue obtenida en la clínica de Charcot, quien relacionó los estados histéricos con la hipnosis y demostró que, en la base de uno y otro, descansaba un estado fisiológico particular.

Un gran interés para la hipnosis, se percibe en presentar los trabajos de Janet en *Psicología Medicada* **Kretschmer** (1973:58) acerca de la neurosis y la psicología médica. Así como los de Prince, en referencia a los problemas del inconsciente.

Desde finales del siglo XIX y principios del XX se formó otra corriente de gran importancia, que partió de las experiencias en el tratamiento de los estados histéricos descritos por **Breuer** y **Freud**: el psicoanálisis. El mismo Freud señaló que él apoyaba en la enfermedad una serie de situaciones no demostradas, cuyas concepciones no podían ser sustentadas, ni en la fisiología ni en la psicología científica.

En el plano de la psicología médica basta recordar al neurólogo **Schilder**, autor del libro: "*Psicología médica*", y a Alexander, fundador de la teoría psicosomática en la medicina, a finales del siglo XIX y a principios de siglo.

En la década de 1920, el psiquiatra alemán Kretschmer publicó una serie de trabajos en el campo de la psiquiatría que, a su vez, tuvieron un gran significado médico-psicológico. Su libro, llamado "*Psicología Médica*" se constituyó en un intento por separar esta rama del resto de la ciencia. Kretschmer es un representante de la dirección biológico-constitucional en la psiquiatría y la psicología médica; por sobrevalorar el rol de los factores hereditarios constitucionales.

Factores psicosociales del proceso salud - enfermedad

La psicología médica se nutre de los conceptos de la psicología social. Los aplica para una mejor comprensión de los factores psicosociales que intervienen durante el ejercicio de la práctica médica.

La salud es considerada un valor social. Se hace evidente que la labor de todos los que tienen que ver con su conservación y mantenimiento (médicos, enfermeras, trabajadores sanitarios, estudiantes, etc.) debe encaminarse hacia el conocimiento de todos aquellos factores que favorecen u obstaculizan el logro de este valor de la sociedad.

Es por ello que, el trabajador en salud está obligado a conocer e interpretar los intereses, tradiciones, deseos, costumbres y hábitos de la sociedad; para adaptar su trabajo a lo que encuentre de positivo en ellos y modificar, mediante técnicas y tácticas adecuadas, aquellas creencias, actitudes y conductas que pueden perjudicar la salud individual y colectiva.

Entre los factores psicosociales importantes están la Adaptación: asimilación y **acomodación**. El ser humano, para mantener su equilibrio biológico, psicológico y social, es decir, su salud, tiene que adaptarse al medio físico, biológico y humano que lo rodea. Para conseguir esta adaptación tiene dos mecanismos: la asimilación y la acomodación. En el primero, modifica el medio para poder adaptarse. En el segundo, se modifica a sí mismo para lograr la adaptación.

Socialmente, gran parte de la tarea del equipo médico, en prevención primaria y secundaria, se resume en lograr bajar el número de agresores (desde las bacterias hasta los ruidos) porque éstos pueden afectar a los seres humanos bajo su cuidado.

Para lograrlo se necesita la cooperación del propio sujeto, quién debe asimilar o acomodarse con respecto al medio, siguiendo las orientaciones del equipo de salud.

Pero, resulta que la población tiene sus propios criterios relativos a, cómo lograr la mejor adaptación, y no es posible esperar que, los modifique todos de una sola vez ante la simple petición de que lo haga así.

4.6. CARACTERIZACIÓN DE LA MEDICINA PSICOSOMÁTICA, LA SALUD MENTAL Y LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL.

La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Esto supone una visión global del individuo y de la comunidad.

Tradicionalmente, la medicina consideraba al enfermo como el vehículo de un proceso patológico fascinante. Ahora se reconoce que hay muchos factores que no pueden ser estudiados con los métodos actuales de la medicina, o sólo ser des-

critos en términos de fisiología, y que, sin embargo, pueden alterar el funcionamiento del organismo de manera tan importante como los factores revelados por el microscopio o el tubo de ensayo. Tales factores, sólo pueden conocerse a través de una comprensión íntima del enfermo como un hombre o mujer completos, con un hogar; ansiedades; problemas económicos; con un pasado; un futuro y un empleo que conservar o perder. Por tanto, el médico debe enfocar su atención sobre el enfermo mismo, incluyendo su vida emocional y no solamente sus enfermedades. Debe tratar de descubrir y comprender la relación e interacción de los factores orgánicos y psicológicos que intervienen en la producción y en el curso de la enfermedad. Consecuentemente, el interés del médico no debe limitarse a las infecciones y a las alteraciones fisicoquímicas determinadas en el laboratorio.

Como se observa, la relación que existe entre los funcionamientos mentales y somáticos es recíproca, de causa y efecto. Por tanto, la medicina psicosomática es la rama de la medicina que, trata de la aplicación del conocimiento de las emociones y otros factores psicológicos a los problemas de la enfermedad, a la relación entre las funciones corporales y mentales.

Como ciencia ha nacido del reconocimiento de que, las tendencias emocionales primitivas, pueden manifestarse de igual modo, en la mente y en los órganos físicos. Así la ansiedad puede afectar de muchas maneras al organismo humano. Trata de las respuestas del sistema nervioso vegetativo, a las tensiones emocionales de las que el enfermo no es completamente consciente. Por lo tanto, las enfermedades psicosomáticas se caracterizan, por, las modificaciones en la secreción, tensión muscular y circulación, demostrándose que, son las alteraciones fisiológicas más claramente relacionadas con la emoción.

La medicina psicosomática estudia los trastornos médicos en los que los factores situacionales y emocionales desempeñan un rol, como por ejemplo, en la exacerbación de los síntomas físicos.

Los problemas de relaciones interpersonales producen una gran parte de las tensiones y ansiedades que acosan al ser humano y trastornan su fisiología. De manera semejante, puede "actuar" en la falta de satisfacciones emocionales en la vida personal.

Por lo tanto el psicólogo que trabaja en salud y el psiquiatra investigan, las situaciones que pueden dar lugar a ansiedad, hostilidad, agresividad, sentimiento de culpa, resentimiento crónico, descontento latente y otras emociones trastornantes y actitudes insanas que, pueden actuar como causa o factor agravante; en la producción de muchos padecimientos manifestados en el nivel somático. A menudo, se encuentra que la enfermedad se desarrolla como un esfuerzo para encontrar solución a las dificultades que se presentan en las relaciones humanas. Con frecuencia, la naturaleza de un trastorno orgánico puede apreciarse sólo cuando se investigan tanto los acontecimientos psicológicos como las alteraciones físicas.

Por tanto, los síntomas psicosomáticos pueden ser considerados, como la proyección de los conflictos psíquicos en la esfera física. Los síntomas físicos son los que presentan y dominan el cuadro clínico, de manera que su origen mental solo se reconoce superficialmente. Por tanto, el médico integral, debe ser capaz de mirar más allá de la patología orgánica para encontrar una explicación de todos los síntomas.

Según **Breilch** (1985) las situaciones de la vida que con mayor frecuencia se relacionan con los síntomas psicosomáticos son las situaciones que se encuentran crónicamente asociadas a los sentimientos desagradables de miedo, ansiedad, culpabilidad, resentimiento, frustración o impaciencia. Tales síntomas se encuentran con frecuencia, en personas que tienen conflictos en relación con la expresión de hospitalidad y cólera. La mayoría de los enfermos con reacciones psicosomáticas, no tienen síntomas claros de psiconeurosis, tales como convulsiones, fobias y estados de ansiedad.

Componentes emocionales de las enfermedades físicas

Las enfermedades orgánicas pueden provocar estados emocionales que complican en sumo grado los trastornos somáticos. Los factores mentales y emocionales pueden influir patológicamente sobre los órganos del cuerpo. Los órganos alterados pueden inducir a factores mentales y emocionales que trastornan la función o la coordinación del organismo como un todo.

Frecuentemente las enfermedades de naturaleza física se acompañan, de concomitantes psicológicas importantes, tanto en el diagnóstico como en el tratamiento y deberían ser reconocidas por el médico.

La evolución y el resultado del proceso orgánico, pueden ser influidos grandemente por la actitud mental del enfermo. Algunas veces, el daño sufrido por la vida emocional y la salud mental del paciente, a través de la afección o incapacidad física, puede ser más serio que los resultados somáticos de la lesión orgánica. Por lo tanto, no es la enfermedad o incapacidad por sí misma la que tiene importancia psicológica, sino el sufrimiento especial que significa para el individuo en particular. Por ejemplo la pérdida de una mano, tiene una limitación muy diferente para un violinista que para un profesor de historia. Y es mucho más fácil que en el primero determine un trastorno o desorganización de la personalidad.

Las lesiones en partes del cuerpo que, psicológicamente, representan órganos de mucho valor para la personalidad (ojos, mamas, órganos sexuales) suelen ser altamente perturbadoras; aunque la enfermedad, objetivamente, no sea seria. Las alteraciones de la personalidad se presentan raramente después de las intervenciones quirúrgicas del apéndice o en otros órganos no investidos de profundo valor emocional. Por el contrario, no son raras las complicaciones psicológicas después de los trabajos quirúrgicos en órganos altamente valorados, como los reproductivos. Los defectos físicos incapacitantes, tales como la cojera, ce-

guera y sordera, que ponen al enfermo en condiciones inferiores a los demás, pueden tener profundos efectos sobre la salud mental. Son de observación común las reacciones sensitivas y hasta paranoides del sordo que, a veces, trastornan más la adaptación social que la sordera misma.

Especialmente, en las mujeres, una incapacidad física seria puede producir problemas mentales que eclipsan completamente el defecto. Por ejemplo a causa del alto valor conferido a las funciones biológicas; cualquier trastorno que afecte de manera adversa estas funciones, pone en serio peligro la seguridad social, personal, económica y su felicidad. La mujer está particularmente expuesta a miedos y conflictos emocionales, cuando tales funciones se alteran. Es conocido que, ciertos defectos físicos impiden el matrimonio y la capacidad para tener niños. Muchos temores y exageraciones de la importancia de la enfermedad, se derivan de sentimientos de culpa, relacionados con actividades sexuales precoces o indiscreciones; una ligera indisposición puede ser atribuida a un desliz lamentable, exagerándose como si fuera una enfermedad incapacitante o fatal y hasta puede ser considerada como un justo castigo.

La actitud del enfermo hacia su incapacidad debe ser tomada en consideración. Frente a la enfermedad física, el paciente puede aceptar fácilmente, o, aún sugerir, que, su incapacidad es de origen mental; puede no hacer caso de sus síntomas o, engañarse a sí mismo acerca de su importancia. Por otra parte, el enfermo cuya incapacidad es de origen psíquico, busca una base física. No son raros los casos en los que el enfermo, desea conscientemente curarse de su incapacidad física, pero, inconscientemente desea que el síntoma continúe.

El médico debería recordar que, en el hospital, constantemente pueden presentarse situaciones que tienden a producir tensión o depresión; por lo tanto, reacciones mentales insanas o molestias físicas. En cada especialidad, médica se tropieza con métodos o situaciones que pueden ser potencialmente, perturbadoras para la vida emocional o la personalidad. Por ejemplo, en oftalmología, el

vendaje de ambos ojos y una convalecencia prolongada, en un cuarto oscuro, puede precipitar una reacción de terror de naturaleza delirioide. En ginecología, pueden haber problemas relacionados con la práctica de métodos anticoncepcionales o embarazo ilegítimo, o con la aparición de acostumbramiento a la cistoscopias. En urología son comunes los problemas psicológicos y psiquiátricos relacionados con impotencia, frigidez, dispareunia o eyaculaciones prematuras.

El miedo a la mutilación, a la desfiguración, o pérdida de una estructura o capacidad vitales, puede amenazar el sentimiento de seguridad del enfermo.

Frecuentemente, las manifestaciones de la enfermedad están determinadas más, por las características de la personalidad que por la naturaleza del agente etiológico causal. El enfermo experimenta su enfermedad de acuerdo con la naturaleza de su personalidad y los tipos establecidos de reacción a la tensión. Estas características, se manifiestan, especialmente, en el caso de enfermedades crónicas e incapacitantes. Algunos enfermos aceptan su incapacidad con resignación y rehúsan hacer cualquier esfuerzo para compensar su defecto; en otros casos, la reacción puede ser de depresión y ansiedad, o bien, puede haber una sensación de optimismo y bienestar mayor de los que podría esperarse normalmente. El enfermo puede tratar de mantener una sensación de salud por medio de mecanismos psicológicos. Si se percata de que su enfermedad entraña complicaciones de inferioridad, anormalidad o incurabilidad, sus cavilaciones y el resentimiento, le llevan a desarrollar distintas reacciones compensadoras y defensivas, a veces de naturaleza agresiva.

Entre las circunstancias psicológicas de la enfermedad crónica, el médico debe recordar los efectos deprimentes que acarrea en la familia, la presencia continua de un miembro que sufre la incapacidad prolongada; especialmente si el paciente reacciona a su enfermedad con irritabilidad, agresividad o alguna otra actitud desagradable. Obviamente la responsabilidad del cuidado del enfermo significa la frustración de deseos intensos por parte de algún otro miembro.

Algunas veces, los inválidos crónicos sufren más por las relaciones enfermizas de su familia, determinadas por su incapacidad, que por la enfermedad misma.

En síntesis, el hombre es un organismo biológico, cuyas expresiones vitales están determinadas, no sólo por factores físicos, químicos, fisiológicos y neurológicos, sino también, mentales, emocionales y sociales. A veces, un grupo, a otro, desempeña el rol más importante en la etiología, diagnóstico, desarrollo y cuidado de la enfermedad.

Alexander, en su libro *"Psychological Aspects of Medicin"*, Med 1:7, señala: que el síntoma emocional agudo de la ira, en un proceso vegetativo, es normal que provoque presión arterial elevada. El alza de la presión arterial desaparecerá si la persona enojada libera su tensión emocional atacando, física o verbalmente, al objeto de su cólera. Sin embargo, si esta tensión emocional se hace crónica en forma de tendencias agresivas, la presión arterial del enfermo no bajará y se verá afectado de hipertensión "esencial". En otras palabras, la experiencia emocional, una tensión emocional crónica, ha activado las alteraciones somáticas que producen hipertensión vascular. Este síntoma físico es, por lo tanto, de origen psicósomático. Si una tensión emocional crónica, actuando a través del sistema nervioso vegetativo, estimula la actividad muscular o secretora del tracto gastrointestinal, entonces, el síntoma psicósomático se desarrollará en este sistema. Las expresiones fisiológicas de ansiedad son frecuentemente interpretadas por el enfermo como "molestias gástricas" o "trastornos cardíacos".

El cuerpo humano' no se puede considerar como una colección de órganos que a veces necesita reparación, ni tampoco se puede tratar al individuo como algo aislado de la sociedad.

En los países en desarrollo existen más de 40 millones de hombres, mujeres y niños que padecen graves trastornos mentales no tratados. Un gran número

de estos trastornos pueden modificarse y atenuarse; para ello, existen en la actualidad, métodos de tratamiento que, solamente se han aplicado en una escala muy modesta y, con una participación oportuna del médico general o especialista. Sin embargo, en los países menos desarrollados, la salud mental no cuenta con el apoyo necesario. Es más, casi se refiere a problemas dirigidos a la drogadicción.

En Bolivia, como parte de las políticas de salud, se ha admitido a la Atención Primaria en Salud, que pregona la meta "Salud para todos en el año 2000". Para este fin, los equipos de atención primaria están conformados, en la mayoría de los casos, por el siguiente recurso humano:

Médico general,

Lic. en enfermería,

Auxiliares de enfermería

Otro personal paramédico, que varía de acuerdo con el tamaño y la localización del Centro de Salud.

Como se observa la composición del sistema sanitario no está completo si no se atiende las necesidades de la salud mental de la población. No puede ser eficaz si no se interesa en ese componente. Sin embargo, salvo por la prestación de servicios especializados de tratamiento de las enfermedades mentales, la mayor parte de los sistemas de salud en Bolivia prescinden del aspecto mental en la atención de salud. Por lo general, no tienen en cuenta los factores emocionales y conductuales de la salud.

Tradicionalmente, en la ciudad de El Alto, el médico solo ha tenido la función de proporcionar el cuidado clínico directo al paciente a través de la consulta médica, la formulación farmacológica y los procedimientos físicos. Su res-

ponsabilidad incluye, la derivación a la especialidad correspondiente para su tratamiento, pero no siempre se realiza este traspaso.

De acuerdo con las funciones del médico, se espera que éste cuente con conocimientos de Psicología Médica y de Psiquiatría, aún cuando no necesariamente muy profundos.

Las condiciones que le imponen a esta población su modo actual de crecimiento, determinan la aparición de patrones conflictivos y “estresantes”. En esta ciudad se produce la baja en la calidad de vida de la población adulta, que está sujeta al desgaste de energía sin la recuperación adecuada y que genera el abandono, absoluto o relativo, de la vida mental. Las estadísticas revelan un paulatino ascenso de la demanda de atención en los servicios de salud, siendo los mismos, muy reducidos y estando en función de los escasos recursos humanos calificados. Se entiende que, los recursos profesionales, con los que cuentan los centros de atención en salud en la ciudad de El Alto, no logran satisfacer las necesidades de la población en crecimiento.

4.7. NORMAS QUE RIGEN LA ATENCIÓN EN SALUD PÚBLICA Y ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Una parte de la normatividad del sistema de salud en Bolivia ha sido elaborado por el Ministerio de Desarrollo Humano, en Abril de 1994, como parte del nuevo modelo sanitario.

Este documento, parte del análisis de la superación del Estado centralizador y benefactor con acciones de promoción y preventivas de salud, resaltando los cambios de la política económica (neoliberalismo) con acciones de Atención Primaria de Salud. Sobre esta base, se realizan las reformas del Estado y el nuevo modelo sanitario, que concluyen con consideraciones sobre el futuro más allá del año 2000.

Los modelos de servicios de salud "contrahegemónicos" al final de la década de los años ochenta, por la agudización de la crisis secular de los servicios de salud, donde practicaban acciones limitadas de salud y se circunscribían, en los hechos, a los aspectos de mortalidad y morbilidad, en términos de la lógica de la eficacia de los logros de los programas de salud, otorgan diplomas a cada Regional, Distrito y Áreas para estimular sus acciones y los logros alcanzados en coberturas que implicaban erradicación, control, vigilancia, monitoreo, etc.

La Atención Primaria de Salud en nuestro país, fue concebida en medio de contradicciones políticas y del sector mismo. Posteriormente, el espíritu técnico que poseía se distorsionó, hasta convertirse en práctica doméstica, de mucha improvisación e imposición. Con el devenir del tiempo, este terminó en el virtual colapso producto de los que la utilizaron.

A pesar de todo esto, el sector de salud ha sido, el más avanzado conceptualmente. Sus estilos de gestión vienen determinados por factores exógenos y extra sectoriales en la formulación y desarrollo de las políticas públicas en el ámbito de lo social. Es en donde se inscribe la atención de los problemas de la Salud Mental.

El componente de Salud Mental, en el sector hospitalario, se refiere al *Reglamento de Salud Mental* (1985:8,10) que en el capítulo I y artículo 1, sobre: Generalidades y Funciones, Promoción, Fomento y Recuperación, dice: "La autoridad de salud esta facultada para determinar los principios y normas de Salud Mental. Como parte de la salud en general, tanto en sus aspectos de promoción, asistencia y rehabilitación de los enfermos; asimismo, en los aspectos que comprenden cuestiones médico jurídicas y médico sociales". Al mismo tiempo, en el capítulo III Del Personal Profesional enmarcado en el artículo 18 (1985:17), reza "...el equipo básico de profesionales en los establecimientos de Salud Mental estará conformado por:

- a) Médico psiquiatra
- b) Enfermera de formación en psiquiatría
- c) Psicólogo clínico
- d) Trabajadora Social

Esta clasificación permite conocer la importancia teórica que se le otorga a la participación real del psicólogo en un equipo de Salud Mental. Las actividades específicas del psicólogo están consideradas en el artículo 8 y 14 del Capítulo II de los establecimientos de Salud Mental (1985:18), que a la letra dice:

" A objeto de lograr el óptimo desarrollo de los programas de Salud Mental a la colectividad y la mejor asistencia al enfermo Mental, es indispensable la coordinación de acciones de los diferentes servicios o instituciones de asistencia y tratamiento, los que se detalla en los incisos la participación del psicólogo tanto en centros de orientación psicológica, como en servicios de Hospitales Generales y otros".

Otra puntualización al respecto (1985:19) dice: "Los establecimientos de Salud Mental deben poseer reglamentos internos que garanticen el desarrollo de los programas en general; asimismo, que permitan asegurar la libertad del paciente como persona humana".

4.8. CONCEPTOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Proceso salud - enfermedad

La transformación del primitivo rebaño humano en una comunidad productiva, implicó la victoria de lo social sobre lo biológico. El desarrollo de la sociedad no dependió exclusivamente de los cambios morfológicos y fisiológi-

cos, sino principalmente, del desarrollo de las condiciones y capacidad de trabajo de los hombres.

En el marco de estos conceptos la salud es un elemento objetivo en la vida de los hombres. Se la puede conceptualizar como una categoría biológica y social, que ha existido y existe en relación dinámica con la enfermedad; que es determinada por el desarrollo y la realidad histórica de los hombres y la sociedad.

La estructura socio-económica es el factor determinante de la salud de la población. De la misma forma que condiciona las demás manifestaciones de la actividad humana, las formas de ejercicio de la medicina y los conceptos de salud y enfermedad.

Según el marxismo, la sobrevaloración de las leyes biológicas y psíquicas en los procesos de la actividad vital del hombre, reducen los factores sociales a la esfera biopsíquica y se convierte en la base de la sociología médica burguesa.

Los conceptos salud y enfermedad se emplean para expresar, fundamentalmente, tres aspectos del estado del organismo en su dimensión biopsicosocial. En primer lugar, son utilizados como sinónimos del estado fisiológico o morboso del organismo; en segundo, el término salud o enfermedad designa el estado subjetivo psíquico del individuo; y en el tercer aspecto, se contempla la valoración de la interacción del organismo con su medio externo.

En este estudio, se tratarán los conceptos salud y enfermedad en el más amplio sentido de estas palabras, como cualidades de la vida. Salud y enfermedad constituyen una pareja de categorías en contradicción dialéctica. Los términos salud y enfermedad se emplean también para designar el estado subjetivo psíquico del individuo.

El enfoque localista, que ha desarrollado la búsqueda de la esencia de la enfermedad mediante el estudio de las propiedades fisicoquímicas de los tejidos (Shade, 1921) o las propiedades químicocoloidales (Fisher, 1921) pareciera reforzar la actual teoría de la química asociado a los procesos psicológicos. En la tendencia de sustituir a la enfermedad celular por la molecular, tratando de encontrar la esencia de la enfermedad en las "enfermedades de las moléculas, **Seligie**, define a la alteración de las relaciones estructurales, y del nivel de secreción interna, como la esencia de la enfermedad.

El enfoque psicoanalista de S. Freud, comenzó siendo un método especial de psicoterapia para los enfermos neuróticos, pretendía descubrir las causas de sus sufrimientos, las que se encontraban ocultas en la conciencia del enfermo. En el origen de las neurosis, invocaba el rol especial de las pasiones instintivas reprimidas en la primera infancia, que resumía, la continuación de la vida (sexual) y de la muerte (o la propensión a la agresión). Estas energías, al no poder ser satisfechos se desplazaban al campo del inconsciente, no en posición neutral, sino incrementando su energía psíquica en la medida en que se le reprimía, para aparecer en forma de neurosis en situaciones vitales desfavorables. Más tarde, se siguió utilizando este esquema para explicar diversas manifestaciones de la vida social, tales como la religión, la historia y cultura de los pueblos.

Se debe recordar, también, que en los años de 1940 - 1960, surgió la corriente conocida por neofreudismo. Sus representantes fueron *K Horney*, *E. Fromm* y *G. Sullivan*, quienes criticaron a *Freud* en sus teorías, pero mantuvieron el núcleo del psicoanálisis.

La teoría psicósomática se define como la falta de transición del Neofreudismo a lo psicósomático "La medicina psicósomática: es la parte de la medicina que se ocupa de valorar, tanto los mecanismos físicos, como los psíquicos que intervienen en la enfermedad de todo paciente, y hace hincapié en la influencia

que estos dos factores ejercen mutuamente sobre sí y sobre el individuo como persona", (porque, pese a los grandes avances en la clínica, el médico no tiene derecho a ignorar el estado psíquico de su paciente), según **Bustamante** (1972:42).

Pero, esta preservación no adquiere sentido completo si no incluye el componente psicológico acerca del fenómeno psicológico y muy en especialmente su nivel más alto, la conciencia, existen peculiaridades cualitativas que se consideran en la comprensión del proceso salud-enfermedad. Entre ellas:

Su carácter reflejo: las sensaciones, percepciones, representaciones, conceptos, son un producto de la actividad cerebral en relación con la realidad objetiva y, por tanto, el reflejo de ella.

Su carácter ideal: Lo psicológico no puede medirse, percibirse, directamente. No ocupa un pedazo del cerebro. A pesar de ser un reflejo de la realidad, no es ella misma.

Su carácter subjetivo: Sólo en el sujeto concreto es capaz de producirse el fenómeno psicológico. Marx dijo: "La conciencia no es más que el ser consciente". (Gotthril, Frèd 1973:532).

Reducir lo psicológico a la forma biológica sería erróneo. Dado que las relaciones entre los organismos humanos y la realidad objetiva se dan en el nivel ontológico; esta última se presenta como un conjunto de estímulos, mientras que en lo psicológico, se presenta como un conjunto de objetos que, resume el estímulo y su valor para el sujeto se plantea entonces en el nivel gnoseológico. Igualmente erróneo, sería enmarcarlo en la forma social, porque, aunque es reflejo de la realidad social y está determinado por sus características y peculiaridades, no es la realidad misma, sino su imagen subjetiva, el reflejo en un individuo concreto.

Lo psicológico, al igual que la existencia de los organismos vivos, necesita de la unidad indisoluble con el medio ambiente. La conciencia requiere de la relación de la materia altamente organizada con la realidad social. Fuera de estas unidades dialécticas, es imposible la existencia de la vida y la conciencia respectivamente.

El hombre con su conciencia, es el único sistema material que sintetiza esta relación, por ser el resultado supremo de la evolución de los organismos vivos y, el portador de la forma social del movimiento de la materia, también, por reflejar en su contradictoria unidad somatopsíquica, la también contradictoria.

El diagnóstico en salud y salud mental. Los perfiles epidemiológicos

El acto del diagnóstico, probablemente, el más importante dentro de las acciones de los médicos que practican la atención al enfermo, está indisolublemente ligado al concepto de entidad noseológica. Casi pudiéramos decir que el diagnóstico existe en función de ellas.

La definición genérica de diagnóstico, se refiere a reconocer o conocer enteramente. Para la Federación Mundial ... (1955:345) se define así: "El diagnóstico es en esencia un proceso cognoscitivo, que tiene su punto de partida en el pensamiento concreto, sensible, ligado a la realidad objetiva, se desarrolla con el pensamiento abstracto y tiene el criterio de la verdad en la práctica".

Además agrega (1955:346) "el diagnóstico médico en particular es el proceso cognoscitivo que desarrolla el médico ante un paciente, y es por ello, siempre individual, con el objetivo básico de identificar la entidad o entidades noseológicas, de las cuales es portador el paciente, y sus interrelaciones".

En la práctica es frecuente que la mayoría de los médicos considere una de estas posibilidades, en la interpretación del diagnóstico:

- a) El paciente sigue pendiente de estudios o seguimiento para al fin llegar a conocer la entidad nosológica, que se considera oculta.
- b) Se piensa que el paciente no está enfermo, que nada tiene. En tal caso, poco importa al médico que el paciente se sienta mal, sin salud.
- c) Que se trata de un simulador.
- d) Se introduce al enfermo en uno de los "sacos" en boga: es psíquico, es vital, etc.
- e) El médico, de todas formas, clasifica al paciente, le pone un rótulo; es decir, lo fuerza a encasillarse dentro de una entidad nosológica de las conocidas, con una actitud que recuerda a la madrastra mala del cuento infantil de la Cenicienta. Este problema no es nuevo en medicina; muchos años atrás **Kant** (1987:236), en la *némesis de Illich* apuntaba: "Hay médicos que creen ayudar mucho a su paciente por haberle dado nombre a su enfermedad".

Es indudable también, que se considera que un porcentaje muy importante de las personas que acuden a solicitar el servicio de los médicos tienen diversas molestias, trastornos, síntomas llamémosles en general alteraciones del estado de salud, que no son expresión de ninguna entidad nosológica de las que se conoce, reconociéndose que la enfermedad, es la expresión objetiva de desequilibrio que puede existir dentro de un individuo o entre él y el entorno, según **Cook, J. Sue** en su libro "*Enfermería Psiquiátrica*" (1990:23).

En relación con el diagnóstico, se entiende por índice de morbilidad: "número de personas o casos de una enfermedad, en relación a la población en que se presentan, en un período de tiempo determinado", Cook, J. Sue *"Enfermería Psiquiátrica"* (1990:23).

El modelo médico define a la salud mental, como la ausencia de signos y síntomas de incapacidad, y, una nomenclatura del diagnóstico para definir lo que se entiende como comportamiento anormal. Así, una forma de describir la salud mental es, describir las características de una persona mentalmente sana sin embargo, la ausencia de una característica determinada, tampoco significa que hay una enfermedad mental. De hecho, "nadie tiene todas las características de una buena salud mental todo el tiempo", **Alexander**, en su libro *"Psychological Aspects of Medicin"*, Med 1:7.

Se deberá entender por actitud, al "conjunto de categorías que un individuo emplea para realizar un dominio de estímulos sociales, (objetos, personas, valores, grupos, ideas, etc). Las actitudes se infieren a partir de formas características, estables y selectivas del comportamiento dirigidas hacia el centro de objetos, personas y eventos relevantes", según Sherif (1975:75).

Arredondo, Hernandez y Cruz (1993) describen la oferta - demanda en Salud Mental, con el siguiente esquema:

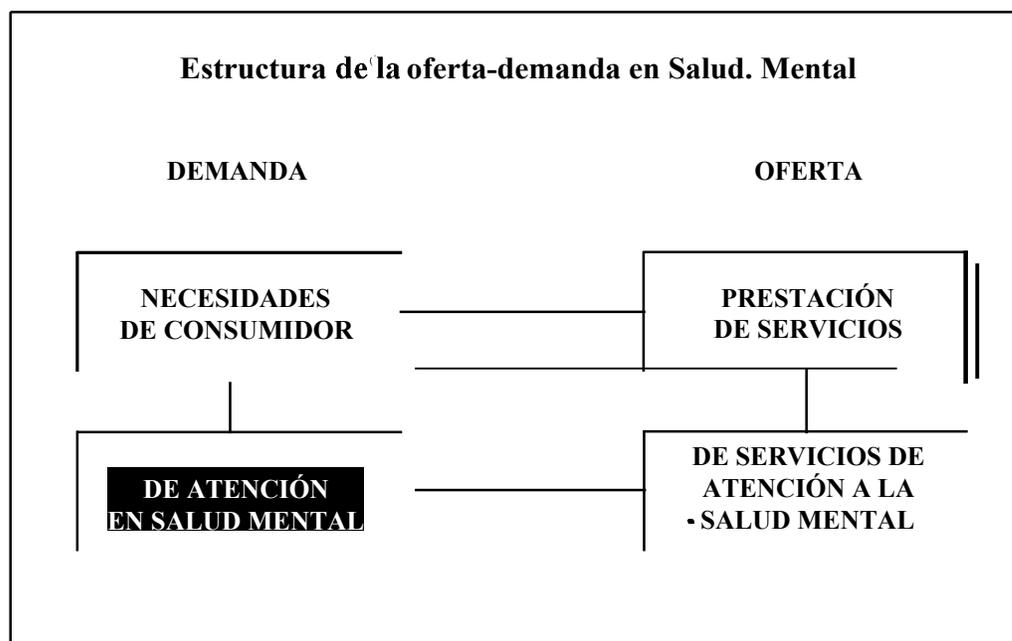
Aquí, se diferencia la "salud" de la atención en salud. Se considera la salud como una función del consumo de un cierto número de bienes y servicios denominados satisfactores.

Al mismo tiempo se vislumbra la posibilidad de un desfase, entre demanda de salud y oferta de satisfactores de salud y, entre demanda y oferta de servicios de atención de la salud.

La demanda de salud supone que el consumidor se encuentra frente a una infinidad de canastas de bienes y servicios, cuyos consumos son físicamente posibles; es capaz de ordenarlas según un orden subjetivo de preferencias. Confrontadas sus preferencias, escogerá aquella canasta que le procure un máximo de satisfacción.

Brehil, Jaime en su libro *"Investigación de Salud en la Sociedad"* (1985: 198)

La oferta de satisfactores relacionados con salud, se refiere a "la prestación de servicios destinados a satisfacer de manera efectiva la demanda de salud, estos satisfactores de consumo pueden ser privados o públicos". **Brehil, Jaime** en su libro *"Investigación de Salud en la Sociedad"* (1985: 198).



Como marco general de la oferta - demanda está la epidemiología entendida, como el estudio de la ocurrencia de enfermedad en grupos de personas, en oposición a la clínica, que le interesa la ocurrencia de la enfermedad en el individuo aislado. Al clínico le interesa el caso individual como problema específico al

que debe dar diagnóstico y tratamiento adecuado. Para el epidemiológico, el caso individual se constituye en una "muestra" de la enfermedad, la cual debe ser siempre el comienzo de una serie de preguntas sobre la ocurrencia de la enfermedad en cuestión.

En algunas oportunidades, el estudio de un caso o de un reducido número de pacientes es suficiente para conocer la naturaleza de una enfermedad. Sin embargo, es muy frecuente que se haga necesario estudiar un número mayor de casos; también estudiar aquellos que no presentan la enfermedad con el objeto de poder hacer comparaciones. El análisis se vuelve más difícil, ya que es necesario, no sólo estudiar a los individuos, sino también analizar la información del grupo. De ahí que la Estadística, como ciencia que describe y analiza datos e información, esté siempre de la mano con la epidemiología y que en algunos casos sea imposible separar ambas ciencias.

Como parte de la epidemiología, el Perfil epidemiológico, para **Brehil y Granda** (1985:205) "expresa los elementos epidemiológicos específicos de una clase social, como consecuencia de sus condiciones de reproducción social y sus tendencias de transformación históricas, que permiten clasificar las condiciones de salud enfermedad, en conglomerado social bajo una perspectiva distinta a la visión clínica de la clasificación internacional de enfermedades".

Por razones didácticas, se puede destacar una serie de usos del método epidemiológico. Por ejemplo, al enfrentarse a la solución de un problema, lo primero que se le ocurre al administrador es conocer la clase y la magnitud del problema. Así, por ejemplo, lo primero que se debe preguntar al ministro de salud de cualquier país, al ser nombrado es: de qué se mueren y de qué se enferman los habitantes de ese país. Luego inmediatamente intentar conocer cuántos se mueren y cuántos se enferman debido a qué causas. Dicho en otros términos, se debe conocer las

causas y las tasas de mortalidad y de morbilidad de las enfermedades más frecuentes. La epidemiología es responsable de suministrar esta información.

El método epidemiológico considera que cada clase social de un conglomerado, se enfrenta, de acuerdo a su inserción en el aparato productivo, a determinadas condiciones de desarrollo de las fuerzas productivas y a relaciones sociales específicas. Estas condiciones y relaciones determinan y modulan el conjunto de elementos de su reproducción social o perfil reproductivo, en medio del cual, se establecen funcionamientos y probabilidades en sus miembros o componentes que, pueden implicar efectos típicos de riesgo o protección.

Cuando los datos muestran tendencias sostenidas, predominando sobre las condiciones protectoras y, abarcando a un número importante de miembros de la clase aparece un perfil de enfermedad típico de esa clase que, según la intensidad del proceso, llega al nivel de la morbilidad, que si es más intenso llega a producir un patrón de mortalidad típico.

En cambio, si son las condiciones protectoras (o valores de uso) las que predominan sobre los riesgos (llamados contravalores) durante la reproducción social, entonces, aparece un perfil de salud y la consiguiente mayor probabilidad de sobrevida.

Por tanto, desde el ángulo de la epidemiología, la observación del proceso salud-enfermedad, no se reduce a la constatación de trastornos biológicos o psíquicos en un serie de individuos; sino que busca integrar unidades de observación que, expresen las interrelaciones de los procesos determinantes, estructurales y particulares del grupo socio-económico al que pertenece esa unidad de observación. La unidad básica de observación para la epidemiología no es el individuo como tal, sino un conjunto concatenado de procesos, respecto a los cuales, la evidencia individual es una expresión parcial.

4.9 BASES CONCEPTUALES DEL MODELO SANITARIO

Actualmente, en Bolivia, el objetivo general del Nuevo Modelo Sanitario, según la Secretaría Nacional de Salud (1994-1997:45) propone "garantizar a la población servicios eficientes de salud, mediante la conducción y normalización de un Sistema Nacional de Salud, integrado y descentralizado, promoviendo la creación y desarrollo de un modelo sanitario y modelos de atención coherentes con la realidad nacional, con características de equidad, calidad y universalidad de los servicios, basados en la Atención Primaria de la Salud, con la participación de la comunidad y de los sectores gubernamentales, no gubernamentales, solidarios y privados, a fin de coadyuvar en la oferta de una salud integral del individuo, la familia y la comunidad, especialmente la de mayor riesgo".

Para la implantación de este Modelo se consideran los subsistemas de administración financiera, de información, de vigilancia, de control, de mantenimiento, de suministro, de referencia y resolución. Asimismo, el desarrollo de recursos humanos y de la investigación en salud.

El modelo de atención se caracteriza por la administración, planificación, organización, dirección y control de la prestación de servicios en salud. Se nutre de las políticas globales del país y de las del sector, como parte del proceso de modernización del Estado y el plan nacional de supervivencia, desarrollo infantil y salud materna, como bases de la Política Social. Busca, además, la integración de los componentes del sistema y los servicios, en un campo de aplicación nacional y regional que, permita el desarrollo de los distritos y las áreas más necesitadas.

El Modelo Sanitario obedece a criterios del proceso de regionalización, considerando el componente poblacional, accesibilidad, división político - administrativa, recursos físicos en salud, capacidad instalada y otros, relacionados con el perfil epidemiológico.

La estructura del sistema nacional de salud y sus niveles

A. Nivel nacional

Responde a la organización y administración de los servicios de salud a nivel nacional. Está constituido por el Ministro y el Secretario Nacional de Salud

B. Nivel Regional

Responde a la estructura administrativa, bajo la que se encuentran todos los recursos organizados a través de sus distritos. Está constituido por un equipo de salud, cuya máxima autoridad es el Director, como máximo representante territorial de la Secretaría Nacional de Salud.

Nivel de Distrito

Es la unidad mínima administrativa del Sistema Nacional de Salud. Está constituido por un equipo de salud, cuya autoridad máxima es el director del distrito, que a su vez es el representante del director correspondiente. Cuenta con las unidades programáticas y operativas.

Niveles de atención Hospitalaria en Salud

Nivel I: Primer nivel de atención: Aglutina a los servicios cuyo perfil de actividades se enmarca predominantemente en la consulta ambulatoria y que, en una gran proporción de casos, realiza acciones en la comunidad.

Nivel II: Segundo Nivel de **atención**: Corresponde a los Hospitales de Distrito, en los que se desarrollan las cuatro especialidades básicas (Gineco-Obstetricia, Pediatra, Cirugía y Medicina Interna). Se incluye la anestesiología y la atención odontológica básica.

Nivel III Tercer Nivel de Atención: Abarca a los hospitales con todas o casi todas las especialidades. Tiene como función atender la demanda de todos los pacientes. Sirve como centro de referencia para especialidades.

Concepto del Nuevo Modelo Sanitario

El Nuevo Modelo Sanitario es una caracterización moderna de la atención en salud, con criterios de eficiencia económica en el uso de recursos, en el ámbito de las acciones médico-reparativas, sustenta que , la eficiencia en el campo de la salud, sólo puede lograrse adecuadamente a partir de desarrollar un efectivo Sistema Nacional de Salud, como una respuesta sistémica a un problema también sistémico, complejo, colectivo y multicausal como es el proceso salud-enfermedad.

Se destacan, como parte de las reformas en salud, los Comités Populares de Salud, constituidos por las OTB's y las unidades o establecimientos de salud (UPROS).

La Ley de la Descentralización y de la Participación Popular ha inaugurado una nueva estructura orgánica. Entre las que se destaca el funcionamiento de los Directorios, Locales de Salud (DILOS) que estan integrados por el Municipio, la Prefectura y la Comunidad. Se prevé el establecimiento de 311 DILOS en todo el país.

CAPÍTULO V
M E T O D O

5.1. SELECCIÓN DEL MÉTODO DE INVESTIGACIÓN

De acuerdo con la estructura del estudio, el método elegido para investigar las características de la actitud médica en la intervención de la Salud Mental, es el método epidemiológico social. Porque permite integrar elementos psicológicos con elementos sociales específicos de salud y, facilita el estudio de grupos amplios sin que se pierda la individualidad.

Además el método epidemiológico permite, en este estudio, establecer comparaciones entre variables y discriminar un perfil epidemiológico base, como objetivo de aporte, del presente estudio.

El mencionado método de acuerdo con las necesidades de cada etapa, selecciona los procedimientos que requiere el objeto de estudio, permitiendo el aporte dialéctico de diferentes técnicas en diferentes etapas del proceso fáctico; entre ellos, el análisis, la síntesis, la estadística, la descripción y la observación participante.

Por el carácter integrador del análisis, se recurre, además, a otros métodos complementarios como el analítico descriptivo.

5.2. PROCEDIMIENTOS

La implementación del método epidemiológico, en el presente trabajo, ha seguido el procedimiento que se detalla a continuación:

1. Contacto con la realidad del objeto a estudiarse, (facilitado por las funciones laborales que realiza la investigadora, en los centros muestrales).
2. Revisión bibliográfica acerca de la Psicología Médica, la Salud Mental, y el enfoque médico de estos procesos.
3. Visitas de reconocimiento preliminar a los centros de salud pre seleccionados de la ciudad de El Alto.
4. Conversaciones dirigidas y preliminares con los encargados de áreas, departamentos y con los médicos.
5. Delimitación del objeto de estudio
6. Planteamiento del problema de estudio.
7. Selección metodológica.
8. Determinación poblacional y muestra!
9. Operacionalización de variables.
10. Elaboración de instrumentos.
11. Validación de instrumentos.
12. Recolección preliminar de información.
13. Procesamiento de la información.
14. Análisis de la información.
15. Discusión de resultados.
16. Conclusiones.
17. Elaboración de propuestas y recomendaciones.

5.3. TÉCNICAS

Las técnicas utilizadas en el proceso de investigación fueron las siguientes:

1. Revisión documental
2. Técnica estadística
3. Entrevista estructurada
4. Encuestas
5. Participación indirecta

El programa estadístico de apoyo fue el SPSS (Paquete Estadístico Científico Social) para codificar los datos estadísticos

5.4. INSTRUMENTOS

Los instrumentos básicos para la ejecución del trabajo son:

1. Una encuesta de medición de los conocimientos médicos acerca de la Salud Mental, estructurada en ítems de selección múltiple y respuesta anónima.
2. Una encuesta de medición de la práctica médica en relación con la intervención de la Salud Mental, compuesta por ítems de selección múltiple y respuesta anónima
3. Una encuesta de medición de la reacción oferta - demanda de atención en Salud Mental, con ítems de selección múltiple y anónima.
- 4.- Entrevistas estructuradas para los participantes de la muestra.
- 5.- Historias clínicas y fuentes documentales
- 6.- Entrevistas aleatorias a pacientes ambulatorios.

5.5. DETERMINACIÓN DE LA POBLACIÓN Y LA MUESTRA

El universo, al que se refiere la investigación, está constituido por los médicos pertenecientes a la Dirección Departamental de Salud de la ciudad de La Paz. Estos centros, se caracterizan por la prestación de servicios de medicina general, clasificados en categoría de centros de primer y segundo nivel de atención y se vinculan directamente con el Hospital "20 de Octubre" en la ciudad de El Alto.

La situación geográfica de estos centros, relativamente alejada de la concentración poblacional, condiciona la existencia de un número reducido de personal médico y de apoyo, que tiene como función principal, la atención de casos de emergencia y la derivación de los mismos hacia centros y personal especializados.

El universo compuesto por los médicos alcanza un total de 30 personas. Todos dependientes de la Dirección Departamental de Salud de La Paz.

El hospital "20 de Octubre" ha sido seleccionado, como muestra del estudio, por los criterios de importancia que a continuación se detallan:

- Es el centro de mayor referencia de la ciudad de El Alto

Como hospital aglutina la mayor cantidad de especialidades, incluyendo la psicológica.

Atiende la mayor cantidad de problemas de Salud Mental detectados en todos los centros de primer y segundo nivel.

- Es el centro de vinculación entre las ciudades de El Alto y de La Paz.

Por el número de médicos que prestan atención en el Hospital "20 de Octubre", se ha determinado trabajar con CENSO, es decir, tomar en cuenta a todos los médicos generales y especialistas, para el estudio.

5.6. FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS

La práctica clásica de la comunidad médica en Bolivia tiene como característica el enfoque biologicista y sintomático, con escasa intervención multidisciplinaria de profesionales especialistas en salud mental (psicólogos, psiquiatras, neurólogos).

En la ciudad de El Alto, por las condiciones socioeconómicas deficitarias, la problemática de la Salud, en general, es insuficiente. La atención de Salud Mental no responde a las necesidades de la población. Desde el punto de vista de la intervención profesional médica, esta incapacidad de respuesta adecuada a la problemática de Salud Mental se debe principalmente a:

- a) Escaso conocimiento de la Atención Primaria en Salud Mental.
- b) Comportamientos inadecuados de los médicos en la atención de los problemas de Salud Mental, reflejados en el diagnóstico, la terapia, la investigación y la rehabilitación.
- c) Incompatibilidad entre la demanda de servicios de Atención Primaria en Salud Mental y la oferta que los médicos y los centros de salud estatales de la ciudad de El Alto, ofrecen a los pacientes con problemas de Salud Mental.

5.7. DETERMINACIÓN DE VARIABLES

5.2.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Actitud Médica

5.2.2. VARIABLES INDEPENDIENTES

- Conocimientos sobre Atención Primaria en Salud Mental.

Práctica médica en Salud Mental.

Oferta - demanda en la atención de problemas de Salud Mental.

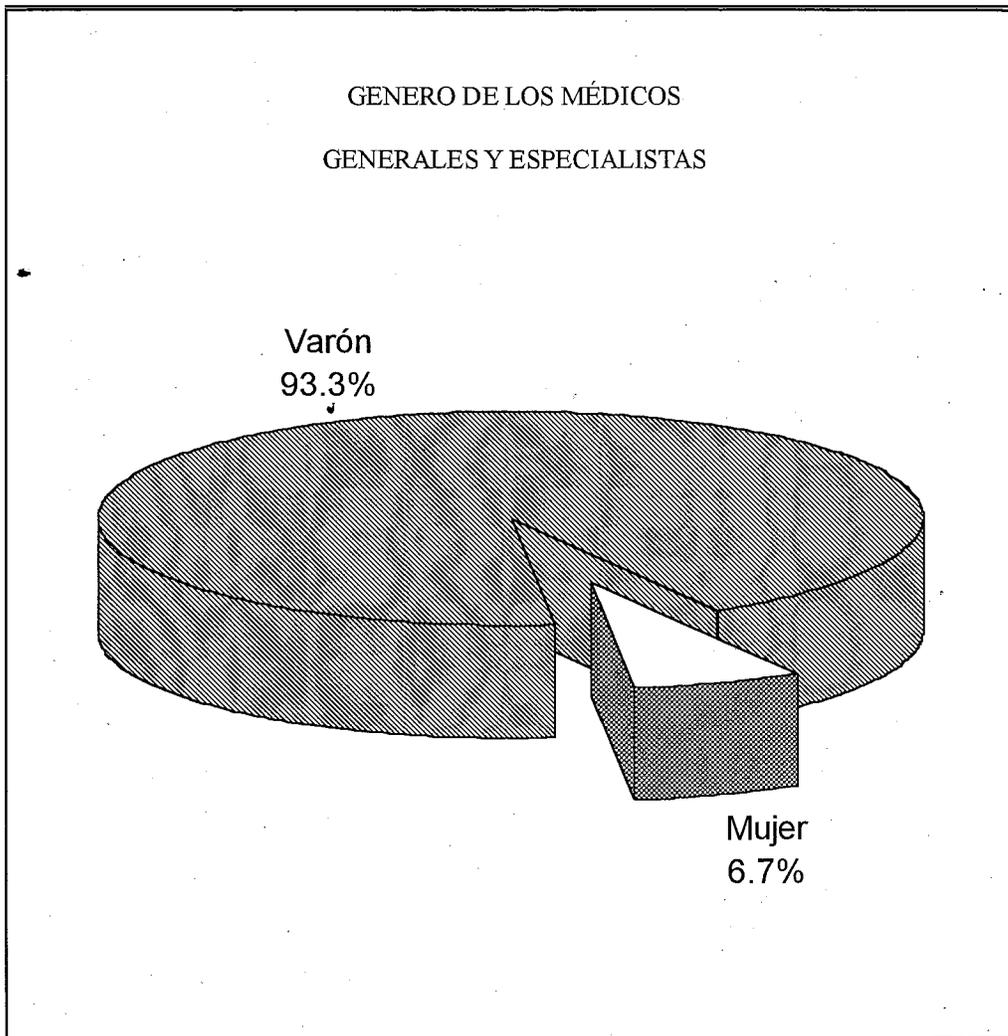
5.8. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Conocimiento de la atención Primaria en Salud Mental	Información y experiencia en problemas de salud mental	Conocimiento teórico Actitud práctica	TEST DE INFORMACIÓN CUESTIONARIO DE OBSERVACIÓN
Práctica médica en Salud Mental	Comportamiento en relación con problemas de salud mental	Diagnóstico Terapia Pronóstico-Rehabilitación	Historias clínicas. Psicofármacos. Rituales. Recetarios.....
Oferta y demanda en la atención de problema de salud	Relación entre necesidades y capacidad de atención en salud mental	Atención mental. Percepción del paciente	Estadísticas de consulta. Hojas de Remisión

CAPÍTULO VI

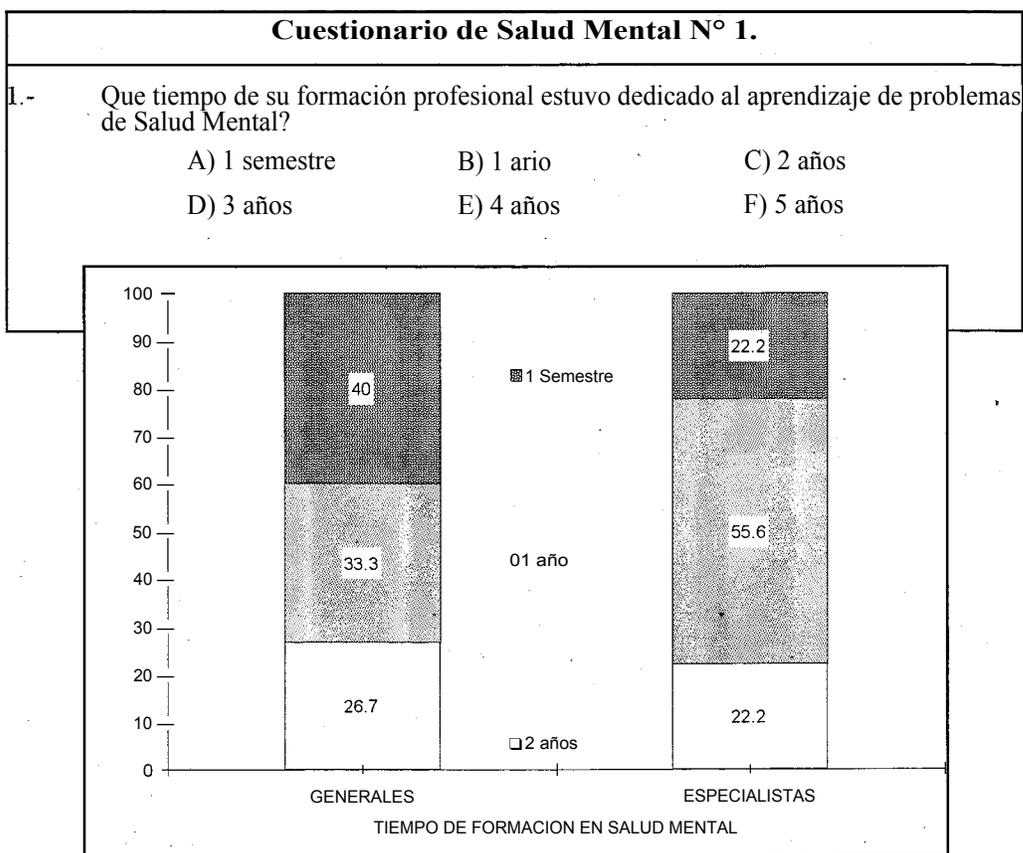
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE

RESULTADOS



La presentación de los resultados de esta investigación, nos permite observar que la mayoría de los médicos pertenecen al género masculino en un 93.3%, lo que tiene una alta significancia.

La mayoría de los médicos se encuentra en una edad alrededor de los 38 años entre 13% y 20% respectivamente. La moda de edad es de 35 años y la media es de 38 años para médicos generales y para los especialistas la media es de 37 años y la moda es 38 años



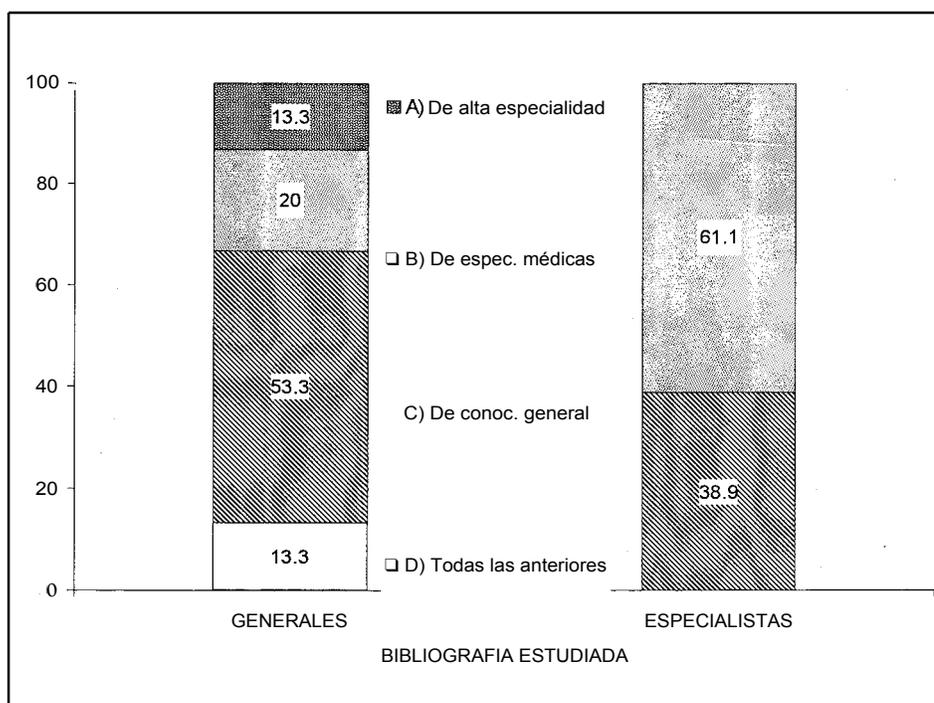
Se puede evidenciar que el 40% de los médicos generales encuestados tienen, en el tema de salud mental formación de un semestre, 33.3% de los médicos estudian un año. Un tercer grupo que conforma el 27% de la muestra está compuesto por aquellos que manifiestan que su formación en salud mental, es de dos años.

En relación a los médicos especialistas se pueden evidenciar que existe mayor conocimiento acerca de la salud mental, estableciendo que 55.6% de la muestra tiene una formación de un año, seguido por una formación de dos años que significa 22.2% dentro de la muestra.

Cuestionario de Salud Mental N° 1.

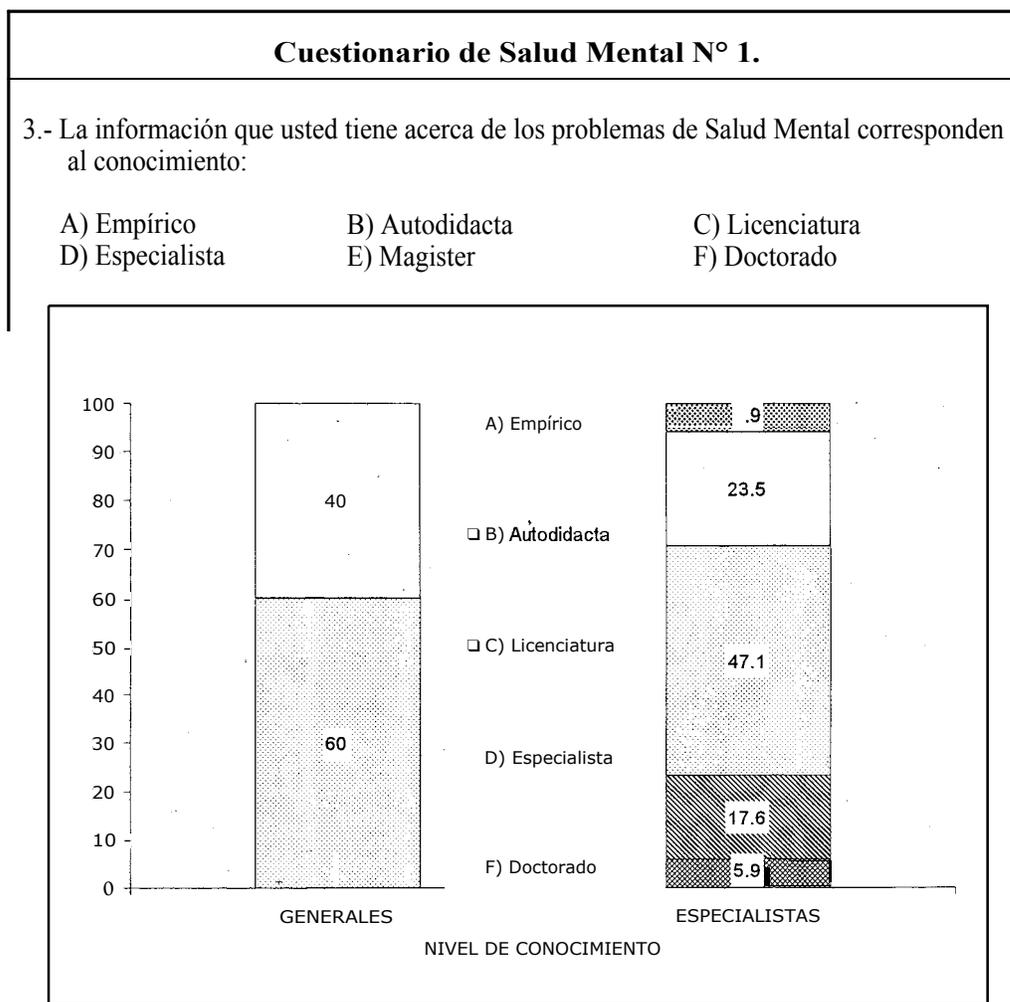
2.- Que tipo de bibliografía estudió, acerca de la Salud Mental?

- A) De alta especialidad B) De especialidades médicas C) De conocimiento general
 D) Todas las anteriores E) Ninguna de las anteriores



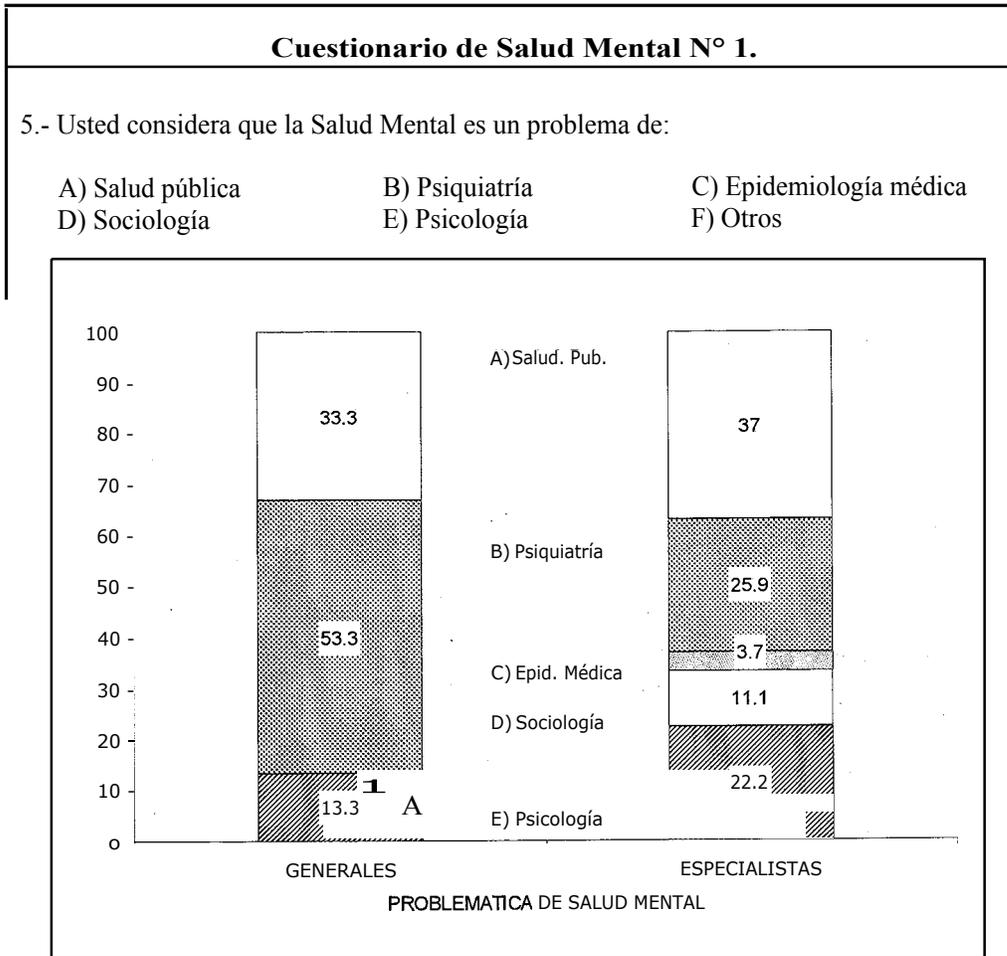
A partir de la segunda pregunta del cuestionario 1, se establece que 53% de la población de estudio conoce una bibliografía general. Un segundo grupo que significa el 20% de la población, manifiesta que la bibliografía conocida es de especialidades médicas y un tercer grupo manifiesta que tiene la oportunidad de consultar textos de alta especialidad.

Los médicos especialistas contestaron que la bibliografía que utilizaron fue de especialidades médicas, Psiquiatría y Psicología constituyéndose en 61.1%, seguido por bibliografía de conocimiento general que se traduce en 38.9% siendo estas dos las más representativas.



Cuando se cuestiona a los médicos acerca del grado de conocimiento en psicología médica, se puede observar que los médicos generales tienen conocimientos sobre salud mental a nivel licenciatura resultando ser el 60% de la muestra. Un segundo grupo manifiesta que son autodidactas en sus conocimientos sobre salud mental representando el 40% de la muestra.

En los especialistas el resultado es variado ya que se puede observar cinco grupos determinados, predominando el grupo de los que tienen el conocimiento sobre salud mental a nivel licenciatura, siendo el 47.1% de la muestra. El segundo grupo, con 23.5%, se considera autodidacta. Un tercer grupo que tiene el conocimiento de especialistas representa un 17.6%. Un cuarto responde que su conocimiento es empírico, representando el 5,9%. Otro grupo afirma tener conocimiento a nivel doctorado, con 5,9% de la muestra.



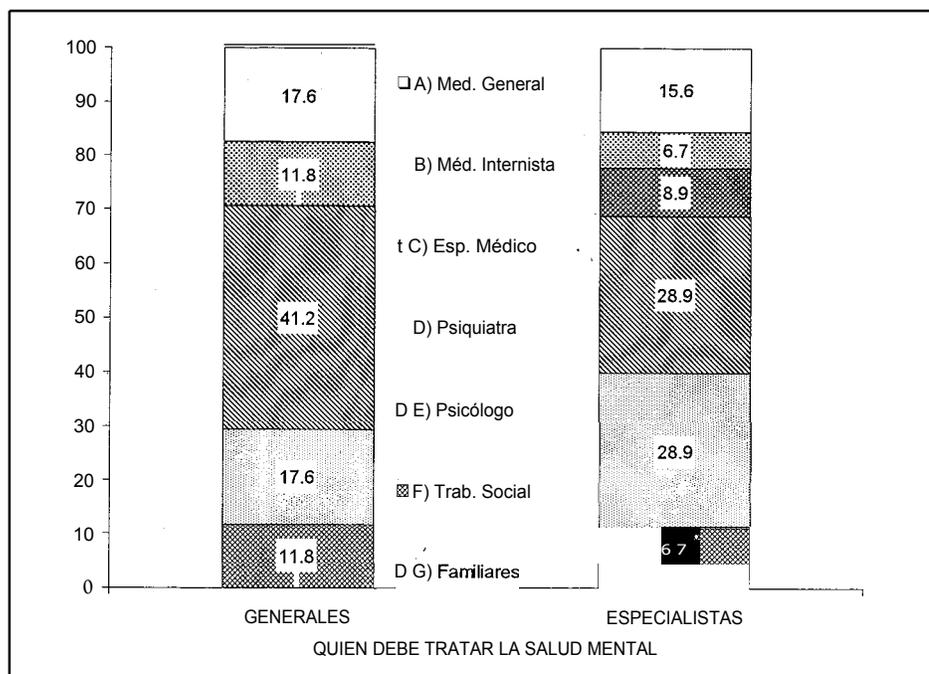
En cuanto a la concepción de los médicos generales acerca de la salud mental, el 53.3% de la muestra lo concibe como un problema específicamente psiquiátrico. Un segundo grupo compuesto por el 33.3% manifiesta que la salud mental es un problema de salud pública. Un tercer grupo piensa que la salud mental es una problemática de tipo psicológico; significa el 13.3% de la muestra.

En el caso de los especialistas se puede evidenciar que, una gran parte de estos médicos, piensan que el problema de salud mental corresponde a la salud pública siendo el 37.0% de la muestra. Un segundo grupo, el 25.9% de la muestra, manifiesta que el problema es más de tipo psiquiátrico. Otro grupo manifiesta que es un problema más de tipo psicológico representando el 22.2%. Una minoría, 11.1% de la población, piensa que la problemática de salud mental es más de tipo sociológico y por último un 3.7% de aquellos médicos especialistas piensan que salud mental es un problema de epidemiología médica. Se observa en el grupo de médicos especialistas que existen diferentes criterios sobre la responsabilidad de la salud mental.

Cuestionario de Salud Mental N° 1.

6.- Los problemas de Salud Mental pueden ser tratados por:

- A) Médico general B) Médico internista C) Especialista Médico
 D) Psiquiatra E) Psicólogo F) Trabajadora social



En relación con el personal adecuado para el tratamiento de los problemas de Salud Mental, los médicos generales responden que el psiquiatra, es el directo responsable (41.2% de la población encuestada) otro grupo que piensa que tanto el médico general como el psicólogo pueden atender indistintamente, representado en ambos casos el 17.6%. Un tercer grupo manifiesta que tanto el médico internista como la trabajadora social podrían atender estos casos indistintamente, totalizando en ambas respuestas un 11.8% de la población que respondió a esta pregunta.

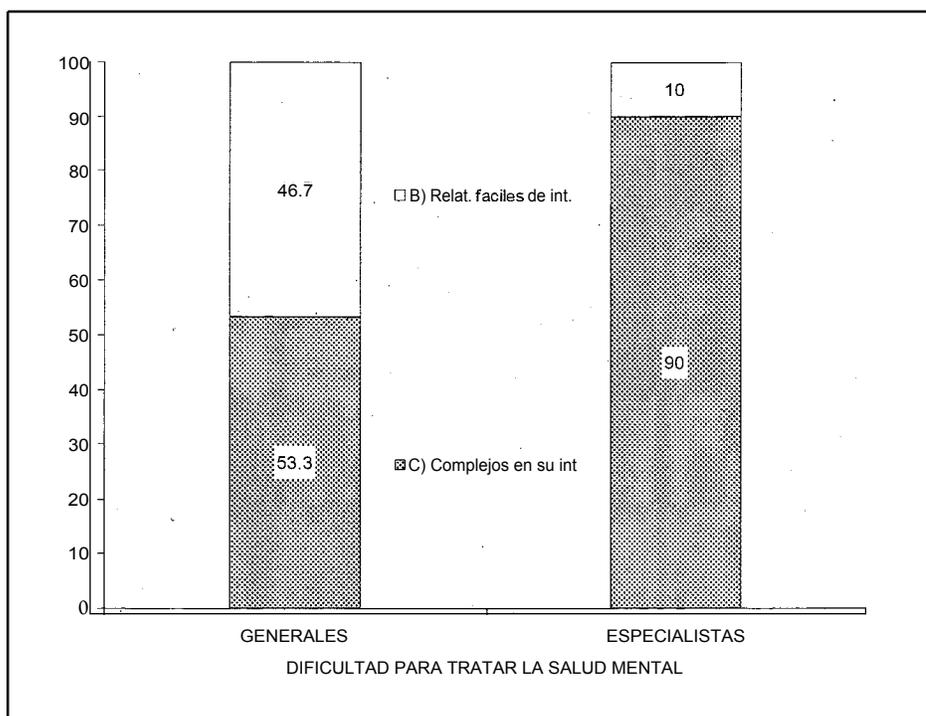
Las respuestas de los médicos especialistas se centraron fundamentalmente en que, tanto el psiquiatra como el psicólogo, indistintamente, pueden atender los problemas de salud mental representando en ambas respuestas 28.9%. Un segundo grupo piensa que el médico general es el que debe tratar los problemas de salud mental siendo el 15.6%. Un tercer grupo piensa que el médico, el internista y la trabajadora social pueden tratar estos problemas de salud manteniendo una representación de 6.7%. Otra respuesta significativa 8.9% considera que es el especialista médico, es el responsable de los problemas en salud mental.

Por último, un grupo de médicos especialistas, con el 4.4% de la muestra manifiesta que la familia del paciente mental es la que puede tratarlo.

Cuestionario de Salud Mental N° 1.

7.- En su opinión, los problemas de salud mental son:

- A) Fáciles de intervenir B) Relativ. fáciles de intervenir C) Complejos en su interv.
 D) Muy fáciles de tratar E) Intratables



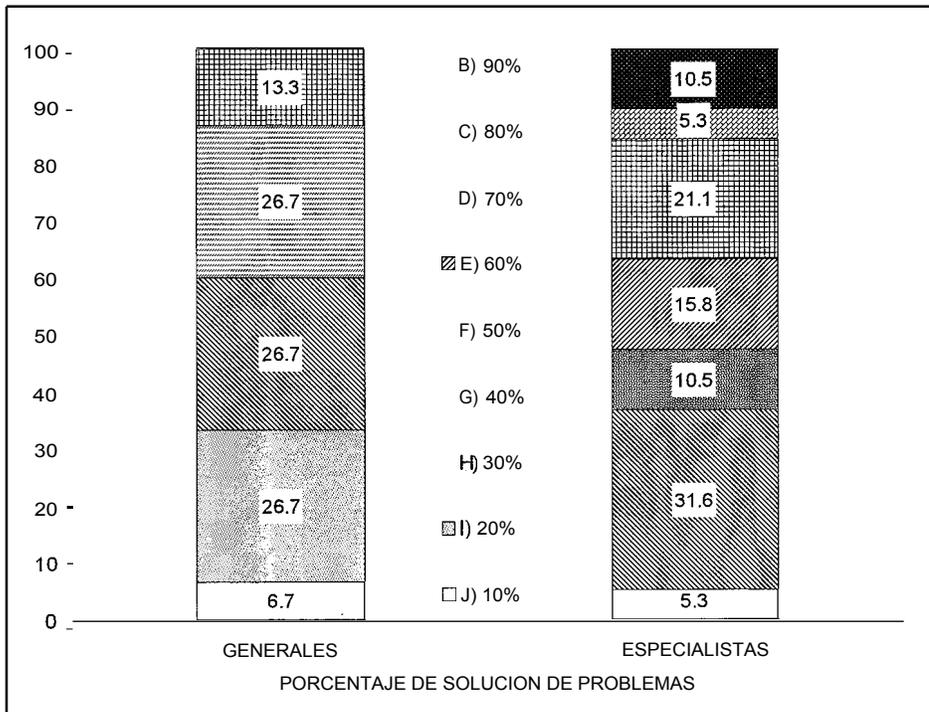
En cuanto a la posibilidad de intervención de los problemas de Salud Pública, los resultados muestran que el 53.3% piensa que la intervención es compleja. Un segundo grupo de médicos generales, el 46.7% responde que los problemas de salud mental son relativamente fáciles de intervenir.

Entre los médicos especialistas se observa que, 90%, piensa que los problemas de salud mental son complejos en su intervención. Un segundo grupo de especialistas, expresa que los problemas de salud mental son relativamente fáciles de intervenir siendo el 10%.

Cuestionario de Salud Mental N° 1.

8.- Los problemas de salud mental se solucionan en un porcentaje de:

- A) 100% B) 90% C) 80% D) 70% E) 60% F) 50%
 G) 40% H) 30% I) 20% J) 10%



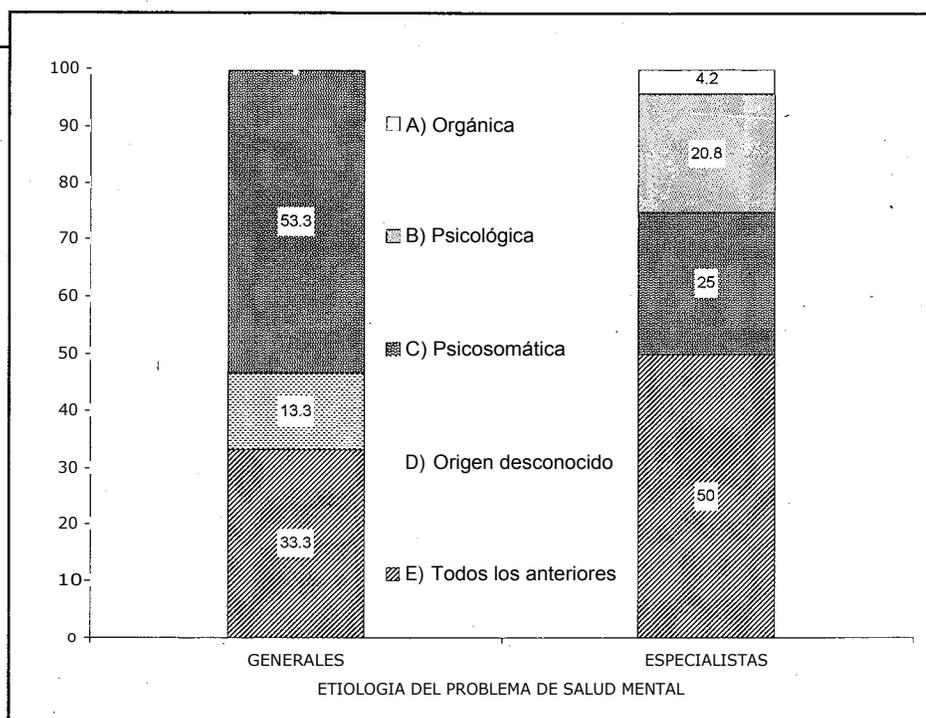
En relación a la pregunta de posibilidad de solución de los problemas de salud mental, los médicos generales responden que los problemas de salud mental son solucionables entre el 50%, 40% y 20% indistintamente, logrando este grupo una representación del 26.7% dentro de la población objetivo. Un segundo grupo manifiesta que los problemas de salud mental se resuelven en un 70% y un tercer grupo indica que éstos se solucionan sólo en un 10%.

Se puede observar que, dentro del grupo de médicos especialistas, no existe un consenso sobre el porcentaje de solución para problemas de salud mental. Un primer grupo 31.6% dice que sólo se solucionan en un 30%. Un segundo grupo 21.1%, indica que el porcentaje de solución es de 70% y un tercer grupo manifiesta que los problemas en salud mental se solucionan en un 90% a un 40%. Una minoría piensa que los problemas en salud mental se solucionan en 80% representando el 5.3% de la población encuestada y por último se tienen aquellos médicos especialistas que creen que los problemas de salud mental son solucionables en un 10% representando el 0.53% de la muestra.

Cuestionario de Salud Mental N° 1.

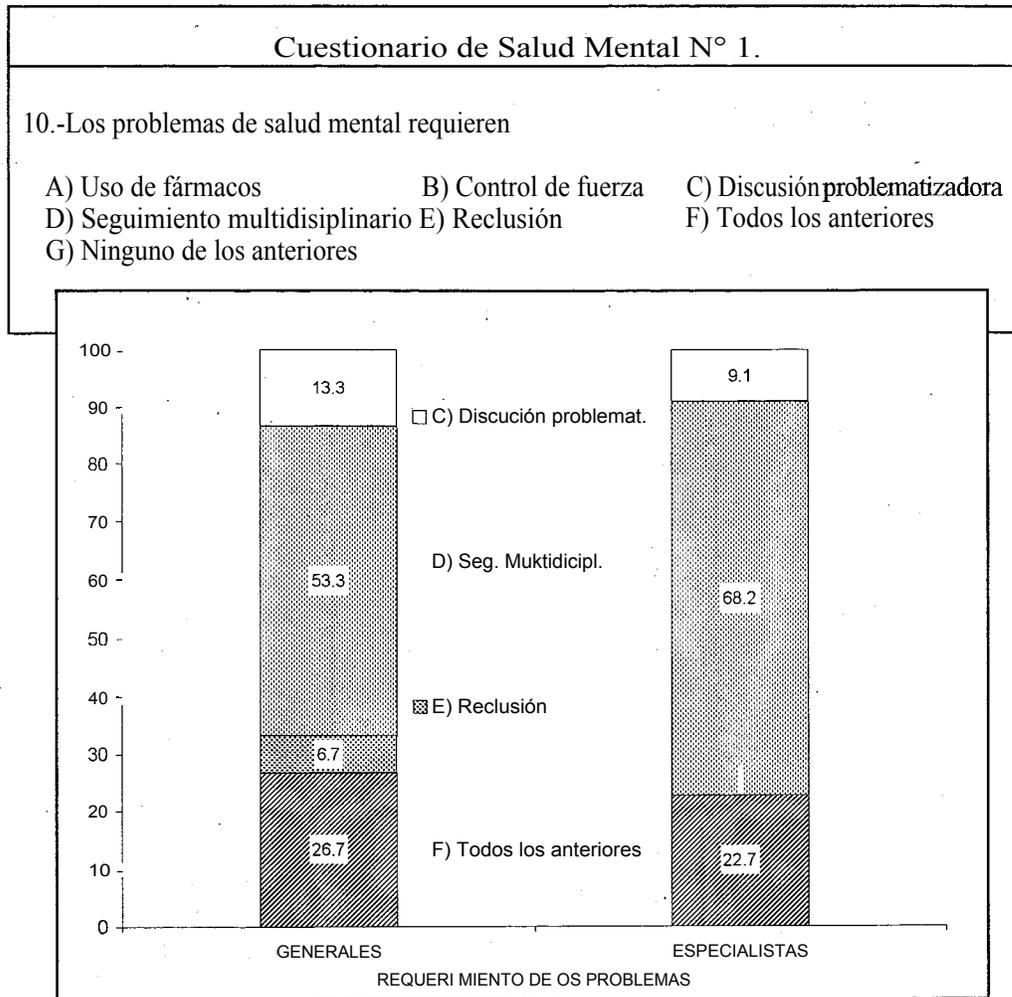
9.- Los problemas de salud mental son de etiología:

- A) Orgánica B) Psicológica C) Psicossomática
 D) Origen desconocido E) Todos los anteriores F) Ninguno



En cuanto a la etiología de la Salud Mental los médicos generales establecen tres grupos: el primero dice que los problemas en salud mental son de etiología psicossomática (53.3% de la población). El segundo grupo expresa que los problemas de salud mental son de todo tipo 33.3% de la población. Un tercer grupo revela que, aún ahora, los problemas de la salud mental son de origen desconocido, (13.3% de la población).

Los médicos especialistas establecen cuatro grupos: el primero afirma que los problemas de salud mental son de etiología diversa, (50.0%, de la muestra). Un segundo grupo afirma que son de tipo psicossomático (25% de la muestra elegida). Un 20.8% piensa que son de etiología psicológica y por último una representación del 4.2.% expresa que son de etiología orgánica más que de otras.



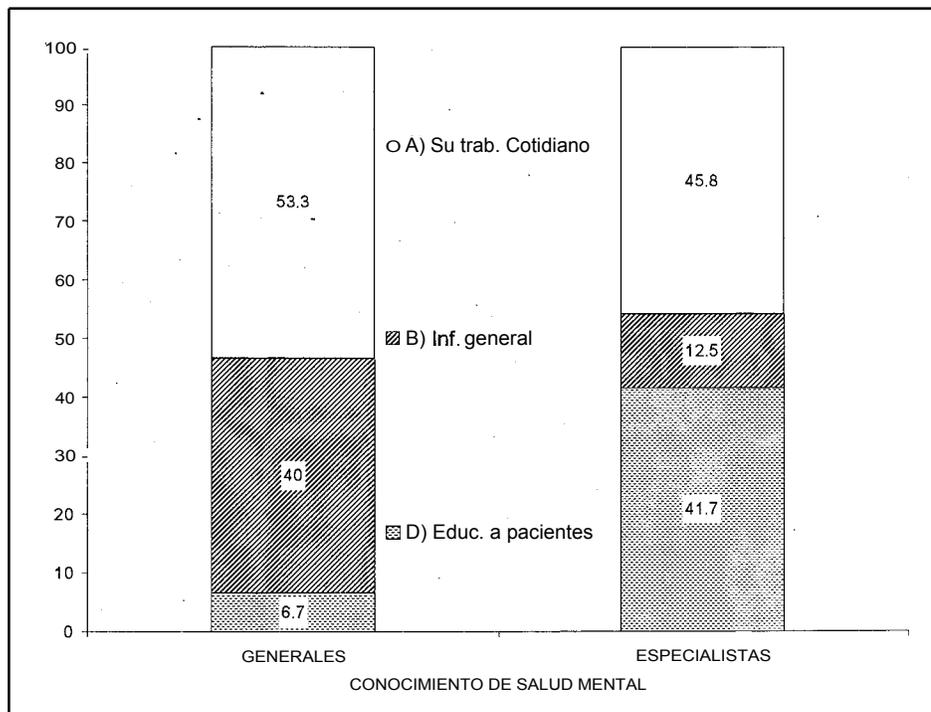
La pregunta diez del primer cuestionario se refiere a los requerimientos de salud mental: Acerca del tratamiento que requiere la Salud Mental, los médicos generales responden que el paciente con problemas de salud mental necesita un seguimiento multidisciplinario, siendo un 53.3% de la población encuestada. El 26.7% manifiesta que se deben utilizar todos los recursos necesarios; un 13.3% de médicos generales piensa que la discusión problematizadora es la mejor opción y por último un 6.7% piensa que se debe recluir al paciente con problemas en salud mental.

El 68.2% de médicos especialistas manifiesta que el seguimiento multidisciplinario es la mejor opción. El 22,7% piensa que es mejor usar todos los recursos y el 9.1% manifiesta que la discusión problematizadora es mejor.

Cuestionario de Salud Mental N° 2.

1.- Los conocimientos que usted posee acerca de la salud mental son útiles para:

- A) Para su trabajo cotidiano B) Información general C) Discutir con los especialistas
 D) Educación a los pacientes E) No me son útiles



Cuestionario N° 2.

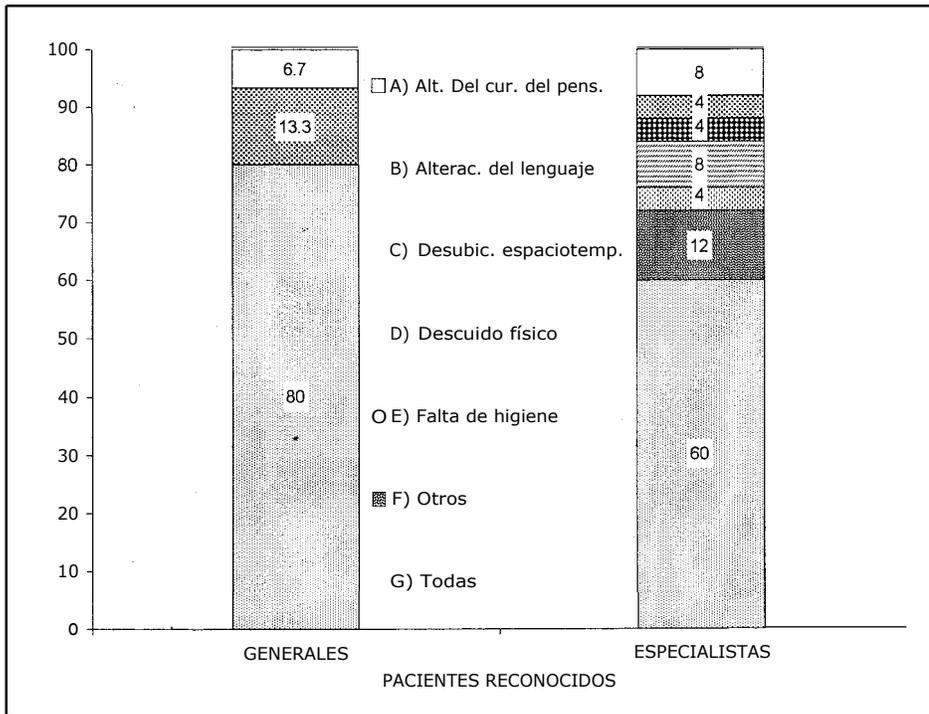
Con relación a la pregunta sobre la utilidad de los conocimientos acerca de la Salud Mental, los médicos generales responden en tres grupos representativos, el 53.3% manifiesta que los conocimientos les sirven para el trabajo cotidiano. Un segundo grupo manifiesta que solo les sirve para información general (40%). Un 6.7% de médicos generales piensa que sus conocimientos sobre salud mental le sirven para discutir con especialistas.

Los especialistas también se identifican con tres respuestas, siendo las más representativas: el 45.8%, referida a que los conocimientos sobre salud mental les sirven para el trabajo cotidiano. Un segundo grupo de 41.7%, indica que estos conocimientos les sirven para discutir con los especialistas y un 12.5% indica que les sirven para información general.

Cuestionario de Salud Mental N° 2.

2.- Usted reconoce a los pacientes con problemas de salud mental por:

- A) Alteración del curso del pensamiento B) Alteración del lenguaje
 C) Desubicación espacio temporal D) Descuido físico
 E) Falta de higiene F) Otros G) Todas H) Ninguna



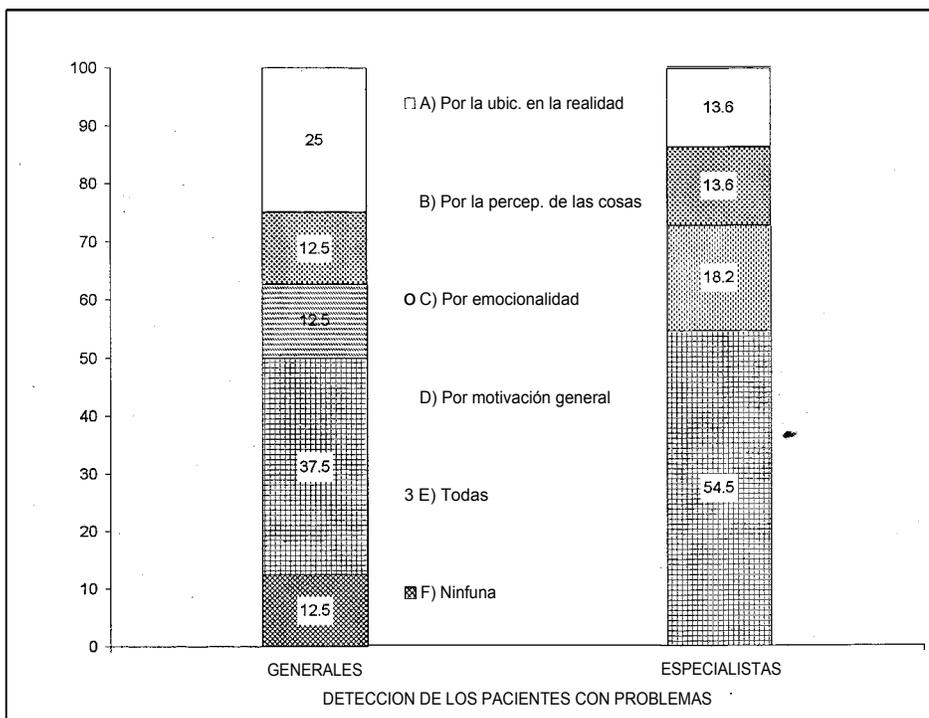
La segunda pregunta se refiere a las características de reconocimiento de pacientes con problemas de salud mental. Los médicos generales formaron tres grupos de apreciaciones: El primer grupo de 80% manifiesta reconocer al paciente por alteración en el curso del pensamiento, lenguaje, desubicación espacio temporal, descuido físico y falta de higiene. Un segundo grupo 13.3% manifiesta que reconoce a un paciente con problemas de salud mental por la sola alteración del lenguaje y tercer grupo 6.7% los reconoce por la alteración del curso del pensamiento.

La respuesta de los especialistas es variada. La más representativa afirma que se reconoce a un paciente mental por todas las características mencionadas en los ítems (60%). Un segundo grupo manifiesta que reconoce a este tipo de pacientes por otras características (12.0%). Otros aseguran reconocer al enfermo por la alteración del curso del pensamiento y por el descuido físico. El 4.0% los diferencia por la alteración del lenguaje, desubicación espacio - temporal y falta de higiene.

Cuestionario de Salud Mental N° 2.

3.- Es facil detectar a un paciente con problemas de salud mental:

- A) Por la ubicación de la realidad
- B) Por la percepción de las cosas
- C) Por su emocionalidad
- D) Por motivación general
- E) Todas
- F) Ninguna



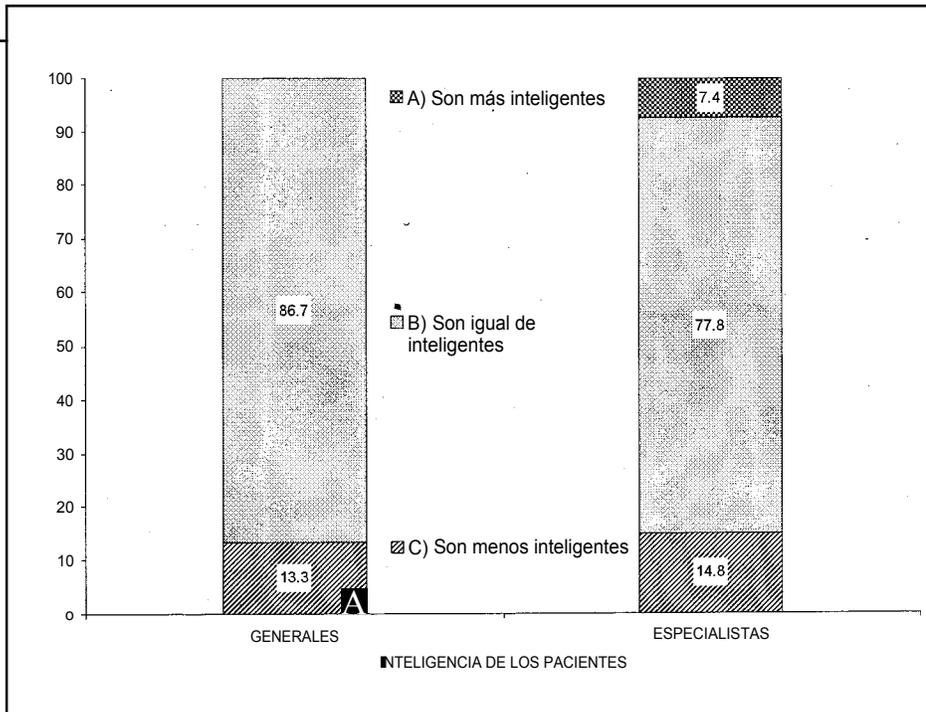
La tercera pregunta se refiere a la facilidad para detectar a un paciente con problemas de Salud Mental. Ante esta pregunta se puede evidenciar que 37.5% detecta al paciente por todas las características mencionadas en los items. Un segundo grupo 12.5% dice que lo detecta solo por la ubicación en la realidad de los pacientes. El 12.5% determina que el médico general detecta a un paciente mental por la percepción de las cosas, por el grado de emocionalidad y todas las características que presenta.

En relación con los especialistas, éstos identifican a un paciente con problemas de salud mental, por todas sus características, 54.5% de la muestra. Un segundo grupo reconoce a un paciente mental por su motivación general 18.2% de la muestra. Un tercer grupo 13.6% indistintamente detecta a un paciente de salud mental por la ubicación en la realidad y por la percepción que tiene de las cosas.

Cuestionario de Salud Mental N° 2.

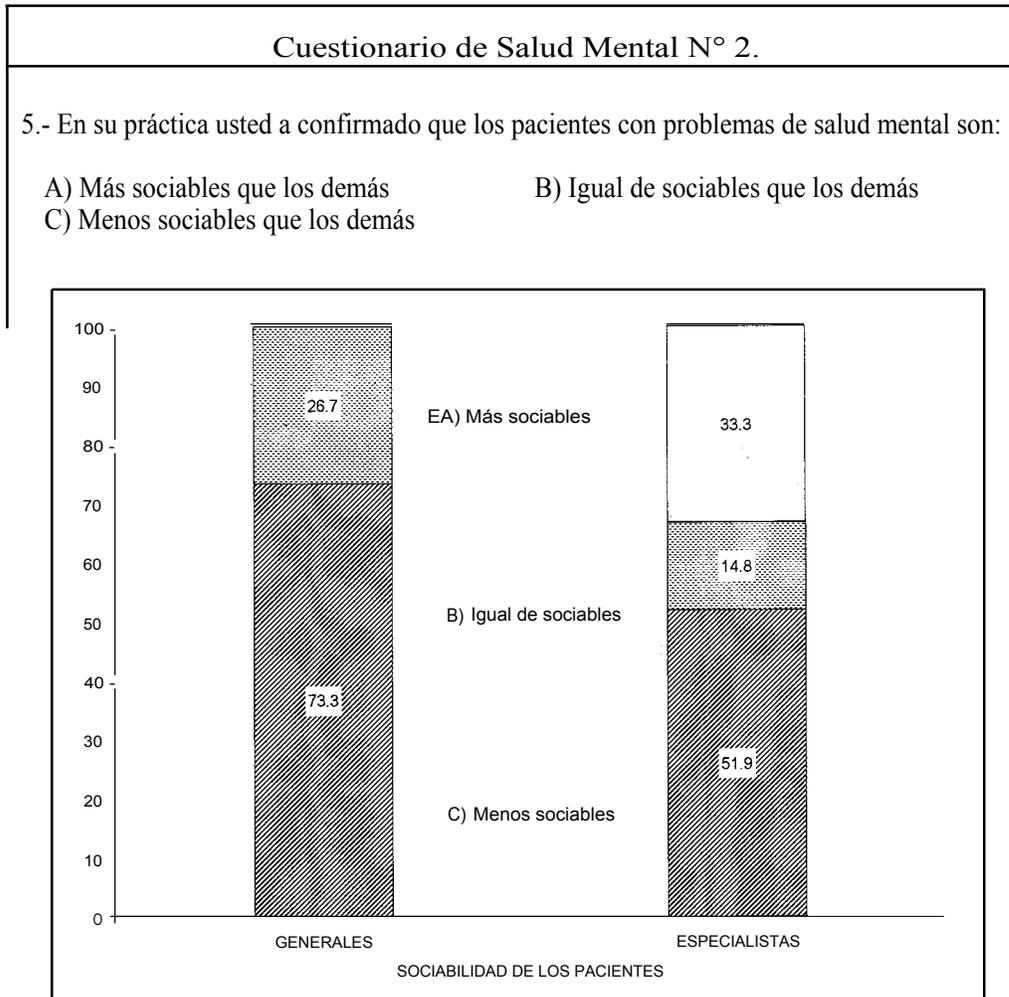
4.- Usted piensa que los pacientes con problemas de salud mental son:

- A) Más inteligentes que los demás B) Igual de inteligentes que los demás
 C) Menos inteligentes que los demás



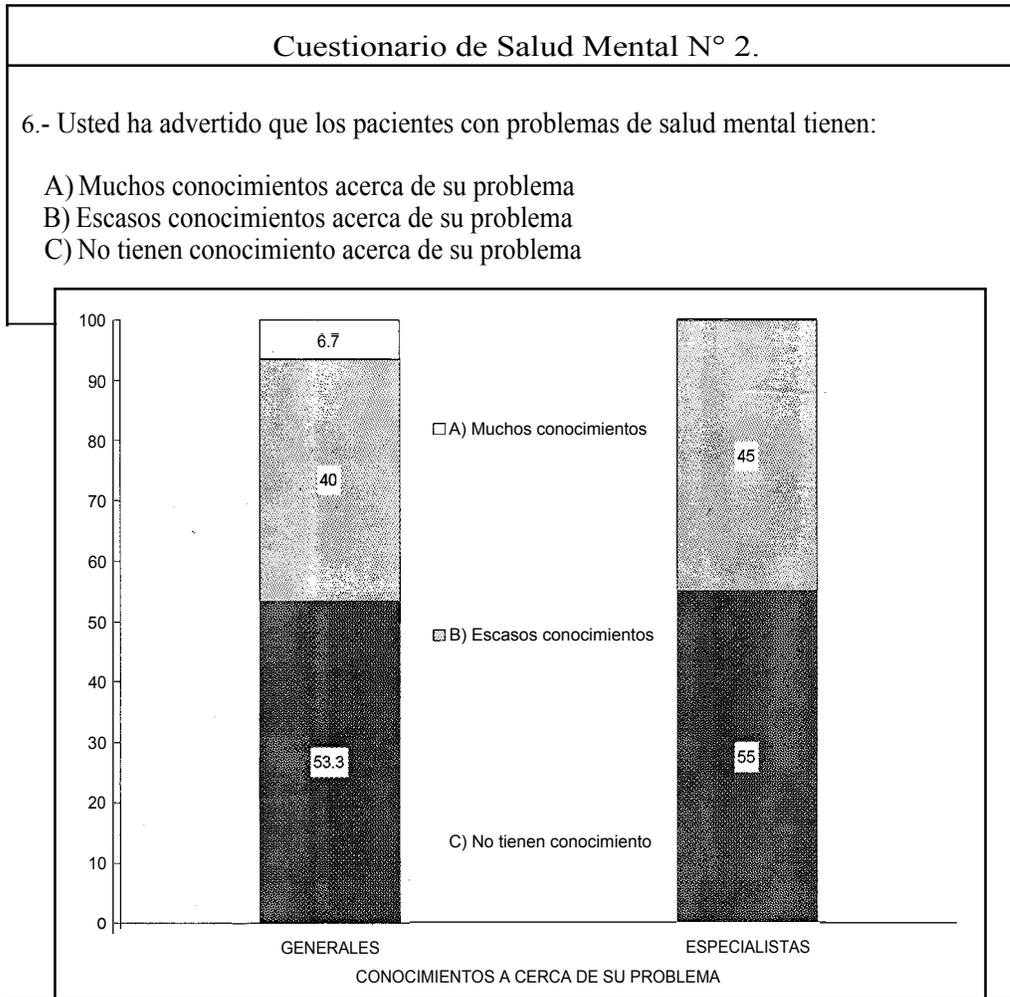
Ante la pregunta acerca de la inteligencia de los pacientes con problemas de Salud Mental, los médicos generales toman dos posiciones muy definidas: la primera y la más representativa con 86.7% de la muestra piensa que un paciente con problemas de salud mental tiene la misma inteligencia que los demás. Un segundo grupo 13.3% piensa que el mencionado paciente es menos inteligente que los demás.

La respuesta de los especialistas se divide en tres; la más representativa 77.8% manifiesta que los pacientes con problemas de salud mental son igual de inteligentes que los demás. Un segundo grupo manifiesta que son menos inteligentes (14.8%). Por último, está el 7.45% de los médicos que piensan que son más inteligentes que los demás.



Según la pregunta cinco que dice: en su práctica, usted ha confirmado que los pacientes con problemas de salud mental son: Las respuestas están en relación con la sociabilidad de los pacientes con trastornos mentales los médicos generales claramente toman dos posiciones. La primera (73.3%) asegura que un paciente con problemas de salud mental es menos sociable que los demás. El 26.7% de los médicos, piensa que son igual de sociables que los demás.

Los médicos especialistas piensan que un paciente mental es menos sociable que los demás (51.9%). Un segundo grupo manifiesta que son más sociables que los demás (33.3%). El 14.8% de los médicos especialistas piensa que un paciente mental es igual de sociable que los demás.



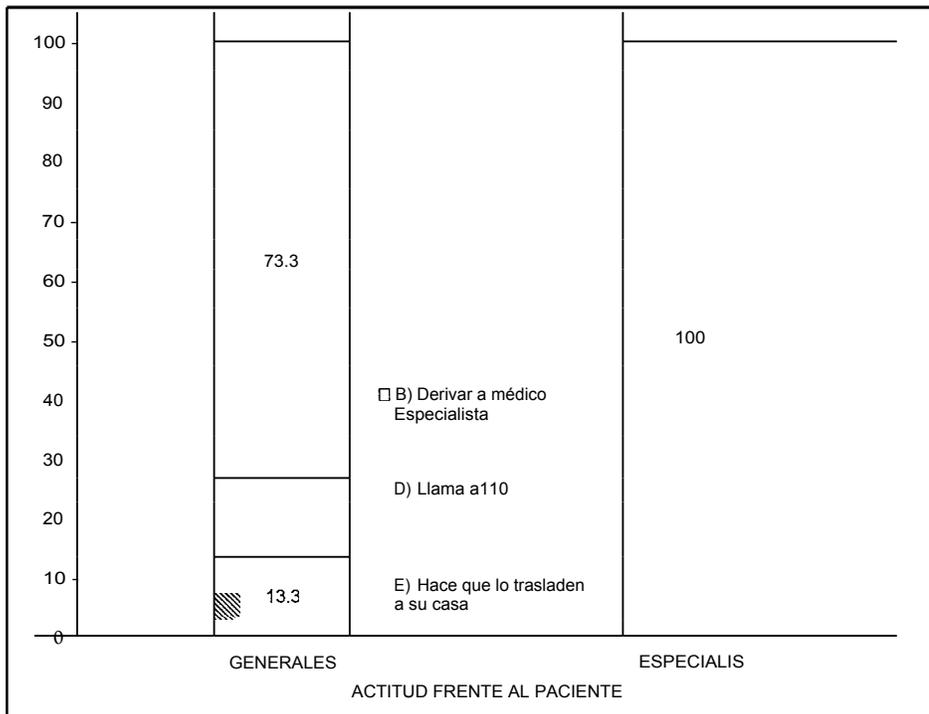
Por otra parte, los médicos generales consideran que el paciente con problemas de salud mental no tiene conocimiento acerca de su propio problema, (53.3% de la muestra). Un 40% manifiesta que el paciente tiene escasos conocimientos acerca de su problema y un 6.7% piensa que el paciente mental conoce mucho de su problema.

Los médicos especialistas toman solo dos posiciones: la primera referida a que el paciente mental no tiene conocimientos acerca de su problema, 55% de la muestra y un 45% de médicos especialistas piensa que el paciente mental tiene escasos conocimientos acerca de su problema.

Cuestionario de Salud Mental N° 2.

7.- Cuando llega a su consulta un paciente con problemas de salud mental usted:

- A) Deriva al paciente a un médico general B) Deriva al paciente a un médico especialista
 C) Llama a radiopatrulla para que lo trasladen al psiquiátrico
 D) Llama a 110 para que lo trasladen a la policia E) Hace que los trasladen a su casa



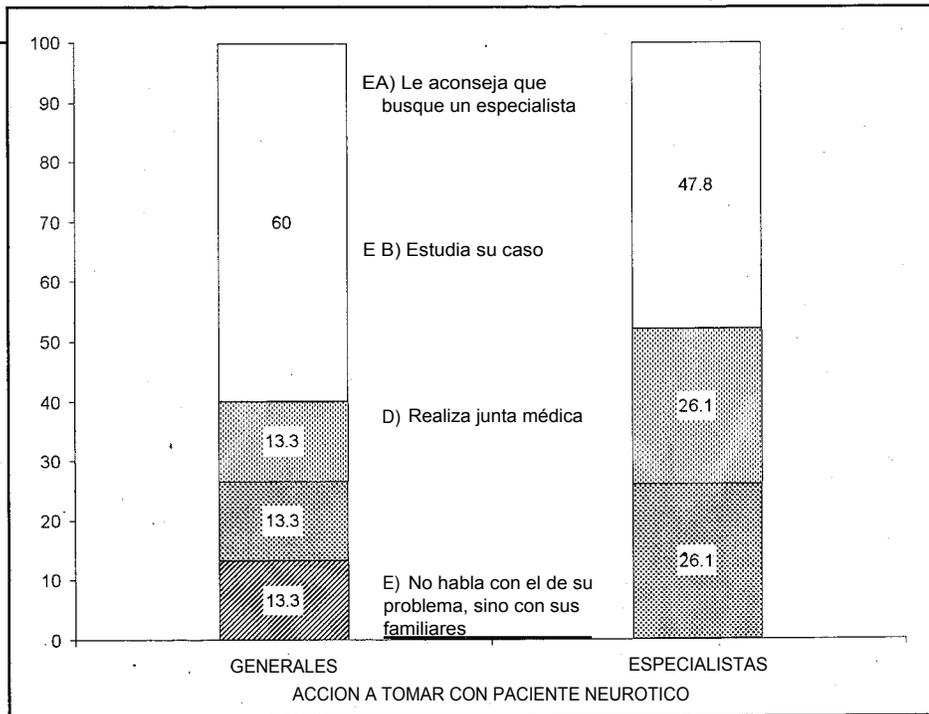
Los médicos generales interrogados acerca de la actitud que asumen cuando llega a su consulta un paciente con problemas de salud mental, manifiestan que deriva al paciente a un médico especialista 73.3%. El 13.3% llama a la policía para que lo trasladen o hace que lo trasladen a su casa. Esto deja ver claramente que el médico se deslinda de la responsabilidad sobre estos pacientes.

Los médicos especialistas manifiestan que el 100%, que deriva al paciente a un médico especialista.

Cuestionario de Salud Mental N° 2.

8.- Al paciente con problemas de salud mental que llega a su consultorio usted:

- A) Le aconseja que busque un especialista
- B) Estudia su caso y analiza como ayudarlo personalmente
- C) Utiliza fármacos antidepressivos, otros D) Busca realizar una junta médica



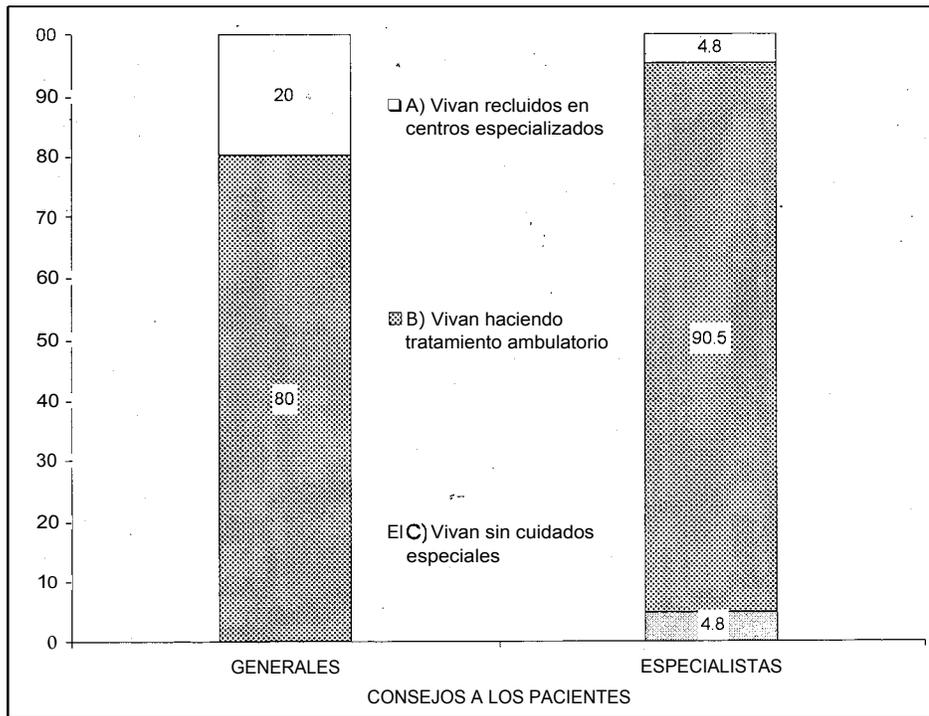
Inspeccionando la actitud de los médicos en referencia a la remisión de pacientes con problemas de Salud Mental manifiestan que aconsejan al paciente buscar un especialista 60% de médicos. Los que deslindan su responsabilidad, alcanzan al 13.3%. Los médicos generales manifiestan estudiar el caso y ven como poder ayudar al paciente personalmente. Otros buscan realizar juntas médicas y otros, no hablan con el paciente de su problema.

Los médicos especialistas 47.8% aconsejan al paciente que busque un especialista ya que no está en sus manos, ayudarlo. Un segundo grupo que manifiesta dos tipos de respuesta; el primero que busca y estudia como ayudar al paciente y el segundo que habla con la familia del paciente, 26.1% de la muestra.

Cuestionario de Salud Mental N° 2.

9.- Usted aconseja a los pacientes con problemas de salud mental que:

- A) Vivan reclusos en centros especializados
- B) Vivan como todos, haciendo un tratamiento ambulatorio
- C) Vivan como todos sin cuidados especiales



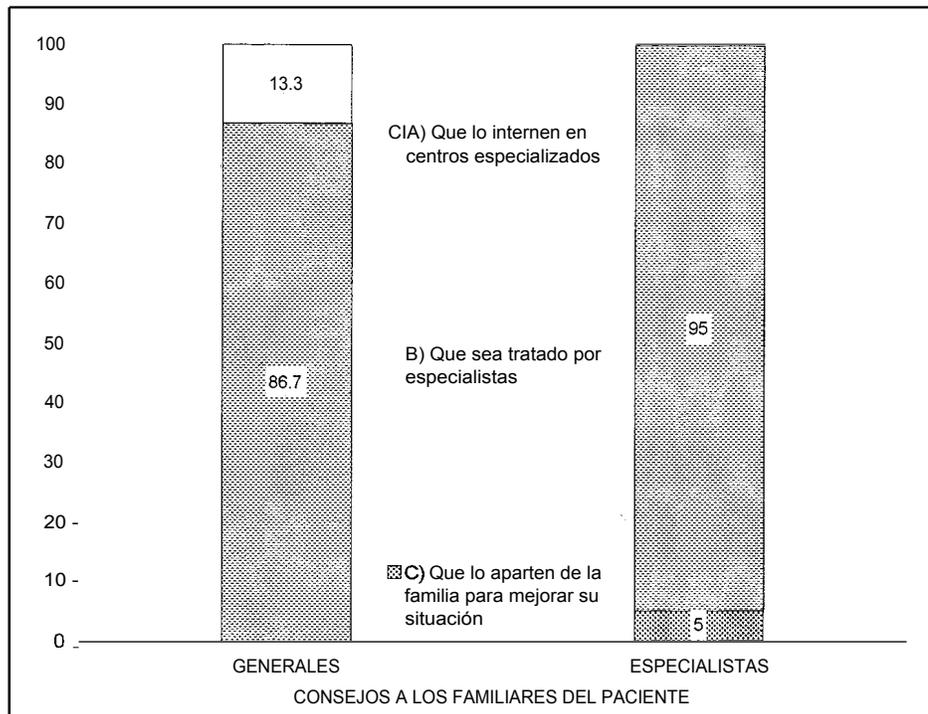
El 80% de los médicos generales, se inclinan porque el paciente mental conviva normalmente, haciendo un tratamiento ambulatorio. El 20%, manifiesta que el paciente mental debe vivir recluso en centros especializados.

La respuesta de los médicos especialistas se centra en que los pacientes mentales vivan como todos, haciendo un tratamiento ambulatorio, 90.5%. Un 4.8% indica que el paciente mental debe vivir recluso en centros especializados o vivir como todos, sin cuidados especiales.

Cuestionario de Salud Mental N° 2.

10.- Usted aconseja a los familiares del pacientes con problemas de salud mental que:

- A) Que lo internen en centros especializados
- B) Que sea tratado por especialistas
- C) Que lo aparten de la familia para mejorar su situación



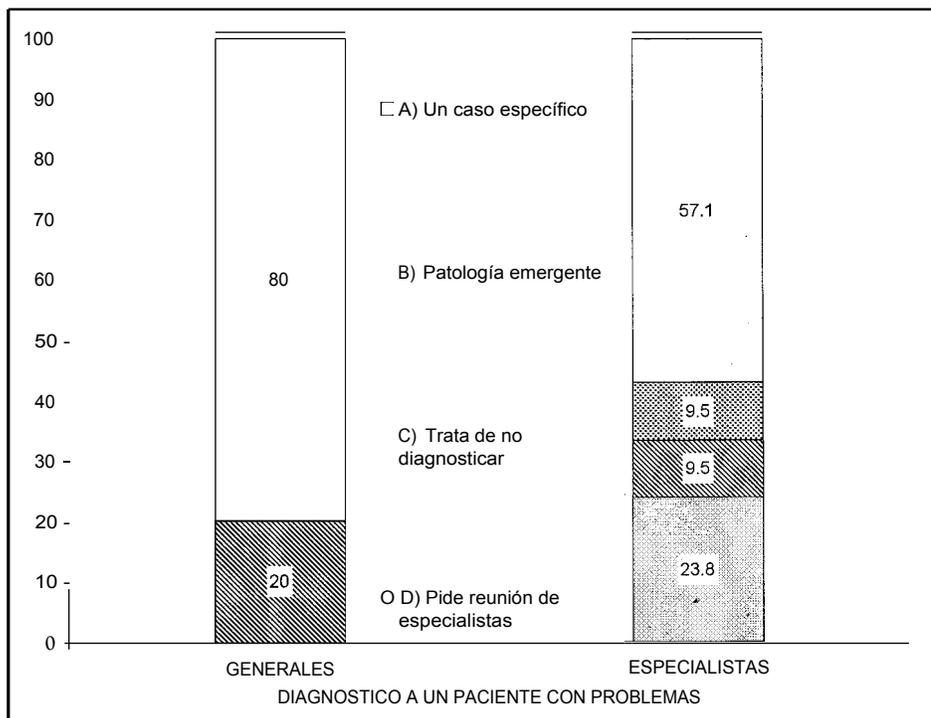
Los médicos generales en 86.7% indican que el paciente mental debe ser tratado por especialistas y un segundo grupo de 13.3% manifiesta que deben ser internados en centros especializados.

Los médicos especialistas en el 95.0% aconsejan a los familiares que el paciente sea tratado por especialistas y un 5.0% manifiesta que la familia debe apartar al paciente mental para mejorar su situación.

Cuestionario de Salud Mental N° 2.

11.- Cuando atiende a un paciente con problemas de salud mental diagnostica como:

- A) Un caso específico (alcoholismo, drogadicción, psicosis, depresión, etc.)
- B) Patología emergente (gastritis, neuritis, cefalea, cirrosis)
- C) Trata de no diagnosticar
- D) Pide reunión de especialistas



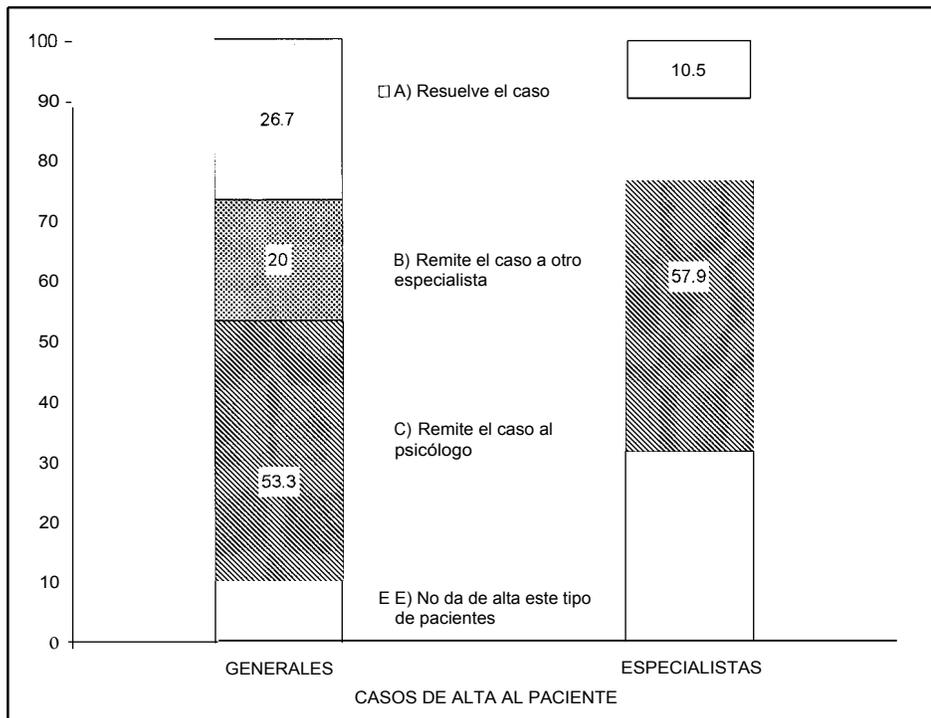
Los médicos generales en un 80.0% diagnostica los problemas de salud mental como casos específicos (alcoholismo, drogadicción, psicosis, depresión, etc.). Un 20.0% indica que tratan de no diagnosticar, rehuendo la responsabilidad que conllevan estos paciente .

La intervención y el diagnóstico de los médicos especialistas son variados, predominando un 57.1% que diagnostica como casos específicos. Solo un 23.8% solicita reunión de especialistas a objeto de contrastar criterios y dos respuestas que comparten el mismo porcentaje (9.5%) se refirieren a aquellos médicos que diagnostican los problemas mentales como una patología emergente y otros que tratan de no diagnosticar.

Cuestionario de Salud Mental N° 2.

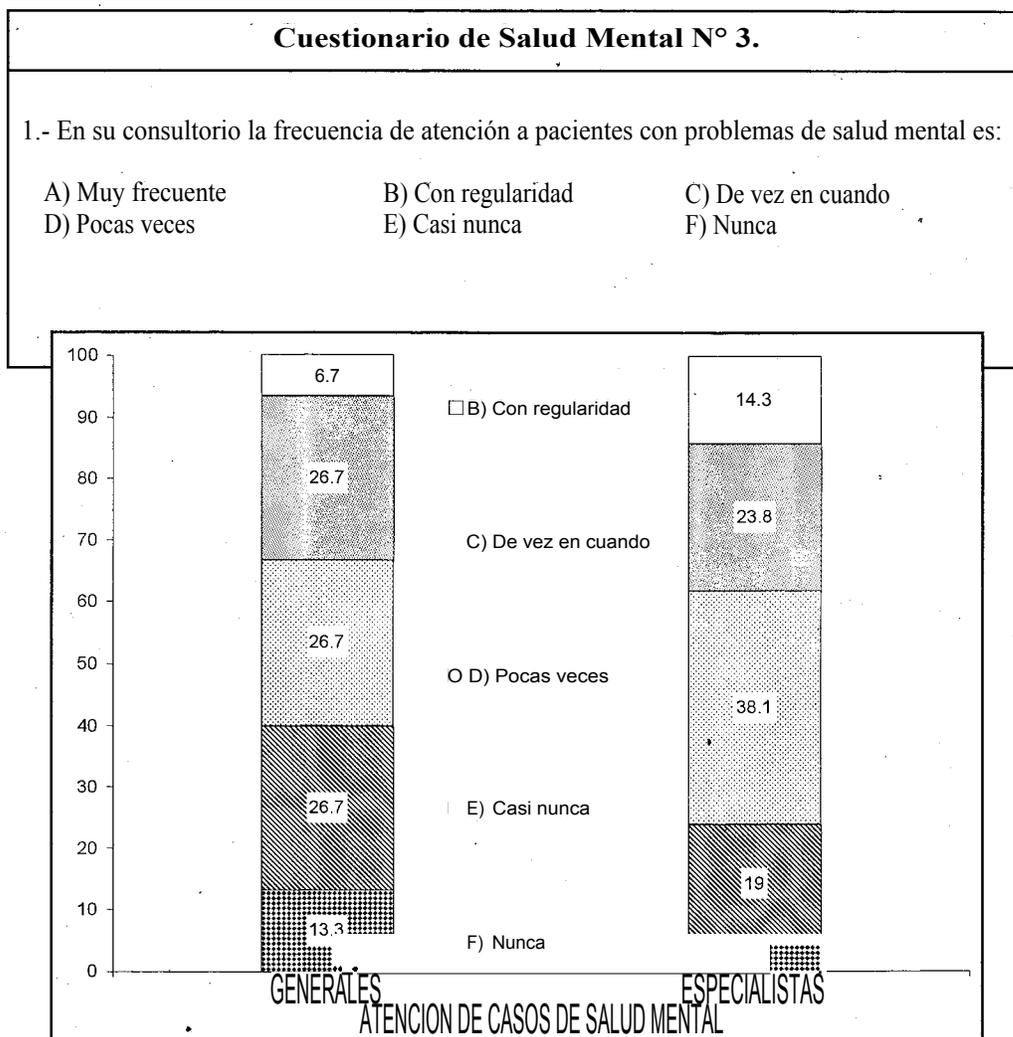
12.- Usted suele dar de alta al paciente con problemas de salud mental cuando:

- A) Resuelve el caso B) Remite el caso a otro especialista
 C) Remite el caso al psicólogo D) Remite el caso a la trabajadora social
 E) No da de alta este tipo de pacientes



En relación con la remisión a especialistas se observan tres tipos de respuesta: la primera (53.3%) remite al paciente al psicólogo. El 26.7% resuelve el caso. Un 20% remite el caso a otro especialista, por no estar dentro de su competencia .

De los médicos especialistas, un 57.9% remite el caso al psicólogo, un 31.6% no da de alta este tipo de pacientes y un 10.5% resuelve el caso. Estas respuestas demuestran que, tanto el médico general como el especialista, tratan de deslindar su responsabilidad y prefieren derivar al paciente a otro profesional.



Cuestionario N° 3

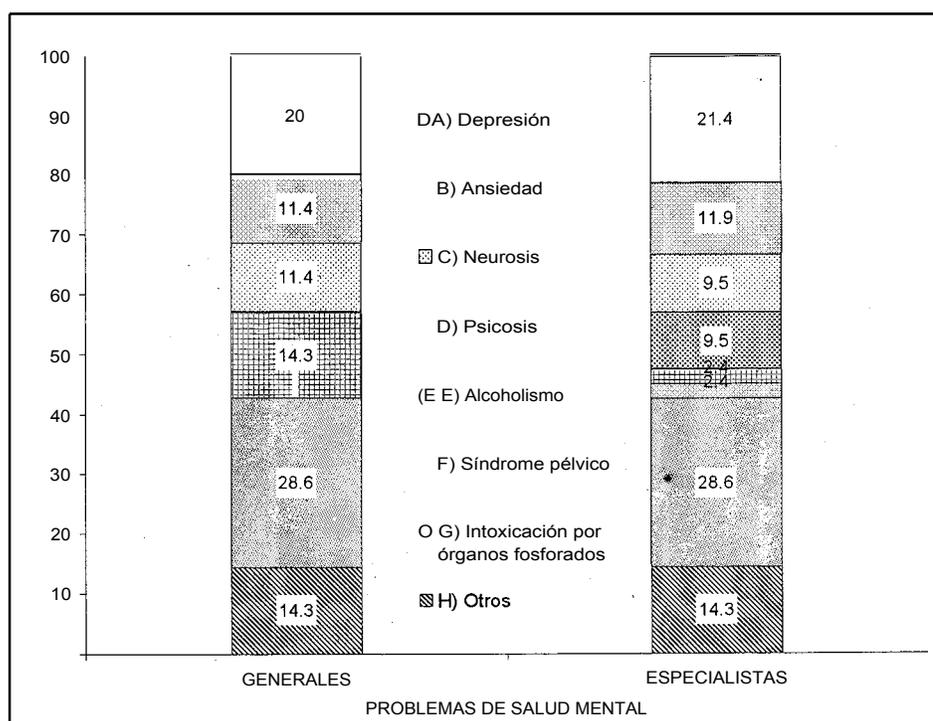
En relación con la oferta-demanda en la atención de los problemas de salud mental, se puede ver que los médicos generales aún mantiene la concepción organicista al manifestar que la frecuencia de atención a pacientes con problemas en salud mental es: de vez en cuando, pocas veces o casi nunca 26.7% en cada opción y un 6.7% manifiesta dice que no recibe pacientes de este tipo,

Los especialistas, en el 38.1% reciben pocas veces pacientes con problemas de salud mental. El 23.8% recibe de vez en cuando. Un 19.0% manifiesta que casi nunca recibe pacientes de este tipo. Un 14.3% manifiesta que recibe este tipo de pacientes con regularidad y un 4.8% indicó que nunca recibe pacientes mentales. Esto demuestra que el paciente aún es considerado como una masa orgánica, en la que no interviene la parte emocional. El médico atiende al paciente más por su patología orgánica que por su problema de tipo emocional.

Cuestionario de Salud Mental N° 3.

2.- Los pacientes más frecuentes de salud mental que llegan a su consulta:

- A) Depresión B) Ansiedad C) Neurosis D) Psicosis E) Alcoholismo
 F) Síndrome pélvico G) Intento de suicidio H) Otros



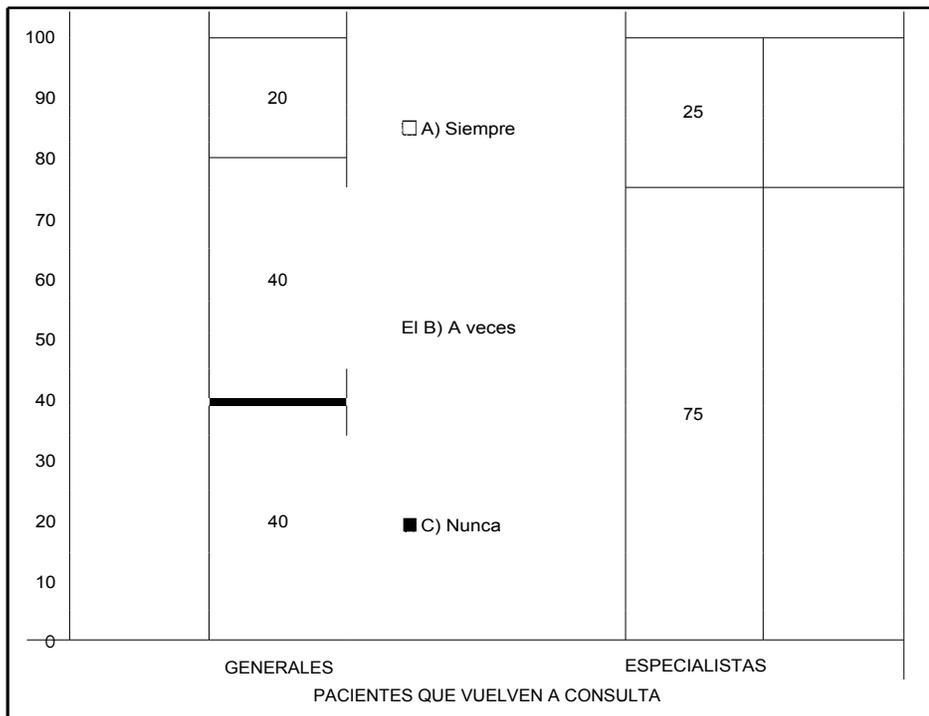
En la problemática de la salud mental según los médicos generales, la intoxicación por órganos fosforados ocupa el primer lugar con un 26.6%; luego el 20% corresponde a la depresión, luego el alcoholismo y otros con un 14.3% respectivamente; la ansiedad y la neurosis tienen una representatividad del 11.4% de la muestra.

Según los médicos especialistas la intoxicación por órganos fosforados tiene una representación del 26.6%. Luego la depresión con un 21.4%. Otras patologías representan un 14.3%; la ansiedad 11.9%, la neurosis y psicosis con 9.5% cada una. Por último están el alcoholismo y el síndrome pélvico con el 2.4%.

Cuestionario de Salud Mental N° 3.

3.- Los pacientes con problemas de salud mental vuelven a la consulta:

A) Siempre . B) A veces C) Nunca



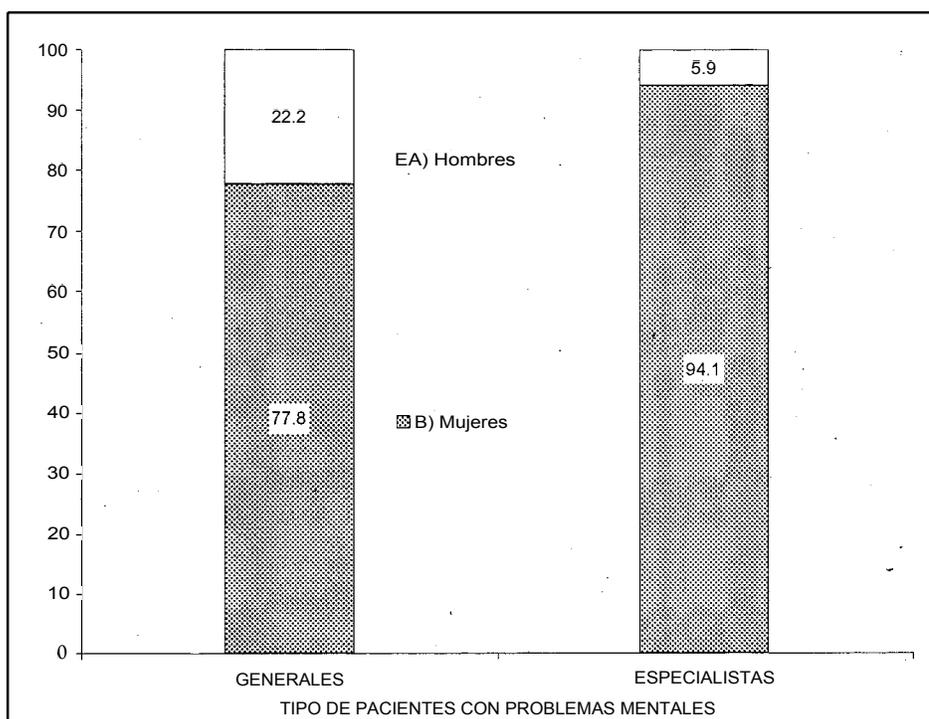
El médico general indica que el paciente con problemas de salud mental regresa a la reconsulta "a veces". Como segunda opción "nunca vuelve a ver al paciente", teniendo cada uno el 40.0%. Por último un grupo de médicos generales indica que "siempre vuelven a la reconsulta", representando el 20.0% de la muestra.

La posición del médico especialista afirma que el paciente mental regresa "a veces" a la reconsulta. Este criterio significa 75%. El 25% asegura que el paciente "regresa siempre a su reconsulta".

Cuestionario de Salud Mental N° 3.

4.- Los pacientes con problemas de salud mental son, mayormente:

A) Hombres B) Mujeres



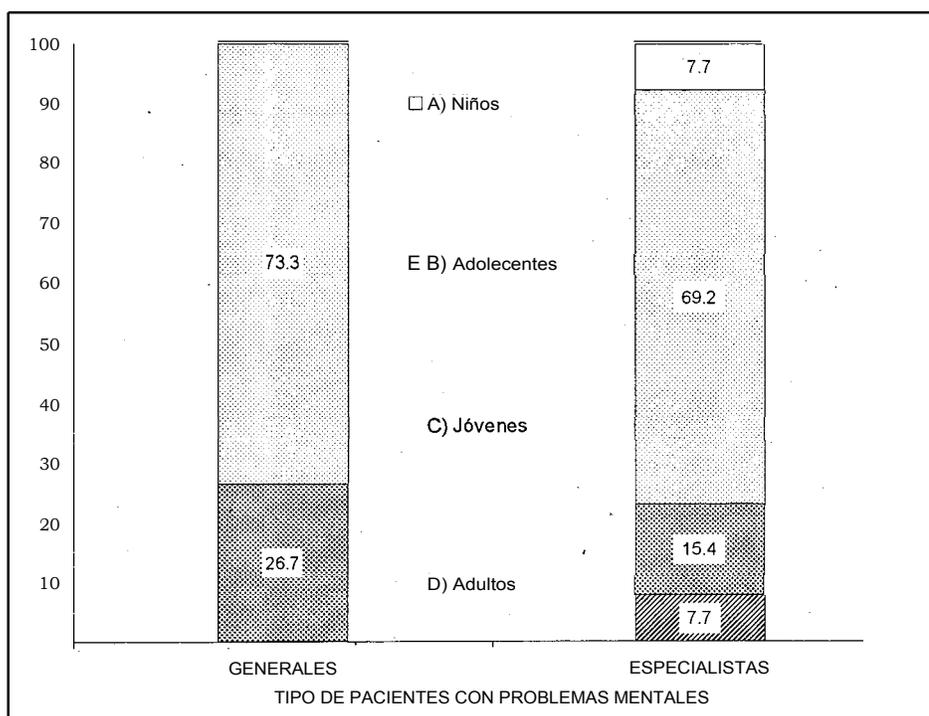
Los médicos generales observan que los pacientes con problemas de salud mental son mayormente mujeres, 77.8%. Un 22.2% manifiesta que los problemas se dan en los hombres, con más frecuencia.

A nivel de los especialistas, éstos manifiestan en 94.1% que las mujeres son la mayoría y solo 5.9% indican que son los hombres.

Cuestionario de Salud Mental N° 3.

4.- Los pacientes con problemas de salud mental son, mayormente:

- A) Niños B) Adolescentes C) Jóvenes
 D) Adultos E) Ancianos



Los médicos generales observan que los pacientes con problemas de salud mental son, en su mayoría, adolescentes 73.3%. Luego están los jóvenes con un 26.7%, significativamente.

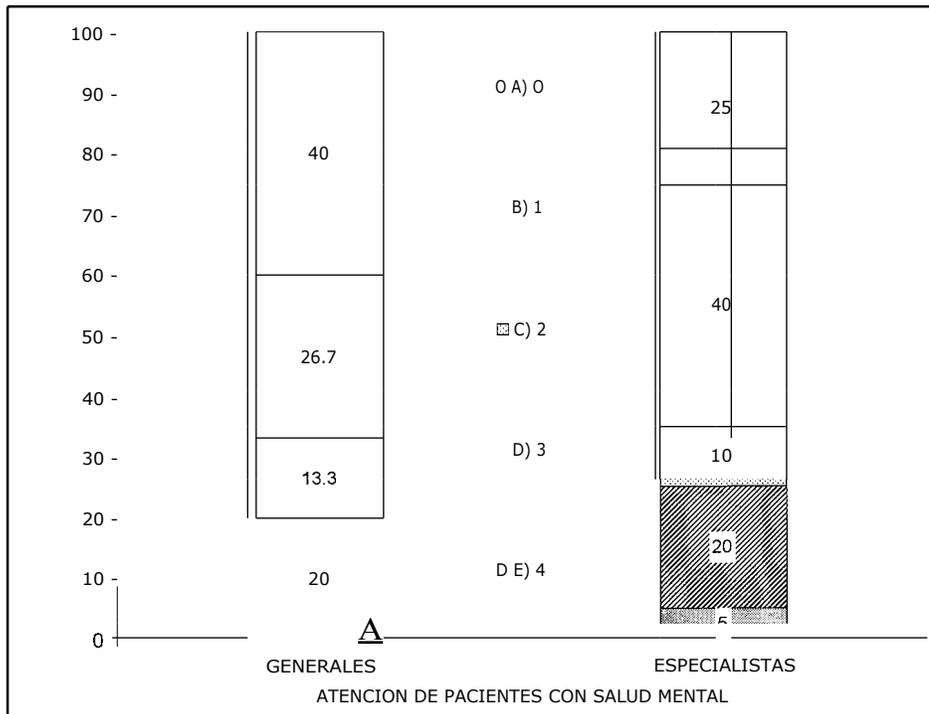
Los médicos especialistas opinan lo mismo. Los pacientes con mayores problemas de salud mental son los adolescentes, representado un 69.2%. Les siguen los jóvenes con un 15.4%. Finalmente están los niños y adultos con 7.7%.

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

Cuestionario de Salud Mental N° 3.

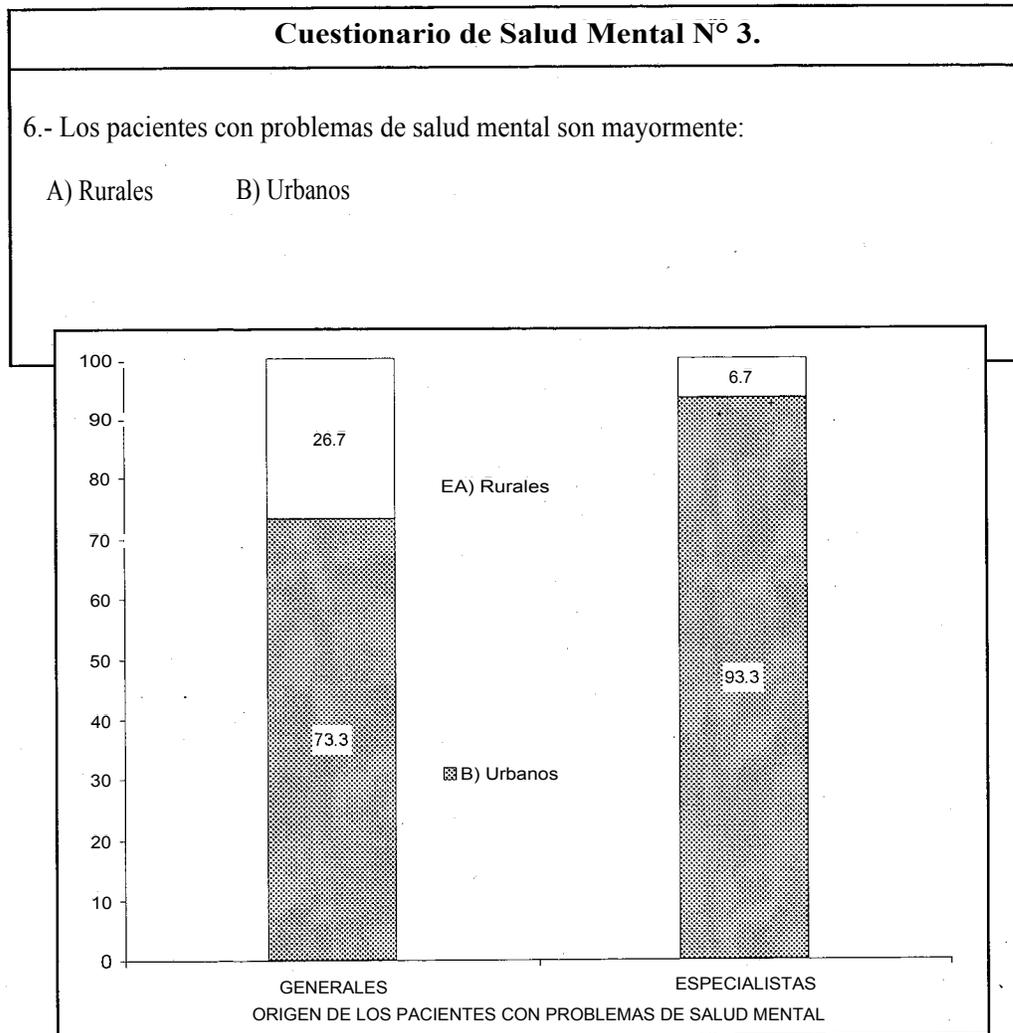
5.- La cantidad aproximada de pacientes con problemas de salud mental que usted ha atendido en la última semana es:

- A) 0 B) 1 C) 2 D) 3 E) 4 F) 5
 G) 6 H) 7 I) 8 J) 9 K) 10



El 40% de los médicos generales, indica que la frecuencia de atención a pacientes mentales. Un 26.7% indica que atienden un caso por semana; otro grupo manifiesta que atiende tres casos representando un 20% y por último el 13.3% de los médicos generales atienden dos pacientes con problemas de salud mental, por semana.

Los especialistas, un 40.0%, manifiesta haber atendido a un paciente en la semana. Un 25% no atendió a ningún paciente. Un 20% atendió a tres pacientes. Un 10% atendió a dos pacientes y un 5.0% atendió a cuatro pacientes con problemas mentales en la última semana.



Según los médicos generales, los pacientes con problemas de salud mental 73.3% una mayoría provienen del área urbana. Un 26.7% corresponde al área rural.

Los médicos especialistas indican también que la mayor parte de pacientes con problemas de salud mental provienen del área urbana, significando un 93.3% y el restante 6.7% vienen del área rural.

CORRELACIÓN DE VARIABLES

Según el cruce de variables se establecen los siguientes criterios:

Los problemas más frecuentes que llegan a consulta son los de intoxicación por órganos fosforados que son en un 98% intentos de autolisis. Estos casos corresponden al área urbana en un 93% con alta significancia. Asimismo un 40% de estos casos, nunca vuelven a la consulta. Al mismo tiempo los pacientes con depresión siempre vuelven a la consulta por molestias en un 20%. Los pacientes con intoxicación por órganos fosforados no supieron responder a la causa personal de su intento en un 40%. Los pacientes con depresión son mujeres en un 46.7%.

Los problemas más frecuentes que llegan a la consulta corresponden a los pacientes con problemas de depresión en su mayoría adolescentes en un 73.3%. Vuelven a la consulta el 26.7%, significativamente.

La variable tiempo de formación profesional, se cruzó con el conocimiento de que si la salud mental es un problema. Se identifica que la mayoría de los que han tenido una formación de un año piensa que la salud mental es un problema de psiquiatría en un 53.3% y de Salud Pública; aquellos que han cursado solamente un semestre en un 33.3% donde se evidencia que a mayor tiempo de formación mayor apoyo y respaldo a la psiquiatría.

Cuando se atiende a un paciente con problemas de salud mental se aconseja que los familiares sean tratados por un especialista en un 93.3% y tratado como un caso específico en su mayoría en un 60% significativamente.

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

MEDICOS GENERALES

GEDAD Edad de los medicos

Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum
	28	1	6,7	6,7	6,7
	29	1	6,7	6,7	13,3
	30	1	6,7	6,7	20,0
	32	1	6,7	6,7	26,7
	35	2	13,3	13,3	40,0
	38	2	13,3	13,3	53,3
	40	2	13,3	13,3	66,7
	42	2	13,3	13,3	80,0
	45	1	6,7	6,7	86,7
	48	1	6,7	6,7	93,3
	52	1	6,7	6,7	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Mean	38,267	Std err	1,803	Median	38,000
Mode	35,000	Std dev	6,984	Variance	48,781
Kurtosis	-,447	S E Kurt	,000		

* Multiple modes exist. The smallest value is shown.

Valid cases 15 Missing cases 0

MEDICOS ESPECIALISTAS

EEDAD Edad de los medicos

Valid Cum

Value Label Percent	Value	Frequency	Percent	Percent	Cum
	27	1	6,7	6,7	6,7
	29	1	6,7	6,7	13,3
	30	1	6,7	6,7	20,0
	31	2	13,3	13,3	33,3
	32	1	6,7	6,7	40,0
	38	2	13,3	13,3	53,3
	40	3	20,0	20,0	73,3
	41	1	6,7	6,7	80,0
	45	1	6,7	6,7	86,7
	51	2	13,3	13,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Mean	37,600	Std err	1,959	Median	38,000
Mode	40,000	Std dev	7,586	Variance	57,543
Kurtosis	-,652	S E Kurt	,000		
Valid cases	15	Missing cases	0		

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

MÉDICOS GENERALES

GGENER Genero de los Medicos

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum
Mujer		1	6,7	6,7	6,7
Varón	1	14	93,3	93,3	100,0
		-----	-----	-----	
	Total	15	100,0	100,0	
Mean	,933	Std err	,067	Median	1,000
Mode	1,000	Std dev	,258	Variance	,067
Kurtosis	15,000	S E Kurt	,000		
Valid cases	15	Missing cases	0		

MÉDICOS ESPECIALISTAS

EGENER Genero de los Medicos

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum
Mujer	0	1	6,7	6,7	6,7
Varón	1	14	93,3	93,3	100,0
	Total	15	100,0	100,0	
Mean	,933	Std err	,067	Median	1,000
Mode	1,000	Std dev	,258	Variance	,067
Kurtosis	15,000	S E Kurt	,000		
Valid cases	15	Missing cases	0		

CORRELACION DE VARIABLES

GFRECUEEN Los problemas más frecuentes que llegan
 by GZONA Los pacientes con problemas de salud men

Count	GZONA		Page
	Rurales	Urbano	1 of 1
	1	2	Row Total
GFRECUEEN			
Depresión	4		4
Ansiedad		1	1
Neurosis		1	1
Alcoholismo		2	2
Intoxicación órg		5	5
Otros		2	2
Column Total	4	11	15
	26,7	73,3	100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	15,00000	5	,01036
Likelihood Ratio	17,39746	5	,00380
Mantel-Haenszel test for linear association	9,05882	1	,00261

Minimum Expected Frequency - ,267
 Cells with Expected Frequency < 5 - 12 OF 12 (100,0%)

Number of Missing Observations: 0

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

EFORMAC Tiempo de Formación profesional
 by EMENTAL La salud mental es un problema de

Page 1 of

Count		EMENTAL					Row Total
		Salud Pública	Pública	Psiquiatría	Epidemiología	Sociología	Psicología
		1	2	3	4	5	
EFORMAC	1	4					4
1 semestre							26,7
	2	1	4	1	2		8
1 año							53,3
	3						20,0
2 años							
	Column	5	4	1		3	
15	Total	33,3	26,7	6,7	13,3	20,0	100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	25,50000	8	,00128
Likelihood Ratio	25,28439	8	,00139
Mantel-Haenszel test for linear association	10,49092	1	,00120

Minimum Expected Frequency - ,200
 Cells with Expected Frequency < 5 - 15 OF 15 (100,0%)

Number of Missing Observations: 0

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

GFORMAC Tiempo de formación profesional

by GMENTAL La salud mental es un problema de:

Count	GMENTAL			Page 1 of 1
	Salud Pública 1	Psiquiatría 2	Psicología 5	Row Total
GFORMAC				
1 semestre	5	1		6 40,0
1 año		5		5 33,3
2 años		2	2	4 26,7
Column Total	5 33,3	8 53,3	2 13,3	15 100,0

Chi -Square Value DF Significance

Pearson 16,56250 4 ,00235
 Likelihood Ratio 18,15156 4 ,00115
 Mantel-Haenszel test for linear association 7,77409 1 ,00530

Minimum Expected Frequency - ,533
 Cells with Expected Frequency < 5 - 9 OF 9 (100,0%)

Number of Missing Observations: 0

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

EDIAGNOS Cuando atiende a un paciente Ud. lo diag
by ECONS2 Ud. aconseja a los familiares que

Count	ECONS2	Page	1 of 1
	Sea trat ado por 2	Aparten de su fa 3	Row Total
EDIAGNOS			
1 Un caso específi	9		9 60,0
2 Patología emerge	1		1 6,7
3 Trata de no diag	1		1 6,7
4 Pide reunión de	3	1	4 26,7
Column Total	14 93,3	1 6,7	15 100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2,94643	3	,39996
Likelihood Ratio	2,84922	3	,41546
Mantel-Haenszel test for linear association	2,30769	1	,12873

Minimum Expected Frequency - ,067
Cells with Expected Frequency < 5 - 7 OF 8 (87,5%)

Number of Missing Observations: 0

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

GDIAGNOS Cuando atiende a un paciente Ud. Lo diag

By GCONS2 Ud. Aconseja a los familiares que

Count

GDIAGNOS	Internen Sea trat en cent ado por		Row Total
	1	2	
1 Un caso específi	2	10	12 80,0
3 Trata de no diag		3	3 20,0
Column Total	2 13,3	13 86,7	15 100,0

Chi -Square	Value	DF	Significance
-----	-----		-----
Pearson	,57692	1	,44752
Continuity Correction	,00000	1	1,00000
Likelihood Ratio	,96677	1	,32549
Mantel-Haenszel test for linear association	,53846	1	,46307
Fisher's Exact Test:			
One-Tail			,62857
Two-Tail			1,00000
Minimum Expected Frequency -	,400		
Cells with Expected Frequency < 5 -	3 OF	4	(75,0%)

Number of Missing Observations: 0

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

GFRECUEN Los problemas más frecuentes que llegan
by GEDAD3 Los pacientes con problemas de salud me

GEDAD3 Page 1 of 1

Count	Adolescentes Jóvenes		Row Total
	2	3	
GFRECUEN			
1 Depresión	4		4
2 Ansiedad	1		1
3 Neurosis	1		1
5 Alcoholismo	2		2
7 Intoxicación org	3	2	5
8 Otros		2	2
Column Total	11	4	15
	73,3	26,7	100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	8,86364	5	,11463
Likelihood Ratio	10,66734	5	,05839
Mantel-Haenszel test for linear association	5,40909	1	,02003

Minimum Expected Frequency - ,267
Cells with Expected Frequency < 5 - 12 OF 12 (100,0%)

Number of Missing Observations: 0

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

GFRECUEN Los problemas más frecuentes que llegan

by GGENERO Los pacientes con problemas de salud men

Count	GGENERO			Page 1 of 1
	N/S/R	Hombres	Mujeres	Row Total
		1	2	
GFRECUEN				
Depresión	1	2	2	4 26,7
Ansiedad	2		1	1 6,7
Neurosis	3		1	1 6,7
Alcoholismo	5		2	2 13,3
Intoxicación org	7	4	1	5 33,3
Otros		2		2 13,3
Column Total	6 40,0	2 13,3	7 46,7	15 100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	16,64286	10	,08265
Likelihood Ratio	19,17586	10	,03809
Mantel-Haenszel test for linear association	5,81140	1	,01592

Minimum Expected Frequency - ,133
 Cells with Expected Frequency < 5 - 18 OF 18 (100,0%)

Number of Missing Observations: 0

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

GFRECUEN Los problemas más frecuentes que llegan

by GVOLVER Los pacientes con problemas vuelven a la

Page 1 of 1

Count	GVOLVER			Row Total
	Siempre	A veces	Nunca	
1	3	1		4
Depresión				26,7
2		1		1
Ansiedad				6,7
3		1		1
Neurosis				6,7
5		2		2
Alcoholismo				13,3
7		1	4	5
Intoxicación org				33,3
8			2	2
Otros				13,3
Column Total	3	6	6	15
	20,0	40,0	40,0	100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	20,37500	10	,02590
Likelihood Ratio	22,14490	10	,01438
Mantel-Haenszel test for linear association	10,72059	1	,00106

Minimum Expected Frequency - ,200
 Cells with Expected Frequency < 5 - 18 OF 18 (100,0%)

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

EFRECUEEN Los problemas más frecuentes que llegan
by EEDAD3 Los pacientes con problemas de salud me

Page 1 of 1

Count	EEDAD3					Row
	N/S/R 0	Niños	Adolesce ntes 2	Jóvenes 3	Adultos 4	
Total						
EFRECUEEN						
1		1	2			3 20,0
Depresión						
2			2			2 13,3
Ansiedad						
3			1			1 6,7
Neurosis						
4			1			1 6,7
Psicosis						
5			1			1 6,7
Alcoholismo						
6			1			1 6,7
Síndrome pélvico						
7			1	2	1	4 26,7
Intoxicación órg						
8	2					2 13,3
Otros						
Column	2	1	9	2	1	15
Total	13,3	6,7	60,0	13,3	6,7	100,0

Chi -Square	Value	DF	Significance
Pearson	28,88889	28	,41818
Likelihood Ratio	24,00944	28	,68104
Mantel-Haenszel test for linear association	,00145	1	,96965

Minimum Expected Frequency - ,067
Cells with Expected Frequency < 5 - 40 OF 40 (100,0%)

Los problemas más frecuentes que llegan a consulta en su mayoría corresponden a los adolescentes en un 60%.

Number of Missing Observations:

ACTTUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

EFRECUEN Los problemas más frecuentes que llegan
by EZONA Los pacientes con problemas de salud men

Page 1 of 1

EZONA Count	Rurales	Urbano	Row Total
	1	2	
EFRECUEN			
Depresión	1	2	3 20,0
Ansiedad	2	2	2 13,3
Neurosis	3	1	1 6,7
Psicosis		1	1 6,7
Alcoholismo	5	1	1 6,7
Síndrome pélvico	6	1	1 6,7
Intoxicación órg	7	4	4 26,7
Otros	8	2	2 13,3
Column Total	1 6,7	14 93,3	15 100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4,28571	7	,74634
Likelihood Ratio	3,52882	7	,83216
Mantel-Haenszel test for linear association	1,87645	1	,17074

Minimum Expected Frequency - ,067

Cells with Expected Frequency < 5 - 16 OF 16 (100,0%)

Number of Missing Observations: 0

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

EFRECUEN Los problemas más frecuentes que llegan
by EVOLVER Los pacientes con problemas vuelven a la

Count	EVOLVER		Row Total
	Page 1 of 1		
	Siempre	A veces	
	1	2	
EFRECUEN			
Depresión	1	3	3 20,0
Ansiedad	2	1	1 13,3
Neurosis		1	1 6,7
Psicosis		1	1 6,7
Alcoholismo	5	1	1 6,7
Síndrome pélvico	6	1	1 6,7
Intoxicación órg	7	4	4 26,7
Otros	8	2	2 13,3
Column	4	11	15
Total	26,7	73,3	100,0

Chi -Square	Value	DF	Significance
Pearson	12,44318	7	,08689
Likelihood Ratio	14,62487	7	,04112
Mantel-Haenszel test for linear association	8,27211	1	,00403

Minimum Expected Frequency - ,267
Cells with Expected Frequency < 5 - 16 OF 16 (100,0%)

Number of Missing Observations: 0

CAPÍTULO VII
CONCLUSIONES

La formación que tiene el médico respecto de la Salud Mental es escasa, en general, para el tratamiento de esta problemática específica porque el nivel identificado no pasa de los dos años de entrenamiento en Salud Mental.

El cincuenta por ciento de los médicos generales, sólo ha recibido conocimiento sobre Salud Mental en su formación de Pre - grado como parte de la currícula académica. Esto significa que, una vez logrado el título profesional los conocimientos acerca de salud mental, no se han incrementado ni actualizado. Existiendo una contradicción puesto que la materia de salud mental como tal no está incluida en la currícula de la carrera de medicina, tampoco así dentro de las residencias ya que solo se brinda dos a tres semestres con materias de psicología clínica, psicopatología y psiquiatría, por tanto se evidencia no solo el escaso conocimiento en temas de salud mental sino que se identifica en médicos generales como especialistas, una sobredimensión de sus conocimientos en salud mental que están claramente marcados por criterios y prácticas de tipo prejuicioso descalificando a aquellos profesionales que entienden estos problemas y son especialistas.

Los médicos especialistas aseguran tener mayor tiempo de formación en Salud Mental, aún cuando ninguno sobrepasa tampoco los dos años. La diferencia

básica está, en que, más de la mitad de los médicos especialistas tienen formación específica de un año en Salud Mental, probablemente, como parte del plan regular de la especialidad.

En relación con el tipo de bibliografía estudiada por los médicos generales acerca de la Salud Mental, se encuentra que la profundidad de sus estudios es de conocimiento general (más de la mitad). Un reducido grupo consulta textos de alta especialidad. Esta limitación de los conocimientos específicos sobre Salud Mental, ratifica la condición de médicos preparados para intervenir la salud en general y no la Salud Mental en particular; sin embargo, se nota que estos médicos atienden una casuística de pocos pacientes por semana.

El tipo de bibliografía acerca de la Salud Mental, que consultan los médicos especialistas esta referido a especialidades médicas y de conocimiento general, lo que puede significar que su interés está en su propia especialidad y no en otros casos, por ejemplo en la Salud Mental.

En relación a la sistematización de conocimientos referidos a la Salud Mental, se advierte que la mayoría de los médicos generales, ha adquirido sus conocimientos en la etapa de su formación como médico general. Resulta curioso el hecho de que, aproximadamente la mitad de estos médicos tiene conocimientos de Salud Mental como autodidactas; es decir, no formal, ni sistemático; lo que puede revelar cierto interés por la revisión de contenidos de la Salud Mental. Sin embargo, se debe considerar que los problemas de Salud Mental requieren de un entrenamiento sistemático.

Se observa que el médico especialista, si bien acepta que su formación en Salud Mental es de nivel licenciatura, también acepta que sus conocimientos son autodidactas como parte de su especialidad, de doctorado o formación empírica. Pareciera existir una asociación directa entre sus conocimientos de especialidad y el mayor conocimiento en Salud Mental. De alguna manera, se correlaciona la mayor calificación al supuesto mayor conocimiento acerca de Salud Mental.

En cuanto a la práctica de la Salud Mental quedó demostrado que los médicos generales admiten no contar con un manual que oriente su trabajo. En tanto, que los médicos especialistas utilizan con mas frecuencia un manual de Salud Mental. Aunque la mayoría acepta, no contar con un manual específico, la consideración del problema de la Salud Mental, según los médicos generales, básicamente, está involucrada en el campo de la psiquiatría; siendo muy escasa la aceptación de la incorporación de la Salud Mental como un problema de la Psicología. Es notoria la tendencia a relacionar el problema de Salud Mental con ciertos aspectos propios de la Medicina, específicamente de la Salud Pública.

La inclusión del problema de Salud Mental en los campos de la epidemiología médica, sociología y otros es definitivamente nula, lo cual llama la atención tratándose de médicos.

Para los médicos especialistas el problema de la Salud Mental se ubica fundamentalmente en la Salud Pública, la Psiquiatría y terciariamente en la Psicología respectivamente. Estos profesionales aceptan relaciones entre la Salud Mental, la sociología y la epidemiología médica. Parece que el especialista, al adquirir más conocimientos, también amplía su comprensión multidisciplinaria.

En cuanto al tratamiento de los problemas de Salud Mental, los médicos generales admiten que, estos casos deben ser intervenidos por el psiquiatra y secundariamente por el psicólogo y la trabajadora social, además del especialista médico.

Estos médicos excluyen la intervención de los familiares y de algún otro profesional no mencionado. Sobre el mismo aspecto, los médicos especialistas otorgan una preferencia simétrica a la intervención del psiquiatra y del psicólogo en la intervención de problemas de Salud Mental. También consideran la intervención del especialista médico y excluyen la intervención de los familiares y otros profesionales en el tratamiento de los problemas de la Salud Mental.

Aún cuando se comprende relativamente la función del psicólogo, aún no se comprende la importancia del apoyo familiar y social en el tratamiento de los problemas de salud, ya que los médicos consideran innecesaria la participación de estos importantes apoyos.

En cuanto a la intervención de los problemas de Salud Mental, entre los médicos generales se establece que estos son complejos en su intervención. Esta posición es secundada, por otro grupo, que opina que son fáciles de intervenir. Hay quienes también creen en formas dispares de que los problemas de Salud Mental no son fáciles de intervenir, ni muy difíciles de tratar, ni intratables.

Se advierte que, no existe un criterio uniforme y definido en los profesionales, lo que puede deberse a la escasa formación académica en Salud Mental.

Respecto a la complejidad de la intervención, los médicos especialistas coinciden en afirmar que estos son complejos de tratar. Un reducido número de especialistas, creen que los problemas de salud mental son muy difíciles de tratar, fáciles de intervenir o intratables.

En referencia a la experiencia en el tratamiento de problemas de Salud Mental, los médicos generales afirman que éstos se solucionan hasta en un máximo de 80% y un mínimo de 10%, con amplia diferencia de criterio, lo que muestra un escaso seguimiento del paciente con estos problemas de salud mental.

Se evidencia, según la respuesta tanto de los médicos generales y de los médicos especialistas, que para ellos los problemas de Salud Mental, no se pueden solucionar en un cien por ciento.

En cuanto a la etiología de los problemas de Salud Mental, los médicos generales ubican el origen en los trastornos psicósomáticos, siendo también numeroso el grupo de profesionales que afirma que el origen se debe a causas de tipo orgánico, psicológico, psicósomático y aún de origen desconocido.

Por su parte, los médicos especialistas hacen énfasis en esta última concepción multifactorial psicosomática. Los menos son los que consideran que la etiología es psicosomática o sólo psicológica.

De acuerdo con los resultados obtenidos, los médicos generales no aceptan la consideración de tipo solo orgánico o solo psicológico. En cambio los especialistas, si aceptan ambas posibilidades.

En relación con el tratamiento de los problemas de Salud Mental se encuentra que los médicos generales muestran preferencia por un seguimiento multidisciplinario; lo mismo es considerado en un mayor porcentaje por los médicos especialistas. En ambos grupos se encuentra como segunda preferencia el uso combinado del control de fuerza, discusión problematizadora, seguimiento multidisciplinario y reclusión. En ambos grupos de médicos, se nota un rechazo a métodos coercitivos y de agresión.

Entre los médicos generales se puede observar que existe un rechazo al solo uso de fármacos y el control de la fuerza. Estas dos terapias, son también rechazadas por los especialistas quienes, además, rechazan la reclusión.

Acerca de la utilidad de los conocimientos de Salud Mental, en su práctica profesional, los médicos generales aseguran que les sirve para su trabajo cotidiano; como información general, en tanto que, los médicos especialistas muestran mayor preferencia por la utilidad en su trabajo cotidiano y educación a los pacientes, siendo considerada, también, la categoría de información general. Tanto médicos generales como médicos especialistas niegan la utilidad de los conocimientos acerca de la Salud Mental en la discusión con los especialistas; ninguno cree que estos conocimientos no son útiles.

La sintomatología, por la cual los médicos generales reconocen al paciente con problemas de salud mental es, básicamente,

la alteración en el curso del pensamiento y en el lenguaje

- la desubicación temporal
- el descuido físico y
- la falta de higiene

Secundariamente la reacción por alteración del curso del pensamiento, con algunas variaciones. Los médicos especialistas, que también consideran esta misma sintomatología, agregan que existen otros síntomas además de los mencionados y confieren preferencia a las alteraciones del pensamiento y al descuido físico. Siempre en relación con la detección del paciente con problemas mentales, los médicos generales consideran importante la ubicación en la realidad.

En relación a la inteligencia de los pacientes con problemas de Salud Mental, tanto médicos generales como médicos especialistas, coinciden en señalar que la inteligencia de los pacientes es similar a la de los demás. Los médicos especialistas piensan, además, que la inteligencia de algunos de estos pacientes puede ser menor a la de los demás. Los médicos generales piensan que, de ninguna manera, son más inteligentes que los demás. Un 7% de médicos especialistas acepta que estos pacientes pueden ser más inteligentes.

Respecto de la sociabilidad de los pacientes con problemas de Salud Mental, los médicos especialistas creen más en el menor 'grado de sociabilidad de estos pacientes, que los médicos generales. Tanto los médicos generales como los médicos especialistas coinciden porcentualmente en señalar que la sociabilidad de este tipo de pacientes es la misma que la de los demás. Se observa que, en tanto los médicos especialistas aseguran que estos pacientes son más sociables que los demás en un buen porcentaje. Los médicos generales niegan totalmente esta posibilidad.

En relación con el nivel de conocimiento que creen los médicos que tienen los pacientes acerca de su propio problema, se observa que los médicos generales y los médicos especialistas estiman que estos pacientes no tienen conocimiento cabal sobre su problema o que tienen escaso conocimiento del mismo. Los médi-

cos especialistas son mas puntuales y precisos, y no aceptan que los pacientes tengan muchos conocimientos acerca de su problema.

En relación al tratamiento que se realiza con el paciente que tiene problemas de Salud Mental, los médicos generales y los médicos especialistas (en mayor número estos últimos) derivan el paciente a un médico especialista. Los médicos especialistas no aceptan otra alternativa. En tanto que los médicos generales, aceptan, inclusive llamar al servicio del 110 para el traslado de la población con enfermedad mental. En cuanto a la discusión que se establece en la relación médico paciente, se observa que tanto el médico general como los médicos especialistas prácticamente aconsejan al paciente la búsqueda de un especialista.

Ninguno de los médicos acepta dejar de utilizar fármacos como los antidepresivos. Los médicos especialistas afirman que estudian el caso y analizan cómo ayudar personalmente.

Los médicos especialistas no buscan realizar juntas médicas; los médicos generales si lo hacen. Resalta el hecho de que los médicos especialistas, en un buen porcentaje, no hablan con el paciente de su problema, sino con sus familiares; los que sí, lo hacen en un grado mayor son los médicos generales.

Entre los consejos que el médico ofrece a los pacientes con problemas de Salud Mental, se observa que tanto los médicos generales como los médicos especialistas, recomiendan que estos pacientes vivan normalmente, haciendo un tratamiento ambulatorio. Los médicos generales muestran una mayor tendencia a recomendar que los pacientes sean recludidos en centros especializados. Estos médicos no aceptan que los pacientes con problemas de Salud Mental vivan normalmente, sin cuidados especiales.

Los médicos generales aconsejan que los pacientes sean internados en centros especializados. Los médicos especialistas rechazan esta opción.

En cuanto a la relación paciente-familia se observa que el consejo más generalizado entre los médicos generales y médicos especialistas es que el paciente sea tratado por especialistas, con la intervención de la familia.

Respecto a la tipificación del diagnóstico, se observa que los problemas de Salud Mental son entendidos como un caso específico (alcoholismo, drogadicción, otros).

Los médicos generales suelen o diagnosticar específicamente el problema de Salud Mental, con relación a la proporción de los médicos especialistas. En cuanto al trabajo multidisciplinario, se estima que los médicos especialistas procuran más reuniones con otros especialistas.

El paciente es dado de alta, según el médico especialista, cuando es remitido al psicólogo. Coinciden con esta actitud en menor proporción, los médicos generales. Como segunda opción, el médico especialista afirma que no se da de alta a este tipo de pacientes; hecho que es negado rotundamente por los médicos generales quienes aceptan en un buen porcentaje, dar de alta cuando se resuelve el caso y cuando se remite este paciente a otro especialista. Tanto médicos generales como médicos especialistas, niegan considerar como alta, la remisión del paciente a la trabajadora social.

En relación con la estadística de oferta y demanda de la Salud Mental, se observa que la atención otorgada por los médicos generales a los pacientes con problemas de Salud Mental, fluctúa de: de vez en cuando; pocas veces; casi nunca. Estos médicos niegan tener frecuentemente este tipo de pacientes.

En cambio, los médicos especialistas afirman que atienden este tipo de pacientes, pocas veces y de vez en cuando.

En cuanto al retorno de los pacientes a la consulta, los especialistas aceptan que éstos vuelven: a veces, eliminando la opción nunca. Por otra parte, los médicos generales, se muestran ambivalentes: que vuelven a veces y/o nunca, en la misma medida.

La atención de la salud mental que realizan los médicos generales y especialistas, -está centrada sobre todo en mujeres. Según los cuadros 3 y 4, se establece que los hombres tienen menos propensión a demostrar problemas de salud mental. También puede ocurrir que, aún teniendo problemas de Salud Mental, sean más renuentes a asistir a la consulta médica.

De cualquier manera, se evidenció que las mujeres con problemas de salud mental prefieren consultar a médicos especialistas y no así médicos generales. El cruce de las variables probables de: Salud Mental, atención de problemas en Salud Mental, atención médica y desarrollo humano, muestra que, tanto en médicos generales como en especialistas, la mayor demanda de atención está dada por adolescentes. Los jóvenes buscan consultar, con mayor frecuencia, a médicos generales; en tanto que adultos y niños son más atendidos por médicos especialistas.

Los médicos generales y médicos especialistas aseguran que no tienen a ancianos como pacientes.

Se establece también que mayormente las mujeres son quienes consultan por problemas de intoxicación por órganos fosforados; es ulterior la consulta por alteraciones derivadas del consumo de alcohol.

Los médicos especialistas, sobre todo, atienden a pacientes urbanos y escasamente a pacientes del área rural.

Si bien la atención de los médicos generales también muestra predominancia de atención a pacientes urbanos, es mayor la cantidad de pacientes rurales que buscan frecuentemente al médico general y no, a los especialistas. La demanda mayor por área puede deberse a que, en el área rural, se conoce más al médico general que al médico especialista; es decir, que se mantiene el perfil del médico familiar y global y no del especialista. Por otra parte, el acceso al médico especialista en el área rural no tiene tradición, por lo cual, ante cualquier tipo de problema (incluyendo los de Salud Mental) la primera aproximación y relación se da con el médico general.

Con referencia a la frecuencia de atención a los problemas de Salud Mental se comprueba que el máximo de atención oscila entre cero y cuatro pacientes atendidos por semana. Los médicos especialistas atienden entre cero a cinco pacientes con problemas de Salud Mental, por semana.

Estimando que la atención semanal promedio de ambos tipos de médicos es de seis pacientes, la atención específica a los que tienen problemas de salud mental, no resulta muy significativa.

Tanto médicos generales como médicos especialistas, no atienden más de seis pacientes con problemas de salud mental por semana.

En relación con la cantidad de pacientes tratados por semana, se nota que los médicos especialistas atienden más casos que los médicos generales, por tanto, la frecuencia más alta entre los médicos especialistas es de: uno y tres casos por semana.

Entre los problemas más frecuentes de Salud Mental que aseguran atender los médicos, están los intentos de suicidio, seguidos por la depresión. Los médicos especialistas afirman haber atendido neurosis y, en menor grado, psicosis. Los médicos generales atienden con una mayor incidencia problemas de intento de suicidio, depresión, alcoholismo, ansiedad y neurosis. Ambas categorías de médicos niegan la atención de trastornos mayores.

Como se observa, existen diferencias significativas en la actitud que muestran en relación con la salud mental, los médicos generales y especialistas. Sin embargo, predomina aún el enfoque biologicista, con lenta y paulatina incorporación del componente psicológico y con la todavía escasa intervención de los psicólogos, como actores importantes para el tratamiento de los pacientes con problemas de Salud Mental.

CAPÍTULO VIII
RECOMENDACIONES

Por los resultados obtenidos y las conclusiones expuestas, se concluye en la necesidad de clarificar los vínculos estrechos que existen entre Salud Mental, Salud Pública, Medicina Social y Psicología.

Este análisis permitirá la comprensión de la Psicología como el eje estratégico del desarrollo y del cuidado sustentable de la economía de la salud personal, familiar y social.

Como los índices de la Salud Mental son, al mismo tiempo, los indicadores de salud social, éstos deben ser considerados simultáneamente, en esta problemática. Esto induce a proponer que las políticas de salud pública incluyan, necesariamente, políticas de Salud Mental, con enfoque intersectorial y multidisciplinario en los centros hospitalarios.

Se hace necesario, por tanto, considerar a la psicología (educativa, social y clínica), como la ciencia que puede enlazar los diversos servicios de atención en salud, tomando en cuenta que estas ciencias, se relacionan íntimamente con el ser humano, que trasciende lo simplemente orgánico.

8.1. RECOMENDACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN DE LA SALUD MENTAL

Planificar y formular nuevos enfoques y métodos psicológicos para el apoyo a la Salud Mental.

2. Realizar programas multidisciplinarios de prevención en Salud Mental, cubriendo a la totalidad de la población (niños, jóvenes, ancianos) y de género (hombres, mujeres).
3. Promover estrategias, a partir de las cuales se supere el enfoque biologicista de la Salud Mental, que predomina hasta el presente.

Planificar y organizar cursos de post grado en Salud Mental, dirigidos a los estudiantes y profesionales de medicina; en psicología y otras disciplinas afines. Se debe, además estimular la participación activa de los psicólogos en los cursos de post grado en salud ya existentes (por ejemplo, maestría y doctorado de la UMSA).

8.2. RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN SALUD MENTAL

Fundamentalmente el Psicólogo deberá localizar, su práctica de Salud en el trabajo tanto asistencial como comunitario en los niveles primario, secundario y terciario para desarrollar categorías prácticas orientadas a la efectividad en el trabajo del psicólogo de la Salud.

El rol protagónico del psicólogo boliviano es el de liderizar la Atención Primaria en Salud Mental a partir del trabajo multidisciplinario.

3. Se debe entrenar y capacitar al estudiante de Psicología en temas específicos curriculares sobre Salud Mental, psicología médica y otros colaterales para su incorporación eficiente al mercado laboral en salud.

8.3. RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN MULTIDISCIPLINARIA

- 1.- Efectuar, a la brevedad posible, un censo de Salud Mental en la ciudad de El Alto, para determinar y planificar una atención inmediata eficiente y oportuna. Así evitar la toma de frecuentes decisiones fatales de los pacientes afectados, sobre todo, en los casos de intentos de suicidio.
- 2.- Promocionar la función e importancia del psicólogo como parte del equipo de trabajo en Salud Mental. Con esta finalidad, se debe calificar y preparar adecuadamente al profesional psicólogo.

8.4. RECOMENDACIONES PARA LA EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN PSICOLÓGICA EN SALUD MENTAL

- 1.- Incorporar programas y sistemas éticos de Salud Mental, que incluyan la intervención psicológica, en los planes de salud pública, a nivel institucional, local y regional.
- 2.- Proponer un curso de especialidad para los profesionales psicólogos, interesados en incorporarse a la problemática de la Salud Mental.
 - Incorporar contenidos de Salud Mental en la formación del pre grado en las carreras de ciencias de la salud, sociales y humanidades.
- 4.- Realizar eventos que permiten al médico superar la formación tradicional, elitista, unilaboral, sectaria y le faciliten la comprensión de un modelo integral de atención al paciente y una interacción positiva con los otros profesionales, involucrados en la Salud Mental.
- 5.- Capacitar al médico en técnicas modernas de intervención clínica y terapia psicológica, útiles para el trabajo multidisciplinario.
- 6.- Incorporar en la currícula de formación del profesional psicólogo, temas relacionados con la atención de salud en general y de Salud Mental, en particular.

- 7.- Establecer convenios interinstitucionales entre la carrera de Psicología y los centros hospitalarios de Salud Mental, con la finalidad de ampliar el mercado laboral del psicólogo y promover sus funciones específicas, en esta área.

8.5. RECOMENDACIONES PARA LA DEMANDA Y OFERTA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

- 1 En consideración a que existe una demanda no identificada por el médico, se hace necesario incorporar, en los centros de salud, el componente de Salud Mental para reducir el problema de costo beneficio y costo eficacia.
- 2 Es necesario ampliar la cobertura de la psicología en la Salud Mental, para mejorar la calidad de atención a los pacientes.
- 3 El profesional psicólogo debe promocionar la importancia de la Salud Mental en el orden de preferencia de las personas, y de la colectividad.

Si se establece una confianza en la efectividad en la oferta de los servicios psicológicos de la Salud Mental, se podrá mejorar la calidad de atención de este tipo de problemas.

- 5 Se recomienda realizar un estudio epidemiológico en Salud Mental y atención psicológica en salud, con enfoque sistémico y con base en la detección de los problemas con mayor demanda en los centros de salud.

8.6. RECOMENDACIONES PARA EL EJERCICIO DE LA PRÁCTICA MÉDICA

- 1 La práctica médica debe estar acompañada del componente psicológico para definir las estrategias de acción conjunta que controlen, adecuadamente, la economía de la salud mental.
- 2 Los modelos de la práctica médica de la salud deben tener su base en la psicología médica.

- 3 En las prácticas futuras del médico deberá abandonar posturas individuales y formas impuestas por estructuras asistencialistas dentro de el sistema médico, con plena conciencia de la superación del modelo médico centrado en la biología.
- 4 La práctica de la Salud Mental por el profesional psicólogo debe promover la función e importancia de la profesión en todos los centros donde se desarrollan actividades hospitalarias.
- 5 El profesional psicólogo debe promocionar, en su práctica laboral, la importancia y pertinencia de su aporte en el campo de la Salud Mental.

8.7. RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL

- 1 La Atención Primaria en Salud Mental debe incorporar al profesional psicólogo, para establecer una intervención biopsicosocial.
- 2 El conocimiento de la Atención Primaria en Salud Mental, por parte de los médicos, es fundamental porque mejora la calidad de relación entre el médico y el paciente, superando de manera positiva la demanda de atención en los centros de salud de mayor concurrencia, para la población que requiere servicios de salud mental.

La salud no puede reducirse a solo la eliminación de los síntomas de una determinada enfermedad, sino más bien, debe concebir al ser humano con su entorno físico, psicológico, económico, social, político y cultural; para tener una visión sistemática y global de la salud.

- 4 Plantear en los servicios de Atención Primaria en Salud, un servicio específico de atención psicológica en Salud Mental, orientado a desarrollar programas de capacitación al personal y desarrollando un marco epidemiológico de salud mental.

CAPÍTULO IX

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE SALUD
MENTAL EN LA CIUDAD DE EL ALTO**

El perfil epidemiológico que se plantea como aporte de esta investigación tiene su base en la problemática de Salud Mental, de la comunidad de El Alto.

Los indicadores del perfil, que se presenta en este estudio, indican el camino y la dirección que ha seguido el proceso de salud-enfermedad en el área de la Salud Mental. Este perfil epidemiológico en Salud Mental permite vislumbrar, a mediano plazo, las actitudes y los comportamientos de la medicina oficial y de Salud Mental, lo que permite diseñar un servicio efectivo para responder a las necesidades de la comunidad.

La utilidad del perfil, permite al psicólogo la posibilidad de un mayor acercamiento a la problemática de la Salud Mental, porque "ve" y comprende mejor que el contexto de los pacientes se entrelazan con el ambiente, con las condiciones de vida y las causas de enfermedad, que muchas veces coinciden con los factores sociales y económicos que están en el centro de las preocupaciones generales y no sólo con la salud de la comunidad.

La primera muestra para el estudio epidemiológico fué obtenida de un periodo comprendido de marzo de 1996 a marzo de 1997. Este período de 12 meses permite apreciar, de manera real, la situación epidemiológica de la Salud Mental. La

muestra ha sido tomada en el único Hospital con que cuentan los servicios de Salud Mental, para la población de la ciudad de El Alto.

Para una mejor comprensión conceptual de lo que significa el perfil epidemiológico en Salud Mental, se entenderá la categoría "Perfil epidemiológico", como aquellos los elementos epidemiológicos específicos de una clase, como consecuencia de sus condiciones de reproducción social y sus tendencias de transformación histórica, que permiten clasificar las condiciones de salud enfermedad, de un conglomerado social bajo una perspectiva distinta a la visión clínica de la clasificación internacional de enfermedades. (Según Breilh, 1985).

Para considerar los datos obtenidos de toda una gestión, se consideraron la relación de pacientes atendidos en doce meses, tanto en consulta externa como interconsulta, además de observar la frecuencia de sexo en la atención de problemas de salud mental. Todo esto para identificar el curso de los problemas relacionados con la parte psicológica y de Salud Mental. Se han revisado las patologías más frecuentes y determinado las principales categorías del problema, con base en CIE - 10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el DSM-IV (Desordenes en Salud Mental).

En cuanto a la complejidad de los problemas de Salud Mental en la ciudad de El Alto, se ha podido evidenciar que hace aproximadamente cinco años, se han ido incrementando de manera alarmante los casos de intoxicación por órganos fosforados o más comúnmente llamados intoxicaciones por raticida. Este incremento de consumo de estas sustancias dañinas para la persona, hace suponer que en la actualidad, la sociedad está atravesando por una crisis, derivada de la estructura poblacional y la crisis económica. Usualmente, los pacientes antes de intentar suicidarse consultan primero con el médico por molestias como inapetencia, falta de sueño y tristeza injustificada, lo que hace suponer que están manifestando algún grado de ansiedad psíquica o depresión. Sin embargo, el médico que atiende estos casos, no siempre detecta este tipo de enfermedad que es específica de Salud Mental. Ocurre

que relación con la frecuencia de casos por edad que presentan los pa

cientes se puede evidenciar que en los dos años y medio que considera el estudio, no ha ocurrido una variación sustancial de edad, observándose pacientes de todas las edades, pero con una predominancia en adolescentes más que en otros grupos etareos.

La frecuencia de sexo muestra una distribución mayor para el sexo femenino, deduciéndose menor riesgo en los hombres. Pareciera que las mujeres son las que presentan con mayor agudeza, problemas de tipo emocional.

El perfil logrado ratifica que la ciudad de El Alto tiene una de las tasas de suicidios consumados más alto de América Latina; ya que existe 22 casos por cada 100.000 habitantes. Al mismo tiempo hay que señalar que existe un 48% que corresponde a jóvenes menores de 25 años y 41% que registra jóvenes de 16 a 20 años.

Otro problema identificado en el perfil epidemiológico es la violencia doméstica a raíz del análisis de formas de encubrir secundariamente dicha violencia, en centros de salud, lo cual lleva a realizar un estudio retrospectivo de doce meses 1996 - 1997 en pacientes internados en el hospital.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de violencia doméstica en pacientes internados con diagnósticos secundarios al problema real.

Los objetivos específicos planteados por este estudio fueron: evaluar el impacto y las correlaciones sanitarias de la agresión física y psicológica en una muestra clínica retrospectiva, además de examinar la influencia de variables tales como la edad, sexo y tipo de agresión.

Siendo que la violencia doméstica, se presenta en ambos géneros es preciso, evaluar su impacto en los varones como en las mujeres, partiendo de la hipótesis inicial de que tanto dicho impacto, como la gravedad de las lesiones serían mayores en las mujeres que en los varones y se presentan como cuadros clínicos secundarios al problema real que es la violencia.

En síntesis se puede concluir que:

En la medida que tengamos toda la posibilidad de entender los mecanismos y costumbres que nos conducen a nuestro propio malestar seremos capaces de combatirlo, hallando el camino al desarrollo pleno y equitativo de nuestras potencialidades como seres humanos.

Cuanto más baja, la clase social de los pacientes; más alta la prevalencia de trastornos psiquiátricos (alcoholismo) fármaco dependencia, personalidad antisocial, malestar psicológico, no específico y aparentemente depresión. Todos éstos considerados en la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Se destaca la alta prevalencia de alcohólicos dependientes en grupos juveniles y de adultos jóvenes en la ciudad de El Alto (10.8%).

También, se califica de alta, los niveles de prevalencia de entidades asociada con tensión psíquica social y problemas de formación y desarrollo de la personalidad (15.2%).

Se observa alta incidencia de madres adolescentes lo que deteriora aún más la calidad de sus vidas, con alta prevalencia en problemas materno-infantiles (20.7%).

Como dato especial, el perfil muestra alta incidencia de trastornos de la personalidad en los sectores de jóvenes farmacodependientes y que consumen inhalantes.

De manera general, la alta incidencia de problemas psico-sociales, genera la prevalencia de factores "estresantes" que deterioran aún más la calidad de vida de la población alteña en general.

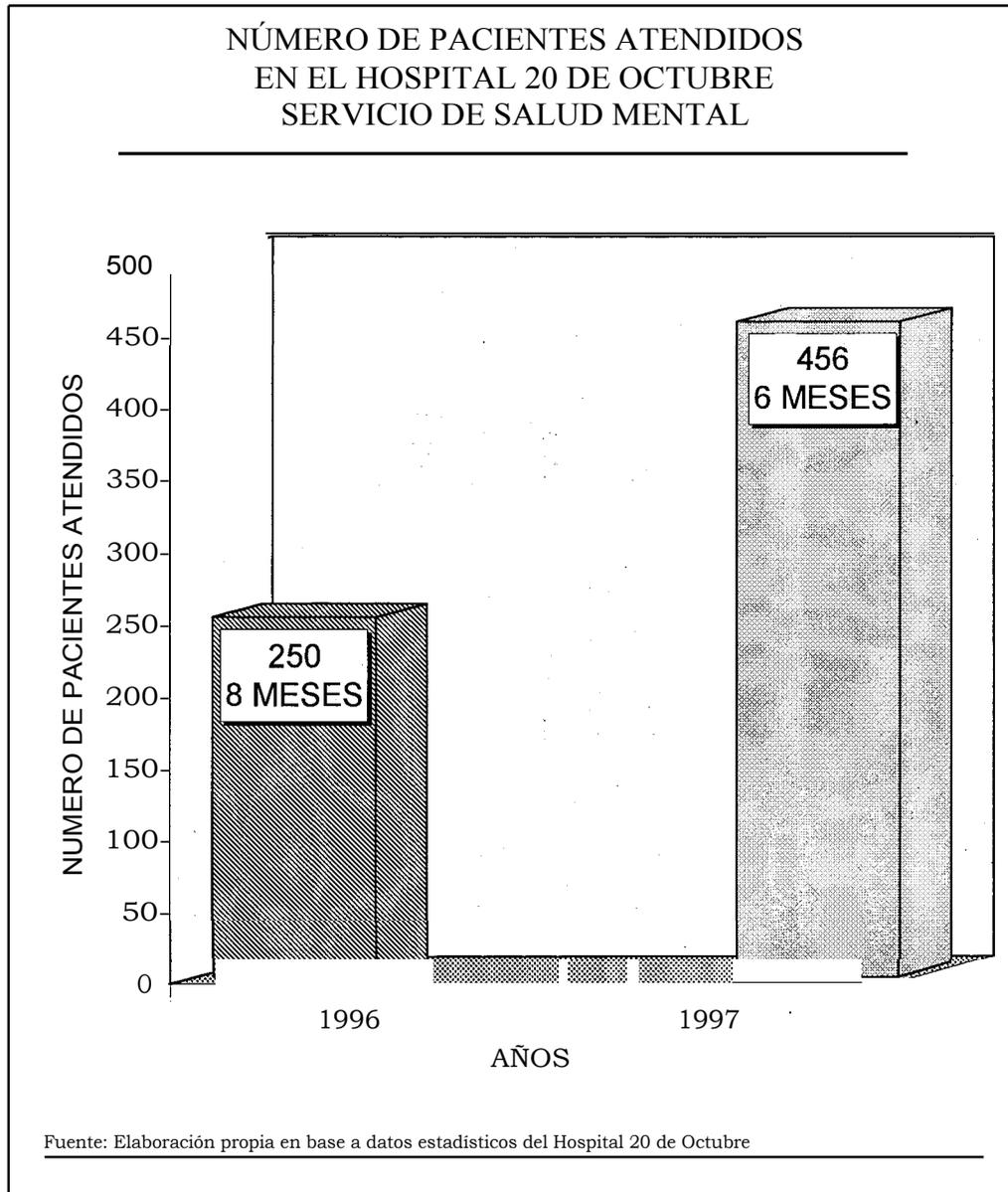
Este panorama se complejiza cuando el personal calificado para la atención de estos problemas no los atiende y, lo que es peor, no los remite a especialistas debido al desconocimiento de esta necesidad; particularmente por los prejuicios dominantes en la sociedad.

GESTIÓN 1996
HOSPITAL 20 DE OCTUBRE

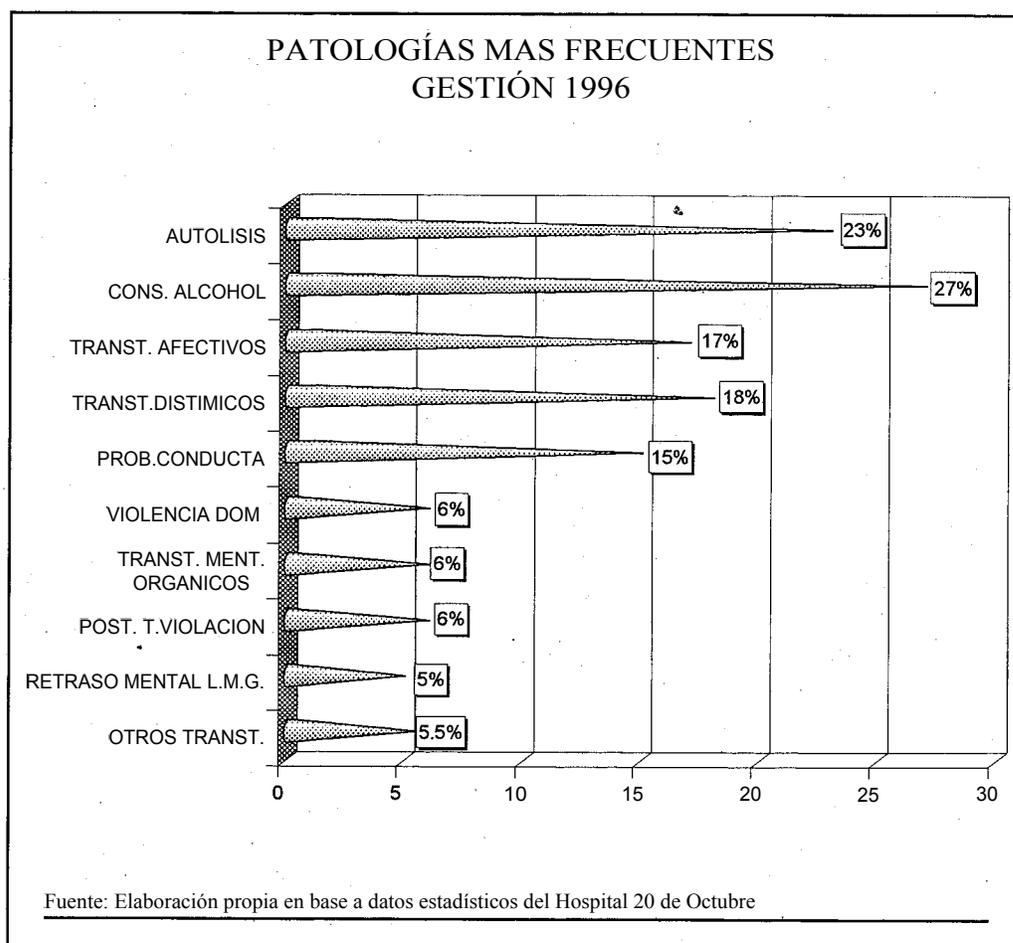
SERVICIOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
MEDICINA GRAF	745	642		400	659	690	642	716	643	557	663	7682	
PEDIATRÍA	436	470		3	820	768	43	507	503	332	474	5871	
GINECOLOGÍA	578	328		20	381	390	452	557	534	200	429	4611	
CIRUGÍA GENERAL	36	39		42	42	36	4	36	92	26	36	464	
CARDIOLOGÍA	12	0		1	20	24	12	1	16	8	10	142	
TRAUMATOLOGÍA	-				8	42	8	16	94	83	45	552	
SALUD MENTAL				-	25	18	32	36	58	41	44	260	
HOSPITALIZACIÓN PARA MEDICINA	49	57		56	66	6	4	82	79	68	64	744	

F L B O C P O E S E O O S C O O P O 200 O

efi dos or roses e s e o e cio e z s o co e e a, co o meses e a gas o'



A partir de la incorporación del servicio de salud mental en el hospital, se evidencia cuadros clínicos de tipo psicológico y psiquiátrico. Tanto en consulta externa como en interconsultas habiéndose atendido 250 pacientes en ocho meses de la gestión 1996 y 456 pacientes en solo 6 meses durante la gestión 1997, lo cual muestra el trabajo de desensibilización que el servicio de psicología logró con la población asistente a este hospital

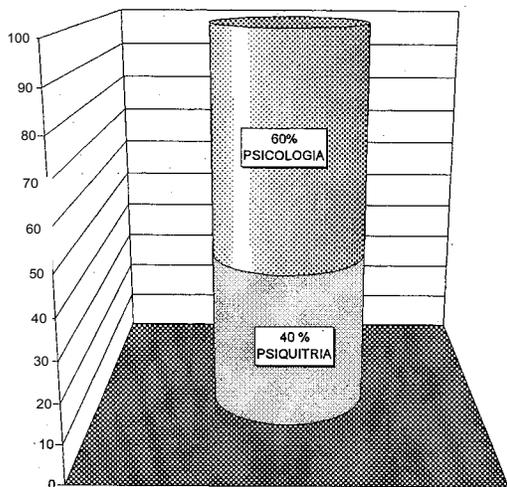


El perfil de patologías atendidos en la gestión 1996 en problemas tanto psicológicos como psiquiátricos ratifica a la ciudad de El Alto, como la ciudad con mayor riesgo psicosocial.

La tasa de suicidio es de 23 casos por cada 100.000 habitantes, seguido por problemas relacionados con el consumo de alcohol, que significativamente marca un desgaste en el capital humano joven que tiene nuestro país.

Sin duda los problemas de tipo afectivo, violencia, problemas de conducta, etc. en la mencionada gestión marcaron las pautas para el trabajo asistencial.

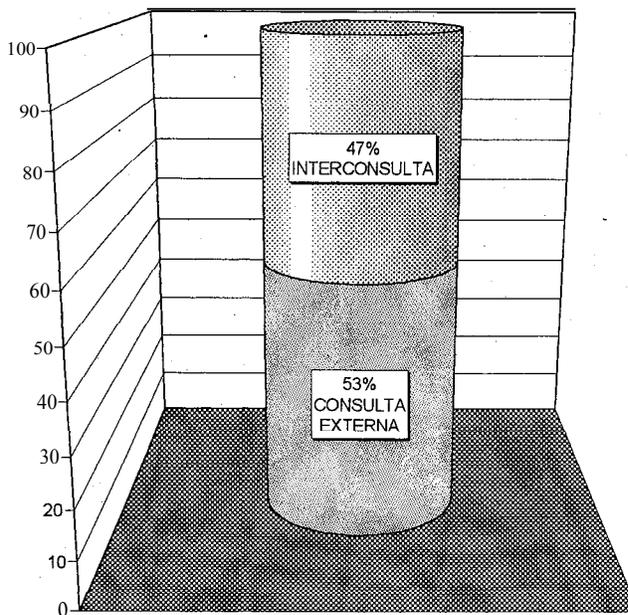
**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
MAYO DICIEMBRE 1996
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL 20 DE OCTUBRE
SERVICIO DE SALUD MENTAL
POR ESPECIALIDAD Y TIPO DE CONSULTA**



Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital 20 de Octubre

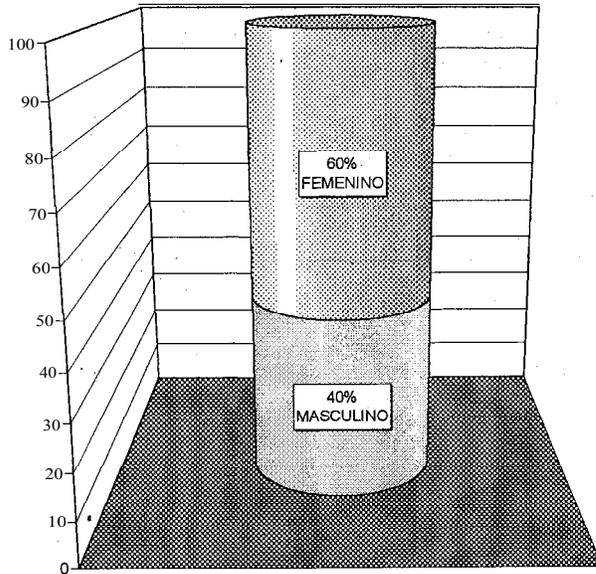
No cabe duda que la intervención del psicólogo en los servicios de salud, es precisa y necesaria en casi todos los casos y que este profesional casi neutraliza el estigma que tiene un psiquiatra. Siendo que la población acude con mayor confianza a la atención psicológica que a la psiquiátrica como se evidencia en el gráfico.

La relación que se establece, para la atención a pacientes en consulta externa, para la gestión 1996 en ocho meses es de 53% y un 47% para las interconsultas, lo que nos muestra la lenta incorporación de la población a la atención de este servicio.



Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital 20 de Octubre

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
MAYO DICIEMBRE 1996
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL 20 DE OCTUBRE
SERVICIO DE SALUD MENTAL
POR SEXO Y ESTADO CIVIL

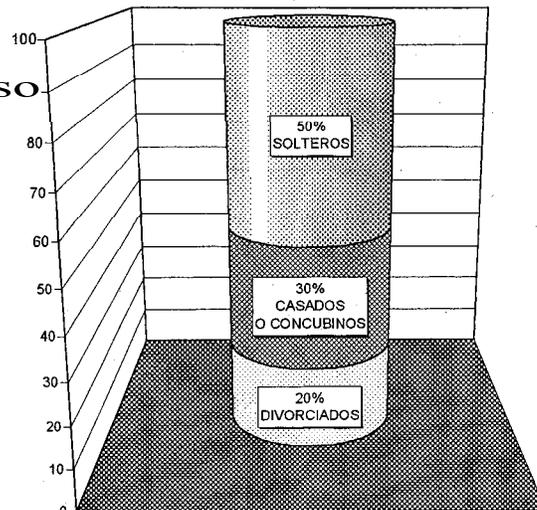


Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital 20 de Octubre

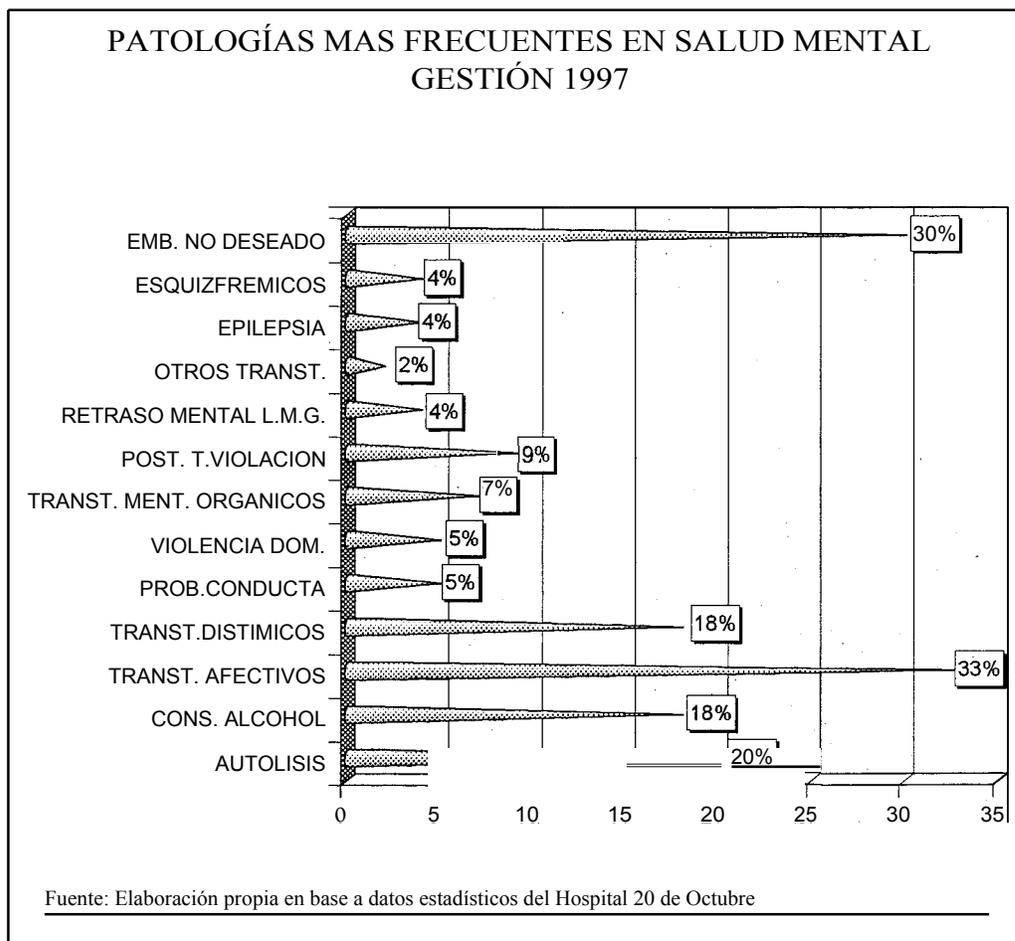
Se hace evidente que los problemas de salud mental están notablemente asociados al género femenino en un 60% en comparación a un 40% que pertenece al género masculino.

El conjunto de información epidemiológica registrada para este estudio demuestra que la morbilidad es superior en mujeres, con una diferencia apreciable con relación a los varones

El estado civil parece ser determinante para cursar un problema relacionado con salud mental marcándose un 50% des solteros seguidos por los que son casados o concubinos con un 30% y un 20% que son divorciados lo que muestra que existe mayor riesgo en personas jóvenes entre 12 y 25 años y que son solteros. Comprobándose que este grupo es el que más frecuenta el servicio de salud mental por algun problema, que requiere orientación.

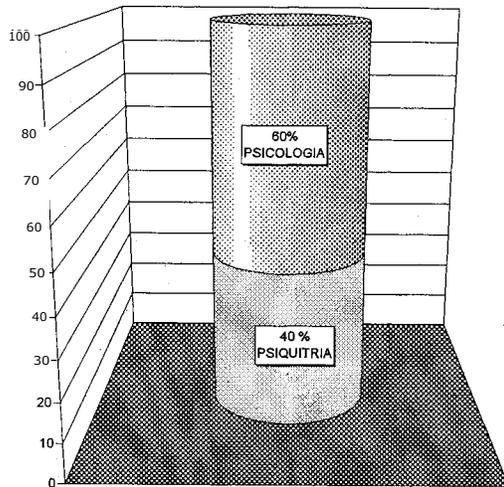


Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital 20 de Octubre



El perfil epidemiológico para el primer semestre de 1997 nos muestra que si bien aun se mantiene el consumo de alcohol asociado en los trastornos afectivos y al intento de suicidio, no se ha diferenciado en gran magnitud al perfil de epidemiológico logrado en 1996, evidenciándose que estos problemas son secundarios a la violencia doméstica y al embarazo no deseado, enmarcados en problemas psicosociales que atingen diariamente a la población **alteña**.

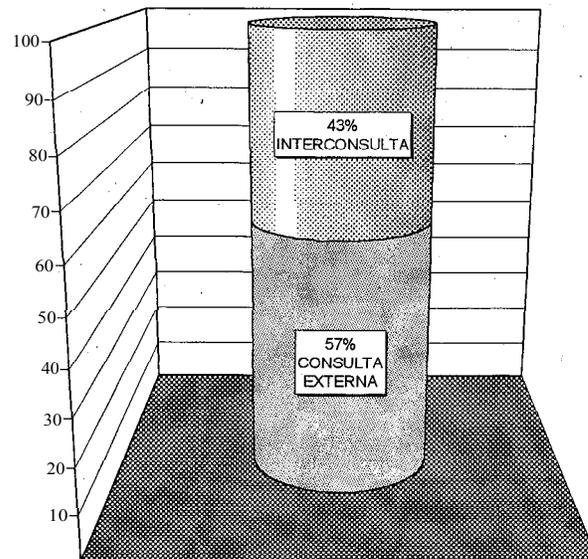
PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
MAYO DICIEMBRE 1997
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL 20 DE OCTUBRE
SERVICIO DE SALUD MENTAL
POR ESPECIALIDAD Y TIPO DE CONSULTA



Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital 20 de Octubre

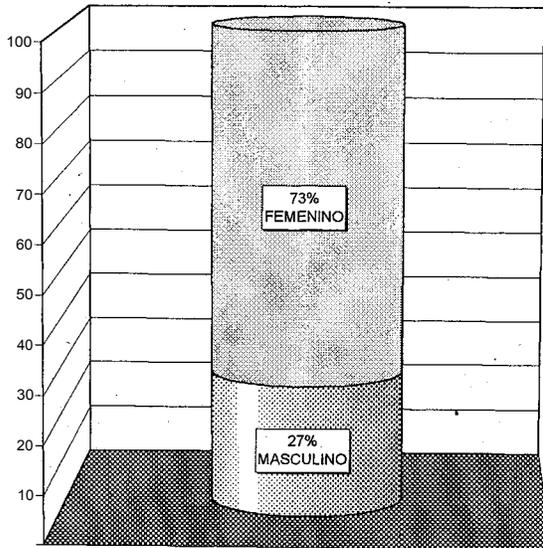
La atención que se brindaba en la especialidad de psicología marcaba claramente la incorporación de un nuevo enfoque sistémico en los servicios de salud, logrando una mayor asistencia de la población a este servicio para la gestión 1997

Se evidencia que la gestión 1997 fué marcada por la referencia y contra referencia de otras especialidades, un 57% para la interconsulta y un 57% para consultas externas.



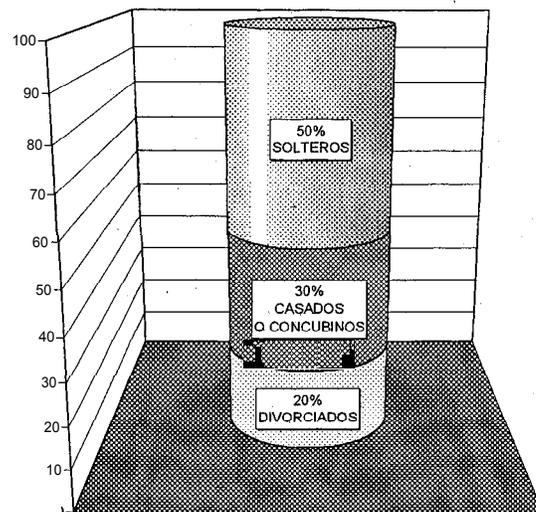
Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital 20 de Octubre

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
MAYO DICIEMBRE 1997
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL 20 DE OCTUBRE
SERVICIO DE SALUD MENTAL
POR SEXO Y ESTADO CIVIL**

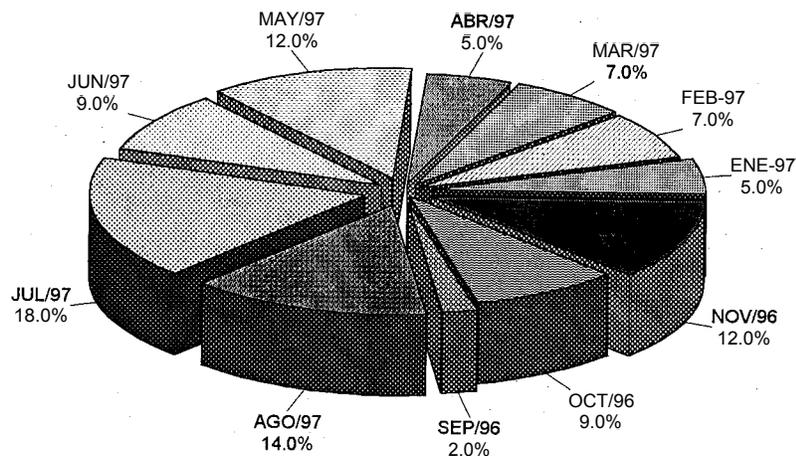


La incidencia del género femenino en la atención de salud mental se hizo patente ya que en la gestión 1997 se ejecutaron programas específicos que involucran la participación de la mujer como agente de cambio.

Para la gestión 1997, los valores relacionados con el estado civil no varían manteniéndose a los jóvenes solteros como grupo de alto riesgo.



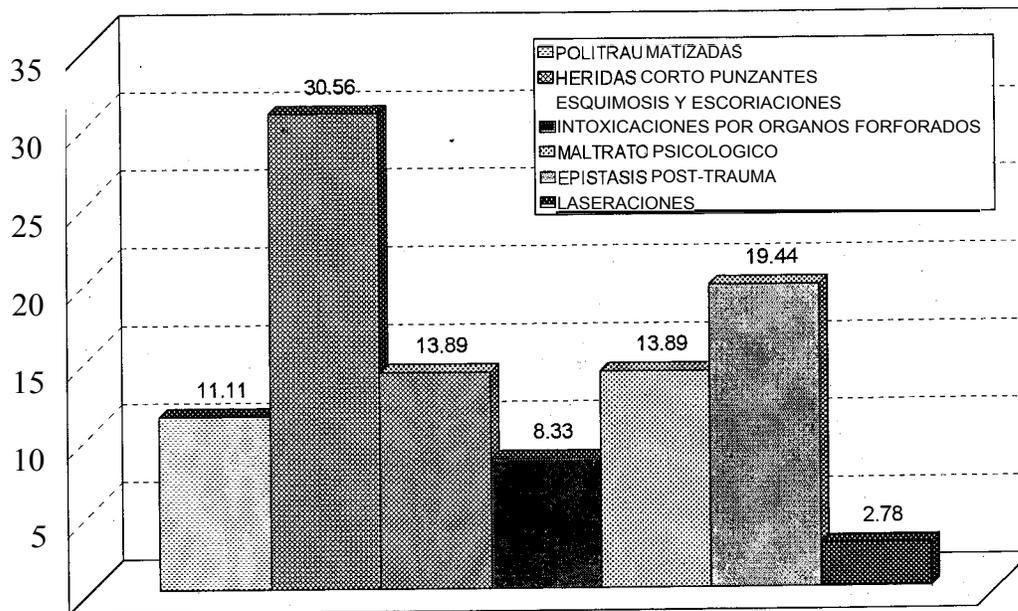
PACIENTES INTERNADOS POR VIOLENCIA DOMÉSTICA
PORCENTAJES DE PACIENTES INTERNADOS POR MES
(Agosto 1996 - Agosto 1997)



Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital 20 de Octubre

Según los argumentos de los agredidos, un gran porcentaje manifiestan que la violencia es causada por, ejercer poder para someter a la otra persona. La demostración de virilidad y poder está en función a al demostración de fortaleza.

PACIENTES INTERNADOS POR VIOLENCIA DOMÉSTICA
FRECUENCIA POR LESIÓN OCACIONADA

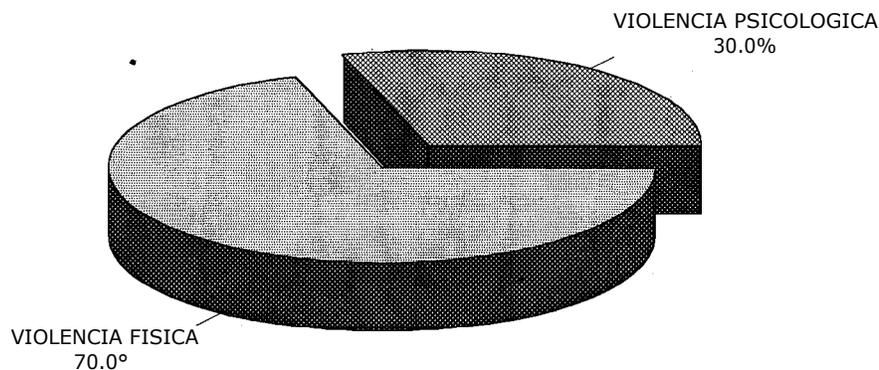


Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital 20 de Octubre

Los Dx internación de pacientes con violencia doméstica, se encuadran en politraumatismos; heridas corto punzantes y epistaxis que encubren el problema real, que es la violencia en el sentido más amplio.

Se evidencia que los Dx de ingreso son secundarios al tipo de violencia, esto quiere decir que los cuadros reales de violencia son encubiertos en centros hospitalarios por diagnósticos clínicos..

PACIENTES INTERNADOS POR VIOLENCIA DOMÉSTICA
TOTAL PACIENTES INTERNADOS
POR VIOLENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA



Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital 20 de Octubre

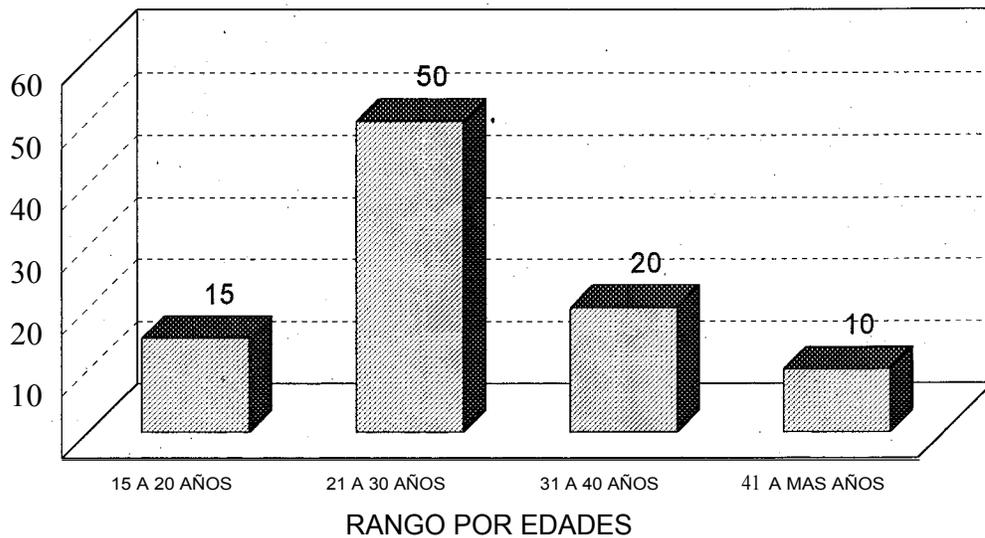
Es claro que la agresión que se ejerce tanto en varones como en mujeres es ocasionado casi en generalidad por armas corto punzantes y armas blancas.

Una forma de encubrir la violencia doméstica en centros hospitalarios, es con excusas de caídas, resbalones, tropiezos, dolores particulares.

En el servicio de ginecología con frecuencia se encubre la violencia doméstica en cuadros con amenaza de aborto provocado por el conyugue.

La violencia psicológica registrada en este estudio, se determina como conductas dirigidas a perpetrar un suicidio, o un intento de suicidio. Para los pacientes marcan un trauma en su vida cotidiana y futura.

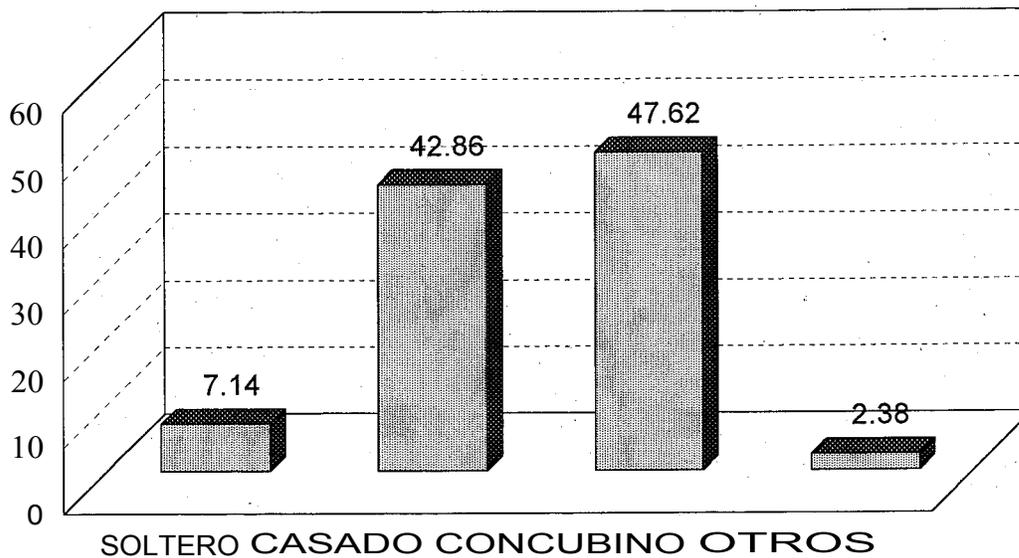
PACIENTES INTERNADOS POR VIOLENCIA DOMÉSTICA
FRECUENCIA POR EDAD



Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital 20 de Octubre

La frecuencia de la edad, con mayor grado de agresión es de 20 a 40 años considerándose edad productiva, determinándose este rango como el de mayor riesgo para la violencia doméstica

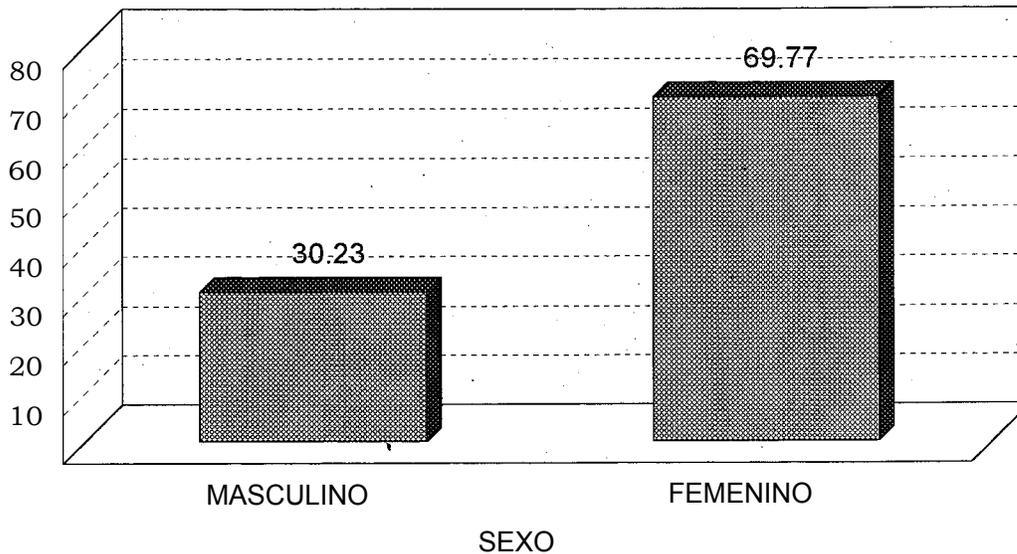
PACIENTES INTERNADOS POR VIOLENCIA DOMÉSTICA
FRECUENCIA POR ESTADO CIVIL



Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital 20 de Octubre

El estado civil está condicionado a mayor agresión, cuando existe unión por concubinatos, seguido por los que legalmente son casados. Pareciera que estos dos estados dan derecho a la agresión y a la violencia doméstica.

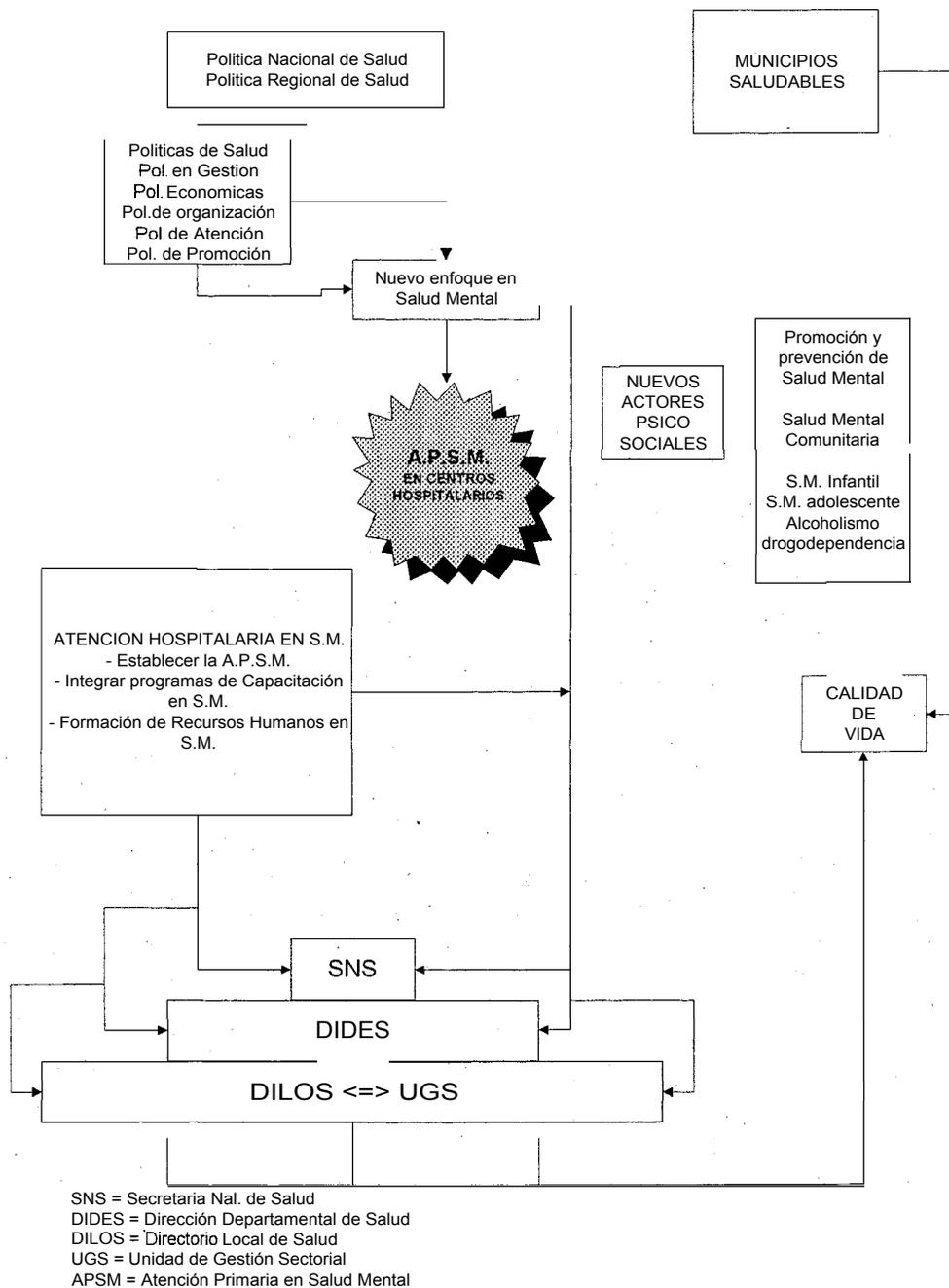
PACIENTES INTERNADOS POR VIOLENCIA DOMÉSTICA
FRECUENCIA POR SEXO



Fuente: Elaboración propia en base a datos estadísticos del Hospital 20 de Octubre

El género con mayor tipo de agresión es el femenino con 70% y un 30% del sexo masculino por lo cual se demuestra que los grados de agresión psicosocial están presentes en el género femenino, como muestra de la posición machista de la sociedad alteña.

PROPUESTA DE ESTRUCTURA DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL
CON ENFOQUE PSICOLÓGICO



BIBLIOGRAFÍA

- Acosta, Ramirez, Vicente (1990)
De la Responsabilidad Civil Médica
Ed. Jurídica de Chile, P ed. Santiago de Chile, Pp. 483
- Albo, Armando, Xavier (1990)
Para Comprender Las Culturas Rurales en Bolivia
Ed Mec-Cpca, Unicef., 2a ed., Colec. Bolivia
Pluricultural y Multilingue, La Paz-Bolivia.- Pp. 298
- Alvarado J., Maria (1989)
Ponencia sobre Psicología Médica
Seminario de Salud mental; La Paz-Bolivia
- Balint, M; Balint, E. (1967)
Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina
Ed., Siglo XXI., 2' ed. México, Pp 342
- Brehil, Jaime (1985)
Investigación de la Salud en la Sociedad
Ed., fundación de Salud y Sociedad., 3a ed., Pp. 268
- Bustillo S.L., Enrique (1991)
Historia de la Medicina Laresa
Ed., Urquizo, 2' ed., México., Pp. 348
- Cardona, Arturo (1989)
Estudio Médico Psiquiátrico del Bocio en una Población Rural
Rey. Gaceta Médica, boliv.; vol 13 (1), Pp.1-8
(Extracto de revista)
- Cook, J. Sue y Fontaine Karen Lee (1990)
Enfermería Psiquiátrica
Ed. Interamericana - Mc Graw-Hill., 1ª ed., Madrid España
España. (Trad. Miguel Bacon Caballero), Pp. 641
- Campaña, K. Artur (1985)
Papel del Médico y la Enfermera. En: Atención Primaria en Salud Mental
Ed. Siglo XXI, la ed., Mexico., Pp 234
- Caro, Guy (1977)
La Medicina Inpugnada
Ed., laia., 2a ed., Barcelona., Pp 220

- Checkoway, B. Hollister (1992)
Manual de Gestión Participativa y Salud Mental
Ed., Ministerio de Salud., Chile.
(Documento Mimeografiado)., Pp. 189
- Delay A., Pichot, Parsons Andrew (1989)
Psicología Médica
S/Ed., P ed., Mexico; Pp. 305
- Ferrani, L. (1972)
Interconsulta Médico Psicológica
Rev. Médica., México, 16/10, (2), Pp. 51-53
(Extracto de revista)
- Freud, Sigmund (1979)
Totem y Tabú.
Ed. Amorrortu., Tomo XVI, S/ed., Pp 405
- Gracia, Fernando; Bayard, Vicente (1981)
Prevalencia de Enfermedades Neurológicas en la Sociedad
Rev. med., Panamá Vol. 13 (1), Pp. 40-45
(Extracto de revista)
- Guerrero, G. M. (1986)
Epidemiología
Ed. fondo Educativo Interamericano. la ed., Mexico Pp., 207
- Gottheil, Fred M. (1986)
Las Predicciones Económicas de Marx
Ed. Ayuso; S/ed. Madrid España. Pp. 532
- Groos, Martin (1968)
Los Doctores
Ed. Grijaldo, Fed. (de Randon House).
Barcelona - México., Pp. 508
- Illich, Iván (1987)
Némesis Médica
Ed. Planeta, 3' ed., México., Pp., 456
- Krestschmer, Ernesto (1973)
Psicología Médica
Ed. leyenda., S/ed., México., Pp. 507

Levaf, Juan (1991)
Reestructuración de la Atención Psiquiátrica
Washington, DC. USA. OMS/OPS /MNH/91.1
(Documento mimeografiado)

Mendez, Roberto (1986)
El médico de la familia y el componente socio Psicológico de la atención Integral
Ponencia presentada en el, II congreso. Nal. de Psicología de la salud en Cienfuegos: Cuba

Montenegro, A. H. (1992)
Relevancia del Tema de la Salud Mental
OMS /MNH/ 95.6., La Paz-Bolivia
(Documento mimeografiado)

OMS / OPS, División de Salud Mental (1981)
Enseñanza de la Psiquiatría y la Salud Mental
OMS /MNH/ 81.5
(Documento mimeografiado)

OMS / OPS (1987)
Programas Nacionales de Salud Mental
OMS /MNH/ 87.8., La Paz-Bolivia
(Documento mimeografiado)

OMS / OPS, División de Salud Mental (1991)
Programa de Salud Mental de la Organización Mundial de la salud
WHO / MNH / 91.3 Ginebra
(Documento mimeografiado)

OMS / OPS (1993)
Informe del Segundo Grupo de Consulta sobre la enseñanza de la Psiquiatría en Capacitación del Residente
Washington DC. WHO / MNH / 93.5
(Documento mimeografiado)

OMS / OPS (1993)
Segunda Reunión de Directores de Programas Nacionales de Salud mental
Buenos Aires, Septiembre
(Documento mimeografiado)

- Pearson, Andrew (1981)
Enseñanza de la Psiquiatría y Salud Mental
Rev. Educ. Med., México Vol 15., No (2)., Pp. 185-195
(Extracto de revista)
- Perez, Tamayo, Ruy (1987)
Serendipia
Ed. Siglo XXI, 3ª ed., México., Pp. 237
- Sandoval G. y Sostres Fernanda (1989)
La Ciudad Prometida
Ed. Systema ILDIS, la ed., La Paz-Bolivia, Pp. 17
- Secretaría Nacional de Salud (1978)
Casos Psicológicos y Psiquiátricos en la Consulta Médica Formal
Jefatura Nal. de salud mental, La Paz-Bolivia, Pp. 10
(Documento mimeografiado)
- Secretaría Nacional de Salud (1995)
Consultoría de Salud Mental en Bolivia por Osvaldo Saidon.
Jefatura Nal. de salud mental, La Paz-Bolivia.
(Documento mimeografiado)
- Secretaría Nacional de Salud (1996)
Política Nacional de Prevención de discapacidades y Rehabilitación en Salud
OMS / SNS. La Paz-Bolivia, Pp. 10
(Documento mimeografiado)
- Serrudo, Ormachea Maruja (1997)
Metodología de la Investigación.
Ed. Instituto de Investigación «Andrés Bólvares» 1ª ed. Pp. 245
- Sherif, Musafer; Sherif Carolyn (1975)
Psicología Social
Ed. Harla., ed.. México., Pp. 587

ANEXOS

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

ENCUESTA PARA MÉDICOS CUESTIONARIO N° 1

Edad.....años
tiempo de ejercicio médico.....

1. Que tiempo de su formación profesional estuvo dedicado al aprendizaje de problemas de salud mental?

- a) 1 semestre b) 1 año c) 2 años
- d) 3 años e) 4 años f) 5 años

2. Que tipo de bibliografía estudió, acerca de la salud mental?

- a) De alta especialidad
- b) De especialidades médicas
- c) De conocimiento general
- d) Todas las anteriores
- e) Ninguna de las anteriores

3. Los estudios que usted tiene acerca de los problemas de salud mental corresponden a:

- a) Conocimiento empírico
- b) Conocimiento autodidacta
- c) Conocimiento licenciatura
- d) Conocimiento especialista
- e) Conocimiento magister
- f) Conocimiento doctorado

4. Para realizar su trabajo cotidiano, usted posee un manual de salud mental?

SI NO

5. Usted considera que la salud mental es un problema de :

- a) Salud pública
- b) Psiquiatría
- c) Epidemiología medicina
- d) Sociología
- e) Psicología
- f) Otras...

6. Los problemas de salud mental pueden ser tratados por:

- a) Médico general
- b) Médico internista
- c) Especialista médico
- d) Psiquiatra

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

- e) Psicólogo
- f) Trabajadora social
- g) Familiares
- h) Otro profesional

7. En su opinión, los problemas de salud mental son:

- a) Fáciles de intervenir
- b) Relativamente fáciles de intervenir
- c) Complejos en su intervención
- d) Muy difíciles de tratar
- e) Intratables

8. Los problemas de salud mental se solucionan en un porcentaje de:

100% 90% 80% 70% 60% 50% 40% 30% 20% 10%

Porcentaje:

9. Los problemas de salud mental son la etiología:

- a) Orgánica
- b) Psicológica
- c) Psicosomática
- d) Origen desconocido
- e) Todos los anteriores
- f) Ninguno de los anteriores

10. Los problemas de salud mental requieren:

- a) Uso de fármacos
- b) Control de fuerza
- c) Discusión problemática
- d) Seguimiento disciplinario
- e) Reclusión
- f) Todos los anteriores
- g) Ninguno de los anteriores

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

CUESTIONARIO N° 2

1. Los conocimientos que usted posee acerca de la salud mental son útiles para:
 - a) Su trabajo cotidiano
 - b) Información general
 - c) Discutir con los especialistas
 - d) Educación a los pacientes
 - e) No me son útiles

2. Usted reconoce a los pacientes con problemas de salud mental por:
 - a) Alteración del curso del pensamiento
 - b) Alteración del lenguaje
 - c) Desubicación espacio - temporal
 - d) Descuido físico
 - e) Falta de higiene
 - f) Otros
 - g) Todas
 - h) Ninguna

3. Es fácil detectar a un paciente con problemas de salud mental:
 - a) Por la ubicación de la realidad
 - b) Por la percepción de las cosas
 - c) Por su emocionabilidad
 - d) Por motivación general
 - e) Todas
 - f) Ninguna

4. Usted piensa que los pacientes con problemas de salud mental:
 - a) Son más inteligentes que los demás
 - b) Son igual de inteligentes que los demás
 - c) Son menos inteligentes que los demás

5. En su práctica, usted ha confirmado que los pacientes con problemas de salud mental son:
 - a) Más sociables que los demás
 - b) Igual de sociables que los demás
 - c) Menos sociables que los demás

6. Usted ha advertido que los pacientes con problemas de salud mental tienen:
 - a) Muchos conocimientos acerca de su problema
 - b) Escasos conocimientos acerca de su problema
 - c) No tienen conocimientos acerca de su problema

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

7. Cuando llega a su consulta un paciente con problemas de salud mental, usted:

- a) Deriva el paciente a un médico general
- b) Deriva el paciente a un médico especialista
- c) Llama a radiopatrullas para que lo trasladen al psiquiátrico
- d) Llama a radiopatrullas para que lo trasladen a la policía
- e) Hace que lo trasladen a su casa o a la de un pariente

8. Al paciente con problemas de salud mental que llega a su consultorio, usted:

- a) Le aconseja que busque un especialista
- b) Estudia su caso y analiza como ayudarlo personalmente
- c) Utiliza fármacos como antidepresivos, estimulantes y otros
- d) Busca realizar una junta médica
- e) No habla con el de su problema, sino con sus familiares

9. Usted aconseja a los familiares del paciente con problemas de salud mental que:

- a) Vivan recluidos en centros especializados
- b) Vivan como todos, haciendo un tratamiento ambulatorio
- c) Vivan como todos sin cuidados especiales

10. Usted aconseja a los familiares del paciente con problemas de salud mental que:

- a) Que lo internen en centros especializados
- b) Que se tratado por especialistas
- c) Que lo aparten de la familia para mejorar su situación

11. Cuando atiende a un paciente con problemas de salud mental, usted diagnostica como:

- a) Diagnostica como una caso específico (alcoholismo, drogadicción neurosis, psicosis, autolisis, depresión, etc.)
- b) Patología emergente (gastritis, neuritis, cefalea, cirrosis, etc.)
- c) Trata de no diagnosticar
- d) Pide reunión de especialistas

12. Usted suele dar de alta al paciente con problemas de salud mental cuando:

- a) Resuelve el caso
- b) Remite el caso a otro especialista
- c) Cuando remite el caso al psicólogo o psiquiatra
- d) Remite el caso a la trabajadora social
- e) No da de alta este tipo de pacientes

ACTITUD MÉDICA EN LA INTERVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL

CUESTIONARIO N° 3

1. De su consultorio, la frecuencia de atención a pacientes con problemas de salud mental es:

- a) Muy frecuente
- b) Con regularidad
- c) De vez en cuando
- d) Pocas veces
- e) Casi nunca
- f) Nunca

2. Los problemas más frecuentes de salud mental que llegan a su consulta son:

- 1.
- 2.
- 3.

3. Los pacientes con problemas de salud mental vuelven a la consulta:

- a) Siempre
- b) A veces
- e) Nunca

4. Los pacientes con problemas de salud mental son mayormente:

- a) hombres b) mujeres e) niños
- d) adolescentes e) jóvenes f) adultos
- g) ancianos

5. Cual es la procedencia de los pacientes:

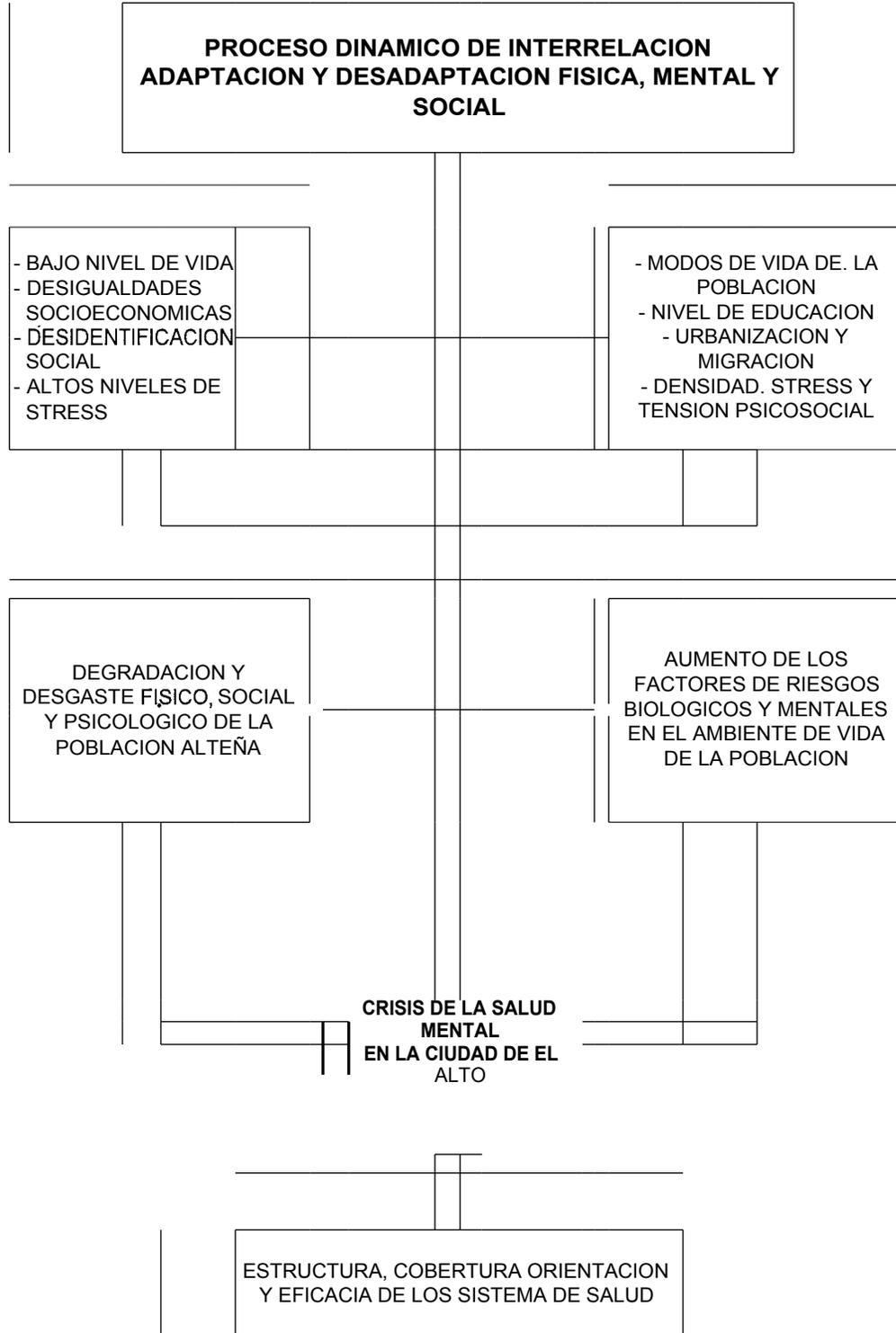
- h) rurales i) urbanos

5. La cantidad aproximada de pacientes, con problemas de salud mental, que usted ha tenido en la última semana es:

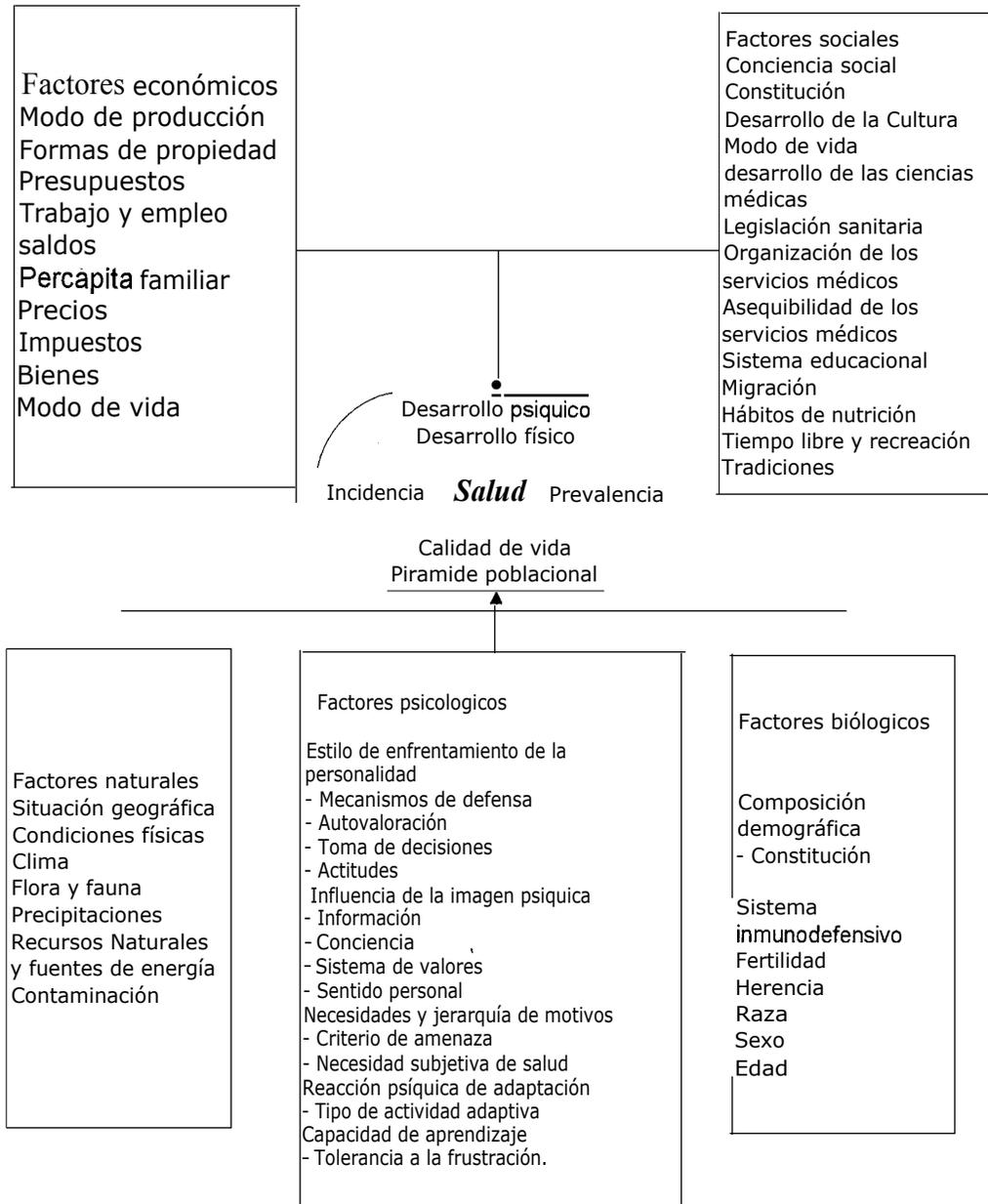
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17
18 19 20 21 22 23 24 25 más de 25

Indique cuantos:

FACTORES PSICOSOCIALES EN SALUD MENTAL



FACTORES DETERMINANTES DE LA SALUD
EN LA CIUDAD DE EL ALTO



**PROPUESTA PARA EL TRABAJO PSICOLÓGICO
EN SALUD MENTAL**

