

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“PERFIL INICIAL EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO”

**“EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO EN SALUD MENTAL
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y ESPECIALIZACIÓN EN
SALUD MENTAL”**

ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

GUATEMALA, JULIO 2,006

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

“PERFIL INICIAL EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO”

INFORME FINAL DE INVESTIGACION:
**“EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO EN SALUD MENTAL
EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y ESPECIALIZACIÓN EN
SALUD MENTAL”**

Presentado al Honorable Consejo Directivo
De la Escuela de Ciencias Psicológicas.

POR

ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

Previo a optar el título de Psicólogas

En el grado académico de Licenciatura

GUATEMALA, JULIO 2,006

CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciado Byron Ronaldo González M. A.
SECRETARIO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
Doctor René Vladimir López Ramírez
REPRESENTANTES DEL CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licenciada Loris Pérez Singer de Salguero
REPRESENTANTE DE LOS PROFESIONALES EGRESADOS
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Estudiante Brenda Julissa Chamám Pacay
Estudiante Edgard Ramiro Arroyave Sagastume
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"

TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico

CIEPs.

Archivo

Reg. 246-06

CODIPs. 1182-2006

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

14 de julio de 2006

Estudiante

Alicia Burrión González

Linda Cecilia Orozco Citalán

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto OCTAVO (8º) del Acta TREINTA Y OCHO GUIÓN DOS MIL SEIS (38-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 14 de julio de 2006, que copiado literalmente dice:

"OCTAVO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "PERFIL INICIAL EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO", COMO PARTE DEL "EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO EN SALUD MENTAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y ESPECIALIZACIÓN EN SALUD MENTAL", A TRAVÉS DE LA EJECUCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO NACIONAL INICIAL EN SALUD MENTAL A LA POBLACIÓN GUATEMALTECA ADULTA COMPRENDIDA ENTRE 18 A 59 AÑOS DE EDAD, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE DICIEMBRE INCLUSIVE DEL AÑO 2005, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ
LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

CARNÉ 95-20172

CARNÉ 97-10224

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Luis Alberto Vallejo y revisado por la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce y el Licenciado Marco Antonio García Enríquez. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESIÓN del Informe Final para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para la Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Licenciado Byron Ronaldo González, M.A.
SECRETARIO



/Gladys



**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS**



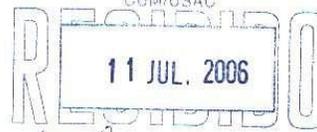
REG. 246-2006
CIEPs.108-2006

Guatemala, 28 de junio de 2006

INFORME FINAL

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

Escuela de Ciencias Psicológicas
Recepción e Información
CUM/USAC



SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Mano 15:30 Reg. 246-06

Me dirijo a ustedes para informarles que los Licenciados Miriam Elizabeth Ponce Ponce, y Marco Antonio García Enríquez, han procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

“PERFIL INICIAL EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO”, COMO PARTE DE LA FASE DE INSTALACIÓN DEL PROYECTO: “EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO EN SALUD MENTAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y ESPECIALIZACIÓN EN SALUD MENTAL”, A TRAVÉS DE LA EJECUCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO NACIONAL INICIAL EN SALUD MENTAL A LA POBLACIÓN GUATEMALTECA ADULTA COMPRENDIDA ENTRE 18 A 59 AÑOS DE EDAD, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE DICIEMBRE INCLUSIVE DEL AÑO 2005”

ESTUDIANTES:

CARNÉS Nos.

Alicia Burrión González
Linda Cecilia Orozco Citalán

9520172
9710224

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Agradeceré se sirvan continuar con los trámites correspondientes para obtener ORDEN DE IMPRESIÓN.

Atentamente,

"D Y ENSEÑAD A TODOS"

Mayra Luna de Alvarez
LICENCIADA MAYRA LUNA DE ALVAREZ
COORDINADORA



CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA - CIEPs. - "Mayra Gutiérrez"



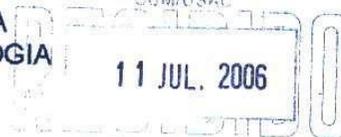
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CIEPs. 109-2006

Guatemala, 28 de junio de 2006

LICENCIADA
MAYRA LUNA DE ÁLVAREZ, COORDINADORA
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
CIEPs. "MAYRA GUTIÉRREZ"
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Escuela de Ciencias Psicológicas
Asesoría e Información
CUM/USAC



15:30 Registro 346-06

LICENCIADA DE ÁLVAREZ:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que hemos procedido a la revisión del **INFORME FINAL DE INVESTIGACION**, titulado:

"PERFIL INICIAL EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO", COMO PARTE DE LA FASE DE INSTALACIÓN DEL PROYECTO: "EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO EN SALUD MENTAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y ESPECIALIZACIÓN EN SALUD MENTAL", A TRAVÉS DE LA EJECUCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO NACIONAL INICIAL EN SALUD MENTAL A LA POBLACIÓN GUATEMALTECA ADULTA COMPRENDIDA ENTRE 18 A 59 AÑOS DE EDAD, EN EL PERÍODO COMPRENDIDO DEL 1 DE ABRIL AL 31 DE DICIEMBRE INCLUSIVE DEL AÑO 2005"

ESTUDIANTE

CARNÉ No.

Alicia Burrión González
Linda Cecilia Orozco Citalán

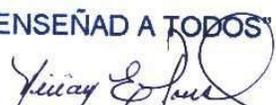
9520172
9710224

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE**, y solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


LICENCIADA MIRIAM ELIZABETH PONCE PONCE
DOCENTE REVISORA


LICENCIADO MARCO ANTONIO GARCÍA ENRÍQUEZ
DOCENTE REVISOR

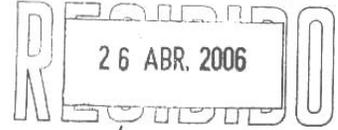


c.c.: Archivo

MEPP y MAGE / edr

Aprob I.F. CIEPs 210406

CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
CIEPS. "MAYRA GUTIERREZ"



REF. EPS-SM-210406-lavr.

Centro Universitario Metropolitano,
Ciudad de Guatemala, 21 de abril 2,006

Licenciada Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora del Centro de Investigaciones
en Psicología "CIEPs"
Escuela de Ciencias Psicológicas
SU DESPACHO

Estimada licenciada:

Con base en el punto TERCERO (3°), Acta CINCUENTA Y DOS - DOS MIL CINCO (52-2005) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo de la Escuela de Ciencias Psicológicas el 23 de agosto 2005, me permito informarle que he realizado la asesoría del trabajo de investigación intitulado:

PERFIL INICIAL EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO

como Primera Fase del Proyecto Interinstitucional:

“Ejercicio Profesional Supervisado en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud y Especialización en Salud Mental”

acordado por el Consejo Directivo de la Unidad Académica en referencia manifestando “...su beneplácito y apoyo al proyecto...”, conforme punto CATORCE (14°), del Acta CUARENTA Y DOS - DOS MIL CINCO (42-2005) en sesión celebrada el 12 de julio del 2005, a los siguientes estudiantes:

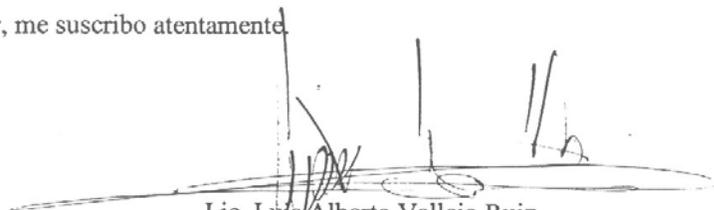
WILLIAM AMÍLCAR GODINEZ	Carné	8913112
EVELYN JEANETH RIVERA YÚMAN	Carné	9515522
ALICIA BURRION GONZALEZ	Carné	9520172
LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN	Carné	9710224
AÍDA CAROLINA DOMINGO LUCAS	Carné	9818318
HELLEN KARINA MÉRIDA DÍAZ	Carné	9822601
GADI LOURDES LARA ROBLES	Carné	0016670

Me permito manifestarle que, siendo esta investigación parte del proyecto interinstitucional mencionado, es necesario considerar que:

1. Los participantes aplicaron el material de investigación en toda la República.
2. El Informe Final Individual contiene el Cronograma de Trabajo de cada estudiante participante.
3. El marco teórico del presente trabajo se sugiere que sirva como conocimiento básico para los futuros aspirantes a realizar Ejercicio Profesional Supervisado en Salud Mental.
4. Esta Primera Fase obtuvo como segundo producto la "Guía de Orientación de Servicio y Docencia para el Ejercicio Profesional Supervisado" que ha sido objeto de revisión por la Coordinación del Departamento de E.P.S. y que se adjunta a este Informe.

Considerando que el presente trabajo cumple con los requerimientos establecidos por el Centro de Investigaciones bajo su cargo y esperando que el mismo coadyuve al fortalecimiento de la atención en la Red Nacional de Salud Mental, brindo mi **APROBACIÓN** al **INFORME FINAL**, solicitando se proceda con los trámites siguientes..

Sin otro particular, me suscribo atentamente



Lic. Luis Alberto Vallejo Ruiz
Asesor – Miembro Activo # 1,099 del
Colegio Profesional de Humanidades

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"

TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14

e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

c.c. Control Académico
CIEPs.
Archivo
Reg. 246-2006
CODIPs. 606-2006

De Aprobación de Proyecto de Investigación

16 de marzo de 2006

Estudiantes

Alicia Burrión González

Linda Cecilia Orozco Citalán

Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto DÉCIMO SÉPTIMO (17º) del Acta TRECE GUIÓN DOS MIL SEIS (13-2006) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 13 de marzo de 2006, que literalmente dice:

"DÉCIMO SÉPTIMO: El Consejo directivo conoció el expediente que contiene el Proyecto de Investigación titulado: "EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO EN SALUD MENTAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y ESPECIALIZACIÓN EN SALUD MENTAL" de la carrera de: Licenciatura en Psicología, presentado por:

ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ
LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

CARNÉ No. 95-20172

CARNÉ No. 97-10224

El Consejo Directivo, considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-, resuelve APROBARLO y nombrar como asesor al Licenciado Luis Alberto Vallejo Ruiz y como revisores a la Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce y al Licenciado Marco Antonio García Enriquez."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



/Gladys

A QUIEN INTERESE

Por medio de la presente se hace constar que en el Marco del Proyecto Interinstitucional “Ejercicio Profesional Supervisado en Salud Mental en el Sistema Nacional de salud y especialización en Salud Mental” el **Licenciado Luís Alberto Vallejo Ruiz**, Consultor Metodológico Proyecto EPS-SM, estuvo a cargo de Consultoría Metodológica, dirigida a siete estudiantes de Psicología en el ejercicio Profesional supervisado -EPS-, proceso dirigido por personal técnico del Programa Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Se logro la investigación “**Perfil Inicial en Salud Mental del Guatemalteco**” como parte del proyecto interinstitucional entre la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social con el apoyo técnico y financiero del Proyecto de Dignificación y Asistencia Psicosocial a Víctimas del Conflicto Armado Interno.

Por lo que no tengo ningún inconveniente en extender la presente constancia de Investigación para los usos que al interesado convenga, a los diecisiete días del mes de julio del año dos mil seis.

Dra. Alejandra Flores
Coordinadora

Programa Nacional de Salud Mental

5 AV. 11-40 Zona 11, Colonia el Progreso
Tel: 24716660

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-
9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 Y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

EPS 24-2006

28 de abril del 2006

Licenciado Luis Alberto Vallejo Rúa
Asesor Metodológico
Grupo de Estudiante de EPS
En Informe Final – experiencia con PNSM

Licenciado Vallejo:

Comunico a usted que he visto las guías de orientación de servicio y docencia para el EPS, que fueran elaboradas en el contexto de la experiencia de las estudiantes que usted asesora, en la realización del proyecto de EPS en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud...". Las guías son pertinentes, ya que contienen la información básica que se necesita comunicar a las personas que desean realizar EPS en la Escuela de Ciencias Psicológicas.

Sin otro particular, me despido deseándole bienestar.

Atentamente,

Licenciado Rafael Estuardo Espinoza Méndez
Coordinador de EPS



Dg.

ACTO QUE DEDICO

- A Dios:** Por su infinito amor y misericordia al permitirme obtener un triunfo más en mi vida.
- A mis padres:** Especialmente a mi mamá Güichita, por ser mujer de empuje, digna de amor y respeto; por ayudarme a llegar a la meta final y por todo ese apoyo incondicional que siempre me ha brindado, gracias que Dios te bendiga, te amo.
A mi padre Catarino Burrión Mutzumá
Por sus esfuerzos, comprensión y apoyo brindados. Que Dios te bendiga.
- A mi hijo:** Eder David
Con todo mi amor. Para que en un futuro este triunfo te sirva de ejemplo y motivación, que Dios lo guíe y lo proteja en su camino.
- A mis hermanos:** Efraín, Virginia y Mauricio
Con mucho cariño.
- A Censeps:** Centro de servicio psicológico “Mayra Vargas Fernández” y personal docente, por su cariño y amistad brindados durante el desarrollo de mis practicas especialmente a las Licenciadas Ileana Godínez y Karin Asencio, por ser personas tan especiales.
- A Distribuidora de la Riva Hnos., S.A.:** Especialmente a Federico Guillermo de la Riva por su comprensión, colaboración y apoyo brindados para mi desarrollo académico, que Dios lo bendiga grandemente.
- A mis primos:** Con aprecio.
- A mis amigos:** Por brindarme su confianza, apoyo y su sincera amistad, con mucho cariño, especialmente a Evelyn Rivera por haberme permitido culminar este camino juntas.
- A mis compañeros de graduación:** Gracias por todo ese apoyo incondicional, por su cariño y aprecio brindados desinteresadamente, Dios les de muchas bendiciones en esta nueva etapa de sus vidas.
- A usted:** Que me honra con su presencia.

ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

ACTO QUE DEDICO

A DIOS Y A LA VIRGENCITA: Por ser mi fuerza de vida y fuente inagotable de inspiración, amor y vocación necesarias para desempeñar mi profesión. Gracias por permitirme culminar esta meta tan importante en mi vida.

A MIS PADRES: María Margarita Citalán de Orozco y Oswaldo Otoniel Orozco. Como agradecimiento por todos sus sacrificios, esfuerzos y sabios consejos a lo largo de este camino, y por darme la libertad de escoger que hacer con mi vida. Gracias y los quiero mucho a los dos.

A MIS HERMANAS: Dra. Mayra Elisa, gracias por su ejemplo de vida como mujer, hija y profesional. Andrea Marisol y Delia Maria, gracias por aguantarme y porque este triunfo sea de todas, y así sigan habiendo más que celebrar porque todo en la vida se logra sí de corazón lo deseamos. Las quiero mucho.

A MIS SOBRINAS: Andrea Alejandra y Lucía Fernanda. Gracias por su cariño incondicional.

A MIS ABUELOS: Elisa Pérez y Francisco Citalán. Agradezco a Dios que me ha permitido compartir tanto tiempo con ustedes y porque se está cosechando lo que ustedes con tanto amor sembraron. Cecilia Candelaria y Domingo Cleofas, flores sobre su tumba.

A TODOS MIS TIOS Y TIAS: Gracias por su apoyo y cariño en todos los momentos de mi vida.

A MIS PRIMOS Y PRIMAS: Con mucho cariño y aprecio y para que no olviden que todo lo que deseen en la vida lo lograrán. Especialmente a ti Jhony Damián (+) porque tu recuerdo sigue en nuestros corazones.

A MI AHIJADA Y HERMANITOS: Susan Adriana, Daniel Estuardo y Marcos David. Porque han sido bebés especiales para mi vida.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS: Especialmente a Liliana, gracias por estar allí siempre que lo he necesitado, Yadira, Leticia, Evelyn, Irene, Lorena, Olguita, Hna. Miriam Rodríguez, Alvaro, Lucky, Ana Cecilia, Tere, porque me han enseñado que la amistad es un valor tan grande en la vida y que puede perdurar a través de los años. A mis compañeros de Boca del Monte, y a todos aquellos a quienes no menciono pero que recuerdo con nombre y apellido, gracias por compartir conmigo un momento de su vida y dejar una huella imborrable en mi memoria.

A LAS FAMILIAS: Rodríguez Orozco, Ortega Ambrosio, Hernández Ortega, Rodas González. Muchas gracias por tanto aprecio y cariño recibido por parte de ustedes.

A USTED QUE ME ACOMPAÑA: Gracias por compartir este momento tan especial conmigo y celebrarlo.

ACTO QUE DEDICO

A MI PATRIA GUATEMALA: Tierra hermosa que me vio nacer y formarme como profesional, permíteme servirte y devolvarte algo de lo que me haz dado.

A MIS CENTRO DE ESTUDIO: Escuela Patronato Antialcohólico,
Instituto Miguel García Granados,
Instituto para Señoritas "INCA",
Universidad de San Carlos de Guatemala

Por ser templos de sabiduría dentro de los cuales viví los mejores momentos de mi vida estudiantil y en los cuales pude formarme para alcanzar lo que ahora tengo.

A MIS MAESTROS: En especial a la Profa. Amparito, Prof. Roberto Boror, Licda. Carmen de Rimola, porque con sus sabios consejos y ejemplo dejaron grandes enseñanzas, que me formaron y permitieron ser un mejor ser humano y profesional para el servicio de los demás.

A LAS INSTITUCIONES: Hogar Miguel Magone
Educación Para Todos

Colegio Mixto Bilingüe Canaán con su Directora Licda. Aída Ramírez y compañeras maestras.

Escuela Oficial Rural Mixta No. 845 de la Colonia Pérez Guisasola, Mixco. Directora Profa. Olga Lidia Herrera y claustro de maestras, así como personal colaborador.

El Servicio Social de la Casa Central, con su directora Sor Milagros Campos y personal colaborador.

Colegio Mixto El Shaddai de Villa Nueva. Directora Blanca y profesores maestros.

Guardería Divino Niño Jesús, con su coordinadora Sor Bertalina y educadoras.

A todos ustedes, infinitas gracias, por darme la oportunidad de pertenecer a sus instituciones, por la confianza demostrada y sobre todo por las experiencias vividas durante el desempeño de mi profesión y por sentirme útil y con sentido de pertenencia. Gracias por la amistad fortalecida durante el tiempo de trabajo. Que Dios los bendiga a todos.

A LOS NIÑOS Y NIÑAS: Que en algún momento de mi vida he tenido oportunidad de conocer y que con su cariño y afecto me han demostrado que este amor ha sido el más puro y desinteresado que existe, y que de alguna manera me ha hecho sentir que me debo a ustedes. Gracias porque constantemente aprendo de ustedes día a día y me hacen sentir única y especial. Sigán adelante, que Dios bendecirá su camino.

A MI QUERIDO GRUPO DE INVESTIGACIÓN: Hellen, Dios bendiga a tu bebé. Alicia, Evelyn, William, Gadi y Carol. Gracias por conformar un equipo, por compartir momentos de alegría, enojo y esperanza y porque en este momento empieza una nueva vida para cada uno de nosotros. Dios los cuide y los guarde siempre. Los llevo en el corazón por siempre.

A ESA PERSONA ESPECIAL: Que ruego a Dios encontrar para compartir el resto de mi vida y completar así otra esfera de mi existencia. Dios bendiga tu camino donde te encuentres.

LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

AGRADECIMIENTOS

A LA POBLACION GUATEMALTECA:

En agradecimiento por su colaboración, respeto y las muestras de cariño recibidas durante nuestro trabajo de campo, ya que esto significó parte de nuestra gran experiencia al tener contacto con las personas y llegar a lugares que jamás habíamos visitado.

A LOS SOBREVIVIENTES A LA TORMENTA STAN:

Muchas gracias porque a pesar de que acababa de sufrirse una situación traumática para muchos de ustedes, recibimos mucha aceptación y colaboración al proporcionarnos datos valiosísimos que ayudaron a concluir esta trabajo.

A LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA, ESPECIALMENTE A LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS:

Por ser un templo de sabiduría de las ciencias, y en la cual se nos permitió aprender tanto y que ahora nos sirve para el desempeño de nuestra labor. Gracias por permitirnos devolverle algo al pueblo quien es el único que merece el esfuerzo cotidiano para tratar de ser mejores y procurar de esa manera poner nuestro granito de arena en beneficio de los nuestros.

AL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL DEL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL:

Por su colaboración en la realización de esta investigación.

A LOS PROFESIONALES QUE DE ALGUNA MANERA COLABORARON EN ESTE PROYECTO:

Especialmente al Lic. Luis Alberto Vallejo, por ser el responsable y eje motor de esta investigación, muchas gracias por enseñarnos que las cosas son posibles si les ponemos corazón y entrega. A nuestros revisores Licda. Miriam Ponce y Lic. Marco Antonio García, por su ayuda y sus sabios consejos para la mejor presentación de la presente. Al Ing. Nery Cruz, Dr. René Vladimir, Lic. Felipe Soto, por su ayuda, amabilidad y disponibilidad para con nosotros como equipo investigador. A la Licda. Mayra Luna, gracias por permitirnos llevar a cabo esta investigación. A todos les estamos muy agradecidos, y deseamos muchos más éxitos en sus vidas.

A NUESTRAS MADRINAS DE GRADUACION:

Dra. Mayra Elisa Orozco Citalán

Licda. Luz Ileana Godinez Vásquez

Licda. Karin Yanira Asencio González

Muchas Gracias por su cariño, apoyo y por compartir con nosotros este momento. Se les aprecia, admira y reconoce como profesionales que valen la pena imitar.

MADRINAS DE GRADUACIÓN

Por Alicia Burrión González:

Licenciada en Psicología
Luz Ileana Godinez Vásquez
Colegiado No. 1324

Licenciada en Psicología
Karin Yanira Asencio González
Colegiado No. 6587

Por Linda Cecilia Orozco Citalán:

Doctora
Mayra Elisa Orozco Citalán
Colegiado No. 9846

ÍNDICE

	Página
PRÓLOGO.....	1
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN.....	3
2. MARCO TEÓRICO.....	6
3. PREMISAS.....	66
4. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS CATEGORÍAS, VARIABLES E INDICADORES.....	68
CAPÍTULO II	
1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	83
2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	95
3. TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS, DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS.....	97
CAPÍTULO III	
1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.	107
2. PERFIL INICIAL EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO.....	161
3. ANÁLISIS CUALITATIVO POR REGIONES DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN GUATEMALTECA.....	168
4. GUÍAS DE ORIENTACIÓN DE SERVICIO Y DOCENCIA PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO.....	183
CAPÍTULO IV	
CONCLUSIONES.....	190
RECOMENDACIONES.....	194
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	196
ANEXOS.....	208-364
RESUMEN.....	365

PRÓLOGO

La correcta lectura de la información que se tiene sobre el estado de violencia e inseguridad que viene sufriendo la sociedad guatemalteca en el recorrido de los últimos tiempos, nos muestra que la situación de salud mental se ve seriamente amenazada en todos los órdenes de la vida cotidiana. Para colmo, el Estado de Guatemala, a través de las diferentes administraciones gubernamentales, ha sido incapaz de abordar con seriedad la atención individual y colectiva de los problemas psicológicos y emocionales, a pesar del discurso liberal constitucionalmente definido y de sus intenciones políticas cada cuatro años.

La historia demuestra que el Ministerio de Salud Pública no es ajeno a esa ausencia de atención de la salud mental. La planilla de personal profesional que atiende la salud mental no alcanza ni un cuarto de centena y su distribución no es la más idónea, además, en ciertas áreas concéntricas de la República. La mayoría de guatemaltecos, aquellos que viven de la tierra prestada o en la economía informal, ni siquiera reconocen que las preocupaciones económicas, laborales, educativas y políticas tienen un serio impacto en su vida cotidiana, en su futuro, en sus sueños de desarrollo.

El juicio analítico sobre esta situación, ha dado lugar a la proposición, seria y responsable, de promover un proyecto que permita a los estudiantes de psicología abordar científica y técnicamente la problemática de la salud mental del guatemalteco, en el lugar que se les asigne, con la finalidad de investigar, abordar y tratar todos los aspectos que afecten al individuo, su grupo o su comunidad, con relación a su estado de bienestar.

Por consiguiente, fue necesario hacer uso de un encuadre metodológico que permita, a mediano plazo, instalar una estructura eficiente académica y administrativamente. Se presenta, entonces, el proyecto general “Ejercicio Profesional Supervisado en Salud Mental y Especialización en Salud Mental” y de éste, se desprende -como primer paso- el desarrollo de esta investigación que intenta delimitar el Perfil Nacional Inicial en Salud Mental, con la aplicación de una boleta, conformada por 101 ítems desprendidos de 5 categorías, a 3,119 Unidades de Análisis dispersas en Unidades Muestrales en toda la

República que nos permiten esbozar, apenas, aspectos de la vida cotidiana de la sociedad guatemalteca. Esta base de información, permitirá a los investigadores de la Escuela de Ciencias Psicológicas fijar su atención en los factores trascendentales de la vida cotidiana del guatemalteco y, de esta manera, acercarnos constantemente al estudio de su situación y las posibilidades de desarrollo. Siendo un mandato universitario la observancia de acciones de servicio, docencia e investigación, iniciamos hoy un esfuerzo investigativo al crear las bases citadas y la oportunidad de realizar estudios transversales y longitudinales en el Eje de Investigación del Ejercicio Profesional Supervisado que permitirán rendir cuentas a las autoridades universitarias y a la sociedad guatemalteca cada año sobre los alcances y acciones de este conglomerado que intentará permanentemente acercarse a la comprensión, estudios, conclusiones y recomendaciones que permitan conocer mejor la problemática y promover mejores estados de salud mental.

En el desarrollo y proceso de la investigación se observó de forma directa cuales son, en realidad, las necesidades más elementales del ser humano como la salud, el trabajo, la educación, la vivienda, etc. Además, se corroboró que hablar de salud mental es tan subjetivo como definir al individuo mismo y que no existen parámetros específicos para poder conceptualizarlo en una sola frase y generalizarlo para toda la población, porque lo que es normal para una cultura puede no serlo para otra. En cuanto a la aplicación del instrumento en el trabajo de campo se experimentó una serie de vicisitudes desde el traslado de una comunidad a otra, hasta el tipo de alimentación y lugar de alojamiento. Para tal efecto en algunos lugares fue muy difícil establecer confianza en el momento de aplicar el instrumento porque hubo barreras como el lenguaje, costumbres y cierto grado de resistencia, incluyendo las dificultades climáticas y orográficas, ya que en esos momentos había arrasado la tormenta tropical Stan.

Finalmente se agradece a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, principalmente al Programa Nacional en Salud Mental, en especial a la Licda. Aura Marina López, a la Escuela de Ciencia Psicológicas: Licda. Mayra Luna coordinadora del CIEP's., a los revisores metodológicos: Licda. Miriam Ponce, Lic. Marco Antonio García, Ing. Neri Cruz asesor estadístico, Dr. Vladimir López orientador en el área psicopatológica y demás personas expertas que colaboraron en esta investigación.

CAPÍTULO I

1.- INTRODUCCIÓN

La presente investigación se centra en obtener un Perfil Nacional en Salud Mental que sirva de base para estudios posteriores, así mismo se enfoca en dar a conocer la necesidad de atención en Salud Mental que presenta Guatemala, esto debido a que no existen datos estadísticos para abordarla de una mejor forma y poder así brindar servicios de prevención, se orientó también dicha investigación en sondear de una manera general la prevalencia de tendencias psicopatológicas en la población objeto de estudio.

Para obtener el Perfil Nacional en Salud Mental se contó con información que servirá de base para los futuros estudios de dicha rama, aplicando un diagnóstico general e inicial en todo el territorio nacional, a tres mil ciento diecinueve (3,119) personas de ambos sexos, comprendidas entre los 18 a 59 años de edad, en un período aproximado de agosto a noviembre del año 2,005. Elaborando también una Guía Metodológica de Servicio y Docencia basados en entrevistas aplicadas a expertos y profesionales con experiencia en trabajo comunitario para utilizarse en la planeación y organización de las nuevas generaciones de epesistas.

Estableciendo de esta manera el estado actual de salud mental en la sociedad guatemalteca, definiendo las categorías relevantes externas e internas de salud - enfermedad en su vida cotidiana por medio de la elaboración de un instrumento en expresiones matemático-estadísticas válidas y confiables, determinando así cuales son las regiones y departamentos más necesitados de atención, para brindarles un servicio adecuado y fortalecer las redes de apoyo a través de los resultados cuantitativos y cualitativos de la presente investigación y de esta manera lograr un mejor servicio a las comunidades, contando así con accesibilidad de las distintas poblaciones a los servicios de salud, determinando los procedimientos adecuados que permitan transmitir conocimientos particularmente psicoprofilácticos a poblaciones en riesgo.

Así mismo se desarrolla la fundamentación teórica por medio del marco teórico siendo así que el inciso 2.1 se constituye brevemente la historia de la psicología desde la época primitiva hasta los autores contemporáneos, incluyendo los principios y postulados de las distintas corrientes psicológicas; el enfoque teórico en psicopatología desde el punto de vista psicodinámico, egosocial, humanístico existencial y conductual. Hace referencia a los tres niveles de atención en salud, como lo es la primaria, secundaria y terciaria, dándole prioridad a la primaria. El inciso 2.2 hace referencia al concepto de salud mental, tomando como base su perspectiva histórica durante las diferentes décadas en las que ha ido evolucionando, dándose inicio dicho concepto en Estados Unidos, formándose así las bases para los diferentes países. Se considera la importancia que tiene la salud mental durante las diferentes etapas de desarrollo del ser humano, principalmente en la niñez y la influencia que la familia tiene sobre este. Mencionando la labor del psicólogo, dentro de esta rama de la salud y su vinculación con los servicios humanos, principalmente su involucramiento dentro de la realidad guatemalteca y las diferentes esferas (familia, trabajo, medio ambiente, etc.), en el que el individuo se desarrolla, haciéndose necesario que maneje cierto grado de salud mental para tener una mejor calidad de vida y así poder controlar sus dificultades y factores de riesgo a los que está expuesto. En el inciso 2.3 se encuentran los factores de riesgo que influyen en la salud mental del guatemalteco; teniendo en primer plano la violencia generalizada a la que está expuesto todos los días, lo cual produce en el ser humano cierto desequilibrio emocional. Otro de los factores que afecta a la persona en su vida cotidiana es el estrés, que surge como una respuesta negativa a consecuencia de no saber manejar las situaciones difíciles de la vida. Existen otros factores en los cuales se hace necesario la prevención, como lo es el alcoholismo y la drogadicción, siendo los jóvenes los que corren el riesgo de salir afectados. En síntesis se mencionan factores tales como el desempleo, la migración y la desintegración familiar, así como el conflicto armado, produciendo secuelas en la actualidad. La educación y la recreación también son necesarias para mejorar la calidad de vida y la salud mental. El inciso 2.4 está enfocado principalmente en la conducta anormal del ser humano, constituyendo su fundamento en la historia de la psiquiatría, que da inicio en el siglo XV y fue hasta el siglo XIX que llega a Guatemala, iniciándose los procesos terapéuticos en pacientes institucionalizados. Luego de una diferencia entre el concepto de normalidad y anormalidad, tomando en cuenta las teorías, factores y síntomas que involucran estas conductas, se realiza una breve referencia acerca de las categorías de

trastornos mentales basándose en el Manual CIE-10, según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), presentándose los cuadros más significativos.

Se realizó un instrumento que midió el estado de salud mental en una muestra de la población a estudiar, tomando como base sus características culturales, étnicas, lingüísticas, etc., en donde se observó la situación actual de los guatemaltecos, tomando en cuenta las distintas esferas que lo rodean y como éstos influyen en su desenvolvimiento adecuado, es por ello que se tomaron unidades de análisis de todo el país considerando de esta forma la pluriculturalidad y multiétnica de Guatemala, dando como resultados diferentes características de la salud mental a nivel nacional y también según la región que se aborde, dato interesante para el estudio ya que muestra las posibles tendencias a psicopatologías, el acceso a la salud, los niveles económicos, el ambiente familiar y el ambiente social de cada guatemalteco, teniendo de esta forma una visión global de la salud mental del país en general.

Considerando que la pobreza se ha convertido en uno de los principales desencadenantes de la enfermedad mental, el estrés, suicidio, desintegración familiar y el abuso de ciertas sustancias (tabaco, alcohol y drogas), que comúnmente se observa en la sociedad guatemalteca y que muchas veces no afecta solamente al individuo sino que también alcanza a las personas que conviven diariamente con él; al mismo tiempo uno de los problemas que se viven frecuentemente, influyendo en la salud mental, es la constante violencia a la que se está sometido.

2.- MARCO TEÓRICO

2.1 IMPLICACIONES DE LA PSICOLOGÍA:

2.1.1 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA:

Hace medio millón de años los pueblos primitivos supusieron que los problemas psicológicos eran provocados por la presencia de espíritus malignos. Para permitir que éstos pudieran escapar, los curanderos antiguos realizaban una operación denominada trepanación*. Hipócrates, el destacado médico griego, pensaba que la personalidad estaba compuesta por cuatro temperamentos: sanguíneo, melancólico, colérico y flemático, de acuerdo con el filósofo Descartes los nervios eran tubos huecos por los que “espíritus animales” conducían impulsos del mismo modo en que el agua fluye por una tubería. Aunque estas explicaciones “científicas” pueden parecer exageradas, en una época representaron el pensamiento más avanzado en lo que puede considerarse como la Psicología de la época.

En el siglo IV A.C. con Aristóteles (384 - 322 A. C.), quien creía que existían dos mundos: el mundo de las ideas (un mundo perfecto, irreal) y el mundo de la materia (el real, el imperfecto). Consideraba al mundo real como algo sagrado, en donde todas las cosas podían estar de dos formas posibles: en acto, cuando se tiene todas las propiedades en ese mismo momento y en potencia, cuando todavía no han desarrollado las propiedades, pero las tendrán en un futuro. La psicología filosófica, la marca René Descartes (1,596-1,650), considerado el primer hombre moderno por su pensamiento, postuló la doctrina del interaccionismo, según la cual el cuerpo y la mente se influyen entre sí en alguna medida, y que el punto de interacción entre ambos se halla en la glándula pineal. Para él hay tres cosas de las que no podemos dudar: del Yo o del Pensamiento, del Mundo por su extensión y de Dios por su infinitud. Para él lo psíquico es lo consciente, o sea todo lo que existe en nuestra conciencia: la imaginación, la fantasía, los sueños, los recuerdos.

* Trepanación: operación que consistía en un par de golpes en el cráneo con instrumentos de piedra muy rudimentarios hasta lograr hacer un orificio en el hueso.

a) *EL ANÁLISIS DE LA VIDA MENTAL (Siglo XVII-XVIII):*

En esta época la psicología en Europa empieza a interesarse por lo subjetivo. Surge la corriente asociacionista, que hace una interpretación genético-biológica de la mente. Creen que la mente es como una tabula rasa al nacer, y que gracias a unos átomos psíquicos vamos obteniendo las sensaciones más elementales, que al repetirse van interaccionando y asociándose unas con otras dejando las huellas psíquicas con las que se va formando la mente.

b) *EL ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA HUMANA (Siglo XVIII):*

Immanuel Kant (1,724-1,804) fue profesor de filosofía en la Universidad de Königsberg, en Alemania, sostuvo que existe un conocimiento a priori sobre la realidad de las cosas y luego nuestra mente añade su propio orden a las sensaciones (conocimiento a posteriori), no tenemos una mente pasiva. Los discípulos de Kant son los psicólogos de la conciencia: según William Hamilton (1,636-1,704), la psicología debe investigar los fenómenos de la conciencia por la observación externa y la estadística. Johan Herbert (1,776-1,841), seguidor de Kant y sustituto en su cátedra de Königsberg (Alemania) hace una importante aportación diciendo que "lo que tenemos en la conciencia varía continuamente". Todo lo que hay en la conciencia fluye en el tiempo, no en el espacio, y no podemos hacer ciencia de algo que varía constantemente, que no tiene estabilidad.

c) *LA CREACIÓN DE LA PSICOFÍSICA (Siglo XIX):*

La Psicofísica intenta buscar una relación entre nuestras sensaciones y las magnitudes físicas. El Positivismo es una corriente que cree que todas las ciencias, incluida la psicología, deben mostrar sus descubrimientos con fórmulas matemáticas, todo debe ser expresado en números para poder medirse y comprobar. El fisiólogo J. Müller (1,801-1,858) es conocido por escribir un libro considerado esencial para los estudiantes de medicina: "Tratado General de Fisiología", en el que dice que no hay más psicólogo que el fisiólogo. Según él, nuestras sensaciones vienen por los sentidos y los nervios que transmiten los estímulos captados por nuestro cuerpo. Ernst Weber dedujo que si dividimos el incremento necesario para captar una magnitud por esa misma magnitud, nos sale una cantidad constante que llamó K de Weber. Gustav Fechner siguió los estudios

de Weber y dedujo que para calcular el incremento de una sensación, se debe multiplicar una constante de proporcionalidad por el incremento de la magnitud y dividirlo por esa misma magnitud.

d) LOS COMIENZOS DE LA PSICOLOGÍA DESCRIPTIVA:

Durante el siglo XIX surge la Psicología Descriptiva que se basa en la descripción de fenómenos. Uno de sus principales representantes fue el psicólogo inglés John Stuar Mill (1,862-1,873), un gran economista. Quiso entender la mente y la analizó desde el empirismo y el asociacionismo. Dijo que en la mente se encuentra la experiencia formada por sentimientos y de ahí pasamos a las vivencias, a lo que experimentamos. Hace una psicología descriptiva como una descripción de los sentimientos.

Alexander Bain (1,812-1,903) fue otro autor que en 1,855 escribió "Los sentidos y la Inteligencia" de gran repercusión europea, donde definió dos tipos de personas: Las emotivas (se rigen por las emociones y vibran ante cualquier cosa y frecuentemente no pueden controlar sus emociones) y las intelectuales (lo analizan y racionalizan todo, se auto-controlan y raramente permiten que sus emociones salgan a flote). Como asociacionista que también era, define dos nuevas leyes de la asociación de ideas: la relatividad donde nuestros estados mentales son relativos porque dependen en cada momento de la situación anterior y la difusión que va de lo orgánico a lo psíquico y viceversa.

Herman Lotze (1,812-1,881) era un médico alemán. Fue el primer profesor que dio clases de psicología clásica sobre percepción y atención. El pensamiento para Lotze lo abarca todo, quiere decir que el pensamiento construye las percepciones que le dan sentido. Las cosas que vemos con nuestros ojos son datos inconexos, pero luego nuestra mente construye la "historia" de lo que observamos para darle sentido.

e) EL EVOLUCIONISMO EN PSICOLOGÍA:

El evolucionismo empieza a mitad del siglo XIX y afecta a todas las ciencias. Aparece el Funcionalismo, que define el comportamiento o conducta como adaptación al medio: un animal que no se adapta al medio desaparece; los que mejor se adaptan son los más

fuertes. También surge la Psicología Comparada o Psicología Animal la cual dice que no hay grandes diferencias entre el comportamiento humano y el animal, finalmente se encuentra la Psicología Diferencial en la cual lo importante es la adaptación, cada persona se adapta de forma distinta, según sus características, ante la misma circunstancia, por lo tanto dice que si el hombre se adapta de forma distinta, es porque es distinto. Pero la verdadera aportación de esos tiempos fue la de Charles Darwin (1,809-1,882), quien piensa que el hombre viene de una especie menos evolucionada, del primate, que gracias a un pequeño cambio cromosómico nos hemos diferenciado. Todos estos conocimientos quedan reflejados en su obra "La selección de las especies". Un primo de Darwin, Francis Galton (1,822-1,911) después de leer su obra, decidió aplicar estos conocimientos a la psicología, concretamente al estudio de la inteligencia, siendo el primero en utilizar la estadística en sus observaciones. Mide la inteligencia de muchas personas en Europa y hace la media aplicando la Campana de Gauss, la mayoría de personas están en el centro y alrededores, pero unos pocos están muy por debajo o por encima de la media. Para Galton el factor más importante de la inteligencia es el genético, mucho más que el ambiental.

f) LA ORIENTACIÓN SOCIAL DE LA PSICOLOGÍA:

En Alemania se empieza a estudiar la psicología de los pueblos o Psicología Etnológica, que observa a los distintos pueblos y razas y su sentimiento de nacionalismo. Por otro lado Hyppolite Taine (1,818-1,883) un psicólogo francés, aportó la idea de que el ambiente tiene una enorme influencia sobre la personalidad. Para él la psicología debe dejar de estudiar los fenómenos como la voluntad o la memoria y centrarse en los hechos observables: el comportamiento.

g) LA CONSTITUCIÓN DE LA PSICOLOGÍA CONTEMPORÁNEA:

La psicología científica aparece con el primer laboratorio de psicología el 1,879, creado por Wilhelm Wundt (1,832-1,920), un profesor de medicina y fisiología humana de la universidad alemana de Leipzig, a quien le interesaba conocer tanto los problemas fisiológicos como los filosóficos que forman la base de la psicología. Fue el fundador del Estructuralismo. Escribió el libro "Fundamentos de la Psicología Fisiológica" uno de los libros más citados dentro de la psicología. Para Wundt hay dos aspectos esenciales en el

comportamiento: lo objetivo (lo que vemos y sentimos) y lo subjetivo (cómo captamos aquello que estamos percibiendo). Cuando Wilhelm Wundt estableció el primer laboratorio de psicología su objetivo era estudiar los elementos primarios de la mente, considerando la psicología como el estudio de la experiencia consciente, desarrolló un modelo que llegó a conocerse como estructuralismo*.

Para lograr comprender de que forma las sensaciones básicas se combinan para producir nuestra conciencia del mundo, Wundt y otros estructuralistas se sirvieron de un procedimiento denominada Introspección*, a fin de estudiar la estructura de la mente.

Con esta nueva psicología experimental se descubren las primeras localizaciones cerebrales, base somática de la conducta y surge la idea de enfermedades mentales como enfermedades del cerebro, algo fisiológico. Wundt entre 1,900 y 1,920 publicó una obra de diez volúmenes titulada Psicología de los Pueblos, en la que examinaba el desarrollo psicológico de la humanidad.

Aparece también una psicología basada en la comprensión de la mano de Wilhelm Dilthey (1,833-1,910). Estudia la aportación que hace la cultura a la psicología, interesándose también por las leyes que rigen la conciencia humana. Quiere comprender el comportamiento desde los procesos motivacionales (el motivo más importante es la vida y su valor), los procesos cognitivos (la inteligencia) y los procesos de personalidad (que es la unidad de todas nuestras sensaciones y fenómenos psíquicos). También es en esta época que William James (1842-1910), hermano del famoso escritor Henry James y profesor de medicina, filosofía y psicología, hizo una importante aportación referente a la vida mental. Habló de las aferencias que son las comunicaciones que se producen entre el interior y el exterior del organismo, y de las eferencias que son la respuesta que ejerce el organismo desde el interior al exterior hacia un estímulo. Para James la conciencia es un producto de la evolución, cambia y fluye constantemente. También describió tres partes de la personalidad: el Mi o Yo material (mi cuerpo), el Mi social (las personas de nuestro alrededor como la familia, amigos, etc.) y el Mi espiritual (lo que pienso, mis ideas y sensaciones).

* Estructuralismo: modelo que se concentra en los elementos fundamentales que conforman las bases del pensamiento, la conciencia, las emociones y otros tipos de estados y actividades mentales.

* Introspección: procedimiento empleado para estudiar la estructura de la mente, en el que se pide a los sujetos describir con detalle lo que experimentan cuando se les expone a un estímulo determinado.

2.1.2 CORRIENTES PSICOLÓGICAS:

a) *EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA EXPERIMENTAL:*

Los primeros estudios sobre la memoria parten de Hermann Ebbinghaus (1,850-1,909). Su obra principal "Sobre la memoria" es donde quedan reflejados sus estudios de medición de la capacidad para memorizar bajo un método rigurosamente experimental.

El creador de los primeros estudios sobre la inteligencia fue Alfred Binet (1,857-1,910), a finales del siglo XIX, el gobierno francés obligó a todos los niños a escolarizarse, por eso Binet fue el encargado de confeccionar unas pruebas para saber que niños tenían retrasos. Estas pruebas las aplicó a escolares de entre tres y quince años y las llamó Pruebas de Inteligencia. Utilizó un criterio estadístico para medir la inteligencia y le llamó Cociente de Inteligencia (CI), que se calcula dividiendo la edad mental entre la edad cronológica y multiplicando por cien.

b) *LA PSICOLOGÍA REFLEXOLÓGICA RUSA:*

Esta psicología tiene una perspectiva muy fisiológica, todo lo que existe es material y a esto se le denomina monismo: sólo existe una única realidad, que es la material. Iván Sechenov (1822-1905), médico y fisiólogo, se interesó por conocer lo que llamó los reflejos del cerebro (por eso a esta psicología la llaman reflexológica). Publica el libro "Los Reflejos del Cerebro" donde dice que la psicología debe ser estudiada por un psicólogo-fisiólogo con métodos científicos. Pero la figura más destacada de esta psicología fue sin duda Iván Petrovich Pavlov (1,849-1,936), un fisiólogo ruso (discípulo de Sechenov), ganador del Premio Nobel en 1,904 por sus investigaciones sobre el funcionamiento de las glándulas digestivas. Sus estudios lo llevaron a interesarse por lo que denominó secreciones psíquicas, o sea, las producidas por las glándulas salivales sin la estimulación directa del alimento en la boca. Estas observaciones le inspiraron para llevar a cabo numerosos estudios que fueron la base del Condicionamiento Clásico. Otro científico ruso, Vladimir Bechterev (1,857-1,927) establece el esquema en que se basa la psicología del hombre: hay un estímulo que llega a nuestro organismo y luego se produce la respuesta: Estímulo-Organismo-Respuesta, es como una cadena. Otra cosa importante que aporta este autor es el concepto de situación ambiental; dependiendo de cada situación y época en que nos encontremos nuestro comportamiento será distinto.

c) *EL PSICOANÁLISIS:*

Sigmund Freud (1,856-1,939), fundador del psicoanálisis, nació en Freiberg. Se especializó en neuropatología, concretamente en la parálisis infantil y en los problemas del lenguaje como la afasia. Su paso a la psicopatología se produjo cuando conoció a Jean-Martin Charcot, que practicaba la hipnosis para curar a las enfermas de histeria en el Hospital de Salpêtrière de París. Comprueba que hay un nivel mental que sigue funcionando en el inconsciente, incluso estando bajo los efectos de la hipnosis. Junto a su amigo Joseph Breuer, que también tenía una clínica en Viena, es cómo Freud hizo su paso hacia el Psicoanálisis planteando que detrás de cada problema psicológico existe también otro problema sexual. Para él la mente tiene tres subsistemas: el consciente o lo que estamos pensando, el preconscious que es lo que no hay en el consciente, pero en cualquier momento puede estarlo y el inconsciente que se encuentra oculto y nuestra mente no permite que aflore, sólo sale a través de los sueños, de los errores que cometemos sin querer, de las asociaciones libres o bajo hipnosis. Afirma que existe un segundo principio, donde determinados impulsos instintivos los clasifica de impulsos sexuales, encuentra que la libido* en el hombre pasa por cuatro fases desde su nacimiento: oral, sádica, anal y fálica. Otro esquema mental descrito es a partir de tres instancias denominadas Ello, Yo y Super-Yo. De todas ellas, la parte más profunda de la psique es el Ello (inconsciente totalmente), en el cual radica todo lo heredado, los impulsos instintivos y predomina el "principio del placer". El Yo es el "principio de realidad", es consciente y tiene la función de la comprobación de la realidad, así como la regulación y control de los deseos e impulsos provenientes del Ello, que da lugar al Super-Yo, que es el representante interior de la autoridad y normas de los padres, así como de la educación recibida y de la sociedad en general, tiene un campo inconsciente con algo consciente.

d) *LA PSICOLOGÍA PROFUNDA:*

* Libido: es la fuerza impulsiva que representa el instinto sexual. La energía relacionada con todas las emociones que denominamos con el término amor. (Murphy, G. (1971). Introducción histórica a la psicología contemporánea. Buenos Aires. Paidós.).

Alfred Adler (1,870-1,937), médico vienés especializado en oftalmología y también judío que se incorporó al psicoanálisis en 1,902, en 1,911 crea su propio sistema psicoanalítico que se basa en la importancia de las compensaciones, llamándola Psicología Individual para diferenciarlo del Psicoanálisis, donde lo más importante es el individuo, la persona y como ésta se integra en la sociedad de la mejor forma posible. Otro punto importante para este autor es la situación ambiental en la que se mueve la persona, así como las metas u objetivos que la persona se propone, pues permite su propia integración.

Carl Gustav Jung (1,875-1,961) fue un psiquiatra suizo que quedó impresionado por las teorías de Freud, sustituyó el concepto de líbido de la sexualidad freudiana por el de energía. Además define a las personas como introvertidas* y extrovertidas*. Otro concepto importante que incluye es el de inconsciente individual y el colectivo, este último es heredado, ideas que ya poseemos al nacer y que están dentro de nosotros en el inconsciente. Pierre Janet (1,859-1,947), que no es psicoanalista, estudia el sonambulismo y las personalidades a las que llama desintegradas, que no tienen un Yo que las unifique, sino que hay varios núcleos de personalidad, en estas personas las manías se convierten en ideas obsesivas que no pueden controlar. Da mucha importancia a los sentimientos. Da gran importancia a la inteligencia emocional y la empatía.

e) *LA PSICOLOGÍA DE LA GESTALT:*

Max Wertheimer (1,880-1,943), psicólogo alemán, fue el creador de la psicología de la Gestalt. Sus estudios se basaron en experimentos por el cual descubrió el fenómeno fi* y lo que es más importante, sostuvo que no podía explicarlo a partir de los elementos sensoriales aislados ni de ninguna otra serie de elementos psicológicos. Se trataba de una experiencia irreducible, en la cual la Gestalt o configuración total precedía a las partes. Con esta argumentación se opuso abiertamente a la escuela del estructuralismo y a las enseñanzas de Wilhelm Wundt. Wertheimer estableció una serie de leyes de la organización perceptual, basándose en que las organizaciones perceptuales son innatas.

* Introvertidas: personas con una vida interior muy intensa, que les gusta estar en soledad. (Caparrós, A. (1976). Historia de la Psicología. Barcelona. Círculo Editor Universo)

* Extravertidas: personas con facilidad para conectar con los demás, que les gusta estar en compañía. (Idem).

* El fenómeno fi tiene lugar cada vez que asistimos a una proyección cinematográfica: una serie de fotografías aisladas estáticas adquieren movimiento para la percepción si se las presenta de determinada manera y que depende de ciertos intervalos de tiempo críticos. (www.psicoactiva.com/histo1).

El psicólogo alemán Wolfgang Köhler (1,887-1,957), contribuyó a establecer el concepto de aprendizaje por introvisión*

f) *LA PSICOLOGÍA COGNITIVA:*

En la psicología actual se está teniendo lugar una "revolución cognitiva", renaciendo el interés por la cognición, la formación de conceptos y el pensamiento. Jean Piaget (1,896-1,980), célebre científico suizo que trabajó durante muchos años en Francia, afirmaba que el pensamiento de los niños es de características muy diferentes al de los adultos. Con la maduración se producen una serie de cambios sustanciales en las modalidades de pensar, que Piaget llamaba metamorfosis (es una transformación de las modalidades del pensamiento de los niños para convertirse en las propias de los adultos tan profunda).

Para explorar los procesos de pensamiento de los niños, Piaget recurrió al método fenomenológico*. La exploración del desarrollo cognitivo era para Piaget el camino más provechoso para efectuar aportaciones a la epistemología. Este desarrollo es el crecimiento que tiene el intelecto en el curso del tiempo, la maduración de los procesos superiores de pensamiento desde la infancia hasta la adultez.

g) *LA PSICOLOGÍA Y LA FENOMENOLOGÍA:*

La psicología sigue aún los imperativos de la conciencia ingenua, piensa que lo psíquico o lo consciente es una especie de interioridad que se contrapone a la exterioridad del mundo material cuando describe sus sentimientos y afectos dirigiendo la mirada a su interior para ver lo que pasa dentro del individuo. Por eso la psicología ha calificado su método de introspección, para diferenciarlo de la extrospección* propia de las demás ciencias experimentales, la conciencia del hombre es una continua referencia a otra cosa, en eso consiste su intencionalidad, esa otra cosa es el mundo, por más que ingenuamente se crea que tiene algo subjetivo.

* Introvisión: Aprendizaje a partir de totalidades y no de las partes (Idem).

* Método Fenomenológico: este método es por naturaleza subjetivo y demanda de una interpretación por parte del investigador. Descripción de un fenómeno o grupo de fenómenos. Corriente del pensamiento que se basa en el estudio de los fenómenos sociales y naturales (Diccionario Enciclopédico Océano Uno Color. Edición 1996).

* Extrospección: derivado de extrospectivo: basado en la observación de la expresión, en la observación de otros. (Dorsch Friedrich, Diccionario de Psicología, Editorial Herder, Barcelona 1994).

h) EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA AMERICANA Y EL CONDUCTISMO:

Edward Tichner (1,867-1,962) nació en Chichester (Inglaterra), estudió el comportamiento considerando que debe tener tres partes: el estudio de la anatomía del cerebro (Psicología Fisiológica), el estudio de la función o finalidad del comportamiento (Psicología Funcional) y el estudio psicológico del desarrollo humano (Psicología Evolutiva). A esto se le ha llamado Estructuralismo. Por otro lado aparece el Funcionalismo de la mano de John Dewey (1,859-1,949), que asegura que la adaptación es algo muy importante para la vida, pues el mundo cambia tan deprisa que los que no se adaptan no pueden seguir el ritmo, quedando marginados. A partir de aquí salen el conductismo y el cognitivismo, considerado el creador del conductismo, John Broadus Watson (1,878-1,958), propuso para la psicología un ambicioso programa de investigación, que hacía hincapié en la recolección de datos mediante experimentos bien diseñados. Entendía que la finalidad de esta ciencia era poder predecir la respuesta de un organismo frente a un estímulo determinado. A esto lo llama la "Psicología del Estímulo-respuesta" (Psicología E-R), prestando escasa atención a los pensamientos y sentimientos. Otra figura muy importante del conductivismo fue Burrhus Frederic Skinner, nacido en 1,904 en Susquehanna, consideraba que la psicología es una rama experimental de la ciencia natural, donde es posible controlar y predecir la conducta si se hace bajo una observación directa y en condiciones experimentales de estímulo-respuesta. Quiere prescindir completamente de la conciencia y de la introspección del Psicoanálisis. B. F. Skinner pionero en el análisis experimental de la conducta humana, fue el descubridor del Condicionamiento Operante. En uno de sus libros, "Más allá de la libertad y la dignidad" (1,971), aduce que el concepto de hombre autónomo, que en esencia significa que el ser humano tiene libre albedrío, ha caducado, porque carece de utilidad para predecir y controlar la conducta. Dice que la conducta es conformada por sus propias consecuencias.

2.1.3 ENFOQUES TEÓRICOS DE PSICOPATOLOGÍA:

El modelo psicodinámico (Freud, Jung y Murray) subrayan la motivación inconsciente como el principal factor determinante en la vida humana.

El modelo Egosocial (Erikson, Adler) puntualiza el papel predominante del medio social y cultural en el desarrollo de la personalidad y especialmente en el desarrollo del ego el cual controla la personalidad que tiene un enlace con la salud mental.

El modelo Humanístico Existencial (Allport, Rogers, Maslow y Fromm) se concentran en los atributos y problemas asociados en la condición del ser humano y la salud mental.

El modelo conductual, resalta la objetividad en la definición de la salud mental, Skinner y Watson se centran en los determinantes ambientales de la conducta que se interactúa con la salud mental porque las fuerzas impulsoras son predominantes inconscientes, sosteniendo que en la mente existía mucho más contenido de imágenes, ideas y sentimientos.

El concepto de Salud Mental, “es objeto de múltiples explicaciones según las diversas corrientes que estudia la conducta humana. Las discrepancias entre estas definiciones se explican por el hecho de que parten de marcos conceptuales parcializados que no ven el problema de la salud y enfermedad mental de manera integral, privilegiando exclusivamente alguna de las dimensiones de lo biológico, lo psicológico y lo social”¹

2.1.4 ATENCIÓN PRIMARIA, SECUNDARIA Y TERCIARIA EN SALUD:

a) *PREVENCIÓN:*

Es uno de los aspectos básicos del programa de salud mental comunitaria así como también el tratamiento. El compromiso con la prevención surgió del modelo de sanidad pública que describe los tres tipos de atención que se describirán más adelante.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como “aquél estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente de ausencia de enfermedad”². “La Asamblea Mundial de la Salud ha puesto su atención en impulsar el “estilo de vida saludable” en todo el mundo. El organismo de la OMS adoptó el 22 de mayo 2,004 la “Estrategia Mundial de la OMS sobre régimen alimentario, actividad física y salud”, éstas estrategias alientan a los gobiernos a fortalecer sus políticas relacionadas con la

¹ Wolman, Benjamín/ TEORIAS Y SISTEMAS CONTEMPORÁNEOS / Editorial Copilco, S.A. México: 1992 / Pp. 95-96.

² Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social CODIGO DE SALUD Decreto 90-97, 2ª. Edición, Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1999. 67 pp.

promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, y a diseminar más información acerca de los grupos alimentarios beneficiosos y la actividad física.”³ El estado socioeconómico del paciente también influye hacia su salud física y mental.

Las medidas preventivas en psiquiatría son similares a las de otras especialidades médicas, consistentes en disminuir la incidencia de la enfermedad y la prevalencia de la enfermedad. Las medidas tendentes a reducir la incidencia tiene por objeto la prevención de casos nuevos. Las medidas dirigidas a disminuir la prevalencia pretenden disminuir el número de personas enfermas en un momento de tiempo o en un año cualquiera. La reducción de la incidencia de nuevos casos de trastorno (atención primaria), la disminución de la duración del trastorno por medio de una efectiva intervención precoz (atención secundaria) y la prevención de las complicaciones a largo plazo (atención terciaria) son las tres medidas que sirven para reducir la prevalencia de un trastorno en la población.

b) ATENCIÓN PRIMARIA:

La atención primaria es la prevención de un estado específico no deseable, ya sea de la alteración de sentimientos, ideas, una pauta de reacción no deseable, una reacción de estrés, una enfermedad determinada, un estado patógeno.

1. TÉCNICAS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA:

Las técnicas de atención primaria pueden clasificarse en dos amplios grupos, uno que se compone de métodos biotécnicos y el segundo que se compone de métodos psicosociales.

1.1 MÉTODOS BIOTÉCNICOS:

Subrayan cosas tales como las intervenciones somáticas, la ingeniería, los análisis de sangre, la supresión de las sustancias tóxicas y los suplementos vitamínicos.

1.1.1) INTERVENCIONES BIOTÉCNICAS

El mayor éxito de la prevención se ha conseguido a raíz de las intervenciones biotécnicas.

³ Oficina de Programas de Información Internacional. <http://usinfo.state.gov/esp/home/regions.html> (Pág. 1)

1.2 MÉTODOS PSICOSOCIALES:

Exigen cambios de los hábitos o estilos de vida individuales, las intervenciones de grupo, las intervenciones familiares y el desarrollo de sistemas de apoyo comunitario.

1.2.1) TÉCNICAS DE PREVENCIÓN PSICOSOCIAL:

Pretenden mitigar la miseria humana, el malestar emocional, el afecto disfórico, la inadaptación y las crisis relacionales. Para fines de los enfoques preventivos, la teoría de las crisis, las actividades de intervención en crisis, el conocimiento de los procesos de grupos pequeños, el aprendizaje vivencial y el asesoramiento anticipatorio asumen una especial importancia.

c) *ATENCIÓN SECUNDARIA:*

La atención secundaria disminuye la prevalencia de enfermedades psiquiátricas acortando el curso de éstas. Este nivel se caracteriza a menudo como medicina o psiquiatría terapéutica o curativa. La intervención secundaria precoz y efectiva puede reducir no sólo la duración, sino también la gravedad de la enfermedad y mortalidad a causa del trastorno.

d) *ATENCIÓN TERCIARIA:*

Se dirige a reducir el defecto residual de una enfermedad mental crónica de dos maneras relacionadas. Una forma es mediante la prevención de las complicaciones de los trastornos y la otra es mediante un programa activo de rehabilitación, ambas están estrechamente relacionadas.

2.2 SALUD MENTAL

2.2.1 LA PERSPECTIVA HISTÓRICA DE LA SALUD MENTAL:

De acuerdo a la investigación de salud mental de Ángel Benjamín Salazar y Alexander Melgar refieren que “los profesionales de las ciencias psicológicas en el campo de la salud mental deben mirar el pasado y el futuro, del pasado adquirir la razón de su ser;

para colaborar en el desarrollo de una nueva sociedad.”⁴ El campo de la salud mental no está limitado a los problemas psicológicos si no que es parte de los fracasos de adaptación o al tratamiento de las entidades médicas que implican la noción de enfermedad y la necesidad de un tratamiento clínico.

El concepto de salud mental requiere que se exploren y comprendan aquellas conductas que maneje el estilo de vida del individuo que refleja necesidades y la forma por medio de las cuales intentan hallar su satisfacción dentro de la convivencia social y la situación económica. En esta investigación el Dr. Adolph Meyer afirma que: creó los programas de tratamiento mental, que llegó a presentar una forma satisfactoria de tratar al paciente psiquiátrico durante los primeros años del siglo XIX. El silencio consecutivo constituyó una de las tragedias de la historia de las profesiones médico social y psicológica en el campo de la salud mental hasta 1,920.

En la década de 1,950 se hizo cada vez más claro que pocos individuos se beneficiaban de los servicios psicológicos tradicionales, la consulta externa era muy cara, la terapia a menudo llegaba tarde, no haciéndose nada por la prevención de los problemas psicológicos.

En 1,963, el entonces presidente de los Estados Unidos de América John F. Kennedy, fundó centros de salud mental comunitarios. Hoy, cerca de setecientos cincuenta (750) centros están en funcionamiento, mantenidos, en esencia, por agencias descentralizadas (ISCOE Y HARRIS, 1,984) Ambos se encuentran en movimiento de psiquiatría comunitaria que cobró un empuje inusitado dentro de la administración del presidente y fue respaldado por la ley de salud mental.

El nacimiento y desarrollo de la psicología de la comunidad ha estado profundamente ligado a la realización de programas de salud mental. Se ha fijado la fecha de nacimiento en el año de 1965, cuando se reunieron en Boston, Massachussets, un grupo de psicólogos empeñados en desarrollar programas de salud mental. Consideraron las posibles estrategias para la formación de psicólogos de la comunidad, definidos como “agentes de cambio”, analistas de los sistemas sociales y estudiosos en general del

⁴ Salazar Benjamín, SALUD MENTAL INTEGRAL, Pág. 03 Pronice 1,997

hombre integral en relación con la totalidad de sus ambientes. Los problemas de salud mental de la gente se encuentran en gran medida determinados, por su “ambiente social”, su prevención implica actuar sobre las fuerzas existentes en ese ambiente. La función de los programas de salud mental quedaron estructurados de la siguiente manera: Atención primaria, secundaria y terciaria.

2.2.2 SALUD MENTAL EN AMÉRICA LATINA:

A principio de la década de los setenta, después de los seminarios latinoamericanos convocados por la Organización Panamericana de la Salud, que se desarrollaron en Cuernavaca, México, en 1962 y en Buenos Aires, Argentina, en 1963 se discutió la forma en que debían darse los servicios de prevención asistencial y rehabilitación psiquiátrica, de acuerdo a los avances realizados en ese campo. Los participantes en estos seminarios recomendaron estudiar estrategias comunitarias alternativas al hospital psiquiátrico tradicional, solicitando a los países con urgencia, crear servicios psiquiátricos en los hospitales generales, unidades de tratamiento ambulatorio y albergues.

En América Latina se han realizado varios seminarios para establecer varios programas de salud mental, algunos continúan hasta el presente y otros dejaron de existir. Las primeras experiencias de programas comunitarios de salud mental realizados en Europa fueron conocidas por muy pocos psiquiatras y personas interesadas en el tema nunca alcanzaron la difusión suficiente como para impactar en los programas de asistencia psiquiátrica en sus respectivos países.

“El movimiento de psiquiatría comunitaria de los Estados Unidos, cobró un empuje inusitado dentro de la administración del presidente Kennedy y fue respaldado por la ley de Salud Mental, también tuvo repercusiones en América Latina bajo la inspiración de varios países, planteándose la posibilidad de establecer centros comunitarios de salud mental. Sin embargo, en la mayoría de los casos éstas iniciativas no se llegaron a concretar tanto por la falta de recursos humanos y materiales como por la ausencia de la infraestructura que les diera apoyo”.⁵

⁵ González Uscáte, R. TEMA DE LA SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD. Editorial: OPS, 1992. Washington, EE. UU. Pág. 1

Para la Organización Mundial de la Salud, salud mental es el bienestar resultante del buen funcionamiento cognitivo, afectivo y conductual, el despliegue óptimo de las potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y para la recreación. Por otro lado la corriente tradicional de la psicología y la psiquiatría explican que la salud mental del individuo se relaciona con la conducta normal de éste, de acuerdo a un marco social. En realidad salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad, es algo difícil de definir con exactitud, pero cuando hablamos de felicidad, paz espiritual, tranquilidad y equilibrio emocional nos estamos acercando a lo que salud mental significa. Tanto la salud física como la salud mental pueden ser afectadas temporalmente, y puede ser pasajero según su homeostasis y sus mecanismos de defensa, de lo contrario pueden generar problemas permanentes que alteren la estructura básica de la personalidad.

El señor Levi⁶ menciona en su libro que la higiene mental puede definirse como “la ciencia de adquirir y mantener la salud mental por medio de medidas adecuadas para la adquisición, conservación y mejoramiento de la eficiencia y armonía funcional de toda la actividad humana”⁷ dándose importancia a la higiene mental desde la niñez, porque en ella es en donde se establece la personalidad y por lo tanto es la base de la conducta de los adultos.

La higiene mental en la edad evolutiva se basa en la plasticidad y en el dinamismo de la niñez: “El niño es una unidad social en evolución y su psiquis que madura, que se perfecciona, que se adapta, se muestra muy sensible a las cualidades y variaciones del mundo social que la acoge, ésto es de las experiencias que este mundo social le presenta.”⁸ La higiene mental se orienta en esta edad porque es el campo de aplicación más importante y eficaz.

Es de gran importancia la familia porque es la base de la sociedad pues “el conocimiento del ambiente familiar es para la higiene mental base primera de toda correcta interpretación patogénica de trastornos psíquicos infantiles y punto sensible de

⁶ Levi, Sergio HIGIENE MENTAL DE LA EDAD EVOLUTIVA, Traducción del Dr. Alberto L. Merani. Argentina: Editorial Alfa, 1957. 190 pp.

⁷ Op. Cit. Levi, Sergio, p.43

⁸ Op. Cit. Levi, Sergio, P. 43

intervención para prevenir, corregir y remover causas perturbadoras.”⁹ Para Freud las manifestaciones psíquicas de la edad adulta dependen de fenómenos que se fueron sistematizando y elaborando desde la infancia.

Levi, también menciona a Adler, quien plantea un nuevo sistema llamado: Psicología Individual, en el cual los instintos actúan en el desarrollo de la personalidad, estos son los responsables del progreso normal o anormal, que se identifican con el sentimiento de inferioridad y con el anhelo de poder. El sentimiento de inferioridad se refiere a la natural inferioridad del niño con relación al ambiente y su imposibilidad de satisfacer sus deseos orgánicos, determina una actitud hostil con respecto al ambiente, que es a lo que se le llama instinto agresivo, que luego progresivamente se adaptará a las privaciones y se armonizará con las reglas sociales. En dicho proceso evolutivo interviene el anhelo de poder, que se refiere al deseo de dominar el ambiente; en el cual utiliza la inferioridad como medio para asegurarse la ayuda del ambiente. Estas modalidades influirán de una forma decisiva sobre el desarrollo del carácter.

Levi menciona entonces que “Puede ocurrir que el sentimiento de inferioridad sea profundo, y no resulte eficazmente superado; entonces la consecuencia es un deseo de compensación que se manifiesta con exageración del sentimiento de personalidad. Sobre este camino, mediante la creación de una finalidad simbólica ficticia del propio anhelo de dominio, que termina por arrastrar en su estela toda la orientación psíquica, se establecen ciertos aspectos del carácter individual como la intolerancia, la prepotencia, la ambición desenfadada, la hostilidad agresiva para con el ambiente; en los casos extremos se llega a la neurosis. La neurosis sería pues un medio inconsciente, el más espectacular de los que se sirve el individuo, para compensar con afirmación de dominio el sufrimiento psíquico de un sentimiento de inferioridad no superado”.¹⁰

La educación es otra de las áreas muy importantes en el desarrollo del niño, ya que la higiene mental se preocupa de que constituya la fuente de un correcto condicionamiento de reflejos desde los primeros tiempos de vida. En cuanto a los reflejos condicionados de Iván Pavlov (1849-1939), tienen gran importancia por las experiencias prácticas que vive

⁹ Op. Cit. Levi, Sergio, p. 43

¹⁰ Op. Cit. Levi Sergio, p. 43

cada individuo; Levi menciona que “el ambiente constituye una fuente de fundamental experiencia, de naturaleza psicosensorial, psicointelectual, psicoafectiva desde el nacimiento y para toda la edad evolutiva”.¹¹ Para Levi “La higiene mental cobra impulso a partir de una posición antideterminista del desarrollo de la personalidad, porque ve este desarrollo como un proceso continuo de adaptación de la unidad psicobiológica individual a la realidad externa”.¹²

La higiene mental generalmente estudia las cualidades y posibilidades de alteraciones mentales que conforme Sergio Levi, pueden ser agrupadas así:

- a) “Deficiencias: son las situaciones en las que el individuo carece de capacidades y de posibilidades que generalmente todas las personas tienen.
- b) Psicosis: situaciones en las que la inteligencia es buena pero la personalidad se presenta desequilibrada y desarmónica por defectos de emociones, errores de interpretación, de crítica y de razonamiento, disturbios de la voluntad, desorden afectivo, etc., obteniendo así un resultado grave para la integración de la vida psíquica individual en el mundo social.
- c) Neurosis y psiconeurosis: son situaciones en las cuales algunas capacidades naturales se encuentran alteradas y reprimidas a consecuencia de perturbaciones afectivas, las cuales influyen en la vida psíquica a través de la estabilidad de ideas y conocimientos erróneos que dominan toda dirección de pensamiento y toda actividad.
- d) Anormalidades del comportamiento social: situaciones en las cuales las capacidades naturales a pesar de estar bien desarrolladas y ser eficientes, están erróneamente dirigidas por la educación o influidas por malestares afectivos, dirigiéndose hacia fines moralmente erróneos como lo es la delincuencia.”¹³

Levi menciona que hay momentos en la infancia sensibles, que son motivo para una atención adecuada, pues de esta etapa la vida depende mucho de las actitudes del adulto:

¹¹ Op. Cit. Levi Sergio, p. 43

¹² Op. Cit. Levi Sergio, p. 43

¹³ Op. Cit. Levi Sergio, p. 43

- a) “La primera infancia, que es la fase del establecimiento de las revelaciones afectivas, de la adquisición de los hábitos, de la orientación general psico-intelectual.
- b) El comienzo de la edad escolar, que es la fase del primer establecimiento de relaciones sociales extra-familiares y de la adaptación a la aplicación mental.
- c) En la edad de los 7-8 años los niños se encuentran en la escuela con los primeros problemas abstractos, que pueden evidenciar alguna defectuosa integración psíquica.
- d) La pubertad, que es fase de profunda transformación y sistematización somatopsíquica, con estabilización de capacidad, de orientaciones, de tendencia.”¹⁴

2.2.4 DEFINICIONES DE SALUD MENTAL:

No existe diferencia entre salud mental y la enfermedad mental. El término anormal se refiere a los rasgos de conducta o personalidad que se desvían de las normas establecidas de adaptación personal, definiéndose como una falta de adaptación personal, que se manifiesta en la conducta a través de ansiedad, rendimiento bajo e inadaptación al cambio.

Según R.S. Lazarus al referirse a adaptación dice: “la capacidad de resistir a las diversas circunstancias, y sin dejar que estos nos abrumen, es uno de los fundamentos de la personalidad sana”.¹⁵ Frecuentemente se emplea la frase “bien adaptado” como sinónimo de buena salud mental.

Desde la década de los años sesenta se ha venido tomando la idea de que la salud mental de las personas y su rehabilitación en casos de enfermedad no es producto de un factor unidireccional sino que es el producto de la multipresencia e interrelación de factores sociales, biológicos y ambientales. La salud mental se puede tomar como la estrategia de estimular a las personas para que alcancen un nivel mínimo de satisfacción de sus necesidades que a su vez les capacite psicológicamente para enfrentar su

¹⁴ Op. Cit. Levi Sergio, p. 43

¹⁵ Von Haller, Gilmer B. /PSICOLOGÍA GENERAL / 2da. Edición / Editorial Harla / México: 1974 / Pág. 431

problemática objetiva, partiendo de la atención primaria de salud como visión de conjunto del problema de salud mental de la población.

La salud mental significa una combinación interdisciplinaria de metodologías y modelos operativos que tiene por objeto dar respuestas integrales a las dinámicas y fortalecer la capacidad de relaciones satisfactorias en los grupos más pobres de poder interactivo para alcanzar un nivel mínimo de calidad de vida. Se admite no obstante que el concepto de salud mental es más amplio que la ausencia de trastornos mentales.

Los conocimientos sobre la salud mental, y en términos más generales, sobre el funcionamiento de la mente son importantes, porque proporcionan el fundamento necesario para comprender mejor el desarrollo de los trastornos mentales y del comportamiento, sin embargo se puede mencionar que salud mental es:

- a) Un estado de bienestar psicológico y social total de un individuo en un entorno sociocultural dado, indicativo de estados de ánimo y afectos positivos (por ejemplo: placer, satisfacción y comodidad) o negativos (por ejemplo ansiedad, estado de ánimo depresivo e insatisfacción);
- b) Un proceso indicativo de una conducta de afrontamiento: Por ejemplo, luchar por conseguir la independencia, autonomía, claves para generar salud mental.
- c) El resultado de un proceso: Un estado crónico debido a una confrontación aguda e intensa con un factor estresante, como sucede en el trastorno por estrés postraumático, o a la presencia continua de un factor estresante, no necesariamente intenso.

La salud mental puede asociarse también a: características de la persona como los "estilos de afrontamiento" (la competencia, el afrontamiento eficaz, el dominio del entorno y la auto-eficacia) y la aspiración, son características de una persona mentalmente sana, que se muestra interesada por su entorno y participa en actividades motivadoras. Así pues, la salud mental es una característica personal que influye en nuestro comportamiento.

La salud mental se puede definir como un estado de ausencia de enfermedad de bienestar físico, mental y social como un desarrollo dinámico en el que el ser humano realiza todas sus potencialidades sin más límite que el impuesto por su marco genético y social, es la aceptación social y la capacidad de afrontar y enfrentar las problemáticas de la vida. Es el equilibrio emocional en individuos y colectividades que les permite estar y sentirse bien ayudándose mutuamente a mejorar como personas, estableciendo relaciones de mejor calidad. Con su estilo de vida el individuo y comunidad reflejan sus necesidades y formas por medio de las cuales intentan encontrar su satisfacción personal dentro de la convivencia social y la situación económica. También se define como el ajuste del individuo así mismo al mundo total como al máximo de afectividad, satisfacción, regocijo y aceptación social, como la capacidad para afrontar y aceptar las realidades de la vida tomando en cuenta que el individuo tenga higiene mental la cual tiene por objeto primario la prevención que busca crear el ambiente personal y social.

Para obtener y conservar la salud mental es necesario tener higiene mental recalcando la importancia de fomentar el yo de los demás en lugar de herirlo, respetando su dignidad. Para que la persona pueda tener salud mental muchas veces tiene que utilizar los llamados mecanismos de defensa para lograr la satisfacción indirecta de sus necesidades. Cuando no existe salud mental en el individuo se puede llegar a estados agudos, cambiando por completo su interrelación con los demás y presentando cambios en el comportamiento. La salud mental es un aspecto fundamental en el desarrollo productivo de toda institución ya que abarca al individuo en los aspectos fisiológicos, psicológicos y socioculturales.

2.2.5 SALUD COMPORTAMENTAL: UN MODELO CONCEPTUAL:

El trastorno mental suele ser caracterizado en psicología clínica por el severo malestar y sufrimiento moral de la persona, por algún género, inhabilidad o falta de capacidad, o varios de estos elementos a la vez. Hay evidencia empírica de que la salud comportamental se relaciona con cierto grado de bienestar personal, aunque no se identifica con él, para una ciencia de la salud mental: "si damos con un criterio objetivo, inherente a los hechos mismos, que nos permita distinguir científicamente la salud de la enfermedad en los diversos órdenes de fenómenos sociales, la ciencia se encontrará en condiciones de iluminar la

práctica sin traicionar su método propio"¹⁶. Una Psicopatología científica sólo es sostenible en contraste con una Psicología -más básica- de la "salud mental". Y se traza a grandes rasgos su perfil como "salud comportamental".

La Psicopatología, sin embargo, se ha ocupado sobre todo de trastornos específicos y no tanto, apenas, de la disfunción psicopatológica en su naturaleza general. En absoluto se está ponderando, pues, una nueva rama disciplinaria con el título de Psicología "de la Salud Mental" o "de la Personalidad Sana". Se la considera científica pese a los juicios de valor que encierra por doquier, obliga a resaltar que sus concretas figuras de contraste - qué es normal y qué anómalo aquí y ahora- varían y dependen según culturas, épocas y contextos sociales.

En los años 60 obtuvo fortuna el rechazo radical de la noción no sólo de "enfermedad mental", sino también de trastorno psicológico. Según Scheff (1966): "la conducta mal adaptada es una conducta que se considera inapropiada por las personas que controlan los reforzadores". Desde Claude Bernard, ya en el siglo pasado, se sabe que las leyes que rigen la enfermedad y los trastornos son las mismas de la vida y de la conducta en general.

"Desde el punto de vista psiquiátrico los criterios de normalidad son todos absolutos, independientes de las normas de esta u otra cultura o sociedad, pero conformes con los criterios de la cultura en cuanto hecho universal humano"¹⁷. El psicólogo debe tratar con los modos de trastorno comportamental y de sufrimiento moral que encuentra en su entorno. La Psicopatología: estudia, clasifica, describe y trata de comprender diferentes trastornos psicológicos o de conducta en una taxonomía afín a la de otras ciencias en su estadio descriptivo.

Entre lo "normal" y lo "anómalo" existen diferencias de grado, a lo largo de un eje o ejes bipolares, y no diferencias categóricas de una organización digital del pensamiento. La OMS ha acuñado ese concepto al definir la salud como estado de bienestar general de la persona entera. Lo de "mental", además, no presupone un enfoque dualista de "soma" y

¹⁶ Belloch, A., Santín, B. Y Ramos, CONCEPTOS Y MODELOS EN PSICOPATOLOGÍA. Editorial McGraw Hill. Madrid 1995

¹⁷ Op. Cit Von Haller, Gilmer B. p. 46

"psique", de cuerpo y mente. Cualquier unidad, también la de "salud", es analizable en sus distintos elementos y de eso justo se trata, como juiciosamente advierte el DSM-IV: no de ignorar la integridad y unidad del estado de salud, de una salud "integral", sino de captar uno de sus elementos. Así, pues, mientras no se aporten convincentes razones para ello, la elaboración conceptual y teórica de la pareja salud / trastorno mental no puede ser extraña e incompatible respecto a las (pre)nociones del habla cotidiana.

También desde la comprensión conductista del trastorno psicopatológico es posible, por contraste, perfilar rasgos de la salud mental. Jahoda (1955) mencionaba tres rasgos típicos de la persona con salud mental: 1) desplegar un ajuste activo, tratando de alcanzar algún control de su entorno; 2) una percepción realista de sí misma y de su mundo; 3) una cierta unidad e integración estable personal. "Se trata de una disfunción biológica, psicológica o conductual, y que esta alteración no sólo está referida a la relación entre el individuo y la sociedad; es disfunción asociada "a un malestar, discapacidad o riesgo significativamente aumentado de morir o de sufrir dolor, discapacidad o pérdida de libertad"¹⁸.

2.2.6 ASESORAMIENTO EN SALUD MENTAL:

El asesoramiento se centra en la persona que lo recibe y varía totalmente de la atención o incluso el tratamiento de los problemas emocionales de ésta, al uso del conocimiento sobre la conducta humana. La consulta centrada en el programa ofrece toda la asistencia que puede dar el profesional de salud mental con respecto a sistemas, programas y centros de asistencia.

a) LA LABOR DEL PSICÓLOGO DENTRO DEL ENFOQUE DE LA "ENFERMEDAD MENTAL".

Atendiendo al modelo de la "enfermedad mental", podemos señalar distintas tareas que les corresponderán a las personas relacionadas con el ambiente de la salud mental

¹⁸ Idem, p. 49

- Diagnosticar o rotular los comportamientos inadecuados dentro de una categoría gnoseológica determinada.
- Tratar la enfermedad, especialmente los aspectos biológicos.
- Evaluar los resultados del tratamiento.

Dentro de esta perspectiva, el psiquiatra sería el encargado principal de realizar estas tareas, siendo ayudado por otros especialistas en su labor. Al psicólogo, entonces, le correspondería por una parte ayudar en el diagnóstico, señalando características del paciente tales como inteligencia, personalidad, presencia de organicidad, etc. - evaluación psicométrica - y, por otra, evaluar los resultados del tratamiento a través de las mismas pruebas psicométricas. Como se ve, al psicólogo no le corresponde directa responsabilidad en el tratamiento, sino que sólo evalúa determinadas características del paciente que pueden influir en el tratamiento o algunos de los resultados que éste ha provocado en el paciente. (Martí-Tusquets, 1982)

2.2.7 VINCULACIONES CON SERVICIOS HUMANOS Y SOCIALES:

Los centros de salud mental comunitaria necesitan desarrollar vínculos con otros servicios humanos y de apoyo comunitario a fin de descargar sus responsabilidades en relación con la totalidad de una población. Estos vínculos incluyen una alianza con los trabajadores de bienestar, con el clero, las agencias de servicios familiares, escuelas y otros diversos centros de diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los trastornos físicos.

2.2.8 LA SALUD MENTAL Y LA REALIDAD GUATEMALTECA:

La forma que PRO NIÑO Y NIÑA CENTROAMERICANOS (PRONICE) enfoca en el cuaderno divulgativo número cuatro el tema de Salud Mental llama la atención y nos muestra nuestra realidad. La salud mental como un aspecto psicosocial debe de ubicarse dentro del marco dinámico de las relaciones que las personas establecen en su ambiente social, histórico, cultural y psicológico”¹⁹ en donde se va conformando y configurando

¹⁹ Pronice, CUADERNO DIVULGATIVO NO. NIÑEZ Y SALUD MENTAL EN GUATEMALA, S.E. Pág. 5 y 6

integralmente y es en ese marco donde se acciona y reflexiona, se practica, teoriza y en donde se vive y practica la vida misma.

La salud mental como bienestar físico y emocional hace referencia a un equilibrio positivo de afectos en el que las experiencias emocionales positivas predominan sobre las negativas, tomando como criterio la intensidad y frecuencia de los estados afectivos y, en particular, el equilibrio entre afectividad negativa y positiva. Los logros que se han obtenido hasta la fecha en Guatemala no son satisfactorios porque existe una combinación de crisis económica, sociopolítica en donde la falta de apoyo institucional y afectiva a permitido situaciones adversas y desfavorables que agudizan las condiciones de vida y la salud mental en los guatemaltecos, la extrema pobreza como consecuencia del desempleo y subempleo genera hambre, desnutrición, analfabetismo y enfermedades principalmente en mujeres y niños. A esta situación se le agrega la carencia de políticas educativas que estén de acuerdo a la realidad. Existe deterioro de las condiciones sanitarias, deficiencia en los servicios de prevención del campo médico y paramédico, ésta situación origina el escenario dentro del cual convive la sociedad guatemalteca, creando condiciones deficientes que deterioran la salud mental, la situación actual de inseguridad, corrupción e insatisfacción a las necesidades más urgentes de los guatemaltecos afecta a la población con menos recursos económicos y emocionales.

Esta caracterización de la realidad facilita determinar los sectores donde más impacto ha tenido la crisis del sistema siendo los más pobres los grupos Mayas, Garífunas y Xincas los que directamente sufren, sienten y manifiestan las consecuencias de ésta problemática debido a que son los más vulnerables por el alto costo de la vida, desempleo, subempleo, y el mínimo acceso a la asistencia sanitaria. Estos grupos viven diariamente experiencias de carencias afectivas, económicas y de servicios generando situaciones estresantes que afectan profundamente el aspecto psicosocial que provocan sentimientos de impotencia, desconfianza, inseguridad, que influyen e intervienen en el proceso de crecimiento y desarrollo de la potencialidad del ser humano.

2.2.9 LA SALUD MENTAL COMO CALIDAD DE VIDA:

Se refiere tanto a los aspectos objetivos del nivel de vida como al malestar y bienestar subjetivos, incorporándose en la definición aspectos sociales, físicos y psicológicos. La satisfacción vital y la satisfacción de necesidades psicosociales son los ejes esenciales de la salud mental desde la perspectiva de la calidad de vida. Las escalas de vida unifican escalas de síntomas y de bienestar, además de integrar el funcionamiento social del sujeto. Escalas específicas para evaluar este último aspecto incluyen la capacidad de afrontamiento, el estrés percibido, el nivel de apoyo social percibido y la satisfacción vital entre otros.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha insistido desde hace tiempo en la necesidad de descentralizar la atención de salud mental e integrarla en la atención primaria; las funciones correspondientes deben, en lo posible, estar a cargo de personas en general y no de especialistas en salud mental. En un estudio realizado por la OMS durante el decenio de 1970, sobre estrategias para extender los servicios de salud mental en siete países en desarrollo, marcó la pauta para ese proceso. Durante el decenio de 1980, la OMS ha venido apoyando los esfuerzos de los estados asociados por introducir la atención de salud mental en los programas nacionales de salud.

2.2.10 SALUD MENTAL Y EL TRABAJO:

Toda situación de crisis suele acarrear problemas socioeconómicos para el individuo. La situación de desempleo forzoso de un amplio sector de la población incide igualmente en la salud mental y física de los afectados, es por ello que la prevención de la salud mental debe tratar de potenciar los recursos humanos. Es de suma importancia que los miembros de los sectores socioeconómicos marginados tengan la posibilidad de prosperar mediante un adecuado programa educativo que aumente la formación y la competitividad laboral de los mismos. Es necesario crear equipos psicopedagógicos en las escuelas, implicados en la mejora de la calidad de la enseñanza, debido al impacto de nuevas tecnologías que exigen una mayor especialización laboral. Cuando no se llevan a cabo estos programas y existe imposición de cuotas de productividad así como otros factores hacen que gran parte de la vida del individuo esté dominada por su trabajo. Esto

conlleva la aparición de circunstancias negativas para su adecuada estabilidad psicológica que pueden llevarlo a problemas como el alcoholismo, las toxicomanías, etc.

2.2.11 SALUD MENTAL Y LA FAMILIA:

La prevención de la salud mental en el seno familiar es importante para promover la sana relación entre sus miembros, siendo esta misma la que puede facilitar o entorpecer las relaciones del individuo o servir de sostén al que ya está enfermo y nexo de unión del mismo con la comunidad evitando así su marginación. Es importante señalar que la familia es la fuente principal de aportes psicosociales para el niño.

2.2.12 SALUD MENTAL Y LOS JÓVENES:

Uno de los problemas sociales y causas generadoras de enfermedades mentales más importantes en los jóvenes es el consumo de alcohol y drogas; esto dado también por el fenómeno llamado ANOMIA que es la indiferencia hacia todo ideal, la cultura de lo práctico, la desidia frente a su situación y el abandono a su destino. La drogadicción y el alcoholismo constituyen los dos grandes problemas adictivos a superar. Ambos problemas suelen iniciarse en la pubertad, producen significativas consecuencias en el desarrollo del individuo, invalidándole para la realización de un proyecto de vida normal y causando en el medio comunitario graves problemas. Es necesario fomentar la creación y desarrollo de centros de servicios sociales y derivados.

2.2.13 SALUD MENTAL Y LA TERCERA EDAD:

Para poder lograr una adecuada prevención primaria de la enfermedad mental en la tercera edad es necesaria una vigilancia de los aspectos socioculturales. La comunidad debería tener disponibles centros de jubilados e instituciones destinadas al cuidado y soporte de las necesidades que planteen los ancianos. Se estima que en pocos años este será el sector de población más numeroso debido a la reducción del índice de natalidad y el alargamiento de la vida.

2.2.14 SALUD MENTAL Y EL MEDIO AMBIENTE:

“El progresivo deterioro del medio ambiente de los núcleos urbanos consecuencia de la contaminación atmosférica, la insuficiencia de espacio verde, los ruidos, la degradación del entorno y demás factores de agresión medioambiental, pueden acarrear graves consecuencias físicas y psíquicas en la población”.²⁰

2.2.15 SALUD MENTAL COLECTIVA

El informe, “La Democracia en América latina del PNUD de 2,004”, refiere que la Democracia convive en América Latina con dos problemas enormes: La pobreza y la desigualdad. El informe plantea la cuestión sobre cuanta pobreza y desigualdad puede tolerar la Democracia. De hecho, los índices de pobreza y desigualdad que considera el informe son de los más altos de los dieciocho (18) países latinoamericanos investigados. Guatemala está en primer lugar de desnutrición infantil; con un 46.4% para el año 1,999; segundo lugar en analfabetismo en mayores de quince años con un 31% en el año 2,000; segundo lugar de mortalidad infantil con una tasa de 46.0% por cada mil nacimientos en el período de 1,999-2,000.

“La Salud Mental no es una propiedad exclusiva del individuo, aunque otra vez, se materializa en él. La salud mental también tiene que ver con la calidad de relaciones que establecen las personas entre sí y entre los diversos grupos que forman parte de su mundo”. Además, tiene que ver con las posibilidades materiales de subsistencia y con la calidad de vida. Las personas que sufrieron directa e indirectamente la represión y además sufren de todo tipo de carencia, pueden presentar conflictos de salud mental dado que ésta no se puede desligar del contexto y de la estructura.

Tradicionalmente, se ha entendido la salud mental como equivalente de bienestar psicológico, entendido primariamente como un estado del individuo libre de conflictos. La

²⁰ Morales Calatayud, Francisco/ LA PSICOLOGÍA Y LOS SERVICIOS DE SALUD. Experiencias de trabajo en Cuba / Editorial: Oficina de publicaciones del CBC / 1ra. Edición / Argentina: Mayo de 1997 / pp. 139

salud mental se entiende, como “La ausencia de trastornos psíquicos y después como un buen funcionamiento del organismo humano”.²¹

El trabajo de salud mental choca con la pobreza, la marginalidad y la exclusión. El trabajo de salud mental es siempre precario en la medida que la salud mental es efecto de otras condiciones que la generan, sostienen, dificultan y limitan. La salud mental es un fenómeno complejo, resultado de una serie de situaciones, no es un fenómeno autónomo sino dependiente de un complejo de situaciones y factores diversos.

Según *Berger y Luckman* afirman, que la solución a los problemas incluyendo la salud mental, no está exclusivamente en el fortalecimiento personal, sino en la creación de condiciones de desarrollo que incluye la participación de las personas, del Estado como garantizador de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de la población y de los sectores económicos y políticos que crean condiciones de empleo, digna de participación política y efectiva y de otros aspectos.

Es por ello que el trabajo de salud mental debe colocarse en perspectiva. Contribuye a procesos de sanación, fortalecimiento personal y grupal que permite, mayor participación y la solución de problemas en las áreas de relaciones interpersonales.

Concluyendo que de las dos grandes situaciones esbozadas el Conflicto Armado Interno y los problemas socioeconómicos estructurales es que son situaciones que generan problemas en la población a todo nivel, incluyendo lo relativo a las condiciones psicosociales.

a) *REACCIONES DE LA VIOLENCIA Y LA POBREZA EN DETERIORO DE LA SALUD MENTAL:*

Al precisar el objeto de estudio de la Psicología Social, Martín-Baró llegó a considerar que dicho objeto está dado característicamente en la “Acción de individuos o grupos en cuanto referida o influida por otros individuos o grupos”²².

²¹ Oficina del Derechos Humanos del Arzobispado de Guatemala –ODHAG- / Significado del Trabajo de Reparación Psicosocial / Editorial: Centro de Investigación y Rehabilitación para Sobrevivientes de Tortura –RCT- / Guatemala / Año: 2005 / Pp. 199.

²² *Idem*, p. 57

La Psicología Social trata de desentrañar la elaboración de la actividad humana en cuanto es precisamente forjada en una historia, ligada a una situación y referida al ser y actuar cotidiano. Martín-Baró dice: “La ideología es un elemento esencial de la acción humana ya que la acción se constituye por referencia a una realidad significada y ese significado está dado por unos intereses sociales determinados”²³. No es sólo que el contexto social sea una especie de facilitador o inhibidor de las relaciones, sino es parte constitutiva de dicha relación.

En lo ideológico: “...las fuerzas sociales se convierten en formas concretas de vivir, pensar y sentir de las personas, es decir, la objetividad social se convierte en *subjetividad individual* y, al actuarla, la persona se realiza como sujeto social”.²⁴

b) MODELO DE ABORDAJE:

Considera que la salud mental es un derecho de todas las personas y privilegia su atención en quienes fueron afectados por la violencia y encontrarse en una situación de pobreza y miseria. El dolor y sufrimiento provocados por el conflicto armado interno y por las condiciones de precariedad existentes en el país, generan una amplia gama de problemas psicosociales.

Se necesita que las personas pasen por un proceso de sanación de sus problemas personales y colectivos para poder participar adecuadamente dentro de los procesos económicos, políticos y sociales que se desarrollan dentro de su entorno y en contextos más amplios.

La salud mental es en sí misma un objetivo legítimo de un desarrollo humano integral. El que las personas y colectividades posean un grado de bienestar emocional adecuado y que puedan establecer relaciones adecuadas consigo, con los demás y con el entorno es algo inherente al desarrollo humano. La mejor de las condiciones subjetivas puede influir en que las personas y grupos se inserten en proceso de desarrollo.

²³ Idem, p. 57

²⁴ Idem, p. 57

2.3 MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO QUE INFLUYEN EN LA SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO

Se refiere a la influencia o magnitud determinante de una situación en la cual el equilibrio emocional del individuo se ve amenazado y al ser afectado generará cambios comportamentales no favorables para este y en el contexto social que le rodea. Dentro de estos factores se pueden mencionar:

2.3.1 VIOLENCIA SOCIAL:

“La violencia está relacionada con la fuerza y su empleo en contra de otro individuo. El uso de la fuerza física o psicológica contra alguien se convierte en una agresión. La violencia es un fenómeno nocivo para la sociedad.”²⁵ “Ha este respecto, Laborit (1990) define la violencia como mecanismo de agresividad sociológica y/o biológica, la relaciona con la acción de la agresión en donde el individuo utiliza cierta cantidad de energía para destruir. En ese sistema de acción reacción se puede encontrar las causas que permitan describir los mecanismos de la agresión”²⁶

“La violencia es un fenómeno complejo. Hay muchas variedades de violencia, mencionando aquellas en donde el individuo intente, amenace o infrinja daño físico u otro tipo”.²⁷ El suicidio se incluye también como una tipología de violencia infringida contra uno mismo.

La violencia se puede categorizar de la siguiente manera:

Las víctimas de la violencia: las mujeres, los niños, los ancianos, los incapacitados, los débiles; los agentes violentos: las pandillas, los jóvenes, los delincuentes, los policías, los soldados; la naturaleza del actor violento: física, psicológica, sexual, moral; la intención: instrumental, emocional, moral, política, étnica, económica; el lugar: urbana, rural, domicilio, la calle, el espacio público; la relación víctima – agresor: pariente, conocido, desconocido.

²⁵ Poklewski Koziell "ESTUDIO DE LA VIOLENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA DEFENSA SOCIAL" UNESCO. 1990.

²⁶ Laborti Henri. "MECANISMOS BIOLÓGICOS Y SOCIOLÓGICOS DE LA AGRESIVIDAD". UNESCO 1990.

²⁷ Reiss, Albert y Jeffery Roth "UNDERSTANDING AND PREVENTING VIOLENCE". Washington. DC National Academy Press 1993

Tomando como referencia la categorización anterior de la violencia, se presenta de la siguiente forma:

- **Violencia Laboral:** “Se realiza dentro del ámbito del trabajo y se relaciona fundamentalmente con el trato denigrante, ejercido generalmente por parte del empleador. Las maquilas coreanas en Guatemala tienen fama de ejercer presión violenta contra sus empleados”.²⁸
- **Violencia Política:** Es aquella acción que se realiza a través de instituciones estatales o instituciones políticas que deriva en violación de los derechos humanos.
- **Violencia Institucional:** Es precisamente una poderosa arma empleada por la clase dominante desde el poder para aplicarla a los más vulnerables.
- **Violencia Sexual:** “El abuso o violencia sexual se define como cualquier conducta sexual directa o indirecta que ocurra en contra de la voluntad de la otra persona o cuando ella no está en condiciones de consentir.”²⁹ En este tipo de violencia también existe una relación de poder con relación a otra persona, en donde no hay un consentimiento de la persona subordinada y el agresor obtiene gratificación al realizarla. Es notoria en el contacto sexual entre adultos – niños, abusos deshonestos, acoso sexual, exposición o participación de pornografía, prostitución, relaciones sexo-genitales forzadas, etc.
- **Violencia Patrimonial o económica:** Son las acciones que toma el agresor como la destrucción o venta de los objetos de la casa o patrimonio conyugal. Esto implica en algunos casos la venta de los inmuebles u otros bienes de ambos, destrucción de documentos de identificación, negación de asistencia económica u omisiones que afectan la supervivencia de las mujeres, sus hijos e hijas y el control del dinero.
- **Violencia Común:** Es aquella relacionada con la inseguridad que prevalece en el país. Se registra la muerte como consecuencia de actos de violencia delincencial como robo, asaltos, secuestros, entre otros.

²⁸ Según las notas periodísticas, existen denuncia de trabajadores de diversas maquiladoras cuyos propietarios son de origen coreano que abusan de sus empleados.

²⁹ Programa de Prevención y Erradicación de la Violencia Intrafamiliar (PROPEVI), Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP), Gobierno de Guatemala. MANUAL DE CAPACITACION SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Por una Familia feliz sin Violencia, Guatemala, Guatemala, Pág. 25

- **Violencia de Género:** Son los niveles de tolerancia que existe en nuestros sistemas de justicia, respecto de las violaciones de derechos humanos que les suceden a las mujeres. De tal manera, que ante altos niveles de violencia conyugal, violación sexual, acoso, maltrato, incesto, violencia familiar, amenazas de muerte, desapariciones o secuestros de mujeres, lo que se suma son prácticas judiciales que no dan trámite a los casos, legislaciones y códigos que no tipifican delitos ni sancionan, operadores de justicia que desconocen, Convenios Internacionales sobre derechos de las mujeres, sistemas legales que condenan a las víctimas y no a los agresores.

Hay un ambiente de hostilidad en el que no hay mujer que se sienta segura, ni en su casa y en la calle, esto es a causa de un sistema establecido, donde se dan relaciones desiguales entre hombres y mujeres. El hombre ha sido socializado de determinada manera y la mujer de otra, por eso, se piensa que se tiene derecho de subordinar a las mujeres, y las mujeres creen que ese derecho es legítimo. La violencia se contempla como normal, tanto por parte del que violenta como de la agredida.

La violencia contra la mujer guatemalteca hoy en día tiene sus raíces también en la situación de violencia, discriminación y exclusión que convulsionó al país durante los treinta y seis (36) años del conflicto interno. Los acuerdos de paz contienen una serie de compromisos importantes para combatir y superar estos obstáculos al goce de los derechos humanos y específicamente a los derechos de la mujer.

- **Violencia Intrafamiliar:** La cultura violenta se refleja precisamente en la dinámica de las relaciones que se establecen dentro del seno familiar. Es en el hogar en donde los hábitos, las conductas y la vida social se reproducen con mayor intensidad, pero que generalmente es ocultada por la separación entre lo público y lo privado. Es un problema social que va más allá de las clases sociales. Uno de los aspectos más importantes que genera en las víctimas este tipo de violencia es el temor, la constante amenaza y el daño moral y psicológico que se infringe.

Según el Consejo de Investigaciones e Información en Desarrollo (C.I.I.D.) las primeras causas de la violencia en Guatemala son: 1. Falta de educación a los niños y niñas (13%); 2. Desempleo (9%); 3. Pobreza y miseria (8%); 4. Drogadicción y narcotráfico (6%); 5.

Desintegración familiar (6%); 6. Falta de comunicación padres e hijos (6%); 7. Delincuencia común (5%); 8. Falta de fuentes de trabajo (5%); 9. Falta de seguridad y vigilancia (5%).

2.3.2 INSEGURIDAD EN LOS MEDIOS DE TRANSPORTE:

El sistema de transporte urbano y extraurbano del país está organizado de tal forma que estratifica la condición social de los usuarios. Por ejemplo, la municipalidad de la Ciudad de Guatemala autoriza a empresas privadas que presten el servicio de transporte público, y de acuerdo con la calidad y modelo de los buses utilizados, así es la ruta y el precio autorizado. Esto hace que existan diferencias en un servicio público de acuerdo al poder adquisitivo de las zonas cubiertas por dicho sistema de transporte. Esta estratificación del servicio, hace que comunidades de reciente creación, como puede ser el caso de cualquier área marginal que surge espontáneamente y luego se convierte en una mezcla de barrio y pueblo que se ha ido formando producto del desplazamiento interno y la migración del campo a la ciudad, “más que servicio urbano de transporte público, se parece el camión de la muerte, rumbo a los campos de exterminio, en donde se apelmaza la gente dentro de una chatarra retorcida y humo negro”.³⁰ La mayoría de rutas urbanas de la ciudad de Guatemala tiene como destino la Terminal de autobuses de la zona 4, la 18 calle de la zona 1 y el Centro Histórico de la ciudad. “Los usuarios manifiestan que debido al recorrido de los buses necesariamente deben de utilizar esos lugares como puntos de partida para asistir a sus centros de trabajo y retornar a sus hogares; siete (7) de cada diez (10) usuarios del transporte público manifiestan que han sido víctimas de asaltos y robos en dichas intersecciones.”³¹

Generalmente los hechos violentos que se registran dentro de los buses del transporte público ocurren a partir del medio día, cuando los buses viajan sin muchas personas, el peligro se convierte en realidad. “Existe un temor justificado de los usuarios por ciertas rutas. En mayor medida mencionan las rutas que van del centro de la ciudad a las colonias como Bethania, El Paraíso zona 18, Belén, La Chácara en la zona 5 y las rutas que cubren la Calzada Roosevelt y San Juan. Existe ya un conocimiento de las rutas y paradas en donde los delincuentes utilizando armas cortas y cuchillos roban con toda

³⁰ El transporte público de Guatemala. El periódico. 11/ febrero/2001.

³¹ Sondeo de opinión realizado con usuarios de las rutas que interceptan con las zonas mencionadas. CIID

impunidad, hiriendo y en algunos casos asesinando a los pasajeros que se opongan a ser robados. Es una forma muy común de ser asaltado en la ciudad de Guatemala.”³²

Por las noches la situación no difiere, en muchas colonias los recorridos de los autobuses se acortan y se terminan antes que entren a determinada zona, principalmente porque son asaltados los chóferes y los pocos pasajeros que se atreven a viajar a esas horas. “En promedio se registran 35 asaltos mensuales”³³ a los buses urbanos de la ciudad de Guatemala. Los rasgos más sobresalientes de estos delitos son los asaltos con violencia, lo cual en la mayoría de casos provoca heridos y muertos con armas de fuego o armas blancas.

“Por ejemplo en la zona 1 y 4, por lo general los asaltos son cometidos utilizando principalmente armas de fuego, como principal instrumento de coerción y muerte. En zonas marginales, principalmente en las zonas peri-urbanas, se utilizan más armas blancas para lograr el objetivo.”³⁴ En todo caso los delincuentes utilizan la fuerza para cohesionar a las víctimas.

Casi la mitad de los residentes del área metropolitana de la ciudad de Guatemala, (47%) indicaron que ellos o sus familiares habían sido víctimas de un crimen o delito dentro del último año. “La conclusión del estudio sobre la posibilidad de ser víctima de un delito, está asociado a la condición de residencia de la víctima.”³⁵

En general, se desarrollan más hechos violentos dentro del sistema de transporte urbano en la zona metropolitana de ciudad de Guatemala cuando estos se encuentran en las zonas marginales o están próximos a ingresar a los territorios en donde existen maras* dentro de las colonias.

³² Consejo de Investigaciones e Información en Desarrollo CCIID “ESTUDIO DE OPINIÓN, PERCEPCIÓN SOBRE LA VIOLENCIA”. Guatemala, diciembre 2000.

³³ Estos se refieren solamente a los asaltos denunciados a la Policía Nacional Civil, no se registran los hechos que no son denunciados. Según cálculos de los pilotos y usuarios, por cada denuncia presentada existen en promedio 10 actos violentos no denunciados. El motivo principal para no presentar una denuncia es el temor que la víctima tiene por las represalias que le puede ocasionarle. Hay que tomar en cuenta que las víctimas deberán seguir utilizando el servicio sin ninguna protección de las autoridades, expuestas a cualquier acto de venganza de parte de los delincuentes.

³⁴ Este término es utilizado en el estudio de Avancso “Heridas en la Sombra” publicado en la serie Textos para Debate, N16 de junio 2000. Para referirse a las poblaciones rurales que se encuentran dentro de los límites del área metropolitana, debido al crecimiento que ésta ha experimentado.

³⁵ Op. Cit. Laborti, Henry. P. 60

* Las “maras” son pandillas juveniles pertenecientes a una misma comunidad o barrio, en muchos casos actúan violentamente. La pertenencia a la pandilla juvenil es una manera de ganarse la vida producto de la venta de drogas, parte

Las pandillas juveniles que existen en las diferentes zonas de la ciudad, han optado por la táctica de cobrar una cuota de entrada para los buses, para no ser asaltado por los integrantes de estos grupos. Una vez el piloto del transporte urbano paga la cuota de "seguridad" el autobús puede ingresar sin ningún problema a la colonia en cuestión. De lo contrario, tanto el piloto como los usuarios se exponen a ser atacados violentamente con todas las consecuencias que esto implica. También se dan casos en donde el piloto está de acuerdo con los delincuentes y propicia los asaltos.

En el contexto urbano-marginal, en donde la presencia del Estado y los organismos encargados de velar por la seguridad de los ciudadanos se diluye por la inoperancia de éstos, la subcultura de la violencia que subyace dentro de ésta lógica hace que los pobladores de dichas zonas, opten por pagar una cuota mensual para no ser agredidos. Otro factor que promueve la violencia dentro del transporte colectivo es el propio sistema de operar de las empresas, gran número de éstas utilizan a los llamados "brochas"^{*} quienes no gozan de la simpatía del usuario, por ser "gente de la peor calaña, hostigan a las mujeres, insultan a los usuarios, incluso algunos participan dentro de las propias maras que asaltan los autobuses." Pese a ésta percepción de los usuarios, un reciente estudio llevado a cabo por la comisión multisectorial creada a raíz del conflicto del transporte público por la Municipalidad de Guatemala, reveló que los brochas actúan como una garantía de seguridad para el bus y sus pasajeros, por la vinculación que existe entre el "brocha" y las "maras". La mayoría de estas personas tienen una participación en alguna mara de la colonia que cubre la ruta del bus en donde trabaja como ayudante, lo que impide que sus compañeros "ataquen" el bus.

La mayoría de estas personas son jóvenes, cuyo pago proviene directamente del piloto y actúan como protectores y guardianes de los propios buses, en muchos casos éstas

del botín que obtiene la pandilla proviene del robo y asaltos, pago por "seguridad" dentro de la zona de influencia de la pandilla y otras acciones delictivas. En general los integrantes de las pandillas deben darle un porcentaje al líder o jefe de la agrupación.

^{*} Los Brochas son personas utilizados por los pilotos de los autobuses como copilotos y ayudantes de éstos, generalmente son pagados por los propios pilotos y desempeñan diversas funciones, como la seguridad del autobús. Esta práctica es prohibida por la Municipalidad sin embargo la disposición no es acatada.

personas se encuentran armadas, generalmente con armas blancas como cuchillos o machetes.

2.3.3 VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

Según el Decreto 97-96 del Congreso de la República en el Artículo No. 1, se refiere a la violencia familiar como: “una violación a los derechos humanos y cualquier acción u omisión que de manera directa o indirecta causare daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o patrimonial, tanto en el ámbito público como el privado, a persona integrante del grupo familiar, por parte de parientes o conviviente o exconviviente, cónyuge o excónyuge o con quien se haya procreado hijos o hijas.”³⁶

En las relaciones interpersonales que existen en este escenario familiar hay personas que ejercen poder o gozan de algún privilegio y también personas que se encuentran en posición de subordinación, ya sea por edad, color de la piel, género, religión, posición económica, etc. La violencia intrafamiliar ocurre en un espacio físico y psicosocial en donde se supone que las personas deben amarse, apoyarse y estimular un desarrollo íntegro de cada uno de los miembros de la familia.

a) TIPOS DE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

Dentro de este tipo de violencia se pueden mencionar los siguientes:

VIOLENCIA FÍSICA: ésta se manifiesta cuando existe una relación de poder con respecto a otra persona causándole daño no accidental, utilizando la fuerza física o algún tipo de arma que provoque lesiones externas, internas o ambas. Por ejemplo: golpes en la cara, cabeza o en el cuerpo, patadas, empujones, jalones de pelo, pinchazos, mordiscos, arañazos, intentos de asfixia, lanzamiento de objetos, etc.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA O EMOCIONAL: “La violencia psicológica o maltrato emocional, incluye todas las conductas o acciones que tiene como propósito denigrar,

³⁶ Procuradora de los Derechos Humanos (PDH). MUERTES VIOLENTAS DE MUJERES DURANTE EL 2003. Guatemala: s.e., 2004. 41 pp.

controlar y bloquear la autonomía de otro ser humano.”³⁷ Dicha violencia degrada y controla las acciones, comportamientos, creencias y decisiones de otras personas, en donde el agresor intimida, manipula, amenaza, humilla, etc., perjudicando su bienestar psicológico, y su desarrollo como persona. Por ejemplo: insultos, chantajes, negligencia, aislamiento de amigos y familiares, destrucción de propiedad de la persona que se encuentra en posición de subordinación, ridiculización, celos excesivos, etc.

VIOLENCIA PATRIMONIAL: “La violencia patrimonial o económica son todas aquellas acciones u omisiones tomadas por el agresor, que afectan la sobrevivencia de los demás miembros de la familia (esposa, esposo o hijos/as) o el despojo o destrucción de sus bienes personales o de la sociedad conyugal.”³⁸ En este tipo de violencia la víctima está expuesta a perder su vivienda, sus bienes muebles, su salario o ingresos económicos, etc., en donde el agresor se apropia de estos, por medio de chantajes afectivos, amenazas, etc.

b) CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:

Las consecuencias varían en las víctimas según el tipo de violencia que ha sufrido y la personalidad que ésta tenga. Una de las consecuencias más graves es que altera la armonía familiar provocando la desintegración familiar. Se manifiestan también en aspectos físicos y psicológicos como: quemaduras, raspaduras, fracturas, daños en el cerebro, problemas ginecológicos, partos prematuros, hipertensión arterial, gastritis, discapacidades permanentes o pasajeras, disminución de la autoestima, intentos de suicidio, tendencia al abuso del alcohol y drogas, se desarrollan conductas y sentimientos que impiden la búsqueda de ayuda para la solución del problema, sentimientos de miedo, tristeza y vergüenza, dificultades en sus relaciones interpersonales y para restablecer relaciones íntimas, etc., provocando una alteración en el desarrollo integral de las víctimas de cualquiera de los tipos de violencia intrafamiliar.

³⁷ Programa de Prevención y Erradicación de la Violencia Intrafamiliar (PROPEVI), Secretaría de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP), Gobierno de Guatemala. MANUAL DE CAPACITACION SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Por una Familia Feliz sin Violencia, Guatemala, Pág. 23,26,48,49 y 50

³⁸ Idem, P. 67

c) *CICLO DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR:*

Las personas que son agredidas en el ambiente familiar no sufren ésta violencia constantemente, porque existe una dinámica en la que entra el agresor. La psicóloga norteamericana Leonore Walker construyó en 1989 una teoría en la que identifica un ciclo definido en el agresor en el cual se acumula tensión, siguiendo un episodio de explosión que termina en la mayoría de casos con una tregua amorosa. Este ciclo puede durar horas, días, meses o años. Dicho ciclo se desarrolla en tres fases:

Primera Fase: “La etapa de aumento de tensión: se acumula tensión, se dan pleitos, reclamos, insultos, poco a poco va subiendo la intensidad hasta pasar a la segunda fase.”³⁹ En esta etapa la persona agredida toma acciones para evitar que el daño sea mayor utilizando mecanismos para sobrevivir, como la negación de los sentimientos que se generan por los abusos, la racionalización de encontrar justificaciones sobre el abuso que ha sufrido y la minimización de la agresión.

Segunda Fase: “La explosión violenta o incidente agudo de agresión, ésta fase se caracteriza por una fuerte e incontrolable descarga de violencia física y emocional. Se presenta una agresión grande y dolorosa, como son los golpes que pueden a veces hasta poner en peligro la vida de la persona agredida. Según la Dra. Walker esta fase es la más breve de las tres, las personas afectadas reconocen con frecuencia que éste momento se acerca. Esta espera puede convertirse en una verdadera tortura que genera ansiedad, depresión y otros síntomas psicossomáticos”⁴⁰. Las personas que sufren estas agresiones se sienten atrapadas e incapaces de huir, creen que este problema no les puede estar pasando a ellas, no tienen posibilidad de resistirse, etc. En esta fase se produce un distanciamiento entre la persona agredida y el agresor.

Tercera Fase: “La tregua amorosa, la reconciliación: es un período de calma que se caracteriza por un comportamiento cariñoso y de arrepentimiento del ofensor. El agresor cambia totalmente su comportamiento y se muestra amable, arrepentido, promete no volver a cometer una agresión. Su finalidad es conseguir el perdón de la persona a quien

³⁹ Idem p. 67

⁴⁰ Idem, p. 67

se ha agredido.”⁴¹ Las víctimas se encuentran confundidas por el cambio radical del agresor en el cual en esta fase se presenta cariñoso, siente miedo a represalias futuras, así como culpa de la problemática en la que viven, etc. En esta fase se termina el ciclo durando días o semanas, pero luego se vuelve a repetir varias veces, aumentando cada vez la agresión hacia la persona subordinada.

2.3.4 ESTRÉS:

Desde 1,935 Hans Selye, introdujo el concepto de estrés: como síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química. Siendo la respuesta del cuerpo a condiciones externas que perturban el equilibrio emocional de la persona. El resultado fisiológico de este proceso es un deseo de huir de la situación que lo provoca o confrontarla de forma violenta. En esta reacción participan casi todos los órganos y funciones del cuerpo, incluidos el cerebro, los nervios, el corazón, el flujo de sangre, el nivel hormonal, la digestión y la función muscular.

Cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés, como situaciones positivas (el nacimiento de un hijo, matrimonio) como negativas (pérdida del empleo, muerte de un familiar). El estrés también surge por irritaciones menores, como esperar demasiado en una cola o en tráfico. Los síntomas más comunes son: depresión, ansiedad, dolores de cabeza, insomnio, indigestión, salpullidos, disfunción sexual, palpitaciones rápidas, nerviosismo, dolor de espalda, estreñimiento o diarrea, fatiga, presión arterial alta, problemas para relacionarse con otros, falta de respiración, tensión en el cuello, malestar estomacal y subir o bajar de peso.

Estrés Laboral: se conceptualiza como el conjunto de fenómenos que suceden en el organismo del trabajador con la participación de los agentes estresantes lesivos derivados directamente del trabajo o que con motivo de éste, pueden afectar la salud del trabajador.

⁴¹ Idem, p. 67

Los principales factores psicosociales generadores de estrés presentes en el medio ambiente de trabajo involucran aspectos de organización, administración, sistemas de trabajo y la calidad de las relaciones humanas. El estrés de trabajo se puede definir como las perjudiciales reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos, o las necesidades del trabajador, éste tipo de estrés puede llevar a una mala salud.

2.3.5 DESEMPLEO:

En las sociedades en las que la mayoría de la población vive de trabajar para los demás, el no poder encontrar un trabajo es un grave problema. Los economistas han descrito las causas del desempleo como friccionales, temporales, estructurales y cíclicas.

El desempleo friccional se produce porque los trabajadores que están buscando un empleo no lo encuentran de inmediato. El desempleo temporal se produce cuando las industrias tienen una temporada de baja, como durante el invierno en la industria de la construcción o en otros sectores de producción cuyas tareas se realizan a la intemperie; también se produce al finalizar el año escolar cuando muchos estudiantes y docentes buscan trabajo.

El desempleo estructural se debe a un desequilibrio entre el tipo de trabajadores que requieren los empresarios y el tipo de trabajadores que buscan trabajo. Los trabajadores con una educación inadecuada, o los trabajadores jóvenes y los aprendices con poca o ninguna experiencia, pueden no encontrar trabajo porque los empresarios creen que no producirán lo suficiente como para que merezca la pena pagarles el salario mínimo legal o el salario pactado en el convenio colectivo con los sindicatos. Por otro lado, incluso los trabajadores muy calificados pueden estar desempleados si no existe una demanda suficiente de sus cualidades.

El desempleo cíclico es el resultado de una falta de demanda general de trabajo. Cuando el ciclo económico cae, la demanda de bienes y servicios también, por lo tanto se despiden a los trabajadores.

Un aspecto político muy relevante se refiere a la relación entre el desempleo y la inflación. En teoría, cuando la demanda de trabajo se eleva hasta el punto de que el desempleo es muy bajo y los empresarios tienen dificultades a la hora de contratar a trabajadores muy calificados, los salarios aumentan, y se elevan los costes de producción y los precios, con lo que se contribuye al aumento de la inflación; cuando la demanda se reduce y aumenta el desempleo, se disipan las presiones inflacionistas sobre los salarios y los costes de producción.

Por lo que la falta de empleo es un problema que está afectando a la sociedad pero sobre todo a la juventud, ya que el 68% del total de desempleados por lo menos la mitad son jóvenes. Diferentes organizaciones encargadas del trabajo con la juventud, afirman que este problema “es uno de los factores que han determinado que la delincuencia se incremente”. “Esto se debe a que al momento de no encontrar la forma de como sostenerse y en algunos casos a sus familias, toman la decisión de cometer actos delincuenciales para poder conseguir el dinero para el sustento diario”, así lo expresó el representante del sector de la juventud del Centro para la Acción Legal en Derechos Humanos (CALDH), Abner Paredes.

2.3.6 EDUCACIÓN:

“El fenómeno educativo aparece como un proceso social, impulsado por la comunidad con objeto de ajustar sus miembros a la vida del grupo. La sociedad estimula y mantiene para su propia conservación, puede identificarse con la experiencia y adaptación del sujeto que produce una determinada orientación en su conducta, constituye por lo tanto el proceso de individualización y socialización. Desde una consideración estrictamente psicológica, el hecho educativo se manifiesta como un proceso mediante el cual se ayuda al individuo a conseguir el desarrollo e integración.”⁴²

Los procesos psíquicos en la tarea educativa: la educación debe ayudar al ser humano a descubrir el fin de la propia vida y capacitarle para que lo pueda alcanzar libremente, para ello es necesario poner al hombre en condiciones de desarrollarse a sí mismo, de adaptarse a cuantas exigencias internas y externas juegan en la educación y de

⁴² Santillana, S.A. P. Ediciones, ENCICLOPEDIA TÉCNICA DE LA EDUCACIÓN I, España, 1975, Pág. 241y 243.

integrarse en la sociedad en que se encuentra como elemento constitutivo. De este enfoque depende la realización de metas muy concretas en la maduración de los distintos procesos psíquicos del ser humano.

Proceso psíquico y proceso humano: el niño actúa espontáneamente, sin conocer aquello que más le conviene, porque su inteligencia no ha llegado aún a la fase de la actitud crítica, y no es capaz de sentir de un modo consciente los choques de las tendencias opuestas que se manifestarán posteriormente. Se considera, pues, fundamental partir del hecho de que no hay verdadera educación si no existe un esfuerzo por poner en vías de cambio simultáneo todas las tendencias, aptitudes, cualidades, reacciones, disposiciones, hábitos y motivaciones, valores y principios que integran la unidad psicobiológica del hombre.

Entre los factores que influyen en el desarrollo del ser humano en la esfera educativa son: dificultades socioeconómicas, dificultades en el ambiente familiar y dificultades en la relación maestro – alumno.

LA RECREACIÓN EN EL ÁMBITO NACIONAL:

La recreación es una forma de prevención efectiva contra el estrés, la tendencia al consumo de drogas, etc. Tanto los padres de familia, los maestros y la comunidad en general pueden promover actividades recreativas que involucren a los niños, jóvenes, adultos y personas de la tercera edad.

“La actividad física, el deporte y la recreación, brinda posibilidades de desarrollo equilibrado al ser humano, que influye de manera efectiva e impresionante en la prevención y rehabilitación de la drogadicción y de la delincuencia juvenil, favoreciendo y fortaleciendo de manera los factores protectores en la niñez y la juventud principalmente, así mismo fomenta de forma amplia en los líderes naturales motivaciones sanas para utilizar su tiempo a favor del bien.”⁴³

⁴³ Ministerio de Cultura y Deportes, II Viceministerio de Cultura y Deportes, Dirección General del Deporte y la Recreación, DEPORTE PARA TODOS, Noviembre 2,004. No. 1.

El Ministerio de Cultura y Deportes, II Viceministerio de Cultura y Deportes y la Dirección General del Deporte y la Recreación, son los encargados de fortalecer y promover la identidad guatemalteca mediante la protección, conservación, promoción y divulgación de los valores y manifestaciones culturales de los pueblos y comunidades que conforman la nación guatemalteca, articulando la multiculturalidad y la interculturalidad.

La Dirección General del Deporte y la Recreación es el órgano encargado de generar propuestas y acciones institucionales orientadas a la implementación de las políticas culturales y deportivas nacionales. Su función principal es la de asesorar, diseñar y evaluar procedimientos metodológicos para la ejecución de programas, para el cumplimiento de sus objetivos y funciones, a las áreas sustantivas le corresponde fomentar el deporte no federado y no escolar, así como la recreación, para contribuir con la salud física y mental de la población y el fortalecimiento de la cultura de paz.

“La Infraestructura Física: dota a la población de instalaciones e infraestructura destinada a la actividad deportiva y recreativa de acuerdo a las prioridades establecidas en los planos de la institución. Apoyo Técnico, Administrativo y Financiero: coordina y ejecuta actividades, con el propósito de proporcionar apoyo a las dependencias que integran la organización de la Dirección y contribuir con ellas al cumplimiento de sus funciones y objetivos.”⁴⁴

2.3.8 ALCOHOLISMO Y DROGADICCIÓN:

a) *ALCOHOLISMO:*

“Es una enfermedad que afecta las áreas: psíquica, física y espiritual. Se caracteriza como una compulsión orgánica hacia las bebidas alcohólicas acompañada de una obsesión mental por las mismas, el enfermo alcohólico no puede controlar por mucho tiempo el número de copas que piensa beberse y termina embriagándose cuando no era ese su propósito.”⁴⁵ Esta enfermedad consiste en el consumo excesivo de alcohol de

⁴⁴ Ministerio de Cultura y Deportes, II Viceministerio de Cultura y Deportes, Dirección General del Deporte y la Recreación, *¿QUIÉNES SOMOS?*.

⁴⁵ Liga de la Higiene Mental Revista 35. Año 2,000.

forma prolongada con dependencia del mismo, se convierte en una enfermedad crónica cuando el consumo de bebidas alcohólicas es incontrolado.

Los síntomas más comunes y principales de esta enfermedad son: tolerancia a los efectos del alcohol, necesidad frecuente de alcohol para su función diaria, pérdida de control con incapacidad de interrumpir o reducir el consumo de alcohol, dar excusas para beber, episodios de pérdida de memoria asociados al consumo del alcohol, episodios de violencia asociados al consumo del alcohol, deterioro en las relaciones sociales y familiares y en la responsabilidad laboral, absentismo laboral, inexplicable mal genio, conducta que tiende a esconder el alcohólico, hostilidad al hablar de la bebida, negarse a la ingesta de alimento, negar la apariencia física, náuseas, vómitos, vacilación por las mañanas, dolor abdominal, calambres, entorpecimiento y temblores, enrojecimiento y capilares de la cara dilatados (especialmente la nariz), confusión, temblores e incontroladas sacudidas del cuerpo, cansancio y agitación, insomnio, pérdida de apetito e intolerancia a toda comida, confusión, alucinaciones, taquicardia, sudores, convulsiones, problemas en la lengua, lagrimeo, desvanecimiento, etc.

Generalmente para saber si la bebida se ha convertido en un problema se pueden observar algunos cambios como por ejemplo: beber cuando tiene problemas, beber cuando se enoja o pelea con otros, tratar de dejar de beber pero no puede, sentir necesidad de beber por las mañanas, experimentar pérdida de la memoria, entre otros.

En el desarrollo de la enfermedad alcohólica se dan dos factores que son: la susceptibilidad orgánica, el alcohol viene a constituir un requerimiento orgánico, porque la persona sentirá la necesidad de ingerir más alcohol, ya que el cuerpo se lo pide al igual que como sucede cuando tiene hambre y/o sed, esto es el origen de la compulsión. Y la susceptibilidad emocional, el individuo ya no resiste el dolor moral, vive de la ansiedad lo cual no puede controlar en forma lógica y consciente, esto crece hasta convertirse en angustia. Estos factores se dan en todo alcohólico al inicio de su enfermedad, a través de su curso se desarrolla un tercer factor que es la **AUTODESTRUCCIÓN MORAL** o sea la quiebra de valores adquiridos.

b) *DROGADICCIÓN:*

En Guatemala, cada día se extiende en diversos sectores de nuestra sociedad el uso y abuso de fármacos y tóxicos de diferente tipo (desde inhalantes hasta heroína), siendo los de mayor demanda: la marihuana y la cocaína. Está comprobado que la presencia de algunos factores en la vida de una persona, la hacen más vulnerables a involucrarse en conductas perjudiciales, como el consumo de drogas, mientras su ausencia hace que disminuya esa posibilidad.

Según la Organización Mundial de la Salud, droga es considerada como cualquier sustancia que se usa de forma voluntaria para experimentar sensaciones y modificar el estado psíquico que afecta al cuerpo. El consumo de drogas es un problema, ya que muchas veces se considera inofensiva o necesaria pero hay que considerar que su consumo se puede controlar y dejar de utilizarla cuando se desee con ayuda especializada.

El abuso de drogas es cuando se da un consumo repetido, no se miden los peligros físicos y su ingestión provoca problemas de tipo familiar o social. Al referirse a la dependencia o adicción es considerada esta categoría, cuando el consumo de sustancias lleva a un deterioro o malestar, clínicamente significativos, pudiendo considerarse diferentes tipos:

DEPENDENCIA FÍSICA: es el estado de adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe el consumo de alguna sustancia. Por ejemplo: heroína y alcohol.

DEPENDENCIA PSÍQUICA: es el estado en el que la droga produce satisfacción y un impulso psíquico que lleva a consumir la droga de manera periódica o continua. Por ejemplo: la cocaína, marihuana, anfetaminas, alucinógenos (LSD).

2.3.9 **MIGRANTES Y DESINTEGRACIÓN FAMILIAR:**

Teresa Jiménez y Nuria Costa de Fundación Inter-vida hacen referencia que la falta de oportunidades y la creciente pobreza han convertido al fenómeno de la emigración en una solución para más de 400.000 centroamericanos que, cada año, abandonan su país, principalmente rumbo a Estados Unidos, en busca de unos ingresos que les permiten vivir mejor y enviar regularmente dinero a sus familias. Sólo en Guatemala, país de paso para miles de migrantes centroamericanos, cada año salen unas 90.000 personas. Se conoce que los movimientos migratorios provocan la desintegración familiar, las cuales se ven condenadas a largos periodos de separación y, con frecuencia, a la pérdida definitiva de los miembros que se van.

Las comunidades del norte de Huehuetenango, departamento fronterizo entre Guatemala y México, constituyen un claro ejemplo de la desintegración social y familiar originada por el flujo migratorio. En esta zona es habitual ver modelos de "nuevas familias", constituidas por madres, abuelos, tíos o hermanos que han pasado a ser la cabeza de familia para atender a los más pequeños. Los padres emigran en un principio, para "hacer plata" (ganar dinero) y volver en uno o dos años pero lo cierto es que luego se resisten a regresar a la pobreza de sus países, por muy duras que sean las condiciones en el país que se encuentran.

La lejanía agrava aún más la desintegración familiar, afectando emocionalmente tanto a los padres como a los hijos, más aún en el seno de las comunidades indígenas, que consideran al padre como la máxima autoridad de la casa. Según la Organización Internacional para la Migración, en más del 47% de los hogares en los que se han producido migraciones, sus miembros experimentan problemas de integración social y bienestar psicológico, provocados por la ruptura familiar: tristeza, depresiones, abandono de los hijos, problemas con pandillas, etcétera.

2.3.10 SECUELAS DEL CONFLICTO ARMADO DE GUATEMALA:

Con el estallido del enfrentamiento armado interno en 1962, Guatemala entró en una etapa sumamente trágica y devastadora de su historia, de enormes costos en términos humanos, materiales, institucionales y morales. En su labor de documentación de las violaciones de los derechos humanos y hechos de violencia vinculados al enfrentamiento armado, la Comisión para el Esclarecimiento Histórico (CEH) registró un total de cuarenta

y dos mil doscientas setenta y cinco (42,275) víctimas, incluyendo hombres, mujeres y niños, de ellas veintitrés mil seiscientos setenta y uno (23,671) corresponden a víctimas de ejecuciones arbitrarias y seis mil ciento cincuenta y nueve (6,159) a víctimas de desaparición forzada, de las víctimas plenamente identificadas el 83% eran mayas y el 17% eran ladinos.

La Comisión para el Esclarecimiento Histórico concluye que la estructura y la naturaleza de las relaciones económicas, culturales y sociales en Guatemala han sido profundamente excluyentes, antagónicas y conflictivas, reflejo de su historia colonial. Desde la independencia proclamada en 1821, acontecimiento impulsado por las élites del país, se configuró un Estado autoritario y excluyente de las mayorías, racista en sus preceptos y en su práctica, que sirvió para proteger los intereses de los restringidos sectores privilegiados. Las evidencias, a lo largo de la historia guatemalteca, y con toda crudeza durante el enfrentamiento armado, radican en que la violencia fue dirigida fundamentalmente desde el Estado, en contra de los excluidos, los pobres y, sobre todo, la población maya, así como en contra de los que luchaban a favor de la justicia y de una mayor igualdad social.

El carácter antidemocrático de la tradición política guatemalteca tiene sus raíces en una estructura económica caracterizada por la concentración en pocas manos de los bienes productivos, sentando con ello las bases de un régimen de exclusiones múltiples, a las que se sumaron los elementos de una cultura racista, que es a su vez la expresión más profunda de un sistema de relaciones sociales violentas y deshumanizadoras. El Estado se fue articulando paulatinamente como un instrumento para salvaguardar esa estructura, garantizando la persistencia de la exclusión y la injusticia.

Quedó así conformado un círculo vicioso donde la injusticia social provocó protesta y luego inestabilidad política, que permanentemente sólo tuvo dos respuestas: represión o golpe militar. Frente a movimientos que proponían reivindicaciones económicas, políticas, sociales o culturales, el Estado recurrió crecientemente a la violencia y el terror para mantener el control social. En este sentido la violencia política fue una expresión directa de la violencia estructural de la sociedad.

El sistema judicial del país, por su ineficacia provocada o deliberada, no garantizó el cumplimiento de la ley, tolerando y hasta propiciando la violencia. Por omisión o acción, el poder judicial contribuyó al agravamiento de los conflictos sociales en distintos momentos de la historia de Guatemala. La impunidad caló hasta el punto de apoderarse de la estructura misma del Estado, y se convirtió tanto en un medio como en un fin. Como medio, cobijó y protegió las actuaciones represivas del Estado así como las de particulares afines a sus propósitos, mientras que, como fin, fue consecuencia de los métodos aplicados para reprimir y eliminar a los adversarios políticos y sociales.

Si bien en el enfrentamiento armado aparecen como actores más visibles el Ejército y la insurgencia, siendo así que la investigación realizada por la CEH ha puesto de manifiesto la implicación de todo el Estado, unificando sus diversas instituciones y mecanismos coactivos. Asimismo se constata la responsabilidad y participación, bajo diferentes formas, de los grupos de poder económico, los partidos políticos, los universitarios y las iglesias, así como otros sectores de la sociedad civil.

La CEH comprobó que a lo largo del enfrentamiento armado el Ejército diseñó e implementó una estrategia para provocar terror en la población. Esta estrategia se convirtió en el eje de sus operaciones, tanto en las de estricto carácter militar como en las de índole psicológica y las denominadas de desarrollo.

Las organizaciones represivas cometieron hechos violentos de extrema crueldad que aterrorizaron a la población y dejaron secuelas importantes en la misma. Fueron las ejecuciones arbitrarias, sobre todo las cometidas frente a familiares y vecinos, las que agudizaron el clima de miedo, arbitrariedad e indefensión ya generalizado en la población.

A partir de 1983 la estrategia del Ejército frente a la población desplazada propuso lograr el control de la misma, recurriendo a la concesión de amnistías para el posterior reasentamiento de las personas en comunidades altamente militarizadas. La organización de los pobladores en las Patrullas de Autodefensa Civil (PAC), el nombramiento militar de los alcaldes y alcaldes auxiliares, la creación de las Coordinadoras Inter-Institucionales para asegurar el control castrense sobre las instituciones estatales y sociales en todos los niveles jurisdiccionales, la ampliación de las actividades de Asuntos Civiles del Ejército (S-5), que se encargaron de las operaciones psicológicas de "reeducación" de la población,

así como la construcción de aldeas modelos en las regiones más conflictivas, fueron los mecanismos más importantes para asegurar el dominio sobre los reasentamientos.

Los testimonios de los desplazados internos recibidos por la CEH revelan una actitud de resistencia al control militar y de defensa de la vida, no sólo en su sentido físico, sino también en lo referente a resguardar la propia identidad en sus dimensiones culturales y políticas. La experiencia de resistencia para preservar su identidad, adquirió una diversidad de formas y provocó importantes variaciones precisamente en ésta. La interacción con otros grupos étnicos, con habitantes de la ciudad, con personas de otros países, con otros sistemas educativos, con diferentes entornos naturales, además de las vivencias de la persecución y la muerte, transformaron ese elemento de relación que es la identidad, para producir una sociedad guatemalteca marcada por el enfrentamiento, pero también fortalecida potencialmente en la experiencia de la diversidad.

La CEH concluye que la represión no sólo generó terror, pasividad y silencio. Paralelamente y con altibajos en distintos momentos del enfrentamiento armado, surgieron respuestas individuales y colectivas ante los efectos deshumanizadores y denigrantes de la violencia.

2.4 CONDUCTA ANORMAL EN EL SER HUMANO

2.4.1 HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA:

Al iniciar el siglo XV en el año 1,409, el padre Jofre fundó en Valencia el primer Hospital Psiquiátrico del mundo. Poco después se funda en México en 1,567 el Hospital de San Hipólito, primer establecimiento para atención de enfermos mentales en América.

En el siglo XVIII, el médico irlandés Conolly publicó un libro en el que propone un sistema llamado “libre” el que consistía en permitirle al enfermo psíquico su libertad, pues en cuanto menos se le sujete por medios mecánicos mayores posibilidades tendrá de curarse más rápidamente, su conducta será más tranquila y resultará más fácil su cuidado. Las ideas aportadas por Conolly fueron tomadas en este siglo de forma muy lenta, pero en los siglos XIX y XX adquirieron mayor auge.

Los principios de Philippe Pinel*, que es considerado como un símbolo de la psiquiatría moderna, tuvieron cierta influencia, así como también Sorano aplicó el enfoque humanístico* a los enfermos mentales, quien hacía notar que los tratamientos rudos eran ineficaces.

2.4.2 HISTORIA DE LA PSIQUIATRÍA EN GUATEMALA:

En el siglo XIX no existía en Guatemala ninguna asistencia especial para enfermos mentales y esta clase de pacientes eran reclusos en las cárceles. En 1,801 la entidad laica Hermandad de la Caridad regía los destinos del Hospital General San Juan de Dios de Guatemala, siendo el abanderado en esta cruzada Don Luis Asturias Pavón, filántropo que dedicó su vida a trabajar humanitariamente por el servicio de salud. En 1,844 cuando la Junta de Gobierno de la Hermandad de la Caridad formuló un reglamento para un proyecto de manicomio; el cual sería financiado de forma tripartita por el Gobierno, la Municipalidad y el Hospital.

En el año de 1,886 se construyó una casa que fue inaugurada el 10 de marzo de 1,890, con el nombre de "ASILO DE DEMENTES" bajo la administración del Hospital General "San Juan de Dios", los primeros médicos fueron los doctores Ernesto Mena y José Azurdia; el Dr. Azurdia está ligado estrechamente a la Salud Mental en Guatemala, ya que fue el médico fundador del Asilo, atendiéndole por un lapso de más de 20 años, en ese período se emplearon los descubrimientos modernos expresados en la farmacopea* que estuvieron al alcance: usó por primera vez en Guatemala la VERONAL, la HIOSCINA similar a la morfina.

En 1,900 se inicia el tratamiento médico con varias fórmulas que contenían sedantes como: Hidrato de Cloral, Ópio, Bromuros e Hiocinamida. En 1,923, se nombró Médico Director al Dr. Carlos Federico Mora, quien da a la Institución el nombre de Asilo de

* Dr. Philippe Pinel: (1745-1826) primero de los clínicos que recibe el nombre de "psiquiatra", en 1801 publica el "Tratado Sobre la Manía", posteriormente en 1809 publica el "Tratado de la Mente" como uno de sus aportes más relevantes. (ALCMEON REVISTA ARGENTINA DE CLINICA NEUROPSIQUIATRICA FUNDACIÓN ARGENTINA Alcmeon Dr. Pablo Armando Berrettoni, Alcmeon 1990 1: 59-77)

* Enfoque Humanístico: sugiere en su lugar que las personas están dotadas en forma natural con la capacidad de tomar decisiones respecto a sus vidas y de controlar su comportamiento en 1801. (PSICOLOGIA CON APLICACIÓN A LOS PAISES DE HABLA HISPANA TERCERA EDICIÓN.)

* Farmacopea: registro oficial de los medicamentos autorizados en un estado. Conjunto o relación de las sustancias medicinales y forma de prepararlas o combinarlas. (Diccionario Enciclopédico REZZA COLOR PARA EL SIGLO XXI Edición 2000).

Alienados, iniciándose nuevas terapias como: Absceso de Fijación,* baños de agua fría y caliente, la camisa de fuerza, hipnotismo* y la malarioterapia*, que provocará convulsiones Epileptiformes* con el uso de Cardioazol, por los doctores Carlos Salvado y Carlos Federico Mora.

En 1,938, surge el ELECTROSHOCK* o Tratamiento de Ugo Cerletti, Bini y Acornero, indicándose en Guatemala su aplicación por el Doctor Miguel Fernando Molina, Director del Hospital, quien cambia su nombre de Asilo de Alienados a la Institución llamándola HOSPITAL NEUROPSIQUIÁTRICO.

El 14 de Julio de 1,960, la psiquiatría guatemalteca, se viste de luto cuando se incendia el Hospital Neuropsiquiátrico, dejando como caudal doscientos cincuenta (250) pacientes fallecidos, siendo ubicados los sobrevivientes en sitios transitorios, para finalmente ser trasladados a la finca la Verbena, recibiendo la Institución el Nombre del ilustre maestro Dr. Miguel F. Molina.

En la década de los años 70 tempranamente se piensa en la creación de un Centro Asistencial tipo granja, contando para el efecto con la asesoría de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), concretándose dicho proyecto en 1,970 – 1,974, pero por aspectos económicos tiene que circunscribirse a dar atención asistencial, llevando como nombre Dr. Federico Mora.

En 1,976, siendo el Director Adolfo Castañeda Felice, el hospital sufre los efectos del terremoto, perdiéndose parte de sus construcciones. En este mismo año se hace reorganización de pacientes ubicándolos en diferentes servicios de diagnóstico. En 1,978, el Dr. José A. Campo hizo gestiones al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para cambiar el nombre del hospital, proponiendo llamarlo Hospital Neuro-Psiquiátrico “Dr. Miguel f. Molina” obteniendo todo el apoyo ministerial.

* Absceso de Fijación: acumulación excesiva de conflictos intrapsíquicos en determinada etapa Psicosexual según Freud

* Hipnotismo: término introducido por James Braid en 1,843 como un estado de descanso (frecuentemente poco pronunciado) de la conciencia, previamente estrechado, provocado por factores afectivos, en el que se produce una regresión de las funciones básicas de la personalidad (pensamiento, sentimiento, voluntad) y las funciones corporales. (Diccionario de Psicología, Friedrich Dorsch 1994. Pág. 262)

* Malarioterapia: variedad de piroterapia en la que la fiebre se induce por inoculación al paciente de parásitos del paludismo. (Mediciclopedia, Álvaro Galiano, Español, última revisión 2004)

* Convulsiones Epileptiformes: cuadros patológicos que presentan manifestaciones parecidas o iguales a los ataques epilépticos, pero no conducen a las alteraciones persistentes de la epilepsia ni a la demencia epiléptica. (Diccionario de Psicología, Friedrich Dorsch 1994. Pág. 262)

* Electroshock: tratamiento de ciertas enfermedades psíquicas que consisten en el paso por el cerebro de una descarga eléctrica controlada. (Diccionario Enciclopédico REZZA COLOR PARA EL SIGLO XXI EDICIÓN 2000)

En 1,980 siendo el director Julio César Miranda García, se realizó la estructuración de uno de los servicios que serán utilizados para el Programa de “HOSPITAL DE DÍA” como lo es la consulta externa.

Hasta 1,982, los servicios intermedios eran reconocidos como Salas Mentales, existiendo un servicio de hombres y dos salas para mujeres con el nombre de “Mentales 3” y “Mentales 3A”. En el mes de abril de 1,982, toma el cargo como Director del Hospital Neuropsiquiátrico el Dr. José Ignacio Herrera Contreras, a quien le parece que el nombre de la Institución debe estar acorde a las nuevas tendencias Psiquiátricas, solicitando al Ministro del Ramo llamarle Hospital de Salud Mental, “Dr. Miguel F. Molina” ante el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social emitiéndose favorablemente el decreto No. S. P. G 40.

A partir del año 1,983 pasa a recibir el nombre de Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala, el que además de brindar labor asistencial, sostiene como principio fundamental la rehabilitación del paciente, para que lleve una vida útil y productiva dentro del medio familiar y social.

Este Hospital actualmente se ubica en la Colonia Atlántida Final zona 18. La organización del Hospital Nacional de Salud Mental es presentada de la siguiente manera: a nivel administrativo se encuentran 24 médicos especialistas, 1 odontólogo, 6 médicos residentes, 4 médicos generales, 14 psicólogos, 2 farmacéuticos, 27 jefes de enfermería, 116 auxiliares de enfermería, 15 trabajadores especialistas, 14 auxiliares de hospital, 5 laboratoristas clínicos, 2 técnicos en RX, 1 técnico en EKG, 81 personas en servicios generales y 7 trabajadoras sociales. A nivel operativo se encuentran 3 personas en control de propiedad, 6 en el departamento de almacén, 7 en la guardería infantil, 5 en el registro médico y estadística, 2 encargados del Hospital de día, 16 en el departamento de vigilancia, 25 en la farmacia interna, 9 en el departamento de transporte, 14 en el departamento de rehabilitación, para hacer un total de 465 personas que laboran en la institución.

El Hospital tiene una cobertura nacional, pues atiende pacientes de los 22 departamentos. El Dr. Alejandro De León psiquiatra del hospital, plantea que en la actualidad los pacientes psiquiátricos no necesitan vivir en el hospital, pues únicamente se hospitalizan

cuando se encuentran en estado de crisis y luego pasan a rehabilitación social, viviendo con sus familiares. Dicho Hospital presta servicio en dos niveles de salud: el nivel secundario, al darle seguimiento al paciente por medio de la consulta externa y su tratamiento. El nivel terciario, en el momento en que se necesita de los servicios especializados y rehabilitación para poder reincorporarse normalmente.

2.4.3 CONDUCTA ANORMAL:

Consideramos el comportamiento normal y discutimos algunas de las provocaciones que todos nosotros encontramos en la vida frente a nuestro período de transición según la definición, ser anormal significa obrar sin norma o regla, o actuar de una manera que se aparte de la norma. En primer lugar una persona es anormal si su comportamiento está en desacuerdo con lo que espera la sociedad en la que vive. Cuando pensamos en la anormalidad de esta manera hemos de conocer que aquello que se considera anormal en una sociedad puede no serlo en otra sociedad. En segundo lugar una persona es anormal cuando experimenta conflictos internos que los llevan a intensos y prolongados sentimientos de inseguridad de ansiedad y de infelicidad. Conocer patrones de conducta que él mismo es incapaz de alcanzar, propósitos de vida que no logra cumplir, presiones que no puede suprimir, o temores que no puede vencer.

Desde un punto de vista psiquiátrico, los comportamientos desviados son considerados como “enfermedades mentales”, o sea, como entidades con una evidente etiología biológica con factores causales necesarios y suficientes, de los cuales dependen, sin duda, los síntomas y signos. Por lo que los signos y síntomas de las personas son representaciones de las características de las alteraciones mentales que puede sufrir o manejar la misma, la mayoría de veces se puede definir cual es la causa de ellos, si es psicológica o biológica, pero en otras ocasiones es difícil definir su procedencia debido al ambiente en el que el individuo convive o se desarrolla, como por ejemplo conflictos familiares, carencias de recursos, estrés laboral y conflictos emocionales.

2.4.5 CATEGORÍAS DE TRASTORNOS MENTALES:

A continuación se describirán los trastornos más relevantes de salud mental basados en la clasificación de trastornos mentales -CIE 10- según criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

a) *TRASTORNOS DEL SUEÑO:*

Se trata de un grupo de trastornos que incluye:

1). Disomnias: trastornos primariamente psicógenos en los que la alteración predominante consiste en la afectación de la cantidad, calidad o duración del sueño, debida a causas emocionales, por ejemplo: el insomnio, el hipersomnio y los trastornos del ritmo de sueño-vigilia.

2). Parasomnias: trastornos episódicos durante el sueño, los cuales durante la infancia están relacionados por lo general con las fases del desarrollo del niño, mientras que en la madurez son fundamentalmente psicógenos, tales como el sonambulismo, los terrores nocturnos y las pesadillas.

En muchos casos una alteración del sueño es un síntoma de otro trastorno mental o somático.

♦ Sonambulismo:

Estado de disociación de la conciencia en el que se combinan fenómenos propios del sueño y de la vigilia. Durante un episodio de sonambulismo el individuo se levanta de la cama, por lo general durante el primer tercio del sueño nocturno y deambula, presentando un bajo nivel de conciencia, una escasa reactividad a estímulos externos y una cierta torpeza de movimientos. El sonámbulo abandona el dormitorio y puede llegar a salir de su casa, y por lo tanto, durante estos episodios, se expone a un considerable riesgo de lesionarse. Sin embargo, por lo general suelen volver tranquilamente a su casa por sí mismos o bien dirigidos suavemente por otras personas. Cuando se despiertan, ya sea tras el episodio de sonambulismo o a la mañana siguiente, no suelen recordar estos hechos.

♦ Pesadillas:

Las pesadillas son una experiencia onírica cargada de ansiedad o de miedo. Los que las padecen tienen un recuerdo muy detallado del contenido del sueño. Esta experiencia es muy vivida y suele incluir temas que implican una amenaza para la supervivencia, la seguridad o la estimación de sí mismo. Con mucha frecuencia en la pesadilla suele repetirse un mismo tema o temas similares. Durante un episodio típico de pesadillas se produce una cierta descarga vegetativa, pero no hay vocalizaciones ni una actividad motriz apreciable. Al despertarse el individuo alcanza rápidamente un estado de alerta y de orientación aceptables. Su comunicación con los demás es adecuada y por lo general puede proporcionar gran cantidad de detalles sobre la experiencia del sueño, tanto inmediatamente después como a la mañana siguiente.

Los adultos con pesadillas presentan alteraciones psicológicas importantes, normalmente en forma de trastornos de personalidad. Además, el consumo de ciertas sustancias, tales como: reserpina, tioridazina, antidepresivos tricíclicos y benzodiazepinas, puede contribuir a la aparición de pesadillas. Asimismo, la supresión brusca de fármacos hipnóticos no benzodiazepínicos que suprimen el sueño REM (fase del sueño en la que se producen los ensueños) puede potenciar la aparición de pesadillas por un efecto de rebote.

b) TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:

Aquí se agrupan dos síndromes importantes y delimitados: la anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa, son alteraciones psicológicas.

- ♦ Anorexia nerviosa:

Trastorno caracterizado por la presencia de una pérdida deliberada de peso, inducida o mantenida por el mismo enfermo. El trastorno aparece con mayor frecuencia en mujeres adolescentes y jóvenes, aunque en raras ocasiones pueden verse afectados varones adolescentes y jóvenes, así como niños pre-púberes o mujeres maduras hasta la menopausia. El trastorno se acompaña de desnutrición de intensidad variable, de la que son consecuencia alteraciones endocrinas y metabólicas, así como una serie de trastornos funcionales.

- ♦ Bulimia nerviosa:

Síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida. El trastorno puede ser considerado como una secuela de la anorexia nerviosa persistente (aunque también puede darse la secuencia contraria). Un enfermo previamente anoréxico puede parecer que está mejorando a medida que gana peso e incluso recupera la menstruación si es mujer, pero entonces surge una forma maligna de comportamiento caracterizado por sobrealimentación y vómitos. Los vómitos repetidos pueden dar lugar a trastornos del equilibrio electrolítico, a complicaciones somáticas (letanía, crisis comiciales, arritmias cardíacas o debilidad muscular) y a una mayor pérdida de peso.

c) TRASTORNOS MENTALES RELACIONADOS CON SUSTANCIAS:

Son trastornos que están relacionados con la ingestión de una droga de abuso. El término abuso puede referirse a una droga de abuso, a un medicamento o a un tóxico. Dentro de estas sustancias están: alcohol, alucinógenos, anfetamina, cafeína, cannabis, cocaína, fenciclidina, inhalantes, nicotina, opioides y sedantes.

Muchos de los medicamentos prescritos o tomados por iniciativa propia pueden causar también trastornos relacionados con sustancias. Los síntomas suelen estar relacionados con las dosis del medicamento y normalmente desaparecen al disminuir éstas o al suspender el medicamento. Los medicamentos que ocasionan trastornos relacionados con sustancias incluyen: anestésicos y analgésicos, agentes anticolinérgicos, anticonvulsionantes, antihistamínicos, antidepresivos y medicamentos cardiovasculares, medicamentos gastrointestinales, relajantes musculares, anti-inflamatorios no esteroideos, otros medicamentos sin receta médica, antidepresivos y disulfiram.

Las sustancias volátiles (gasolina, pintura) se clasifican como inhalantes si se usan con el propósito de intoxicarse, o si la exposición a ellas es accidental o fruto de un envenenamiento intencionado. El deterioro cognoscitivo o del estado de ánimo son los síntomas más frecuentes asociados a las sustancias tóxicas, aunque también pueden dar lugar a ansiedad, alucinaciones, ideas delirantes o crisis comiciales. Los síntomas suelen

desaparecer cuando el sujeto deja de estar expuesto a la sustancia, pero pueden mantenerse semanas o meses y requerir tratamiento médico.

d) *TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO:*

Los trastornos afectivos, dentro de estos se ubica el trastorno depresivo según el CIE-10, definiéndolo de la siguiente manera:

Una persona que padece depresión manifiesta algunos o todos los síntomas descritos a continuación: pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de vitalidad que lleva a reducir su actividad y a un cansancio exagerado, que aparece incluso ante un esfuerzo mínimo, disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo, ideas de culpa de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y/o actos suicidas, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

La depresión se puede clasificar en tres niveles: leve, moderado y grave, lo cual dependerá de la duración de los síntomas, así como también de la cantidad de estos, que la persona manifieste para determinar su diagnóstico.

e) *TRASTORNO DE ANSIEDAD:*

Ansiedad: es una emoción humana fundamental que fue reconocida desde hace unos quinientos (500) años. Todos la han experimentado y seguiremos experimentándola a lo largo de nuestras vidas. Algo andaría mal si un individuo no sintiera ansiedad al enfrentar eventos estresantes cotidianos pero cuando los enfrentan es probable que los individuos sin un trastorno manejen la situación enfrentándola. Los trastornos por ansiedad no implican una pérdida de contacto con la realidad, las personas que los sufren por lo general pueden continuar con la mayor parte de los asuntos cotidianos de la vida. Las manifestaciones conductuales de la ansiedad implican la evitación de situaciones provocadoras de la misma, sudoración de las manos, palpitaciones del corazón a un ritmo acelerado al momento de estar ante el estímulo estresante, movimientos estereotipados, etc.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo: la característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos obsesivos o actos compulsivos recurrentes (en aras de la brevedad, a partir de ahora al hacer referencia a los síntomas, el término “obsesivo” remplazara a “obsesivo-compulsivo”). Los pensamientos obsesivos son ideas, imágenes o impulsos mentales que irrumpen una y otra vez en la actividad mental del individuo, de una forma estereotipada. Son sin embargo, percibidos como pensamientos propios a pesar de que son involuntarios y a menudo repulsivos.

f) *TRASTORNOS MENTALES POR LA ESQUIZOFRENIA:*

Este trastorno se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficit cognoscitivo.

El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir en los actos y pensamientos del individuo afectado. Éste se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos que pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal.

El trastorno del pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Al finalizar la conceptualización del marco teórico, el grupo de investigación concluye con el siguiente concepto de salud mental: haciendo la salvedad que siendo un país multiétnico, multilingüe y pluricultural no se puede considerar un prototipo estándar de salud mental por lo que en base a todas las definiciones y teorías que se han puntualizado, se considera la Salud Mental como la capacidad individual del ser humano en un proceso de adaptación cotidiano, inmerso en un medio socioeconómico, político y cultural en el cual busca su propia autonomía, su bienestar físico y emocional (equilibrio de sus conflictos) y actúa en pro de cubrir sus propias necesidades.*

* CONCEPTUALIZACIÓN PROPIA DEL GRUPO DE INVESTIGACIÓN / NOVIEMBRE DEL AÑO 2,005.

3. PREMISAS

3.1 TELEOLÓGICA: la población guatemalteca carece de una red institucional suficientemente amplia y satisfactoria que atienda sus problemas de salud mental.

Los responsables de las políticas de salud del Gobierno históricamente analizados, no le han prestado la debida atención a una de las disciplinas ampliamente requeridas en el espectro de atención de la salud, como resulta ser la dinámica del raciocinio y las emociones, la experiencia y el conocimiento; el impacto de la estabilidad económica o el hambre; los estados aceptables de vida cotidiana o larvarios de desarrollo de las sociopatías, las neurosis y psicosis, las depresiones producto de la pérdida o limitación de un ser querido o el estrés que provoca la vida agitada de la competencia diaria.

La ausencia de esas políticas ha dado como resultado la carencia de una infraestructura administrativa sólida y eficiente, de metodologías y técnicas válidas y confiables y, específicamente, del recurso humano especializado en salud mental que se sintetiza, técnicamente, en una red institucional, en donde la rectoría de esas políticas y su homogenización con las políticas regionales y mundiales corresponden al MSP.

Aún siendo insuficiente el concepto de salud mental que adoptamos, la exposición del marco teórico referencial, que incluye factores internos y externos del individuo, como la distribución categórica: nivel familiar, nivel socio-económico, nivel físico general y el nivel psicológico, particularmente, con sus entidades gnoseológicas más importantes, nos permite acercarnos a conocer, de manera amplia, las mismas y dar inicio, a posteriori, a estudios e investigaciones más específicas, tal y como se plantea la intención última del proyecto marco de esta investigación.

3.2 ASISTENCIAL: el Ministerio de Salud Pública y A. S., no cuenta con el recurso humano necesario para prestar asistencia en salud mental a la población guatemalteca.

La relación existente entre la población guatemalteca objeto de la atención en salud mental y la capacidad de respuesta del organismo gubernamental de salud con su recurso humano para prestarlo es mínima, al punto que un número no mayor de un medio

centenar de profesionales de la salud mental se encuentran distribuidos en el país de manera relativamente anárquica.

La ausencia de personal recurrente para la atención en salud mental, mantiene y desarrolla procesos negativos en el conglomerado social y, por consiguiente, sólo puede pronosticarse un mayor deterioro tanto de los colectivos como de las personas individuales.

3.3TÉCNICO-CIENTÍFICA: el sector profesional y aquellos socialmente responsables de la atención de la salud mental, no disponen de un proceso permanente de investigación, psicoprofilaxis y servicio de atención psicológica que responda a una metodología válida y confiable.

Tres fuentes muestran la importancia de la premisa:

- Los organismos nacionales e internacionales atingentes, han desarrollado instrumentos aceptables que no terminan de ser asimilados por el poco personal asignado a tal disciplina y la veleidad en sus puestos de trabajo.
- El MSP no cuenta con una política firme en salud mental que informe periódicamente sobre resultados nacionales que sirvan de antecedentes para diseñar políticas adecuadas y superar las problemáticas.
- Los centros de educación superior responsables del conocimiento teórico y práctico de la salud mental, no han calificado la importancia de contar con una fuente estructurada, amplia y confiable de información, producto de la investigación, la comunicación con la gente para su prevención y su asistencia psicológica.

4. DEFINICIONES CONCEPTUALES Y OPERACIONALES DE LAS CATEGORÍAS, VARIABLES E INDICADORES

A continuación se definirá los conceptos utilizados en el instrumento de recolección de datos:

CATEGORIA: es la forma más general de un enunciado que puede formularse sobre una cosa u objeto. Se trata de conceptos muy generales que reflejan las propiedades y regularidades fundamentales de los fenómenos de la realidad concreta y que determinan el carácter del pensamiento teórico-científico.

VARIABLE: es una propiedad que puede variar y cuya variación es susceptible de medirse u observarse. Son características connotantes de aspectos cambiantes de un fenómeno que puede ser sujeto de investigación. Estas tienen la “capacidad de asumir distintos valores ya sea cuantitativa o cualitativamente.”

INDICADOR: criterios para planificación y evaluación de medidas destinadas a mostrar el estado cualitativo y cuantitativo de la salud mental en la sociedad guatemalteca.

CATEGORÍA Y VARIABLE:

DATOS GENERALES: se refiere a las características generales que definen o identifican a un individuo, grupo de hechos “datos” o conocidos sobre los cuales se basa una discusión científica. Los indicadores de esta categoría son:

INDICADORES:

Edad: tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento. Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana.

Sexo: se define como la diferencia morfológica entre masculino y femenino.

Étnia: personas que comparten las mismas características lingüísticas, religiosas y culturales. La pertenencia a estos pueblos se establece por la auto-identificación que hace la persona con un determinado grupo étnico. Considerando que Guatemala es pluricultural para este estudio y su interpretación de la información según la clasificación

CATEGORÍA:

NIVEL SOCIO ECONÓMICO: estudio de la riqueza y sus relaciones con el individuo y la comunidad. Estudio de los esfuerzos del hombre para conseguir los medios de satisfacer sus necesidades materiales. Los indicadores de esta categoría son:

VARIABLE:

Economía: esfuerzos del hombre para conseguir los medios de satisfacer sus necesidades materiales.

INDICADORES:

Apoyo Económico: es la ayuda económica que recibe una persona de organizaciones o instituciones, de familiares (remesas del extranjero) sin realizar una actividad remunerable.

Ingreso Económico: sueldo devengado por realizar alguna actividad de tipo laboral ya sea formal o informal.

VARIABLE:

Estructura Comunitaria: está relacionada con los papeles o roles desempeñados en la sociedad. Por medio de la función realizada se establece la participación en la vida de la comunidad. Director, Jefe de estudios, Orientador, Profesor, alumno, etc., constituyen papeles definidos con objetividad de los que cabe esperar determinadas conductas.

INDICADORES:

Organización Comunitaria: es la forma lógica de acción que involucra a profesionales, promotores, organizaciones comunales y población en general en la búsqueda concreta de alternativas de desarrollo.

VARIABLE:

Empleo: acción de ejecutar labores en relación de dependencia por medio del esfuerzo y el trabajo en donde se obtiene un salario.

INDICADORES:

Formal: es la labor en cualquier entidad pública o privada, en agricultura y comercio fijo.

Informal: incluye actividades laborales que no requiere dependencia de una empresa privada o pública.

VARIABLE:

Vivienda: es todo recinto de alojamiento delimitado por paredes y techo estructuralmente separado e independiente, destinado a alojar uno o más individuos y lugar en donde habitan las personas entrevistadas.

INDICADORES:

Tipo de Construcción: materiales con que esta construida la vivienda.

Ubicación: punto geográfico donde se encuentra situada la vivienda

Tenencia de Vivienda: es la forma por medio de la cual se posee, se adquiere o se tiene derecho de uso de la vivienda.

Propia: aquella vivienda ocupada por el individuo quien ha adquirido el derecho de propiedad del inmueble.

Alquilada: es la vivienda que ocupa el individuo a cambio de una cantidad de dinero bajo el concepto de alquiler o renta.

Otros: es cualquier otra forma de tenencia que no puede ser clasificada en ninguna de las categorías anteriores.

VARIABLE:

Violencia: acción en la que se hace uso exclusivo o excesivo de la fuerza.

INDICADORES:

Tipo de Violencia: tiene muchas manifestaciones concretas y que se sufre cotidianamente en diversas formas como violaciones, asaltos, secuestros, etc.

Frecuencia de Violencia: período de tiempo en que se es víctima de algún tipo de violencia (asaltos, violaciones, asesinatos, violencia intrafamiliar, etc.) por ejemplo: a diario, cada semana, cada quince días, cada mes o nunca.

Conflicto Armado: enfrentamiento armado interno que inicia en 1,962, que representa una etapa sumamente trágica y devastadora en la historia de Guatemala que deja como resultado enormes costos en términos humanos, materiales, institucionales y morales. La CEH concluye que la represión no sólo generó terror, pasividad y silencio. Paralelamente y con altibajos en distintos momentos del enfrentamiento armado, surgieron respuestas individuales y colectivas ante los efectos deshumanizadores y denigrantes de la violencia

CATEGORÍA:

NIVEL FÍSICO GENERAL: características biológicas del bienestar en salud del individuo.

VARIABLE:

Salud Física: es el pleno goce de las propias capacidades físicas.

INDICADORES:

Enfermedad: alteración de salud que padecen las personas.

Tratamiento: método especial que se emplea para la curación o alivio de una enfermedad.

Niveles de Salud: valoración cualitativa de la salud de un individuo: muy buena, buena, regular o mala.

Atención recibida: el tipo de lugar o institución a la cual la persona acude para recibir atención médica.

Accesibilidad de servicios de salud: facilidad de acceder a servicios médicos cercanos en provecho de una población.

Inversión económica: conocer las posibilidades económicas con las cuales cuentan las personas para pagar honorarios médicos y así mismo comprar medicamentos.

Tiempo en Salud: es el tiempo que invierte la persona en trasladarse al lugar donde será atendido.

CATEGORÍA:

NIVEL PSICOPATOLÓGICO: Estudio sistemático de los factores, funciones y procesos psíquicos que se lleva a cabo en la patología o en una enfermedad mental.

Trastornos: alteraciones de la conducta que pueden ser atribuidos a cambios fisiológicos o como causas fundamentales de los conflictos psíquicos del ser humano.

INDICADORES:

Sondeo de Enfermedades Mentales de la Población: indagación en la población sobre los conocimientos acerca de enfermedades mentales y si creen que sea necesario recibir tratamiento en caso de padecer una.

VARIABLE:

Personalidad: conjunto de aspectos y/o cualidades de una persona que la definen y diferencian de otra. Freud fue el creador de la estructuración de la personalidad, integrada por tres componentes distintos que interactúan entre sí: el ello (Id), yo (Ego) y superyó. (Superego).

INDICADORES:

Características de Personalidad: cualidades particulares que distingue a una persona de las demás, por ejemplo: la reacción ante un problema, según la personalidad será la manera que actuará ante la situación, puede que se enoje, piense, grite, se angustie u otras.

VARIABLE:

Trastorno del Sueño: se caracteriza por acontecimientos o conductas anormales asociadas al sueño, a sus fases específicas o a los momentos de transición sueño-vigilia.

INDICADORES:

Insomnio: estado caracterizado por una cantidad o calidad de sueño no satisfactorio, que persiste durante un considerable período de tiempo.

Sonambulismo: diambulación nocturna en la que el individuo se levanta de la cama, por lo general durante el primer tercio del sueño nocturno, presentando un bajo nivel de

conciencia, una escasa reactividad a estímulos externos y una cierta torpeza de movimientos.

Pesadillas: es una experiencia onírica cargada de ansiedad o de miedo. Los que las padecen tienen un recuerdo muy detallado del contenido del sueño.

Narcolepsia: es la aparición recurrente e irresistible de sueño reparador, cataplejía (episodios súbitos de pérdida bilateral del tono muscular que duran entre segundos y minutos y que suelen estar desencadenados por emociones intensas) dando lugar a sueño de carácter involuntario en situaciones claramente inadecuadas.

Ritmo Circadiano: es la presencia persistente o recurrente de un patrón de sueño desestructurado que obedece a una mala sincronización entre el sistema circadiano endógeno de sueño-vigilia del individuo y las exigencias exógenas de espaciamiento y duración del sueño.

Bruxismo: parasomnia consistente en movimientos laterales de la mandíbula que determinan una intensa fricción entre las arcadas dentarias superior e inferior. Se denomina popularmente “rechinar de dientes”.

Hipersomnia: estado de excesiva somnolencia y ataques de sueño diurnos o bien de un período de transición prolongado desde el sueño hasta la vigilia plena tras el despertar.

VARIABLE:

Trastorno Alimenticio: caracterizado por alteraciones graves de la conducta alimenticia, según los síntomas que padezca la persona puede padecer de bulimia y anorexia.

INDICADORES:

Bulimia: trastorno de la alimentación caracterizado por una ingestión exagerada de alimento que puede estar seguido de vómito autoinducido o por laxantes para deshacerse del alimento.

Anorexia: trastorno de la alimentación que suelen padecer los jóvenes entre cuyos síntomas se incluyen diversos grados de inanición en un intento por evitar la obesidad.

VARIABLE:

Trastorno por Abuso de Sustancias: caracterizado por el abuso de sustancias que provocan serias alteraciones a la conducta humana.

INDICADORES:

Tipos de sustancia: variedad de sustancias que provocan adicción a ciertos productos, tales como: alcohol, tabaco y drogas, creando así una dependencia de ellas.

Frecuencia de abuso: tiempo de dependencia o hábito del individuo con que consume una sustancia adictiva.

Alcoholismo: estado en el que un sujeto ha perdido el control respecto a su consumo de alcohol, bien sea en el sentido de no poder parar de beber hasta alcanzar un estado de total embriaguez, o bien en el de no ser capaz de prescindir por completo de la bebida, con consecuencias somáticas, mentales, sociales y laborales.

Drogadicción: adicción a una sustancia natural o sintética que tiene efectos estimulantes, tranquilizantes o alucinógenos.

VARIABLE:

Trastorno de Ansiedad: miedo anticipado a padecer un daño o desgracia en tiempo futuro, acompañada de un sentimiento de temor o de síntomas somáticos de tensión.

INDICADORES:

Ansiedad: estado emocional displacentero de miedo o aprehensión, bien en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración emocional es claramente desproporcionada en relación a la intensidad real del peligro. Se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como: temblor, hipertonía muscular, inquietud, hiperventilación, sudoraciones, palpitaciones, etc.

VARIABLE:

Trastorno depresivo: "es una enfermedad que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar. Afecta la forma en que una persona come y duerme y como se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo

mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual se puede liberar voluntariamente.”⁴⁶

INDICADORES:

Depresión: trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo, primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad, que suele asociarse a síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual y a una reducción de la actividad social).

Tendencia al suicidio: es el pensamiento consciente e inconsciente que impulsa a un individuo a quitarse la vida.

VARIABLE:

Trastorno Obsesivo Compulsivo: es un trastorno psíquico que se caracteriza por ideas irracionales, involuntarias y por conductas repetitivas tendientes a reducir la angustia asociada con esas ideas irracionales.

INDICADORES:

Compulsión: alteración de la voluntad de acción caracterizada por un impulso irrefrenable de efectuar conductas reiterativas en respuesta a una obsesión o a determinadas reglas. La realización del acto no es placentera, pero permite un cierto alivio de la ansiedad.

Obsesión: idea intrusiva que se impone a la mente, fuera del control consciente del sujeto, que no acostumbra a aceptarla. El sujeto no puede apartarla de su pensamiento, a pesar de reconocer su carácter absurdo.

VARIABLE:

Trastorno Psicótico: la definición más estricta de psicótico se limita a ideas delirantes o alucinaciones prominentes, en ausencia de conciencia acerca de su naturaleza patológica. Todavía es más amplia una definición que incluya asimismo otros síntomas positivos de esquizofrenia (esto es, habla desorganizada, comportamiento intensamente desorganizado o catatónico).

⁴⁶ http://www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/m01s.shtml

INDICADORES:

Psicosis: enfermedad mental con menoscabo e incluso supresión de la vida psíquica normal y ordenada.

En el siguiente cuadro se representa la relación existente entre categoría, variable, indicadores e ítems:

CATEGORÍA	VARIABLE	INDICADORES	ITEM
DATOS GENERALES	Datos Generales	Edad, Sexo, Etnia, Estado Civil, Lugar, Ocupación, Escolaridad y Religión.	1.- EDAD ____ 2.- SEXO ____ 3.- ETNIA ____ 4.- ESTADO CIVIL ____ 5.-LUGAR ____ 6.- OCUPACION ____ 7.- ESCOLARIDAD ____ 8.- RELIGION ____ 24.¿Sabe leer? Si: __ No: __ ¿Sabe escribir? Si: __ No: __
NIVEL FAMILIAR	Dinámica Familiar	Relación Familiar	9.-¿Regularmente conversa y comparte experiencias con su familia? Si: ____ No: ____ 10.-Personalmente gusta más de: Estar en el trabajo __ Compartir con amigos / as ____ Hacer deporte __ Compartir con su familia ____ Estar solo ____
	Maltrato Infantil	Golpes, Gritos, Tipos de Castigo	11.- ¿De qué manera ha observado usted que se corrige a los niños en la comunidad? Conversan con ellos: ____ Los regañan: ____ Les gritan: ____ Les pegan: ____ Los encierran: ____ Les quitan privilegios: ____ Otros: ____
			12.-¿Cómo considera usted que sea la forma correcta de resolver problemas o diferencias en el hogar? Dialogar: ____ Gritar: ____ Pelear: ____ Agredir verbalmente: ____ Agredir físicamente ____ Agredir psicológicamente ____
			13.-¿De qué manera cree usted que se corrige a los hijos? Palos: ____ Cinchos: ____ Manos: ____ Correas: ____ Otros: ____
Estructura Familiar	Integrantes de la familia conformando Familias Integradas, Desintegradas y Extensas.	14.- ¿Qué integrantes de su familia viven con usted? Papá: ____ Mamá: ____ Cónyuge: ____ Hijos: ____ Padrastro: ____ Madrastra: ____ Hermanos: ____ Abuelos: __ Suegros: ____ Cuñados: ____ Tíos: ____ Sobrinos: ____ Otros: ____	

NIVEL SOCIO ECONÓMICO	Economía	Apoyo económico	15.- ¿Recibe ayuda de algún organismo privado o público? Si: _____ No: _____
			15.1.- En caso positivo ¿de qué forma la recibe? Económica: _____ Atención en salud: _____ Otra: _____
			16.- ¿Tiene usted apoyo económico de algún pariente o familiar? Si: _____ No: _____
		Ingreso económico	25.- Su ingreso económico mensual se encuentra ubicado: Menos de Q.400 _____ De Q401 a Q600: _____ De Q601 a Q800: _____ De Q801 a Q1000: _____ De Q1001 a Q1500: _____ De Q1501 a Q2000: _____ De Q2001 a Q3000: _____ De Q3001 a Q4000: _____ De Q4001 y más: _____
			26.- ¿Su ingreso económico, le permite hacer ahorros? Si: _____ No: _____
	Estructura Comunitaria	Organización Comunitaria	17.- ¿Hay personas que ayudan o que prestan un servicio de salud en su comunidad? Si: _____ No: _____
			18.- ¿Existe un comité o asociación en su comunidad? Si: _____ No: _____
	Empleo	Tipo de Trabajo: Formal e Informal	19.- Actualmente ¿cuál es su situación laboral? Empleado: _____ Desempleado: _____
			20.- ¿Qué tipo de trabajo posee? Formal: _____ Informal: _____
	Vivienda	Tipo de Construcción, Ubicación y tenencia de vivienda: propia, alquilada u otro.	21.- ¿De qué está construida la casa en donde vive? Block: _____ Lámina: _____ Madera: _____ Otro: _____
			22.- ¿El lugar en dónde vive es considerado cómo? Barrio: _____ Asentamiento: _____ Residencial: _____ Colonia: _____ Cantón: _____ Aldea: _____ Parcelamiento: _____ Finca: _____ Caserío: _____ Otro: _____
			23.- Su vivienda es: Propia: _____ Alquilada: _____ Otra: _____
27.- ¿Con qué frecuencia se dan los actos de violencia en su comunidad? Diario: _____ Cada semana: _____ Cada 15 días: _____ Cada mes: _____ Nunca: _____			
Violencia	Tipo de Violencia, Frecuencia de la violencia y Conflicto Armado	28.- ¿Qué tipo de violencia puede observar entre sus vecinos? Violaciones: _____ Asaltos: _____ Secuestros: _____ Violencia Intrafamiliar _____ Asesinatos: _____ Linchamientos: _____ Otros: _____	
		29.- ¿Usted fue afectado por el conflicto armado interno? Si: _____ No: _____	

NIVEL FÍSICO GENERAL	Salud Física	Enfermedad, Tratamiento, Nivel de Salud	30.-¿Cómo considera en general su salud? Muy buena:_____ Buena:_____ Regular:_____ Mala:_____
			31.- ¿Tiene usted limitaciones de salud o alguna enfermedad que le provoque alguna discapacidad física o le esté afectando actualmente? Si:___ No:___
			32.-¿Ha recibido algún tratamiento para su enfermedad? Si:_____ No:_____
		Atención recibida, Accesibilidad a Servicios de Salud, Inversión Económica y Tiempo en Salud	33.-Cuando usted está enfermo físicamente ¿a dónde acude para recibir ayuda? Comadrona:_____ Curandero:_____ Centro de Salud:___ Clínica Privada:_____ Puesto de Salud ___ Hospital Público:_____ IGSS:_____ Sanatorio:_____ Otros:_____
		34.-Para costear sus gastos, en caso de enfermedad, ¿usted qué hace? Usa sus ahorros: _____ Presta dinero:___ Usa de su sueldo: _____ Tiene seguro médico: ___ Tiene dinero destinado para enfermedades: _____ Otro:_____	
			35.-Cuando se enferma, ¿cuánto tiempo necesita para trasladarse al lugar en donde está la persona que lo atiende? 1-3 horas: _____ 4-7 horas: _____ 8-12 horas:_____ 1 día:_____ 2-3 días:_____ 5 días o más:_____
NIVEL PSICOPATO-LÓGICO	Trastorno del Sueño	8-*	36.- ¿Tiene usted alguna dificultad para dormir durante toda la noche? Sí _____ No _____
		Insomnio	37.-¿Se despierta varias veces por la noche? Si: _____ No:_____
			38.-¿Se siente descansado después de dormir? Si: _____ No:_____
			39.-¿Le cuesta conciliar el sueño al acostarse? Si: _____ No:_____
		Sonambulismo	40.-¿Camina dormido por la noche? Sí: _____ No:_____
			45.-¿Sabe usted si habla dormido? Sí: _____ No:_____
		Pesadillas	41.-¿Su sueño es interrumpido por pesadillas? Sí:_____ No:_____
		Narcolepsia	42.-¿Frecuentemente le da sueño irresistible aunque esté en alguna actividad? Sí:_____ No:_____
Ritmo Circadiano	43.-¿Tiene sueño durante el día y por la noche no duerme? Sí:_____ No:_____		

		Bruxismo	44.-¿Le han comentado que cuando usted duerme rechina los dientes? Sí: _____ No: _____
		Hipersomnia	46.-¿Duerme más de nueve horas diarias? Sí: _____ No: _____
	Trastorno de Alimenticio	8→	47.-¿Frecuentemente se ha preocupado mucho por su apariencia física, tanto que tiene problemas en el consumo de sus alimentos? Sí: _____ No: _____
		Bulimia	48.-¿Está satisfecho(a) con su peso actual? Si: _____ No: _____
			49.-¿Se siente culpable cuando usted ha comido mucho? Si: _____ No: _____
			51.-¿Usted hace ejercicio más de cuatro horas diarias? Sí: _____ No: _____
			52.-Después de que usted come ¿se provoca el vomito? Sí: _____ No: _____
			53.-¿Utiliza usted laxantes de dos a tres veces por semana? Sí: _____ No: _____
		Anorexia	48.-¿Está satisfecho(a) con su peso actual? Si: _____ No: _____
			50.-¿Usted constantemente hace dietas para bajar de peso? Sí: _____ No: _____
	54.-¿Ha tenido ausencia de su ciclo menstrual durante tres meses seguidos o más? Sí: _____ No: _____		
	Trastornos por Abuso de Sustancias	8→	55.-¿Usted consume o ha consumido alguna de las siguientes sustancias? Tabaco _____ Alcohol _____ Drogas _____ Ninguna _____
		Frecuencia del abuso de sustancias	56.-¿Con qué frecuencia consume usted éstas sustancias? Diario _____ Semanalmente _____ Quincenalmente _____ Mensualmente _____
		Alcoholismo	57.-¿Con frecuencia ha tenido momentos durante los cuales ha hecho cosas que luego no recuerda haber hecho? Si: _____ No: _____
			58.-¿Con frecuencia ha estado en riñas o lo han detenido estando ebrio? Si: _____ No: _____
	59.-¿Continúa bebiendo a pesar de saber que esto le causa problemas de salud físicos o mentales? Si: _____ No: _____		
			60.- En los momentos en que usted ha tomado alcohol, ¿terminó bebiendo más de lo que planeó cuando comenzó? Si: _____ No: _____

		61.- Cuando usted asiste a una reunión, ¿creé que es indispensable que haya alcohol? Si: _____ No:_____
		64.-¿Creé usted que el consumo de drogas o alcohol le ayuda a superar sus problemas? Siempre:_____ Casi siempre:_____ Algunas veces:_____ Nunca:_____
	Drogadicción	62.-¿Ha consumido usted alguna droga? Si _____ No _____
		62.1 Si su respuesta fue afirmativa, especifique: Thiner/pegamento:_____ Marihuana:_____ Cocaína:_____ Otra:_____
		63.-¿Alguna vez ha querido dejar de consumir drogas, pero no ha podido? Si: _____ No:_____
		64.-¿Creé usted que el consumo de drogas o alcohol le ayuda a superar sus problemas? Siempre:_____ Casi siempre:_____ Algunas veces:_____ Nunca:_____
	Sondeo sobre Enfermedades Mentales de la Población	65.-¿Algún miembro de su familia, ha sufrido o sufre de alguna enfermedad mental? Si:_____ No:_____
		66.-¿Ha padecido alguna enfermedad psicológica o mental? Si:_____ No:_____
		67.-¿Creé usted que sea necesario en caso de enfermedad mental recibir un tratamiento? Si: _____ No:_____
Personalidad	Características de la Personalidad	83.-¿ Se considera una persona más bien inclinada a? La acción:_____ La reflexión:_____
		84.- Si un amigo le pide un favor: Por regla general lo hace:_____ Es mejor que otro lo haga por usted:_____
		85.-¿Cuándo tiene tiempo libre, le gusta? Estar tranquilo y relajado:_____ Buscar enseguida otra actividad que hacer:_____
		86.-¿Cuándo se propone una meta, ante los obstáculos que puede encontrar ¿qué hace?: Se esfuerza más:_____ Se rinde y deja de intentarlo:_____
		87.-¿Creé que la mayoría de la gente a su alrededor parece estar mejor que usted en todo? Si: _____ No:_____
		88.-¿Le gusta ser usted mismo(a) y se acepta tal y cómo es? Siempre:_____ Casi siempre:_____ Casi nunca:_____ Nunca:_____

		<p>89.-¿Creé usted que será capaz de lograr algo significativo en su vida? Si: _____ No: _____</p> <p>90.-Ante un problema usted reacciona: Enojado: _____ Grita: _____ Busca culpables: _____ Conversa sobre el problema: _____ Hace de cuenta que no hay problema: _____ Busca solución: _____ Pelea físicamente con otros: _____ Piensa: _____ Se angustia: _____</p>	
	Trastorno de Ansiedad	Ansiedad	<p>68.-¿Se asusta con facilidad? Si: _____ No: _____</p> <p>69.-¿Frecuentemente le sudan las manos? Si: _____ No: _____</p> <p>70.-¿Frecuentemente siente que su corazón late a prisa? Si: _____ No: _____</p> <p>71.-¿Constantemente siente que no puede respirar fácilmente? Si: _____ No: _____</p> <p>72.-¿Sufre dolores de cabeza, de cuello o de espalda? Si: _____ No: _____</p> <p>73.-¿Frecuentemente se atemoriza sin motivo? Si: _____ No: _____</p> <p>74.-¿Se come las uñas? Si: _____ No: _____</p> <p>75.-¿Con frecuencia se siente nervioso(a), tenso(a), o aburrido(a)? Si: _____ No: _____</p>
	Trastorno Depresión	Depresión	<p>76.-¿Últimamente tiene dificultad para tomar decisiones? Si: _____ No: _____</p> <p>77.-¿Se siente desanimado, abatido, sin energía o triste? Si: _____ No: _____</p> <p>78.-¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? Si: _____ No: _____</p> <p>79.-¿Llora usted con mucha frecuencia? Si: _____ No: _____</p> <p>82.-¿Ha perdido interés en realizar las cosas habituales (bañarse, arreglarse, etc.)? Si: _____ No: _____</p>
		Tendencia al Suicidio	<p>80.-¿Creé usted que su vida no tiene sentido? Si: _____ No: _____</p> <p>81.-¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? Si: _____ No: _____</p>
	Trastorno Obsesivo Compulsivo	Compulsión	<p>91.-¿Ha hecho usted algo repetidamente sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, ordenar, contar y verificar las cosas una y otra vez? Si: _____ No: _____</p>

		Obsesión	92.-¿Ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas o angustiosas? Si: _____ No: _____
	Trastorno Psicótico	Psicosis	93.-¿Ha experimentado sensaciones extrañas como escuchar que le hablan cuando está solo o tener algún tipo de visión? Si: _____ No: _____
			94.-¿Creé usted ser mucho más importante de lo que piensan los demás? Si: _____ No: _____
			95.-¿Ha notado alguna interferencia o algo raro en sus pensamientos? Si: _____ No: _____
			96.-¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien lo espía, conspira contra usted o que tratan de hacerle daño? Si: _____ No: _____
			97.-Frecuentemente habla en exceso: Si: _____ No: _____
			98.-¿Se ha sentido demasiado activo o inquieto físicamente? Si: _____ No: _____
			99.-¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? Si: _____ No: _____
			100.-¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el periódico o la TV? Si: _____ No: _____
			101.-¿Ha tenido momentos durante los cuales se ha descontrolado y hecho cosas que luego no recuerda? Si: _____ No: _____

CAPÍTULO II

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

METODO DE INVESTIGACIÓN:

Para el desarrollo de la presente investigación se seleccionó el método de investigación descriptivo, ya que se estudió una sola población; la cual se describe en función de un grupo de variables en donde la hipótesis central se sustituye por los objetivos del estudio y se analizan algunas relaciones entre variables de la misma población, haciendo uso del control y manejo de las mismas, que presentan el atributo de medición. Esta información matemática permitió establecer el grado de inter-relación entre las variables.

TIPO DE ESTUDIO:

El presente estudio alcanzó unidades muestrales de las diferentes regiones de todo el país, lo cual le dio un carácter paramétrico y estableció relaciones estadístico-descriptivas al cuantificar los hallazgos del estudio. Los investigadores se limitaron a estudiar algunas variables y sus efectos, ya que por la naturaleza del problema, en muchos fenómenos de la psicología, se dificulta medir las variables causales.

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

La presente investigación utilizó un corte transversal, centrado en la elaboración de un perfil inicial en salud mental de la población guatemalteca a partir de cinco categorías distribuidas en ciento un (101) ítems^{*}; se consideró pertinente utilizar un diseño descriptivo, ya que los investigadores se limitaron a describir cuidadosamente las diferentes características de salud mental y posibles tendencias a trastornos mentales encontrados en la población guatemalteca, en un período determinado.

^{*} Ver anexo No. 4

SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

En el presente estudio se consideró la población universo de 11, 237, 196 de guatemaltecos, según censo 2002: XI de población y VI de Habitación, Cuadro A1, CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN. CENSO 2002. Guatemala INE.

1. Determinación estadística de la población y de la unidad muestral.

a) Determinación de la población a muestrear.

Se definió como población, a todas aquellas personas de la República de Guatemala comprendidas entre los 18 a 59 años de edad cronológica de ambos sexos. Se tomó como marco muestral a 5, 021, 427 de habitantes comprendidos en el rango de edad señalado arriba.

b) Delimitación de la unidad de análisis.

En el presente estudio se define como unidad de análisis a la persona que habita una vivienda en alguna zona de la ciudad capital o algún departamento o municipio de la República de Guatemala. Tomándose 3,119 unidades de análisis, según la distribución del marco muestral*.

2. Selección y tamaño de la muestra.

2.1 Muestreo aleatorio estratificado proporcional en diferentes etapas y aleatorio por rutas.

Se seleccionó el método de muestreo estratificado por considerar a la población objeto de estudio distribuida en diferentes departamentos, zonas y municipios del territorio nacional. Considerando cada uno de éstos como un estrato con densidad poblacional variada.

Se consideraron las siguientes etapas:

- a) División de la República de Guatemala en departamentos.
- b) División de la capital de Guatemala en región metropolitana y en municipios aledaños.

* Los resultados de la distribución del marco muestral y la distribución de municipios pueden verse en el anexo No. 5.

- c) División de la región metropolitana en zonas, según mapa preparado y elaborado por el Instituto Geográfico Nacional " Ing. Alfredo Obiols Gómez "; en base a una fracción del mapa urbano de la ciudad de Guatemala a escala 1: 15 000 actualizado al año 1998. Noviembre 2004.
- d) Los departamentos se dividieron en municipios, según: Censo 2002: XI de población y VI de Habitación, Cuadro A1, CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN CENSO 2002. Guatemala INE.

En cada una de las etapas antes señaladas el criterio de proporcionalidad fue el tamaño de la población. Fijando un 60% de la muestra para la Ciudad Capital y el 40% restante para los departamentos. Correspondiendo a la ciudad capital 1,860 unidades de análisis (ua) y 1,240 (ua) a los departamentos de la República de Guatemala.

La fórmula general para el cálculo de las muestras para el caso es la siguiente:

$$\frac{n_1}{N_1} = \frac{n_2}{N_2} = \dots = \frac{n_n}{N_n} = \frac{n}{N}$$

En donde ni= Tamaño de la muestra en el estrato

i= 1,2,.....,n

Ni= Tamaño de la población en el estrato

i= 1,2,.....,n

n= Tamaño de la muestra total

N= Tamaño de la población total

Considerando el calculo de distribución muestral y tomando en cuenta las limitantes surgidas en el trabajo de campo, esta investigación mantiene un nivel de confiabilidad del 95% y un margen de error del 5%, de los cuales el 1.79% corresponde al error estándar de la muestra y el 3.21% restante pertenece a las limitantes afrontadas en el trabajo de campo como la tormenta tropical Stan, la distancia, problemas de accesibilidad a algunas zonas rojas y otras. *

* San Román, A. Pulido, Estadística y técnicas de investigación social, Ed. Pirámide S.A. Madrid, 1981, 271 pp.

* Dr. Franco Reynaldo, Curso - Taller sobre técnicas avanzadas de muestreo, 11 al 29 abril 1998, V.S. de G. Centro Interamericano de Enseñanza de Estadística CIENES Dirección General de Investigación DIGI, programa capacitación de recursos humanos en investigación.

A continuación se detalla el nombre de cada investigador y código que lo identifica.

NOMBRE DEL INVESTIGADOR	CÓDIGO
William Amilcar Godínez Alvarado	E 1
Evelyn Jeaneth Rivera Yumán	E 2
Alicia Burrión González	E 3
Linda Cecilia Orozco Citalán	E 4
Aida Carolina Domingo Lucas	E 5
Hellen Karina Mérida Díaz	E 6
Gadi Lourdes Lara Robles	E 7

Los investigadores anteriormente mencionados fueron los responsables de realizar el trabajo de campo de dicho proyecto de investigación; por lo tanto se describe a continuación la distribución que fue realizada al azar de las zonas capitalinas, municipios aledaños a la ciudad capital y departamentos de la República de Guatemala; así como el código del investigador responsable

CUADRO No.1. DISTRIBUCION DE ZONAS, ENCUESTADORES Y NÚMERO DE ENCUESTAS CAPITALINAS.

ZONAS	RESPONSABLE	No. ENCUESTAS	TOTAL
Zona 13	E 2	24	
Zona 06	E 2	63	
Zona 11	E 2	17	104
Zona 07	E 5	62	
Zona 17	E 5	8	
Zona 02	E 5	21	
Zona 01	E 5	13	104
Zona 18	E 6	87	
Zona 04	E 6	2	
Zona 09	E 6	2	
Zona 12	E 6	13	104
Zona 07	E 4	63	
Zona 15	E 4	14	
Zona 12	E 4	29	106

Zona 05	E 3	55	
Zona 16	E 3	18	
Zona 01	E 3	31	104
Zona 11	E 1	21	
Zona 17	E 1	12	
Zona 10	E 1	12	
Zona 08	E 1	12	
Zona 14	E 1	17	
Zona 03	E 1	23	97
Zona 18	E 7	87	
Zona 01	E 7	17	104
SUMA DE TOTALES			723

Para la presente investigación, por el tamaño del marco muestral, se consideró no encuestar todos los municipios aledaños a la ciudad capital; lo mismo en los departamentos. Se entrevistaron los lugares con mayor densidad poblacional.

Cuadro No.2. DISTRIBUCION POR MUNICIPIOS DE GUATEMALA, NÚMERO DE BOLETAS Y ENCUESTADORES RESPONSABLES.

MUNICIPIOS	RESPONSABLE	No. ENCUESTAS	TOTAL
Mixco	E 2	146	146
Mixco	E 6	163	163
Chinautla	E 2	17	17
San Pedro Sacatepéquez	E 5	23	
San Juan Sacatepéquez	E 5	97	
Fraijanes	E 5	41	161
Villa Nueva	E 3	163	
Villa Nueva	E 4	97	
Amatitlán	E 4	66	163
Sta. Catarina Pinula	E 1	47	
San José Pinula	E 1	35	
Palencia	E 1	81	163
Villa Canales	E 7	71	
San Miguel Petapa	E 7	74	
San Pedro Ayampuc	E 7	17	162
SUMA DE TOTALES			1,138

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

Cuadro No.3. DISTRIBUCION POR DEPARTAMENTOS Y SUS MUNICIPIOS, NÚMERO DE BOLETAS Y ENCUESTADORES RESPONSABLES.

No. Depto.	Departamento	Municipios que se Visitarán	No. Boletas	Responsabl e	Total encuestas
	El Progreso				
		Sanarate	7	E 2	
		Guastatoya	7	E 2	
		San Agustín Acasaguastlán	8	E 2	22
2	Izabal				
		Los Amates	8	E 2	
		Morales	13	E 2	
		Puerto Barrios	14	E 2	
		Livingston	13	E 2	48
3	Petén				
		Flores	7	E 2	
		San Benito	6	E 2	
		San Andrés (*1)	7	E 2	
		San Francisco	11	E 2	
		Libertad	9	E 2	
		Sayaxché	13	E 2	53
(*1)					
E2 Refirió "por falta de recursos económicos fue necesario unificar las 7 boletas que correspondían al municipio de San Andrés Petén y aplicarlas en San Benito.					
4	Chimaltenango				
		Chimaltenango	17	E 2	
		Patzún	8	E 2	
		Tecpán	12	E 2	
		Comalapa	14	E 2	
		San Martín Jilotepeque	14	E 2	65
5	Retalhuleu				
		Retalhuleu	13	E 4	
		San Sebastián	6	E 4	
		San Andrés Villa Seca	9	E 4	
		El Asintal	9	E 4	37
6	Huehuetenango				
		Huehuetenango	13	E 4	

		Chiantla	12	E 4	25
7	San Marcos(*2)			E 4	
		San Marcos	17	E 4	
		San Pedro Sacatepéquez	17	E 4	
		Comitancillo	10	E 4	
		Concepción Tutuapa	10	E 4	
		Tajumulco	10	E 4	
		Tacaná	10	E 4	
		El tumbador	13	E 4	
		San pablo San Marcos	11	E 4	
		Malacatán	10	E 4	108
			TOTAL ENCUESTAS		<u>358</u>

(*2)

*E4 refiere el investigador y según las noticias del 28 al 29 de octubre de 2,005 donde éste departamento fue uno de los más afectados por la tormenta Stan, las carreteras quedaron sin acceso a muchos de sus municipios por ello se vio en la necesidad de cambiar el recorrido asignado quedando de la siguiente manera : **San Marcos** 18 boletas, **San Pedro Sacatepéquez** 20 boletas, **San Rafael Pie de la Cuesta** 10 boletas, **El Tumbador** 14 boletas, **Pajapita** 13 boletas, **Malacatán** 16 boletas y **San Pablo** 17 boletas para un total de 108.*

1	Escuintla	Escuintla	30	E 5	
		Sta. Lucia Cotzumalguapa	29	E 5	
		Nueva Concepción	26	E 5	85
2	Totonicapán	San Cristóbal Totonicapán	4	E 6	
		San Francisco El Alto	9	E 6	
		Momostenango	15	E 6	
		Totonicapán	19	E 6	47
3	Quetzaltenango	Quetzaltenango	27	E 6	
				E 6	
		Cantel	13		
		San Juan Ostuncalco	15	E 6	
		Colomba	13	E 6	
		Coatepeque	24	E 6	92
4	Sololá	Panajachel	7	E 6	
		Sololá	12	E 6	
		Santiago Atitlán (*3)	10	E 6	
		Sta. Catarina Ixtahuacán	9	E 6	
		Nahualá	7	E 6	45

(*3)

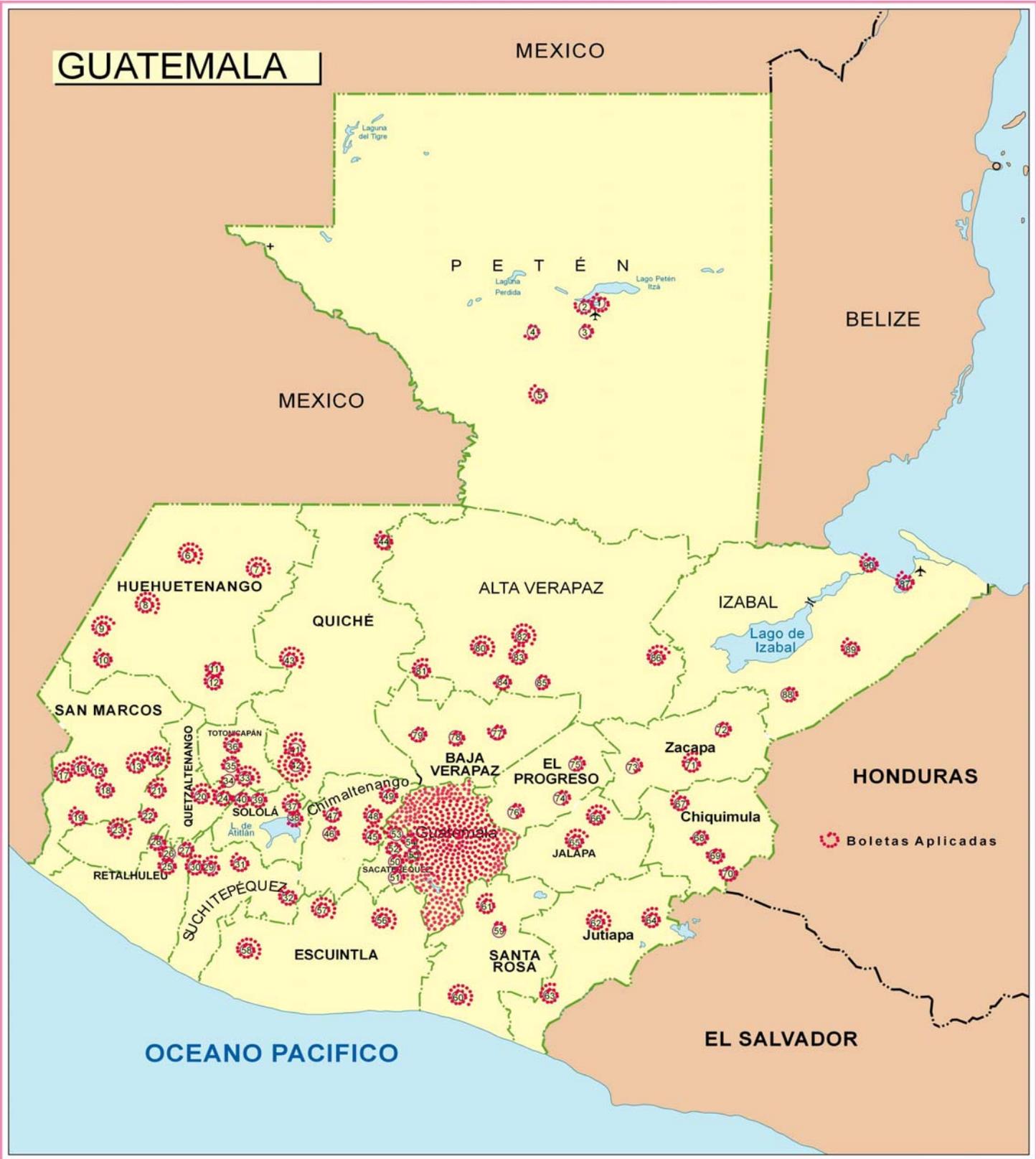
E6 Refirió que no se tuvo acceso a Santiago Atitlán debido a los desastres ocasionados por la tormenta Stan, aplicando las 10 boletas distribuidas en los diferentes municipios asignados anteriormente descritos en el cuadro.

5	Santa Rosa	Barberena	16	E 5	
		Cuilapa	5	E 5	

		Chiquimulilla	24	E 5	
					45
6	Jutiapa	Jutiapa	25	E 5	
		Asunción Mita	16	E 5	
		Moyuta	16	E 5	57
			TOTAL ENCUESTAS		<u>371</u>
1	Quiché	Santa Cruz del Quiché	20	E 1	
		Chichicastenango	34	E 1	
		Nebaj	22	E 1	
		Playa Grande Ixcán	13	E 1	
					89
2	Huehuetenango	San Gaspar Ixchil (*4)	9	E 1	
		Cuilco	15	E 1	
		La Democracia	20	E 1	
		Jacaltenango	21	E 1	
		San Mateo Ixtatán	20	E 1	
		Barillas	10	E 1	93
			TOTAL ENCUESTAS		<u>182</u>
(*4)					
<i>E1 refirió que debido a los desastres ocasionados por la tormenta Stan se vio en la necesidad de aplicar las boletas que correspondían a San Gaspar Ixchil en el municipio de Barillas</i>					
1	Suchitepéquez	San Antonio Suchitepéquez	9	E 7	
		Mazatenango	19	E 7	
		Sto. Domingo Suchitepéquez (*5)	11	E 7	
		Chicacao	13	E 7	
		Río Bravo	6	E 7	
					58
(*5)					
<i>E7 Refiere haber cambiado Sto. Domingo Suchitepéquez por Patulul, Río Bravo por Cuyotenango debido a que la carretera a los municipios designados es de difícil acceso.</i>					
2	Zacapa	Zacapa	15	E 7	
		Gualán	9	E 7	
		La Unión (*6)	7	E 7	31
(*6)					
<i>E7 Refiere haber cambiado el municipio de La Unión, debido a que éste es de difícil acceso en cuanto a tiempo y distancia, por tal motivo se realizó la aplicación de la encuesta, en el municipio de Teculután.</i>					
3	Chiquimula	Chiquimula	16	E 7	
		San Jacinto	5	E 7	
		Esquipulas	11	E 7	
		Camotán (*7)	13	E 7	
					45

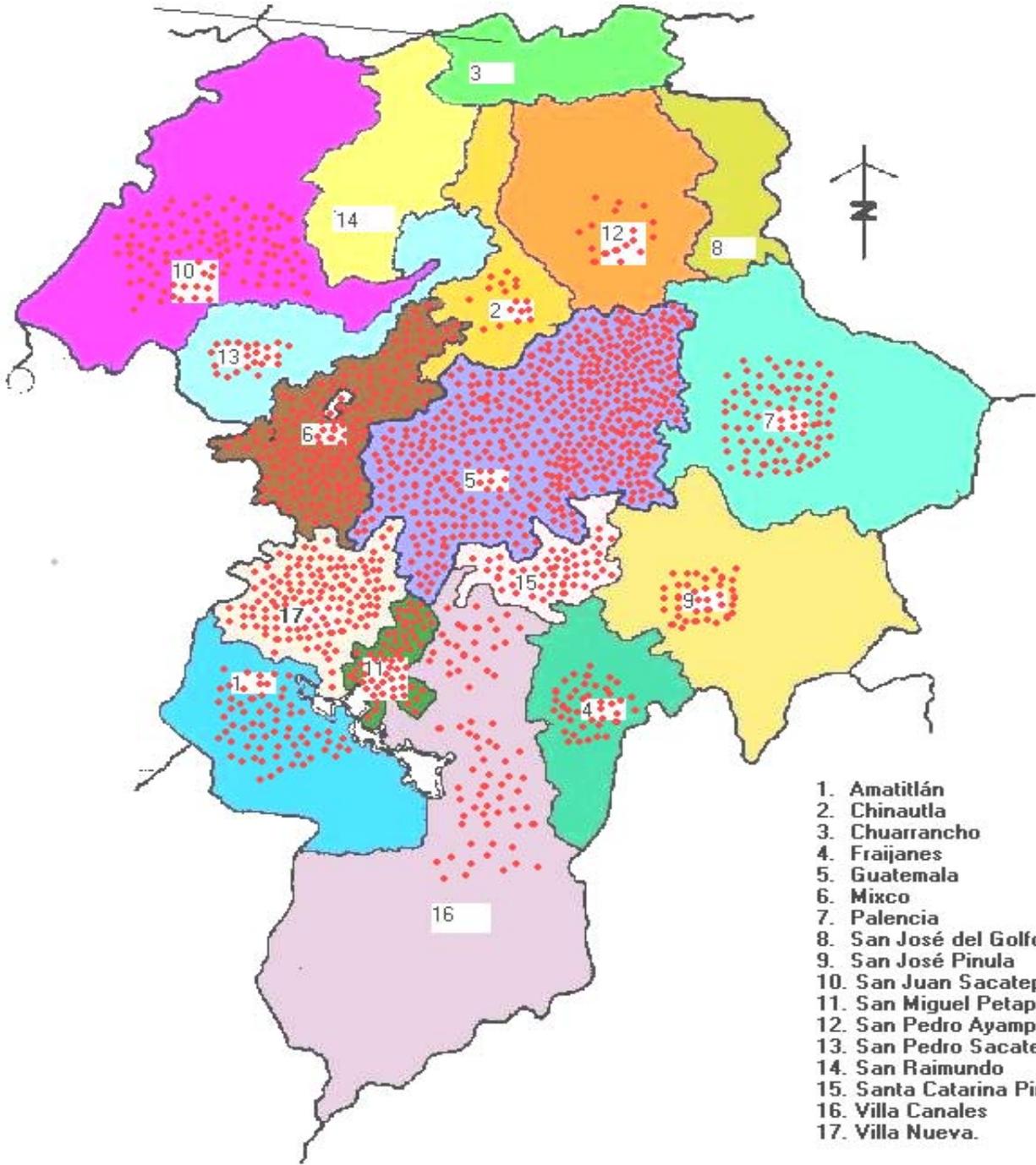
(*7)					
<i>E 7 refirió haber cambiado Camotán por Quetzaltepeque debido a la distancia y porque empezó la tormenta Stan.</i>					
4	Jalapa	Jalapa	16	E 7	
		San Pedro Pinula	9	E 7	
		Mataquescuintla (*8)	10	E 7	35
				TOTAL ENCUESTAS	<u>169</u>
(*8) <i>E 7 Refirió que por motivo de acceso y daños en la carretera no fue posible visitar el municipio de Mataquescuintla, aplicando las boletas en los municipios asignados de manera proporcional</i>					
1	Sacatepéquez	Antigua	7	E 3	
		Jocotenango	8	E 3	
		Sumpango	7	E 3	
		Santiago Sacatepéquez	6	E 3	
		San Lucas Sacatepéquez	6	E 3	
		Ciudad Vieja	6	E 3	40
2	Baja Verapaz	Salamá	11	E 3	
		Cubulco	10	E 3	
		Purulhá (*9)	9	E 3	30
(*9)					
<i>E 3 Refirió que por instrucción del asesor metodológico se aplicaron las 9 boletas que correspondían a Purulhá en el municipio de Rabinal, debido a ser un área afectada por el conflicto armado.</i>					
3	Alta Verapaz	Cobán	21	E 3	
		San Cristóbal Verapaz	15	E 3	
		Panzós (*10)	18	E 3	
		Senahú (*11)	18	E 3	
		San Pedro Carchá (*12)	21	E 3	
		Chisec	15	E 3	108
				TOTAL ENCUESTAS	<u>178</u>
TOTAL DE ENCUESTAS EN TODOS LOS DEPARTAMENTOS					1258
<i>Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.</i>					
(*10)					
<i>E 3 Refirió que las boletas de Panzós fueron aplicadas en dos lugares, 9 en este municipio y las 9 restante en la Aldea de Telemán Alta Verapaz, esto debido a problemas de acceso por ser el camino de terracería</i>					
(*11)					
<i>E 3. Refirió que las boletas de Senahú fueron aplicadas en dos lugares, 8 en Tukurú y las 10 restante en Tamahú, esto debido a problemas de distancia, accesibilidad y recursos económicos.</i>					
(*12)					
<i>E 3. Refirió que las boletas de Chisec fueron aplicadas en el municipio de San Juan Chamelco debido a problemas de distancia, accesibilidad y recursos económicos.</i>					

PLOTEO DE APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO A NIVEL NACIONAL



PLOTEO DE MUNICIPIOS ALEDAÑOS A LA CAPITAL

MUNICIPIOS Y ZONAS DEL DEPARTAMENTO DE GUATEMALA



- 1. Amatitlán
- 2. Chiantla
- 3. Charrancho
- 4. Fraijanes
- 5. Guatemala
- 6. Mixco
- 7. Palencia
- 8. San José del Golfo
- 9. San José Pinula
- 10. San Juan Sacatepéquez
- 11. San Miguel Petapa
- 12. San Pedro Ayampuc
- 13. San Pedro Sacatepéquez
- 14. San Raimundo
- 15. Santa Catarina Pinula
- 16. Villa Canales
- 17. Villa Nueva.

PLOTEO A NIVEL DEPARTAMENTAL



2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento que se utilizó para la recopilación de la información fue la boleta de recolección de datos, así mismo la técnica de entrevista estructurada, que fue dirigida y realizada por los siete (7) investigadores. Dicho instrumento consta de 101 preguntas con respuestas dicotómicas y múltiples, las cuales hacen referencia al aspecto de la vida cotidiana del individuo y particularmente de su salud mental. Al momento de la aplicación y análisis de los resultados se encontró la limitante de validez y confiabilidad de la información recopilada en las preguntas: 11, 12, 13, 25, 26, 55 y 65, por ser éstas de carácter muy personal, las personas mostraron resistencia al momento de responder.

TÉCNICAS Y PROCEDIMIENTOS DE TRABAJO:

1. Se diseñó el primer formato de la investigación y fue presentado en el siguiente orden: Programa Nacional de Salud Mental, como Unidad Ejecutora del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS); Centro de Investigaciones en Psicología (CIEP's), de la Universidad de San Carlos de Guatemala y Consejo Directivo de la Escuela de Ciencias Psicológicas.
2. Se realizaron reuniones preliminares de Coordinación con Licda. Aura Marina López de Orellana, Coordinadora del Programa Nacional de Salud Mental y Licda. Marlyn Paz del MSPAS.
3. Se esperaron los trámites administrativos correspondientes al PNUD para la entrega de viáticos a cada investigador, ascendiendo a un monto total de Q 12,000.00 distribuidos proporcionalmente, utilizado para realizar el trabajo de campo. Es importante mencionar que cada investigador sufragó gastos necesarios que no cubrió el monto anterior.
4. Se realizaron una serie de reuniones con el Ing. Neri Cruz Saravia, catedrático de la USAC, quien brindó la asesoría adecuada en el desarrollo de las técnicas estadísticas de muestreo.

5. Se organizó el trabajo de campo en tres fases: la primera se inició en las zonas capitalinas; la segunda, en municipios aledaños a la capital y la tercera fase, en los departamentos y municipios de los mismos.
6. Se elaboró el manual del entrevistador, con el objetivo de ser un apoyo en el trabajo de campo de cada investigador.*
7. Después de llegar a cada lugar, los encuestadores se ubicaron en el área central, a fin de obtener una muestra aleatoria y representativa.
8. Se inició el trabajo de campo el 29/08/05 y se finalizó el 04/11/05, habiéndose encuestado a 3,119 personas residentes en diferentes lugares del territorio nacional*.
9. Simultáneamente al trabajo de campo, cada investigador realizó la tabulación de las encuestas en la base de datos, que había sido preparada previamente.
10. En la parte final de la investigación, se realizó el Perfil Inicial en Salud Mental, así como las Guías de Orientación para Servicio y Docencia. También se realizaron análisis e interpretaciones de los hallazgos más importantes; de igual forma se compararon los resultados obtenidos entre las ocho regiones.

* Ver anexo No. 8

* Ver anexo No. 7

3. TÉCNICAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS, DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE DATOS

Para la presentación e interpretación de los datos se realizó el siguiente cuadro, encontrándose representada la categoría y el ítem, así como la forma en que se unificó y se graficaron los resultados obtenidos durante la aplicación del instrumento de recopilación de la información.

CATEGORÍAS Y No. DE ITEM	ITEM	INTERPRETACIÓN
Datos Generales 1-8	1.- EDAD, 2.- SEXO 3.- ETNIA 4.-ESTADO CIVIL 5.OCUPACIÓN 6.ESCOLARIDAD 7.-RELIGIÓN.	Los datos generales de los ítems 1 al 8, fueron graficados por medio de porcentajes, cuadros, gráficas de barras y de pie.
	- LUGAR,	Los resultados están representados por medio del ploteo ubicado en las páginas No. 92, 93 y 94.
Nivel Familiar 9-14	9.-¿Regularmente conversa y comparte experiencias con su familia? Si: _____ No:_____	Los resultados de los ítems 9 y 10 fueron unidos en Preferencias Sociales , se realizó un cuadro representado en porcentajes y una gráfica de barras en donde no se graficó los porcentaje del ítem 9 únicamente se mencionan.
	10.-Personalmente gusta más de: Estar en el trabajo____Compartir con amigos/as____ Hacer deporte Compartir con su familia _____ Estar solo _____	
	11.-¿De qué manera ha observado usted que se corrige a los niños en la comunidad? Conversan con ellos:_____ Los regañan:_____ Les gritan:_____ Les pegan:_____ Los encierran:_____ Les quitan privilegios:_____ Otros:_____	
	12.-¿Cómo considera usted que sea la forma correcta de resolver problemas o diferencias en el	Los datos obtenidos en los ítems 11,12 y 13 se representaron por medio de Manera de corregir a los niños y formas de resolver problemas en la comunidad y se graficó por medio de barras agrupadas comparativas, con porcentajes y su cuadro respectivo.

	<p>hogar? Dialogar:___Gritar:___Pelear:___ Agredir verbalmente:_____ Agredir físicamente_____ Agredir psicológicamente_____</p> <p>13.-¿De qué manera cree usted que se corrige a los hijos? Palos:___Cinchos:___Manos:___ Correas:_____Otros:_____</p> <p>14.-¿Qué integrantes de su familia viven con usted? Papá:___Mamá:___Cónyuge:___ Hijos:___Padrastra:___Madrastro:___ Hermanos:___Abuelos:___ Suegros:___Cuñados:___Tíos:___ Sobrinos:___Otros:_____</p>	<p>Los datos obtenidos en este ítem representa la Estructura familiar. La cual se graficó en barras comparativas como familia integrada, desintegrada y extensa, con sus respectivos porcentajes y su cuadro.</p>
<p>Nivel Socioeconómico 15-29</p>	<p>15.-¿Recibe ayuda de algún organismo privado o público? Si: _____No:_____</p> <p>En caso positivo ¿de qué forma la recibe? Económica:___ Atención en salud:___ Otra:_____</p> <p>16.-¿Tiene usted apoyo económico de algún pariente o familiar? Si: _____No:_____</p> <p>25.-Su ingreso económico mensual se encuentra ubicado: Menos de Q.400___ De Q401 a Q600:_____ De Q601 a Q800:_____ De Q801 a Q1000:_____ De Q1001 a Q1500:_____ De Q1501 a Q2000:_____ De Q2001 a Q3000:_____ De Q3001 a Q4000:_____ De Q4001 y más:_____</p> <p>26.-¿Su ingreso económico, le permite hacer ahorros? Si: _____No:_____</p> <p>17.-¿Hay personas que ayudan o que prestan un servicio de salud en</p>	<p>Los resultados de los ítems 15, 16, 25 y 26 fueron unidos en Apoyo gubernativo, familiar, ingresos y ahorro. Se realizó un cuadro y una gráfica de barras comparativas, representados con porcentajes.</p> <p>Los resultados de los ítems 17 y 18 fueron unidos en Asistencia en salud y</p>

	<p>su comunidad? Si: _____ No: _____</p> <p>18.-¿Existe un comité o asociación en su comunidad? Si: ___ No: _____ Cuál: _____</p> <p>19.-Actualmente ¿cuál es su situación laboral? Empleado: ___ Desempleado: _____</p> <p>20.-¿Qué tipo de trabajo posee? Formal: _____ Informal: _____</p> <p>21.-¿De qué está construida la casa en donde vive? Block: _____ Lámina: _____ Madera: _____ Otro: _____</p> <p>22.-¿El lugar en dónde vive es considerado cómo? Barrio: _____ Asentamiento: ___ Residencial: _____ Colonia: _____ Cantón: _____ Aldea: _____ Parcelamiento: ___ Finca: _____ Caserío: _____ Otro: _____</p> <p>23.-Su vivienda es: Propia: _____ Alquilada: _____ Otra: _____</p> <p>27.-¿Con qué frecuencia se dan los actos de violencia en su comunidad? Diario: ___ Cada semana: ___ Cada 15 días: ___ Cada mes: _____ Nunca: _____</p> <p>28.-¿Qué tipo de violencia puede observar entre sus vecinos? Violaciones: _____ Asaltos: _____ Secuestros: ___ Violencia Intrafamiliar _____ Asesinatos: _____ Linchamientos: ___ Otros: _____</p> <p>29.-¿Usted fue afectado por el conflicto armado interno? Si: _____ No: _____</p>	<p>Estructura comunitaria. Se elaboró un cuadro y una gráfica de barras comparativas representados en porcentajes.</p> <p>Los resultados de los ítems 19 y 20 corresponden a Empleo, Desempleo y tipos de trabajo se realizó un cuadro y una sola gráfica de barras representados en porcentajes.</p> <p>Los resultados de los ítems 21, 22 y 23 se unieron en Tipo, ubicación y tenencia de vivienda. Se elaboró un cuadro y gráfica de barras agrupadas comparativas representados en porcentajes</p> <p>Los resultados de los ítems 27, 28 y 29 fueron unidos en Secuelas del Conflicto armado, tipo y sucesión de hechos violentos, se realizó un cuadro y una gráfica de barras agrupadas comparativas representados en porcentajes</p>
--	--	--

<p>Nivel Físico General 30-35</p>	<p>30.-¿Cómo considera en general su salud? Muy buena:_____ Buena:_____ Regular: _____ Mala: _____</p> <p>⇨ 31.- ¿Tiene usted limitaciones de salud o alguna enfermedad que le provoque alguna discapacidad física o le esté afectando actualmente? Si: __ No:___ Cuál:_____</p> <p>32.-¿Ha recibido algún tratamiento para su enfermedad? Si: _____ No:___ Cuál:_____</p> <p>33.-Cuando usted está enfermo físicamente ¿a dónde acude para recibir ayuda? Comadrona:_____ Curandero:_____ Centro de Salud:_____ Clínica Privada: __ Puesto de Salud _____ Hospital Público:_____ IGSS:_____ Otros:_____</p> <p>34.-Para costear sus gastos, en caso de enfermedad, ¿usted qué hace? Usa sus ahorros: _____ Presta dinero: __ Usa de su sueldo: _____ Tiene seguro médico: _____ Tiene dinero destinado para enfermedades:_____ Otro:_____</p> <p>35.-Cuando se enferma, ¿cuánto tiempo necesita para trasladarse al lugar en donde está la persona que lo atiende? 1-3 horas:_____ 4-7 horas: _____ 8-12 horas:_____ 1 día:_____ 2-3 días:___ 5 días o más:_____</p>	<p>Los resultados de los ítems 30, 31 y 32 fueron unidos en Atención en salud, padecimientos físicos y criterios de estado de salud se realizó un cuadro y una sola gráfica de barras agrupadas comparativas representados en porcentajes</p> <p>Los resultados de los ítems 33, 34 y 35 fueron unidos en Lugares de asistencia, sufragación de gastos y tiempo de traslado se realizó un cuadro y una gráfica de barras agrupadas comparativas representados en porcentajes</p>
<p>Nivel Psicopatológico. TRASTORNO DEL SUEÑO 36-46</p>	<p>⇨ 36.- ¿Tiene usted alguna dificultad para dormir durante toda la noche? Sí _____ No _____</p> <p>37.-¿Se despierta varias veces por la noche? Si: _____ No:_____</p>	<p>Los resultados de los ítems 36 al 46 fueron representados en la variable Trastorno del sueño, se realizó una sola gráfica de barras agrupadas comparativas representada en porcentajes y sus diferentes indicadores con su</p>

	<p>38.-¿Se siente descansado después de dormir? Sí: _____ No: _____</p> <p>39.-¿Le cuesta conciliar el sueño al acostarse? Sí _____ No: _____</p> <p>40.-¿Camina dormido por la noche? Sí: _____ No: _____</p> <p>41.-¿Su sueño es interrumpido por pesadillas? Sí: _____ No: _____</p> <p>42.-¿Frecuentemente le da sueño irresistible aunque esté en alguna actividad? Sí: _____ No: _____</p> <p>43.-¿Tiene sueño durante el día y por la noche no duerme? Sí: _____ No: _____</p> <p>44.-¿Le han comentado que cuando usted duerme rechina los dientes? Sí: _____ No: _____</p> <p>45.-¿Sabe usted si habla dormido? Sí: _____ No: _____</p> <p>46.-¿Duerme más de nueve horas diarias? Sí: _____ No: _____</p>	<p>tabla correspondiente.</p>
<p>TRASTORNO ALIMENTICIO 47-54</p>	<p>⇒ 47.-¿Frecuentemente se ha preocupado mucho por su apariencia física, tanto que tiene problemas en el consumo de sus alimentos? Sí: _____ No: _____</p> <p>48.-¿Está satisfecho(a) con su peso actual? Si: _____ No: _____</p> <p>49.-¿Se siente culpable cuando usted ha comido mucho? Si: _____ No: _____</p> <p>50.-¿Usted constantemente hace dietas para bajar de peso? Sí: _____ No: _____</p>	<p>Los resultados de los ítems 47 al 54 fueron representados en la variable Trastorno alimenticio, bulimia y anorexia se realizó una sola gráfica de barras agrupadas comparativas representada en porcentajes y sus diferentes indicadores con su tabla correspondiente.</p>

	<p>51.-¿Usted hace ejercicio más de cuatro horas diarias? Sí:_____ No:_____</p> <p>52.-Después de que usted come ¿se provoca el vomito? Sí:_____ No:_____</p> <p>53.¿Utiliza usted laxantes de dos a tres veces por semana? Sí:_____ No:_____</p> <p>54.-¿Ha tenido ausencia de su ciclo menstrual durante tres meses seguidos o más? Sí:_____ No:_____</p>	
<p>TRASTORNO POR ABUSO DE SUSTANCIAS 55-64</p>	<p>55.- ¿Usted consume o ha consumido alguna de las siguientes sustancias? Tabaco____Alcohol____ Drogas____ Ninguna____</p> <p>56.-¿Con qué frecuencia consume usted estas sustancias? Diario____ Semanalmente____ Quincenalmente____ Mensualmente____</p> <p>57.-¿Con frecuencia ha tenido momentos durante los cuales ha hecho cosas que luego no recuerda haber hecho? Si: _____No:_____</p> <p>58.-¿Con frecuencia ha estado en riñas o lo han detenido estando ebrio? Si: _____No:_____</p> <p>59.-¿Continúa bebiendo a pesar de saber que esto le causa problemas de salud físicos o mentales? Si: _____No:_____</p> <p>60.- En los momentos en que usted ha tomado alcohol, ¿terminó bebiendo más de lo que planeó cuando comenzó? Si: _____No:_____</p> <p>61.- Cuando usted asiste a una</p>	<p>Los resultados de los ítems 55 al 64 fueron representados en la variable Trastorno de adicciones y sus indicadores, se realizó una sola gráfica de barras agrupadas comparativas representada en porcentajes y sus diferentes indicadores con su tabla correspondiente.</p>

	<p>reunión, ¿creé que es indispensable que haya alcohol? Si: _____ No: _____</p> <p>62.-¿Ha consumido usted alguna droga? Si _____ No _____</p> <p>Si su respuesta fue afirmativa, especifique: Thiner/pegamento: _____ Marihuana: _____ Cocaína: _____ Otra: _____</p> <p>63.-¿Alguna vez ha querido dejar de consumir drogas, pero no ha podido? Si: _____ No: _____</p> <p>64.-¿Creé usted que el consumo de drogas o alcohol le ayuda a superar sus problemas? Siempre: _____ Casi siempre: _____ Algunas veces: _____ Nunca: _____</p>	
<p>Sondeo en la Población sobre Enfermedad Mental. 65-67</p>	<p>65.-¿Algún miembro de su familia, ha sufrido o sufre de alguna enfermedad mental? Si: _____ No: _____ Cuál: _____</p> <p>66.-¿Ha padecido alguna enfermedad psicológica o mental? Sí: _____ No: _____</p> <p>67.-¿Creé usted que sea necesario en caso de enfermedad mental recibir un tratamiento? Si: _____ No: _____</p>	<p>Se unieron los ítems 65, 66 y 67 y se clasificó como Presencia de enfermedad mental en la familia, padecimientos y tratamiento, representándose por medio de barras agrupadas comparativas con sus porcentajes y su tabla correspondiente</p>
<p>ANSIEDAD 68-75</p>	<p>68.-¿Se asusta con facilidad? Si: _____ No: _____</p> <p>69.-¿Frecuentemente le sudan las manos? Si: _____ No: _____</p> <p>70.-¿Frecuentemente siente que su corazón late a prisa? Si: _____ No: _____</p> <p>71.-¿Constantemente siente que no puede respirar fácilmente?</p>	<p>Los datos obtenidos de los ítems 68 al 75 se unieron en la variable Ansiedad, representándose por medio de gráfica de barras comparativas con sus porcentajes y su tabla.</p>

	<p>Si: _____ No: _____</p> <p>72.-¿Sufre dolores de cabeza, de cuello o de espalda? Si: _____ No: _____</p> <p>73.-¿Frecuentemente se atemoriza sin motivo? Si: _____ No: _____</p> <p>74.-¿Se come las uñas? Si: _____ No: _____</p> <p>75.-¿Con frecuencia se siente nervioso(a), tenso(a), o aburrido(a)? Si: _____ No: _____</p>	
<p>DEPRESIÓN 76-82</p>	<p>76.-¿Últimamente tiene dificultad para tomar decisiones? Si: _____ No: _____</p> <p>77.-¿Se siente desanimado, abatido, sin energía o triste? Si: _____ No: _____</p> <p>78.-¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? Si: _____ No: _____</p> <p>79.-¿Llora usted con mucha frecuencia? Si: _____ No: _____</p> <p>82.-¿Ha perdido interés en realizar las cosas habituales (bañarse, arreglarse, etc.)? Si: _____ No: _____</p> <p>80.-¿Creé usted que su vida no tiene sentido? Si: _____ No: _____</p> <p>81.-¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? Si: _____ No: _____</p>	<p>Los datos obtenidos de los ítems 76 al 79 y 82 se unieron en la variable Depresión, representándose por medio de gráfica de barras agrupadas comparativas con sus porcentajes y su tabla.</p> <p>Los datos obtenidos de los ítems 80 y 81 se unieron en Tendencia al suicidio, representándose por medio de gráfica de barras agrupadas comparativas con sus porcentajes y su tabla.</p>
<p>PERSONALIDAD 83-90</p>	<p>83.-¿Se considera una persona más bien inclinada a? La acción: _____ La reflexión: _____</p> <p>84.-Si un amigo le pide un favor: Por regla general lo hace: _____</p>	<p>Los datos obtenidos de los ítems 83 al 90 se unieron en Características de personalidad, representándose por medio de gráfica de barras</p>

	<p>Es mejor que otro lo haga por usted:_____</p> <p>85.-¿Cuándo tiene tiempo libre, le gusta? Estar tranquilo y relajado:_____ Buscar enseguida otra actividad que hacer:_____</p> <p>86.-¿Cuándo se propone una meta, ante los obstáculos que puede encontrar ¿qué hace? Se esfuerza más:_____ Se rinde y deja de intentarlo:_____</p> <p>87.-¿Creé que la mayoría de la gente a su alrededor parece estar mejor que usted en todo? Si: _____ No: _____</p> <p>88.-¿Le gusta ser usted mismo(a) y se acepta tal y cómo es? Siempre:_____ Casi siempre:_____ Casi nunca:_____ Nunca:_____</p> <p>89.-¿Creé usted que será capaz de lograr algo significativo en su vida? Si: _____ No: _____</p> <p>90.-Ante un problema usted reacciona: Enojado:_____ Grita:_____ Busca culpables:_____ Conversa sobre el problema:_____ Hace de cuenta que no hay problema:_____ Busca solución:_____ Pelea físicamente con otros:_____ Piensa:_____ Se angustia:_____</p>	<p>agrupadas comparativas con sus porcentajes y su tabla.</p>
<p>TRASTORNO OBSESIVO- COMPULSIVO 91-92</p>	<p>91.- ¿Ha hecho usted algo repetidamente sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, ordenar, contar y verificar las cosas una y otra vez? Si: _____ No: _____</p> <p>92.-¿Ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas o</p>	<p>Los datos obtenidos de los ítems 91 y 92 se unieron en la variable Trastorno obsesivo compulsivo, representándose por medio de barras agrupadas comparativas con sus porcentajes y su tabla.</p>

	angustiosas? Si: _____ No: _____	
TRASTORNO PSICÓTICO. 93-101	<p>⇒ 93.-¿Ha experimentado sensaciones extrañas como escuchar que le hablan cuando está solo o tener algún tipo de visión? Si: _____ No: _____</p> <p>94.-¿Creé usted ser mucho más importante de lo que piensan los demás? Si: _____ No: _____</p> <p>95.-¿Ha notado alguna interferencia o algo raro en sus pensamientos? Si: _____ No: _____</p> <p>96.-¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien lo espía, conspira contra usted o que tratan de hacerle daño? Si: _____ No: _____</p> <p>97.-Frecuentemente habla en exceso: Si: _____ No: _____</p> <p>98.-¿Se ha sentido demasiado activo o inquieto físicamente? Si: _____ No: _____</p> <p>99.-¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? Si: _____ No: _____</p> <p>100.-¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el periódico o la TV? Si: _____ No: _____</p> <p>101.-¿Ha tenido momentos durante los cuales se ha descontrolado y hecho cosas que luego no recuerda? Si: _____ No: _____</p>	<p>Los resultados de los ítems 93-101 fueron representados en la variable Trastorno psicótico, se realizó una solo gráfica de barras agrupadas comparativas representada en porcentajes con sus diferentes indicadores y su tabla.</p>

CAPÍTULO III

3.1. PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

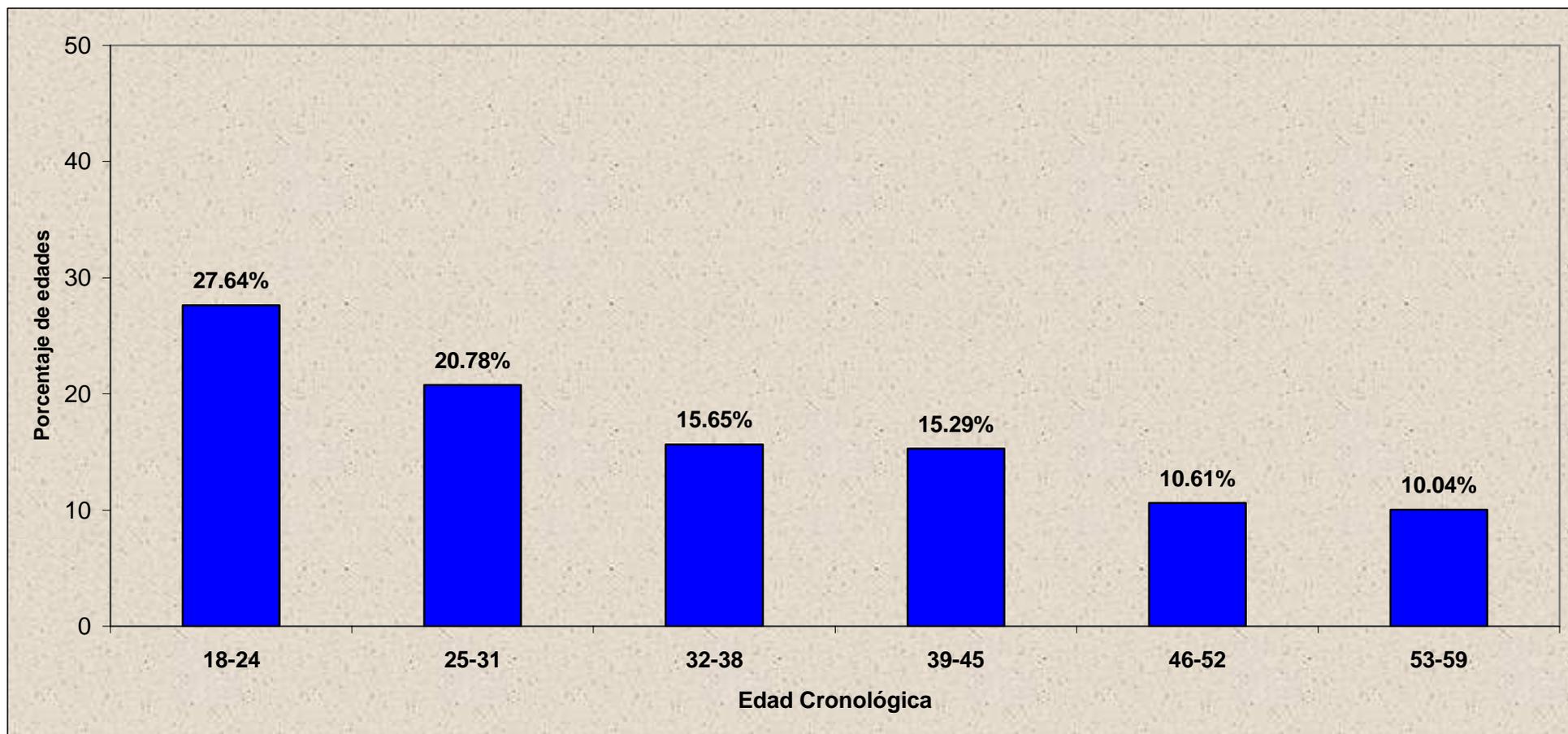
TABLA No 1. DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LA MUESTRA ENCUESTADA

INDICADORES	F	%
18-24	862	27.64
25-31	648	20.78
32-38	488	15.65
39-45	477	15.29
46-52	331	10.61
53-59	313	10.04
Total	3,119.00	100

Fuente: Datos tomados en la encuesta, elaboración propia, año 2,005

Gráfica No. 1

Distribución etaria de la muestra encuestada



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 1

La presente gráfica refleja las edades de la población encuestada, encontrándose el más alto porcentaje entre los 18-24 años con un 27.64%, el 20.78% entre los 25-31 años, el 15.65% entre 32-38 años, el 15.29% entre 39-45 años, de menor incidencia se encuentra con un 10.61% entre 46-52 años y con un 10.61% entre 53-59 años.

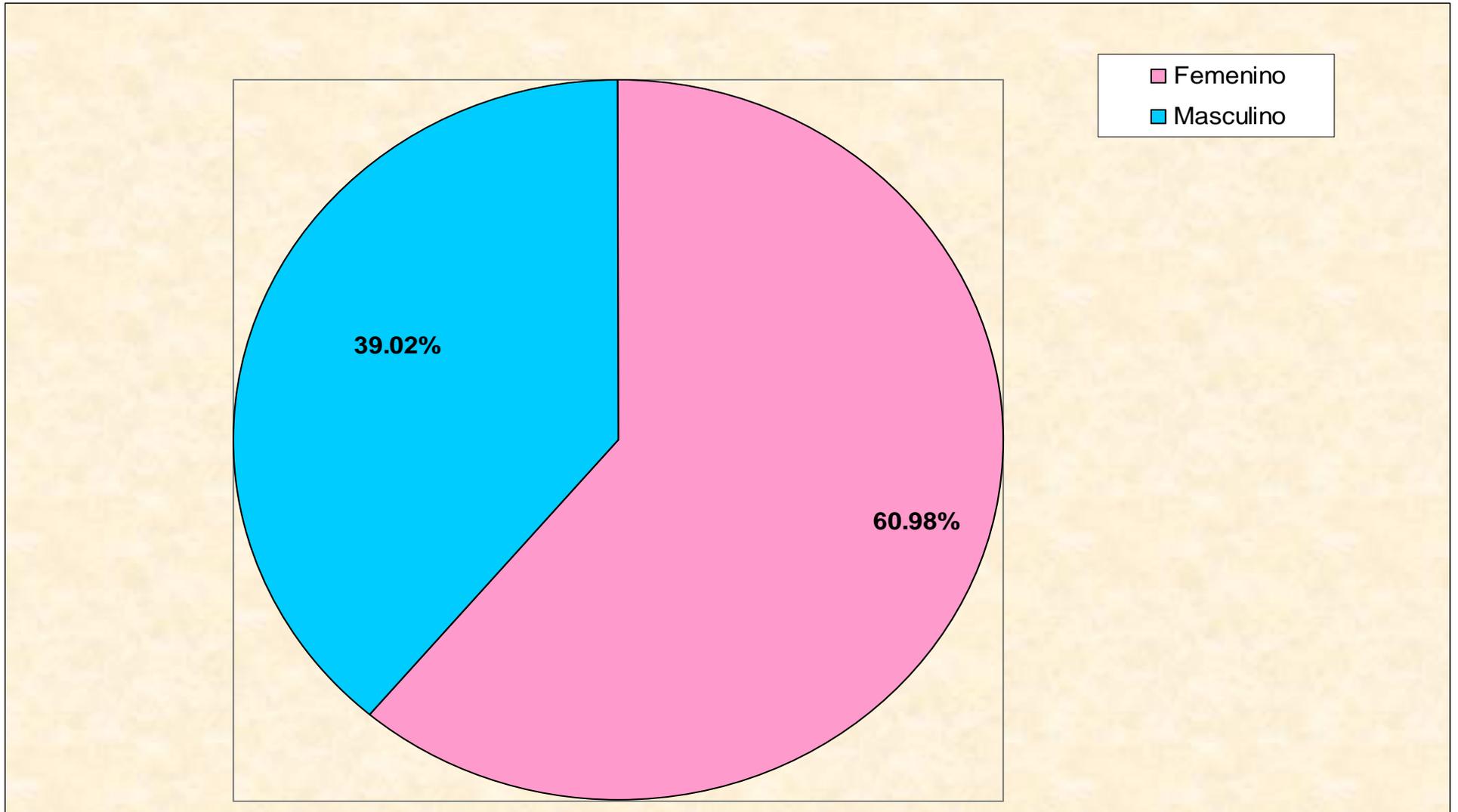
TABLA No. 2 DISTRIBUCIÓN DE LA
MUESTRA POR SEXO

INDICADORES	F	%
Femenino	1902	60.98
Masculino	1217	39.02
Total	3,119	100

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No.2

Distribución de la muestra por sexo



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 2

La presente gráfica muestra que el 60.98% de la población encuestada es de sexo femenino, mientras que el 39.02% es de sexo masculino.

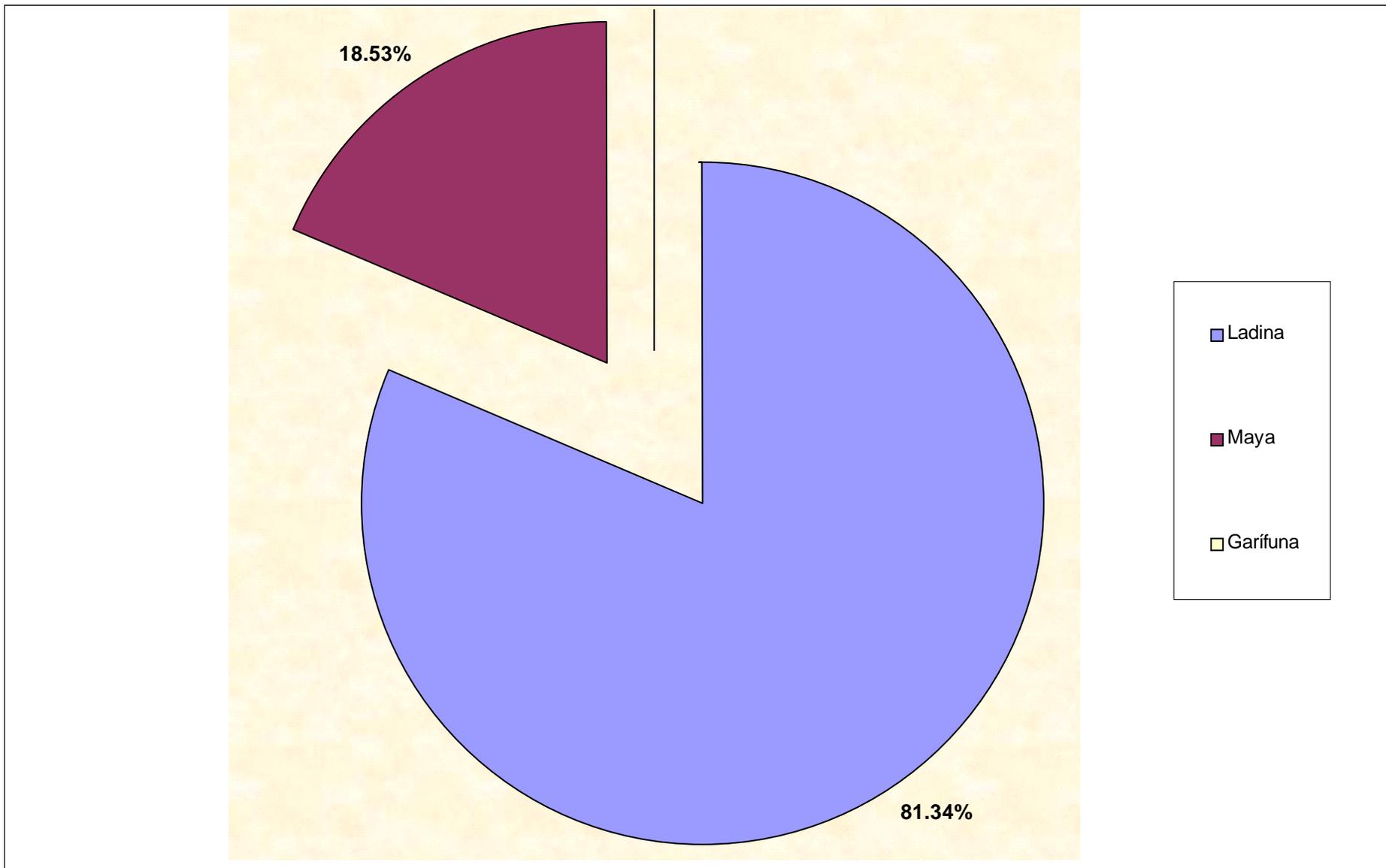
TABLA No. 3 DISTRIBUCIÓN POR ETNIAS DE LA MUESTRA

INDICADORES	F	%
Ladina	2537	81.34
Maya	578	18.53
Garífuna	4	0.13
Total	3,119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 3

Distribución por etnias de la muestra



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 3.

En referencia a la gráfica anterior se encuentra la étnia de la muestra encuestada, los porcentajes son los siguientes: el 81.34% Ladina, el 18.53% Maya o Indígena y el 0.13% Garífuna.

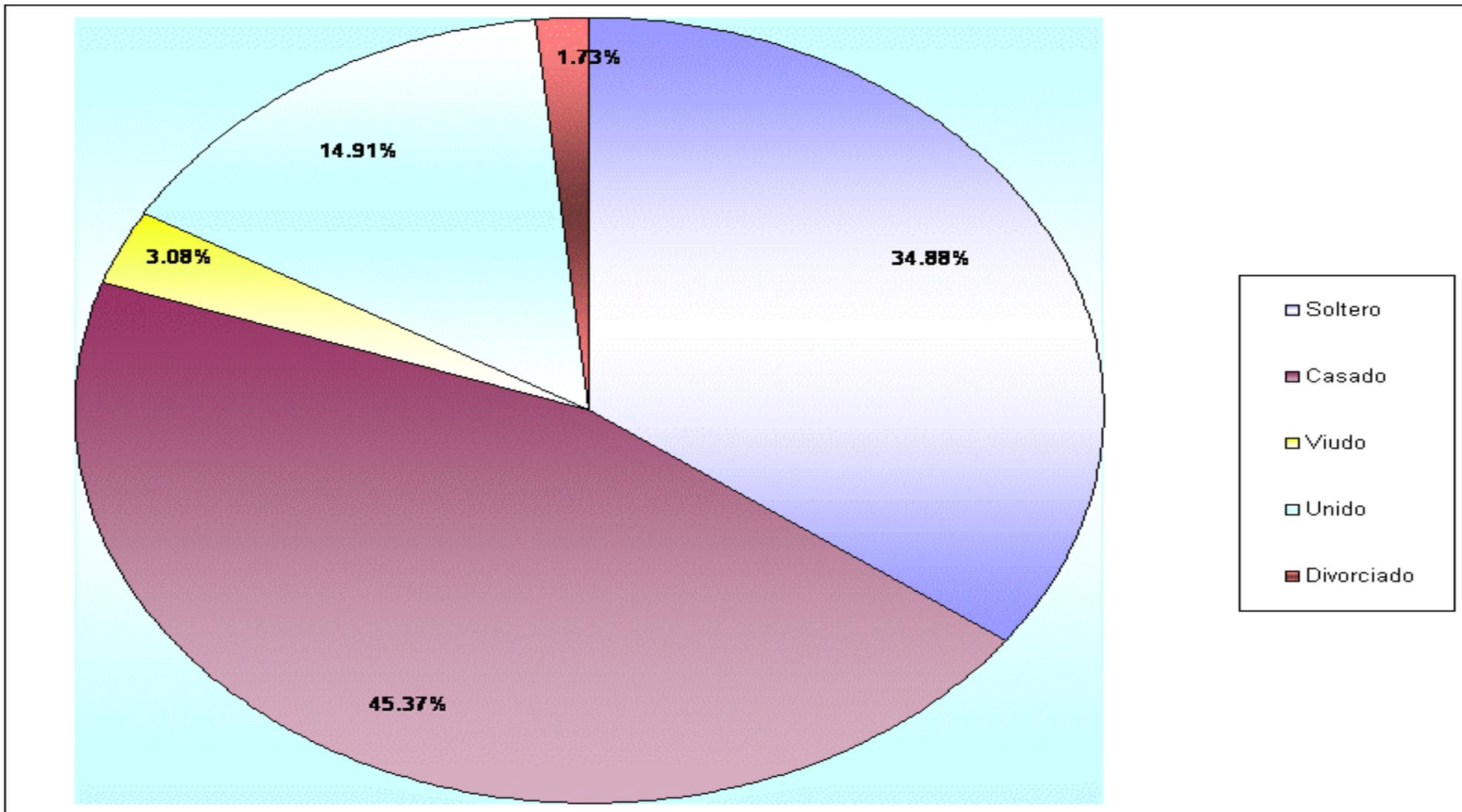
TABLA No. 4 DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL DE LA MUESTRA

INDICADORES	F	%
Soltero	1088	34.88
Casado	1415	45.37
Viudo	96	3.08
Unido	465	14.91
Divorciado	55	1.76
Total	3,119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 4

Distribución del estado civil de la muestra



Fuente: Datos tomados de la tabla No.4

En referencia al estado civil de la población entrevistada, refleja la gráfica que en un 45.37% son casados, el 34.88% son personas solteras y en menores porcentajes: el 14.91% unidos, el 3.08% corresponde a viudos y el 1.73% a divorciados.

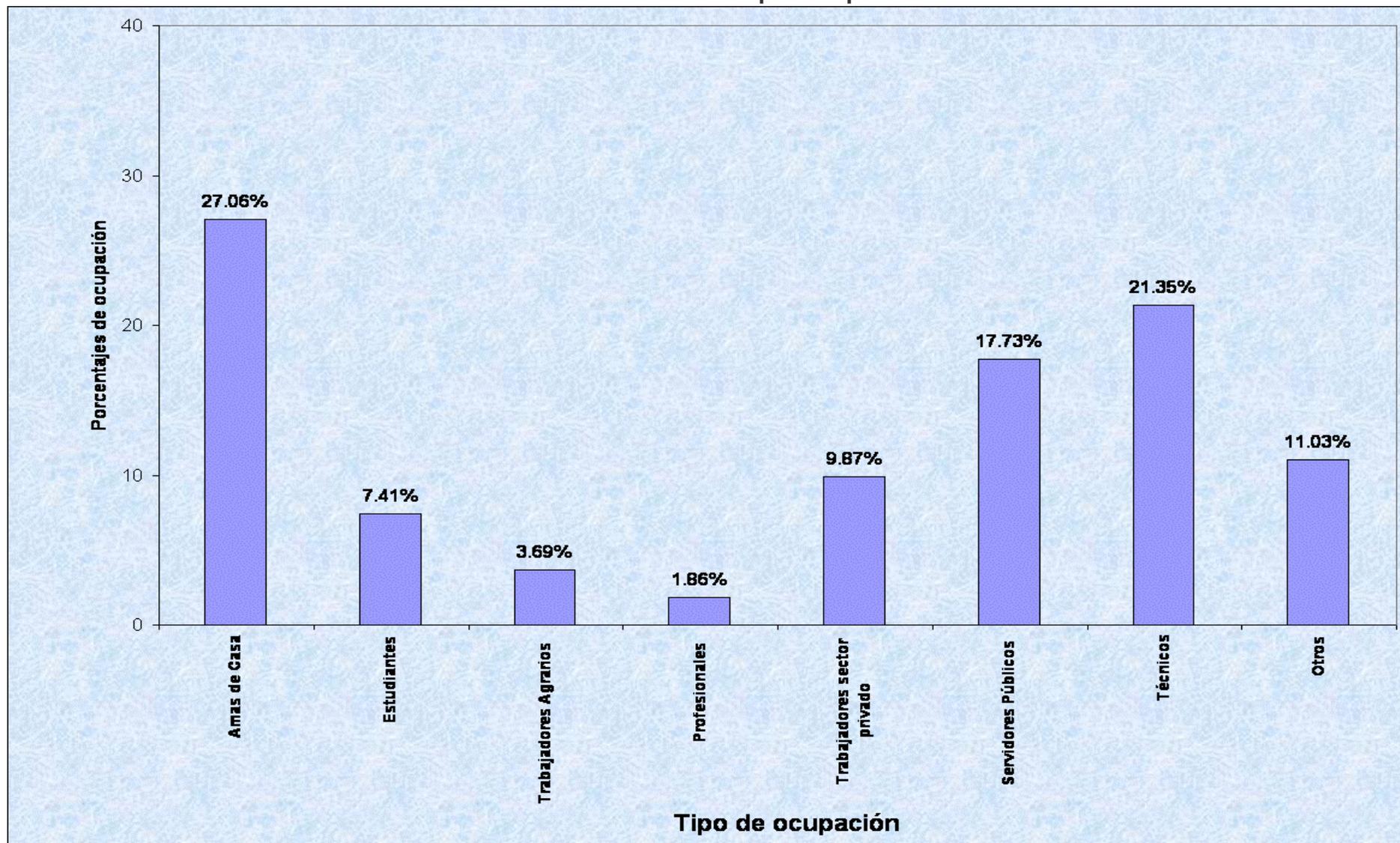
TABLA No. 5 DISTRIBUCION DE LA
MUESTRA POR OCUPACIÓN

INDICADORES	F	%
Ama de Casa	844	27.06
Estudiantes	231	7.41
Trabajadores Agrarios	115	3.69
Profesionales	58	1.86
Trabajadores del Sector privado	308	9.87
Servidores Públicos	553	17.73
Técnicos	666	21.35
Otros	344	11.03
Total	3,119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 5

Distribución de la muestra por ocupación



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 5

La presente gráfica refleja las ocupaciones de la población meta encuestada por lo que el 27.06% corresponde a amas de casa, el 21.35% a técnicos (albañil, auxiliar de enfermería, bombero, cajero, etc.), el 17.73% a servidores públicos (comerciante, oficios domésticos, tortillería etc.), el 11.03% otros, el 9.87% a trabajadores del sector privado (secretarías, contadores, supervisores, dependientes de mostrador etc.), el 7.41% son estudiantes, el 3.69% trabajadores agrarios (jornaleros, agricultores, etc.) y el 1.86% profesionales (maestros, doctores, administradores de empresas etc.).

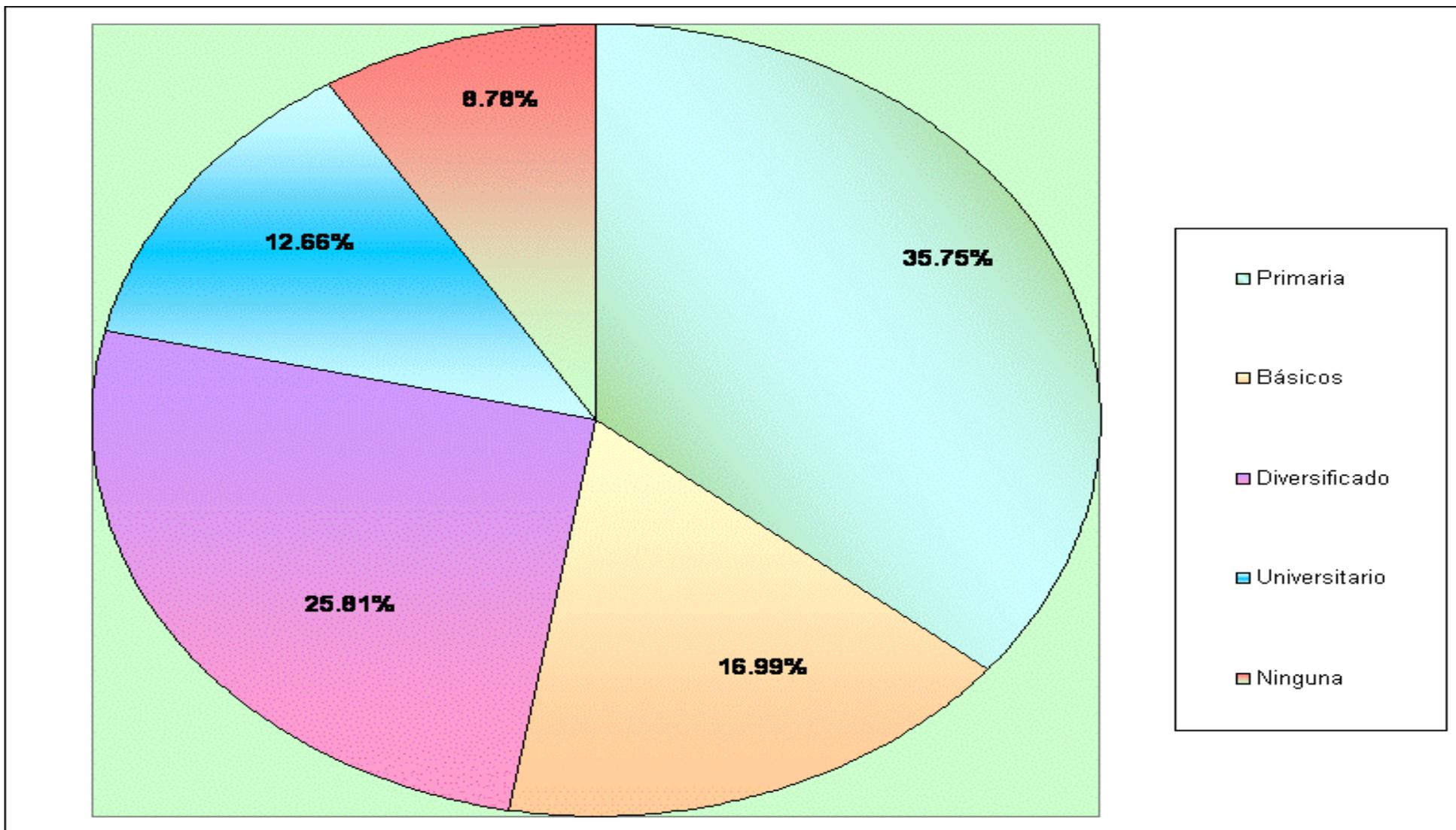
TABLA No. 6 DISTRIBUCIÓN DE LA
MUESTRA POR ESCOLARIDAD

INDICADORES	F	%
Primaria	1115	35.75
Básicos	530	16.99
Diversificado	805	25.81
Universitario	395	12.66
Ninguna	274	8.78
Total	3,119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 6

Distribución de la muestra por escolaridad



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 6

En la gráfica anterior se reflejan los diferentes niveles de estudios que la población entrevistada tiene, por lo que la mayoría posee un nivel Primario con un 35.75%, luego un 25.81% posee un nivel Medio, el 16.99% un nivel Básico, el 12.66% un nivel Universitario y un 8.78% no posee ningún tipo de estudio.

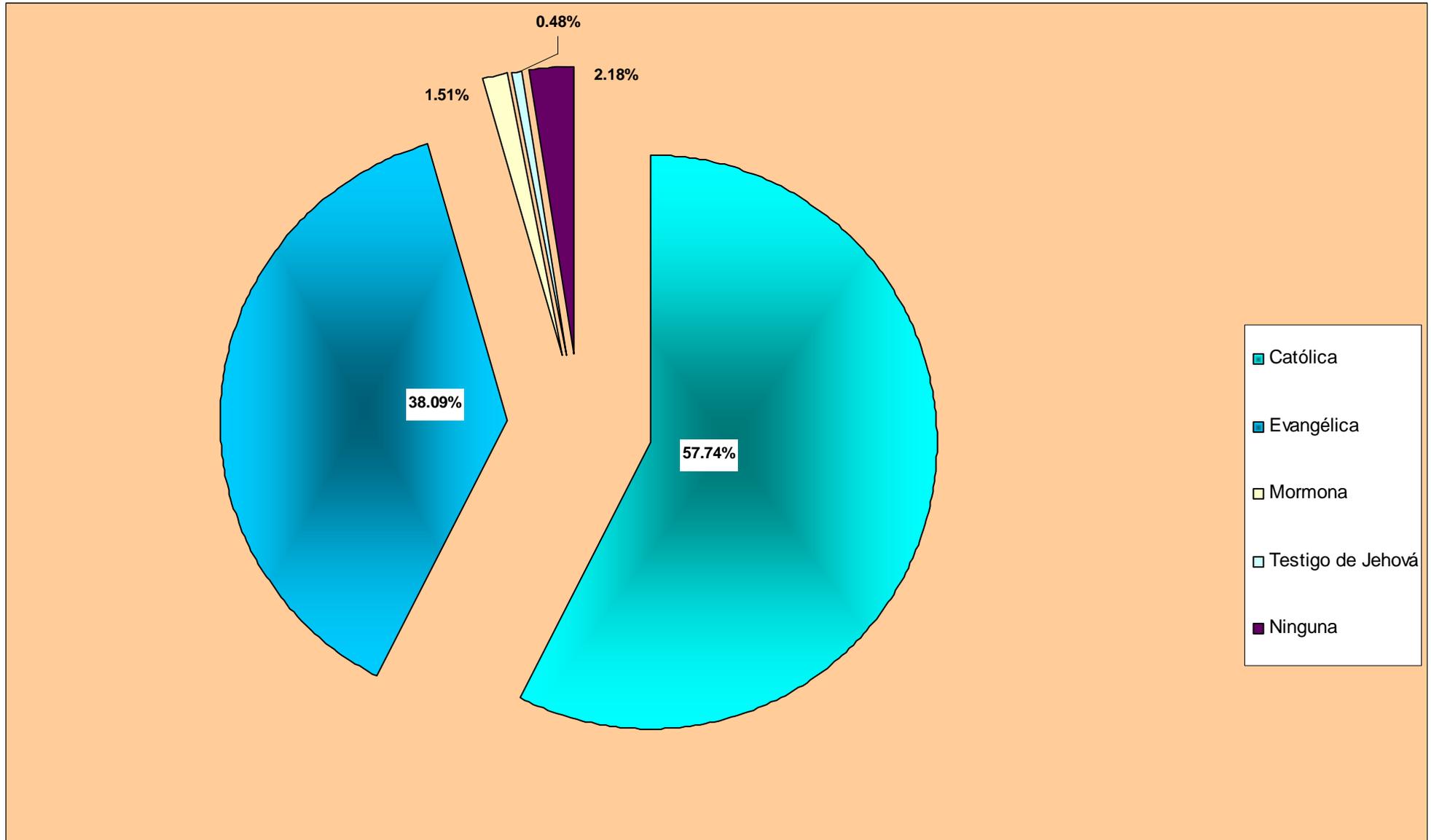
TABLA No. 7 DISTRIBUCIÓN DE LA
MUESTRA POR CREENCIAS RELIGIOSAS

INDICADORES	F	%
Católica	1801	57.74
Evangélica	1188	38.09
Mormona	47	1.51
Testigo de Jehová	15	0.48
Ninguna	68	2.18
Total	3,119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 7

Distribución de la muestra por creencias religiosas



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 7.

La anterior gráfica refleja que el porcentaje mayor corresponde a un 57.74% de la religión Católica, el 38.09% Evangélica, el 2.18% no posee ninguna religión, el 1.51% practica la religión Mormona y el 0.48 son Testigos de Jehová.

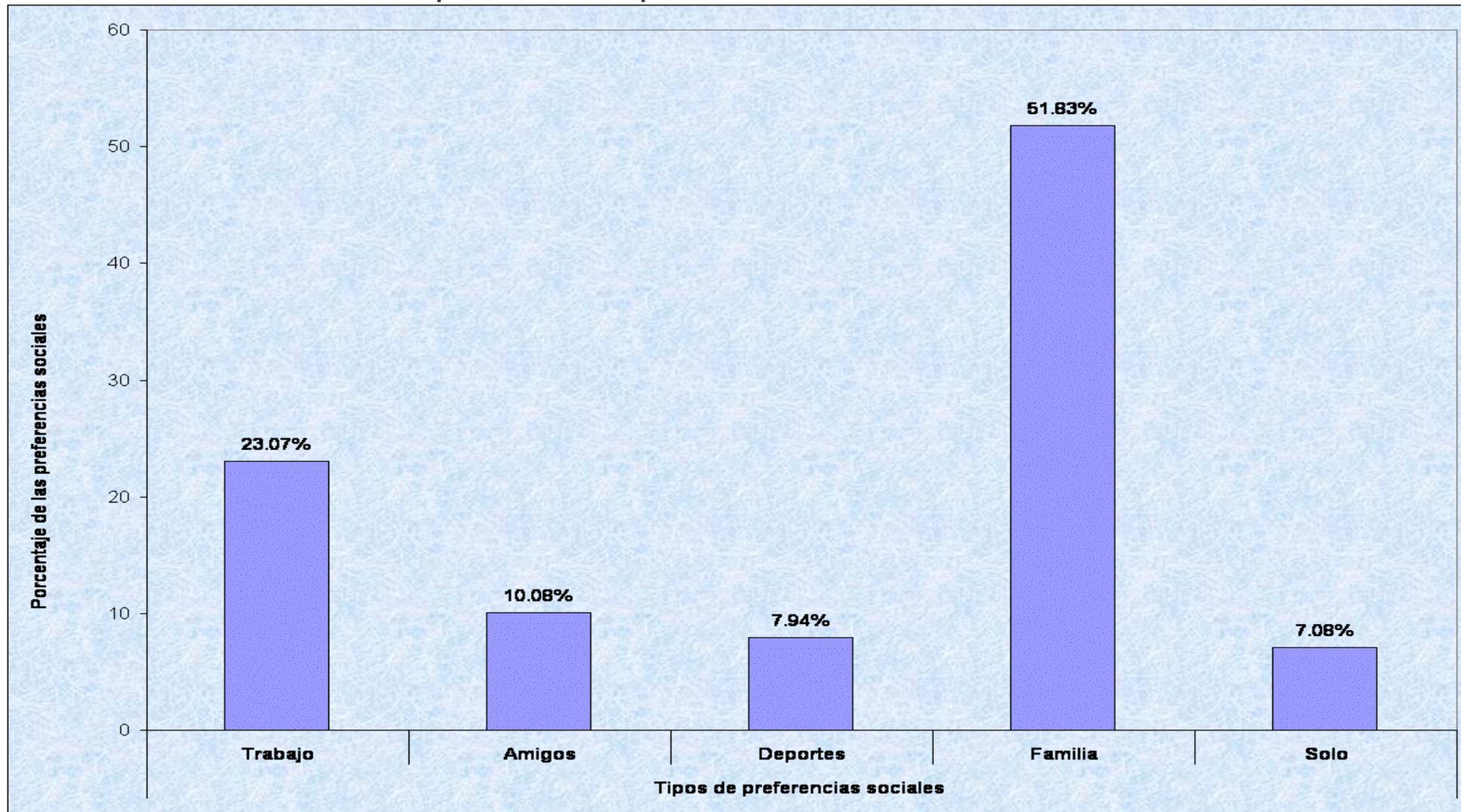
TABLA No. 8 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PREFERENCIAS DE ACTIVIDAD SOCIAL DE LA MUESTRA

INDICADORES		F	%
Conversa y comparte con familia	Si	2,925	93.78
	No	194	6.22
	TOTAL	3,119	100.00
Preferencias Sociales	Trabajo	915	23.07
	Amigos	400	10.08
	Deportes	315	7.94
	Familia	2,056	51.83
	Solo	281	7.08
	TOTAL	3,967	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 8

Distribución porcentual de las preferencias de actividad social de la muestra



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 8

En la anterior gráfica se reflejan las respuestas a las preferencias sociales como lo son: el 51.83% gusta más de estar con su familia, el 23.07% prefiere estar en su trabajo, el 10.08% con sus amigos, el 7.94% realizar algún deporte y finalmente el 7.08% refieren gustar más el estar solo. Dentro del rubro de la Dinámica Familiar, el 93.78% de la población encuestada, contestó que tienen algún tipo de interacción familiar, ya que regularmente conversan y comparten experiencias con sus familias, mientras que el 6.22% respondió que no lo hacen.

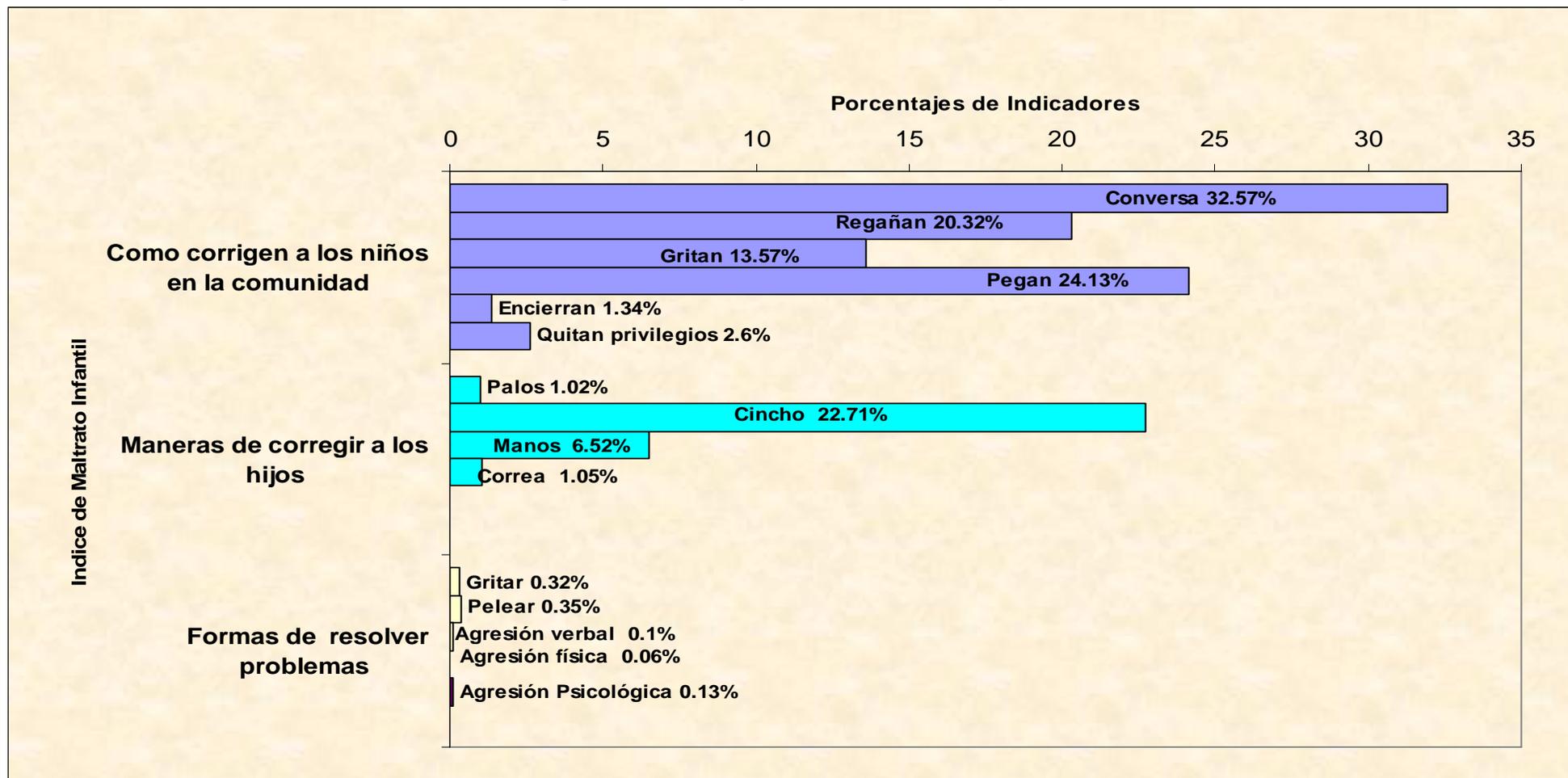
TABLA No. 9 MANERAS DE CORREGIR Y FORMAS DE RESOLVER PROBLEMAS EN LA COMUNIDAD

	INDICADORES	F	%
Como se corrigen a los niños en la comunidad.	Conversan	1.268	32.57
	Regañan	791	20.32
	Gritan	528	13.57
	Pegan	939	24.13
	Encierran	52	1.34
	Quitán Privilegios	101	2.60
	Otros	213	5.47
	Total	3.892	100.00
Formas de resolver problemas	Dialogar	3.089	99.04
	Gritar	10	0.32
	Pelear	11	0.35
	Agresión Verbal	3	0.10
	Agresión Física	2	0.06
	Agresión Psicológica	4	0.13
	Total	3,119	100.00
Maneras de corregir a los hijos	Palos	33	1.02
	Cinchos	735	22.71
	Manos	211	6.52
	Correas	34	1.05
	Otros	2.224	68.70
	Total	3,237	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 9

Maneras de corregir a los niños y formas de resolver problemas en la comunidad



Fuente: Datos tomados de la Tabla No. 9

A la pregunta sobre la forma de corrección de los niños en la comunidad, el 32.58% respondió que lo hacen en forma de diálogo, mientras que el 24.13% comentó que lo hacen pegándoles, el 20.32% lo hacen en forma de regaños y el 13.57% lo hacen con gritos. Se puede observar que un 5.47% comentan que existen otras formas para corregirlos como por ejemplo: los castigos o ignorarlos. En porcentajes mínimos (2.60% y 1.34%) lo hacen encerrándolos y quitándoles privilegios. A la pregunta que hace referencia a la forma de corrección individual de cada familia con relación a los niños, el 68.71% comenta que hay formas como el diálogo, los castigos y otros para poder corregirlos, mientras que el 22.71% lo hacen con cinchos; el 6.52% lo hacen con las manos y en mínimo porcentaje (1.02% y 1.05%) comentan que lo hacen con palos y con correas. Para resolver los problemas, las personas encuestadas en mayor porcentaje (99.04%) comenta que el diálogo es la mejor manera de resolverlos y luego en menor porcentajes (0.32%, 0.35%, 0.10%, 0.06% y el 0.13%) comenta que se resuelven gritando, peleando, agrediendo verbal, física y psicológicamente

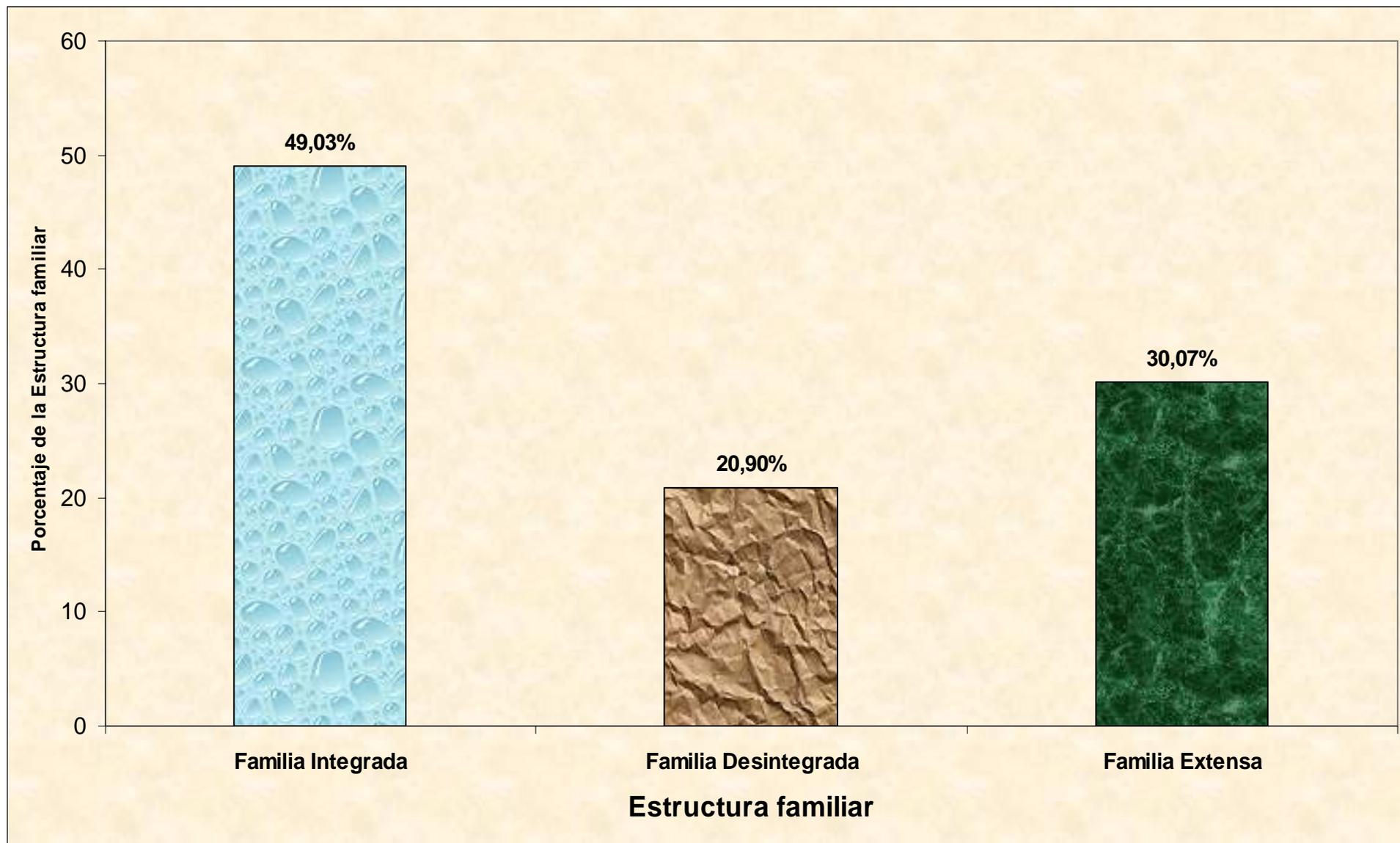
Tabla No. 10. DISTRIBUCION DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR DE LA MUESTRA

INDICADORES	F	%
Familia Integrada	1,529	49.03
Familia Desintegrada	652	20.90
Familia Extensa	938	30.07
Total	3,119	100

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005

Gráfica No. 10

Distribución de la estructura familiar de la muestra



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 10

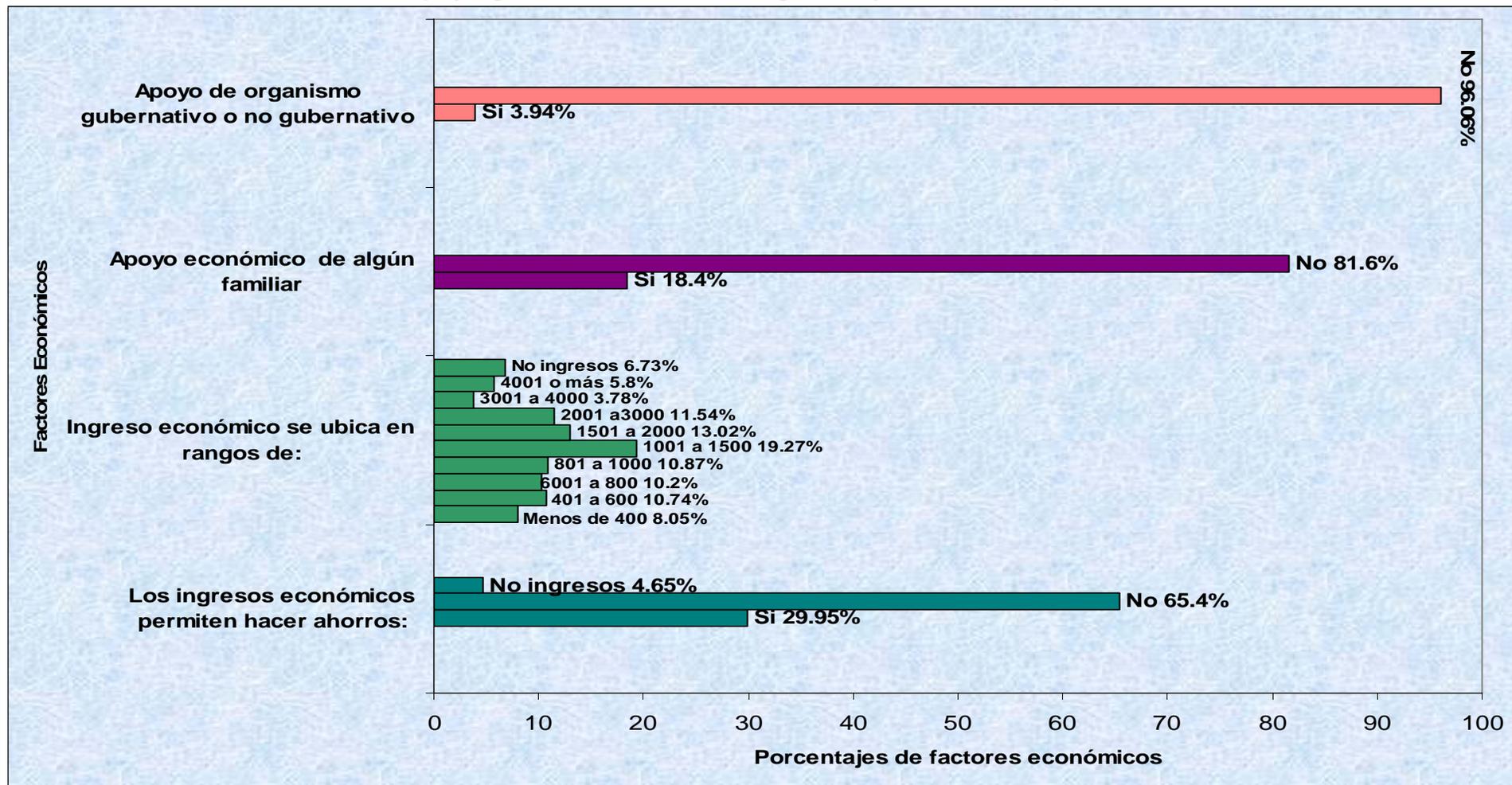
Esta gráfica muestra la estructura familiar de la población meta, la cual está representada con familia integrada en un 49.03%, la familia desintegrada con un 20.90% y la familia extensa con un 30.07% del total de la población estudiada.

Tabla No. 11. INCIDENCIA DE APOYO GUBERNATIVO, FAMILIAR, INGRESOS Y AHORRO DE LA POBLACION MUESTRA

INDICADORES		F	%
Recibe apoyo de organismo gubernamental o no gubernamental	SI	123	3.94
	NO	2996	96.06
	Total	3,119	100.00
Recibe apoyo económico de algún familiar	SI	574	18.40
	NO	2,545	81.60
	Total	3,119	100.00
Ingreso económico se ubica en rangos de:	Menos Q 400.00	251	8.05
	401 a 600	335	10.74
	601 a 800	318	10.20
	801 a 1000	339	10.87
	1001 a 1500	601	19.27
	1501 a 2000	406	13.02
	2001 a 3000	360	11.54
	3001 a 4000	118	3.78
	4001 o más	181	5.80
	No ingresos	210	6.73
	Total	3,119	100.00
Los ingresos económicos permiten hacer ahorros:	SI	934	29.95
	NO	2,040	65.40
	No ingresos	145	4.65
	Total	3,119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 11 Incidencia de apoyo gubernativo, familiar, ingresos y ahorro de la población muestra



Fuente: Datos tomados de la tabla No.

En la presente gráfica se puede apreciar que la población que SI recibe apoyo de algún organismo gubernativo o no gubernativo es de 3.94%, la población que NO recibe ayuda es un 96.06%; respecto a recibir ayuda económica de algún familiar, la muestra contestó que SI en un 18.40%, y la que NO es apoyada por familiar es de 81.60%. Así también se puede apreciar el rango económico de ingresos de la población meta el cual es el siguiente: de menos de Q.400.00 (8.05%), Q.401.00 a Q.600.00 (10.74%), de Q.601.00 a Q.800.00 (10.20%), de Q.801 a Q.1000.00 (10.87%), de Q.1001.00 a Q.1500.00 (19.27%), de Q.1501.00 a Q.2000.00 (13.02%), de Q.2001.00 a Q.3000.00 (11.54%), de Q.3001.00 a Q.4000.00 (3.78%), y de Q.4001.00 o más (5.80%); la población que no proporcionó datos es de 6.73%. En la muestra se puede notar el porcentaje de personas que SI hace ahorros en un 29.95%, las personas que NO hacen ahorros es un porcentaje de 65.40% y las que no proporcionaron información de 4.65%.

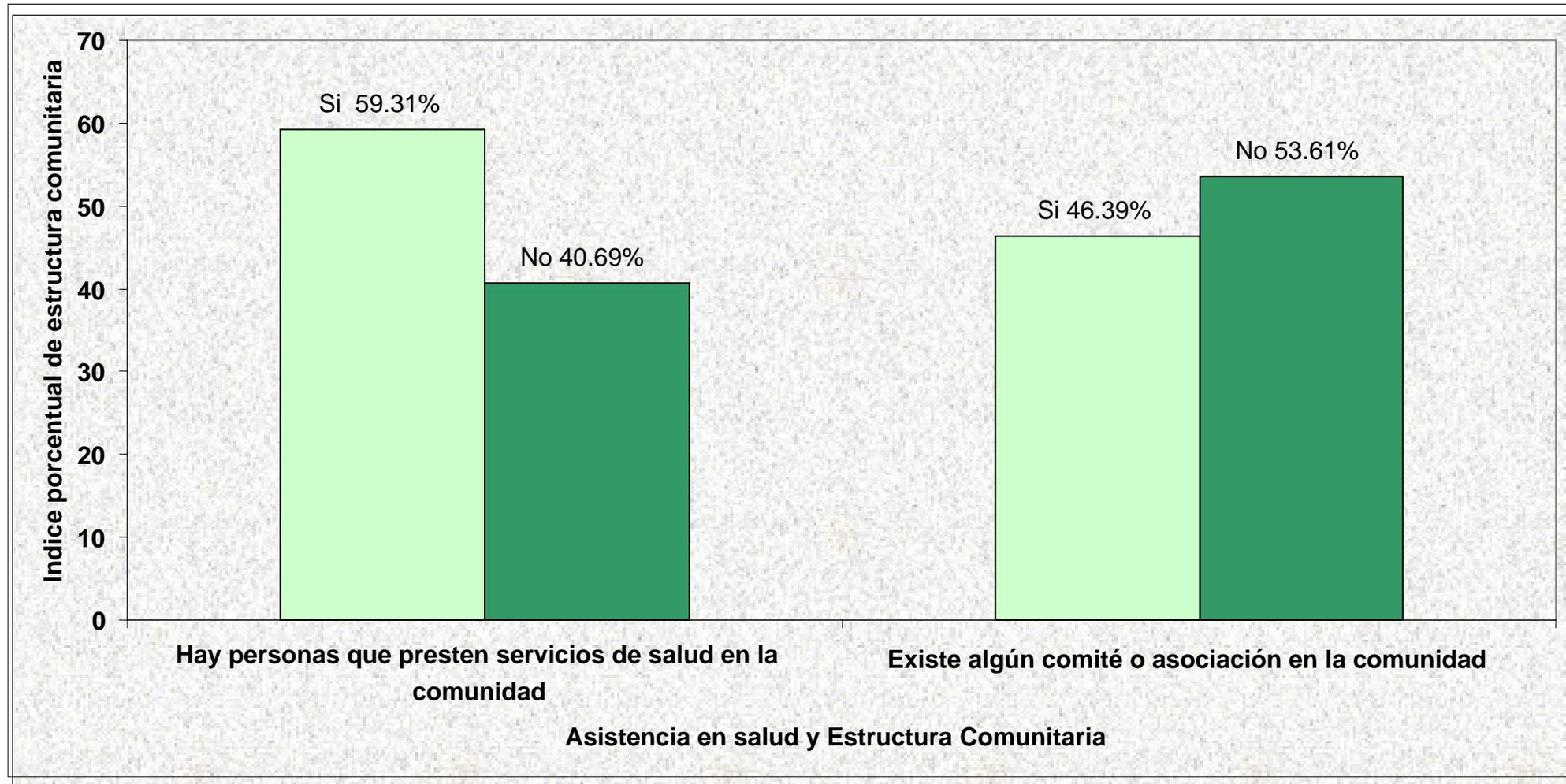
Tabla No. 12. ATENCION EN SALUD, SOLIDARIDAD
COMUNITARIA Y ESTRUCTURA COMUNITARIA

INDICADORES		F	%
Hay personas que presten servicios de salud en la comunidad	SI	1,850	59.31
	NO	1,269	40.69
	Total	3,119	100.00
Existe algún Comité o asociación en la comunidad	SI	1,447	46.39
	NO	1,672	53.61
	Total	3,119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 12

Atención en salud, solidaridad comunitaria y estructura comunitaria



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 12

La gráfica representa la estructura comunitaria de la muestra encuestada obteniendo los resultados siguientes; en la comunidad SI se cuenta con personas que presten ayuda de salud en un 59.31% y de la población que NO cuenta con esta ayuda es de 40.69%. Así mismo la población expresó que SI cuenta con un comité o asociación en su comunidad en un 46.39% y las respuestas de la población que NO cuenta con un comité o asociación fue de 53.61%.

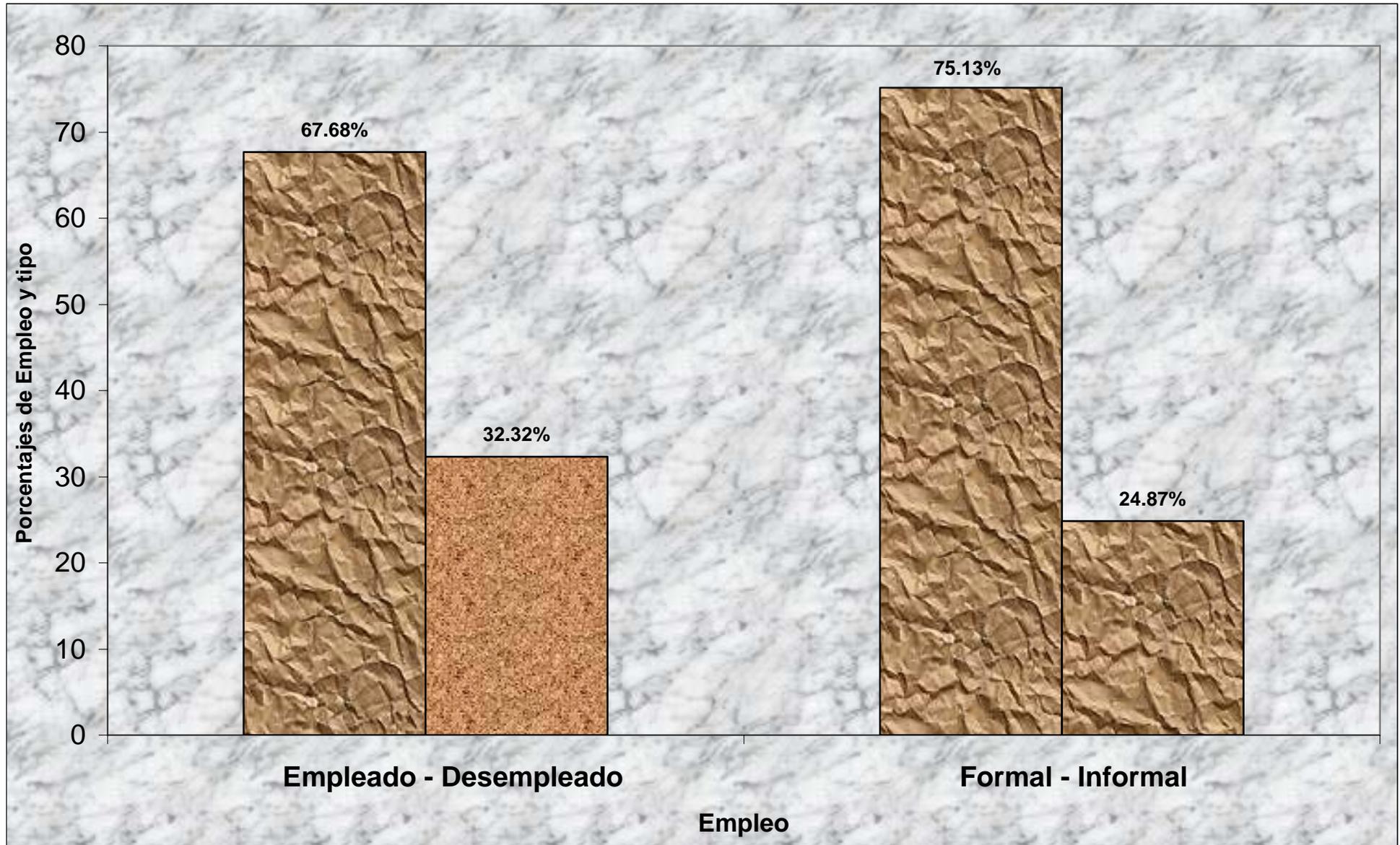
TABLA No. 13 EMPLEO, DESEMPLEO Y TIPOS DE TRABAJO DE LA POBLACION MUESTRA

INDICADORES	F	%
Empleado	2,111	67.68
Desempleado	1,008	32.32
Total	3,119	100.00
Formal	1,586	75.13
Informal	525	24.87
Total	2,111	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 13

Empleo, desempleo y tipos de trabajo de la población muestra



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 13

La anterior gráfica refleja la situación laboral de la población encuestada, en la cual el 67.68% está empleada, mientras que el 32.32% está desempleada, así mismo de las personas que están empleadas el 75.13% poseen un trabajo formal y el 24.87% es informal.

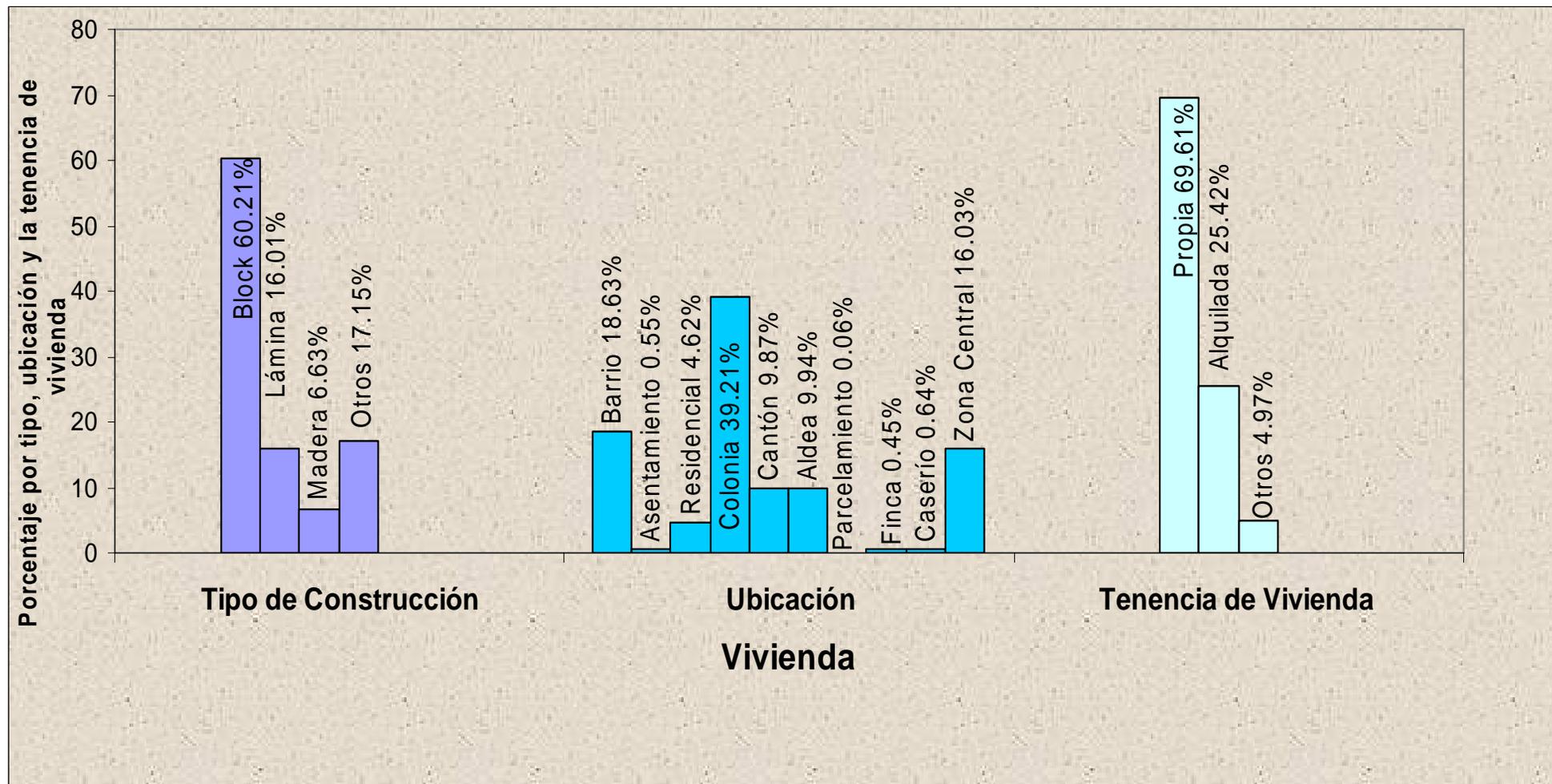
TABLA No. 14 PORCENTAJES DE TIPO, UBICACIÓN Y TENENCIA DE VIVIENDA DE LA MUESTRA ENCUESTADA

INDICADORES		F	%
Tipo de Construcción	Block	2489	60.21
	Lámina	662	16.01
	Madera	274	6.63
	Otros	709	17.15
	Total	4,134	100.00
Ubicación	Barrio	581	18.63
	Asentamiento	17	0.55
	Residencial	144	4.62
	Colonia	1.223	39.21
	Cantón	308	9.87
	Aldea	310	9.94
	Parcelamiento	2	0.06
	Finca	14	0.45
	Caserío	20	0.64
	Zona Central	500	16.03
	Total	3,119	100.00
Tenencia de Vivienda	Propia	2,171	69.61
	Alquilada	793	25.42
	Otros	155	40.97
	Total	3,119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 14

Porcentajes de tipo, ubicación y tenencia de la vivienda de la muestra encuestada



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 14

En referencia a la gráfica de vivienda de la población meta encuestada, el 60.21% tienen construcción de block, el 16.01% de lámina, el 6.67% de madera y el 17.15% de otros materiales. En cuanto al lugar donde reside la población encuestada, los resultados fueron que el más alto porcentaje se encuentra en colonias con un 39.21%, luego el 18.63% en barrios y el 16.03% en zonas centrales. Así mismo la gráfica refleja los resultados en cuanto a la tenencia de vivienda que poseen, a lo cual el 69.61% es propia, el 25.42% alquilada y el 4.97% otros (Conviven con familiares o bien ocupan la casa de los suegros pero no viven con ellos y no pagan el alquiler de la misma, etc.).

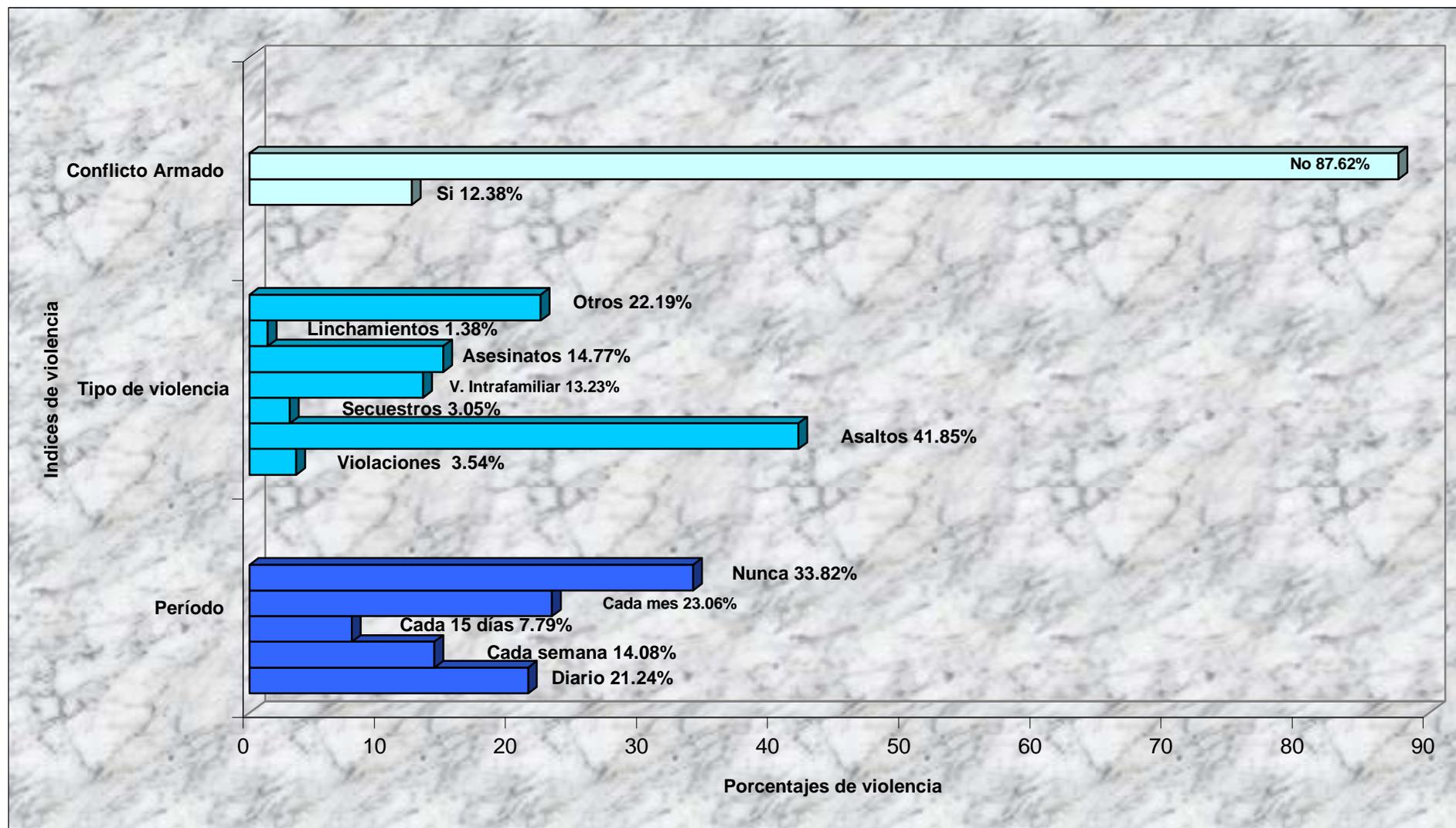
TABLA No. 15 SECUELAS DEL CONFLICTO ARMADO, TIPOS Y SUCESION DE HECHOS VIOLENTOS

INDICADORES		F	%
Período	Diario	665	21.24
	Cada Semana	441	14.08
	Cada 15 Días	244	7.79
	Cada Mes	722	23.06
	Nunca	1,059	33.82
	Total	3,131	100.00
Tipo	Violaciones	136	3.54
	Asaltos	1,607	41.85
	Secuestros	117	3.05
	Violencia Intrafamiliar	508	13.23
	Asesinatos	567	14.77
	Linchamientos	53	1.38
	Otros	852	22.19
	Total	3,840	100.00
Conflicto Armado	Si	386	12.38
	No	2,733	87.62
	Total	3,119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 15

Secuelas del conflicto armado, tipo y sucesión de hechos violentos



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 15

La anterior gráfica hace referencia a la violencia en la población meta encuestada, a lo cual la mayoría respondió con un 33.92% que nunca había violencia en su comunidad, mientras que el 23.06% dijo que cada mes, el 21.24% a diario, el 14.08% cada semana y el 7.79% cada 15, y a los tipos de violencia los entrevistados respondieron en un 41.85% que son asaltos, el 22.19% otros (peleas entre maras, peleas callejeras, etc.), el 14.77% asesinatos, el 13.23% violencia intrafamiliar, el 3.54% violaciones, el 3.05% secuestros y el 1.38% linchamientos. En referencia al conflicto armado el 87.62% refirió no haber sido afectado, mientras que el 12.38% si.

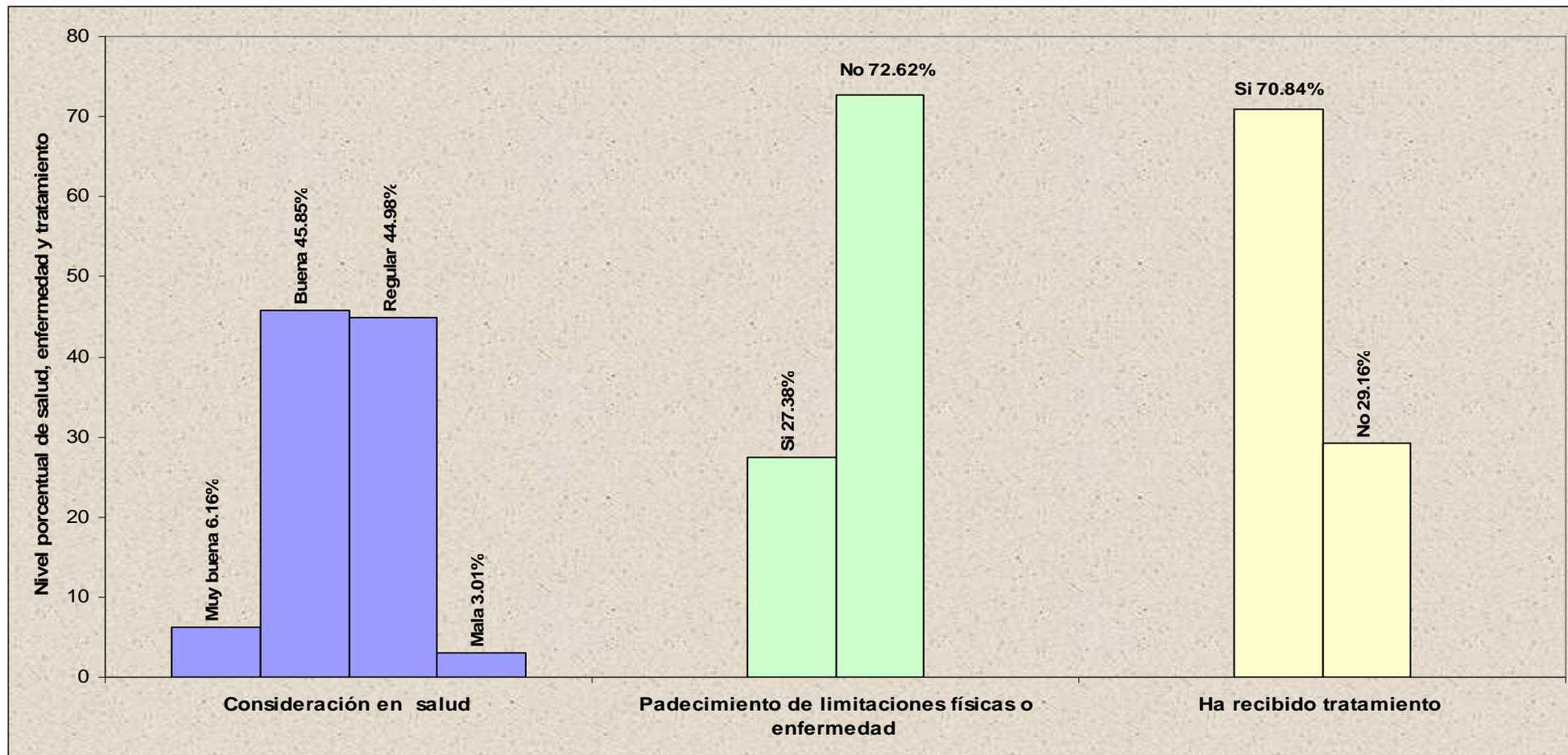
Tabla No. 16 INDICES DE ATENCION EN SALUD,
PADECIMIENTOS FÍSICOS Y CRITERIOS DE ESTADO DE
SALUD

INDICADORES		Frecuencia	%
Consideración en salud	Muy buena	192	6.16
	Buena	1,430	45.85
	Regular	1,403	44.98
	Mala	94	3.01
	Total	3,119	100.00
Padecimiento de limitaciones físicas o enfermedad	Si	854	27.38
	No	2,265	72.62
	Total	3,119	100.00
Ha recibido tratamiento	Si	605	70.84
	No	249	29.16
	Total	854	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 16

Índices de atención en salud, padecimientos físicos y criterios de estado de salud



Fuente: Datos tomados de la Tabla No. 16

En la gráfica anterior se muestra en cuanto a los niveles de salud que cada unidad de análisis respondió como consideraba su salud en general y los resultados más relevantes son: buena con 45.85% y regular con 44.98%, los resultados minoritarios son muy buena con 6.16% y mala con 3.01%. Con relación a padecer limitaciones o enfermedades físicas la mayoría de las personas respondieron que no las padecían, reflejándose esto en un 72.62% y el resto que contestó que si padecen estas limitaciones se encuentra en un 27.38%. De las unidades de análisis que respondieron que si padecían de alguna limitación o enfermedad física, una porcentaje mayoritario del 70.84% contestó que si ha recibido un tratamiento y un 29.16% no lo ha recibido.

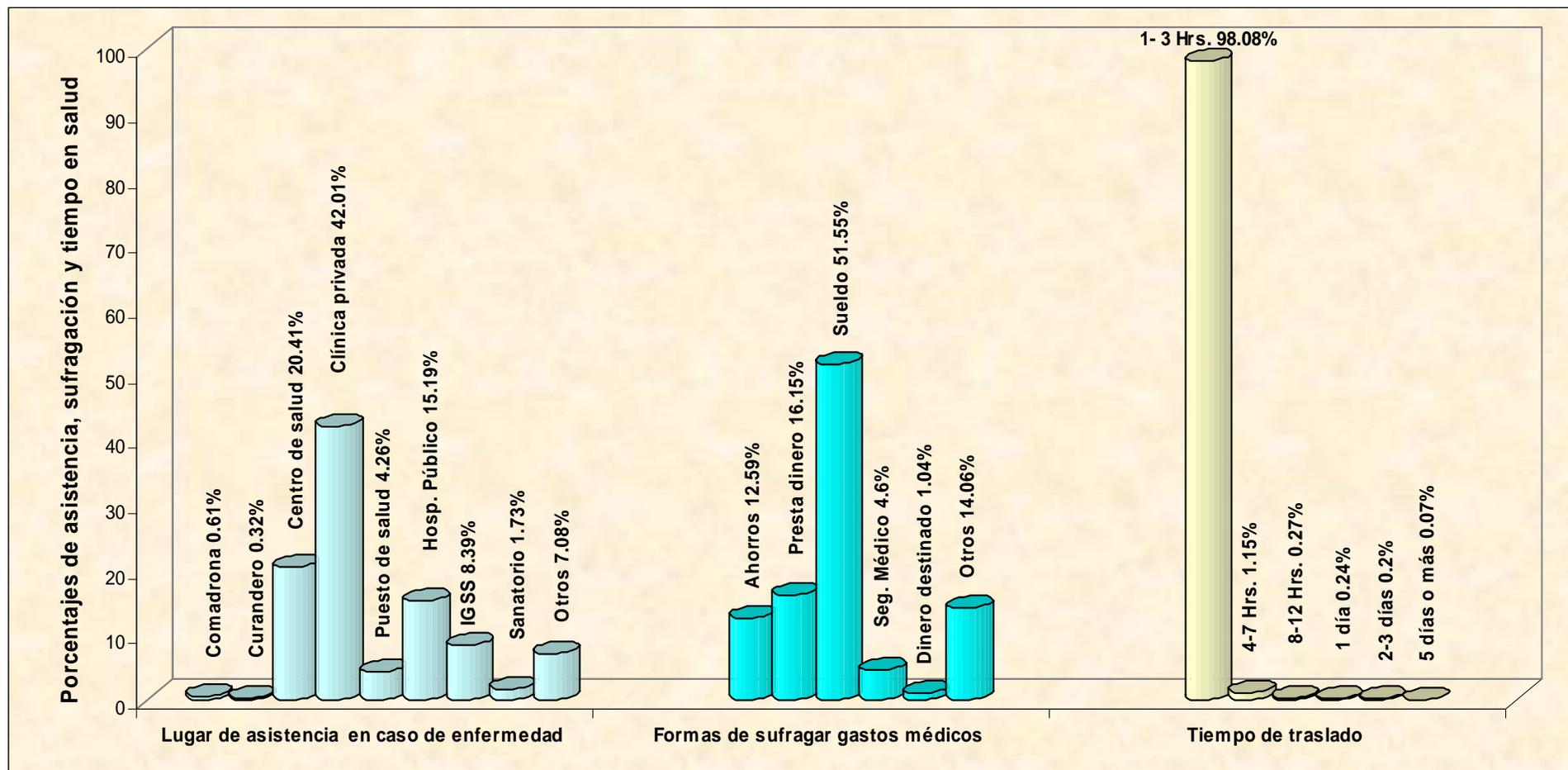
Tabla No. 17 INDICES DE LUGARES DE ASISTENCIA,
SUFRAGACION DE GASTOS Y TIEMPO DE TRASLADO
PARA ATENCION EN SALUD DE LA POBLACION
ESTUDIADA

INDICADORES		F	%
Lugar de asistencia cuando existe enfermedad	Comadrona	19	0.61
	Curandero	10	0.32
	Centro de Salud	637	20.41
	Clínica Privada	1311	42.01
	Puesto Salud	133	4.26
	Hospital Público	474	15.19
	IGSS	262	8.39
	Sanatorio	54	1.73
	Otros	221	7.08
	Total	3,121	100.00
Forma de sufragar gastos por enfermedad	Ahorros	386	12.59
	Presta Dinero	495	16.15
	Sueldo	1580	51.55
	Seguro Médico	141	4.60
	Dinero Destinado	32	1.04
	Otro	431	14.06
	Total	3,065	100.00
Tiempo de traslado	1-3 horas	2,912	98.08
	4-7 horas	34	1.15
	8-12 horas	8	0.27
	1 día	7	0.24
	2-3 días	6	0.20
	5 días o más	2	0.07
	Total	2,969	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 17

Índices de lugares de asistencia, sufragación de gastos y tiempo de traslado, para atención en salud de la población estudiada.



Fuente: Datos tomados de la Tabla No. 17

En la gráfica anterior se manifiestan los lugares relevantes a donde asisten las personas cuando padecen de alguna enfermedad son: Clínica Privada, reflejándose con un 42.01%, Centro de Salud con un 20.45% y Hospital Público con un 15.19%, IGSS con un 8.39%, los lugares con porcentajes minoritarios son: Otros con 7.08%, Puesto de Salud con 4.26%, Sanatorio con 1.73%, Comadrona con 0.61%, Curandero con 0.32%. Los porcentajes relevantes en la forma de sufragar los gastos cuando existe enfermedad se refleja en utilizar parte del Sueldo con un 51.55%, en Prestar Dinero con un 16.15%, en Otros con un 14.06% y en Ahorros con 12.59%, las formas minoritarias son: Seguro Médico con 4.60% y Dinero destinado con un 1.04%. El tiempo relevante que necesitan las personas para trasladarse a un lugar para ser atendidas cuando padecen de alguna enfermedad es de 1-3 horas con un 98.08%, y los tiempos de traslado minoritarios son de 4-7 horas con 1.15%, de 8-12 horas con 0.27%, de 1 día con 0.24%, de 2-3 días con 0.20% y de 5 días o más con un 0.07%.

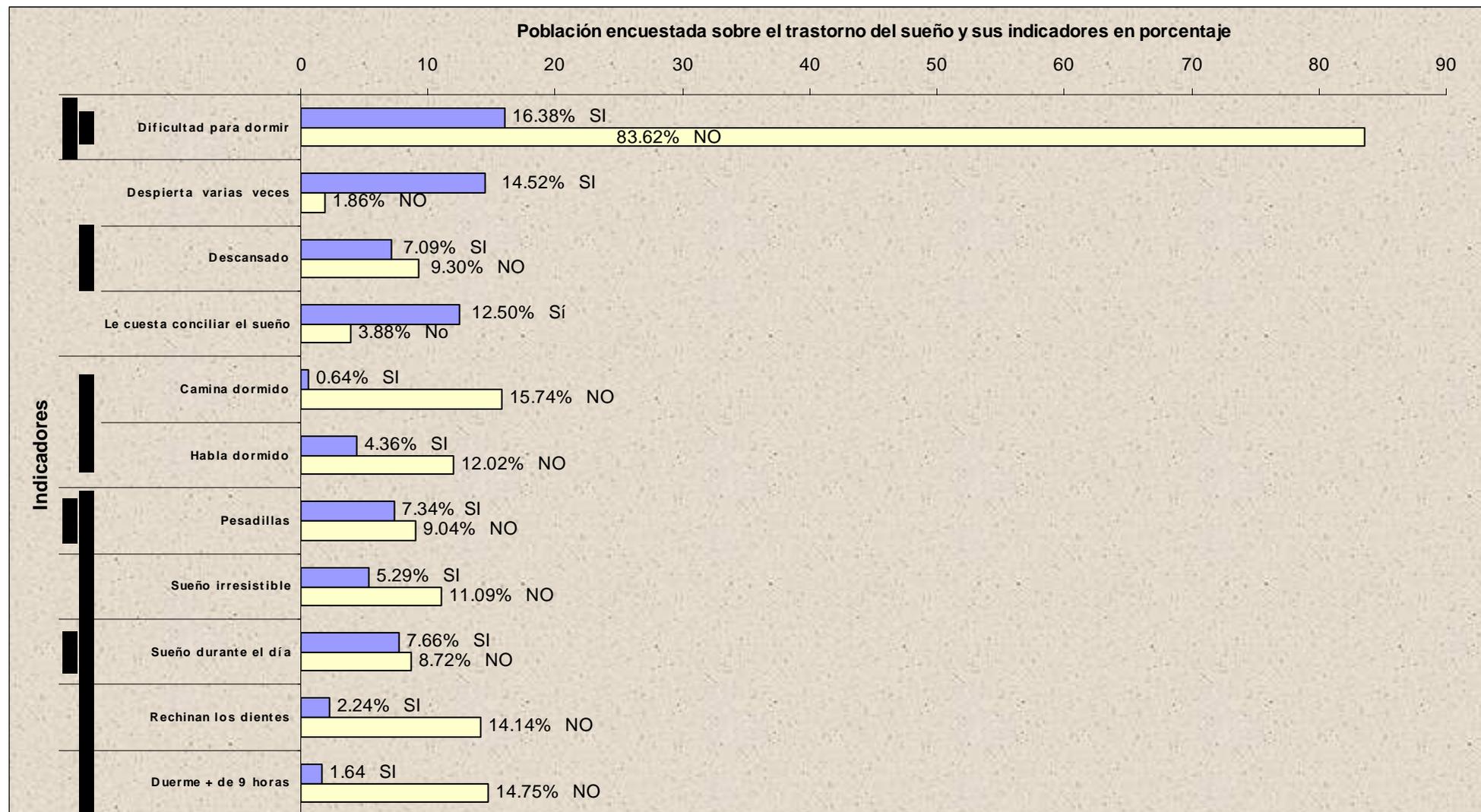
Tabla No. 18 TRASTORNO DEL SUEÑO Y SUS INDICADORES

INDICADORES			F	%
Pregunta llave	Dificultad para dormir	Si	511	16.38
		No	2,608	83.62
		Total	3,119	100.00
Insomnio	Despierta varias veces	Si	453	14.52
		No	58	1.86
		TOTAL	511	16.38
	Descansado	Si	221	7.08
		No	290	9.30
		TOTAL	511	16.38
	Le cuesta conciliar el sueño	Si	390	12.50
		No	121	3.88
		TOTAL	511	16.38
Sonambulismo	Camina dormido	Si	20	0.64
		No	491	15.74
		TOTAL	511	16.38
	Habla dormido	Si	136	4.36
		No	375	12.02
		TOTAL	511	16.38
Pesadillas	Si	229	7.34	
	No	282	9.04	
	TOTAL	511	16.38	
Narcolepsia	Sueño irresistible	Si	165	5.29
		No	346	11.09
		TOTAL	511	16.38
Ritmo circadiano	Sueño durante el día	Si	239	7.66
		No	272	8.72
		TOTAL	511	16.38
Bruxismo	Rechina los dientes	Si	70	2.24
		No	441	14.14
		TOTAL	511	16.38
Hipersomnia	Duerme + de 9 horas	Si	51	1.63
		No	460	14.75
		TOTAL	511	16.38

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Grafica No. 18

Trastorno del sueño y sus indicadores



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 18

La presente gráfica refleja posibles tendencia al trastorno del sueño y sus indicadores evidenciándose un 16.38% que manifestó sí tenerlos. De este mínimo porcentaje se pueden observar rasgos de insomnio, donde un 14.52% se despierta varias veces por la noche, el 9.30% no se siente descansado después de dormir y al 12.50% le cuesta conciliar el sueño. En cuanto al sonambulismo, el 0.64% respondió que camina dormido por la noche y el 4.36% habla dormido. Mientras que un 7.34% expresó que sus sueños son interrumpidos por pesadillas, un 5.29% indicó que frecuentemente le da sueño irresistible aunque esté en alguna actividad. Con respecto al ritmo circadiano, el 7.66% padece de sueño durante el día y por la noche no duerme. Ante el bruxismo el 2.24% comentó que le rechinan los dientes mientras duermen y, sobre la hipersomnia el 1.64% manifestó dormir más de nueve horas diarias.

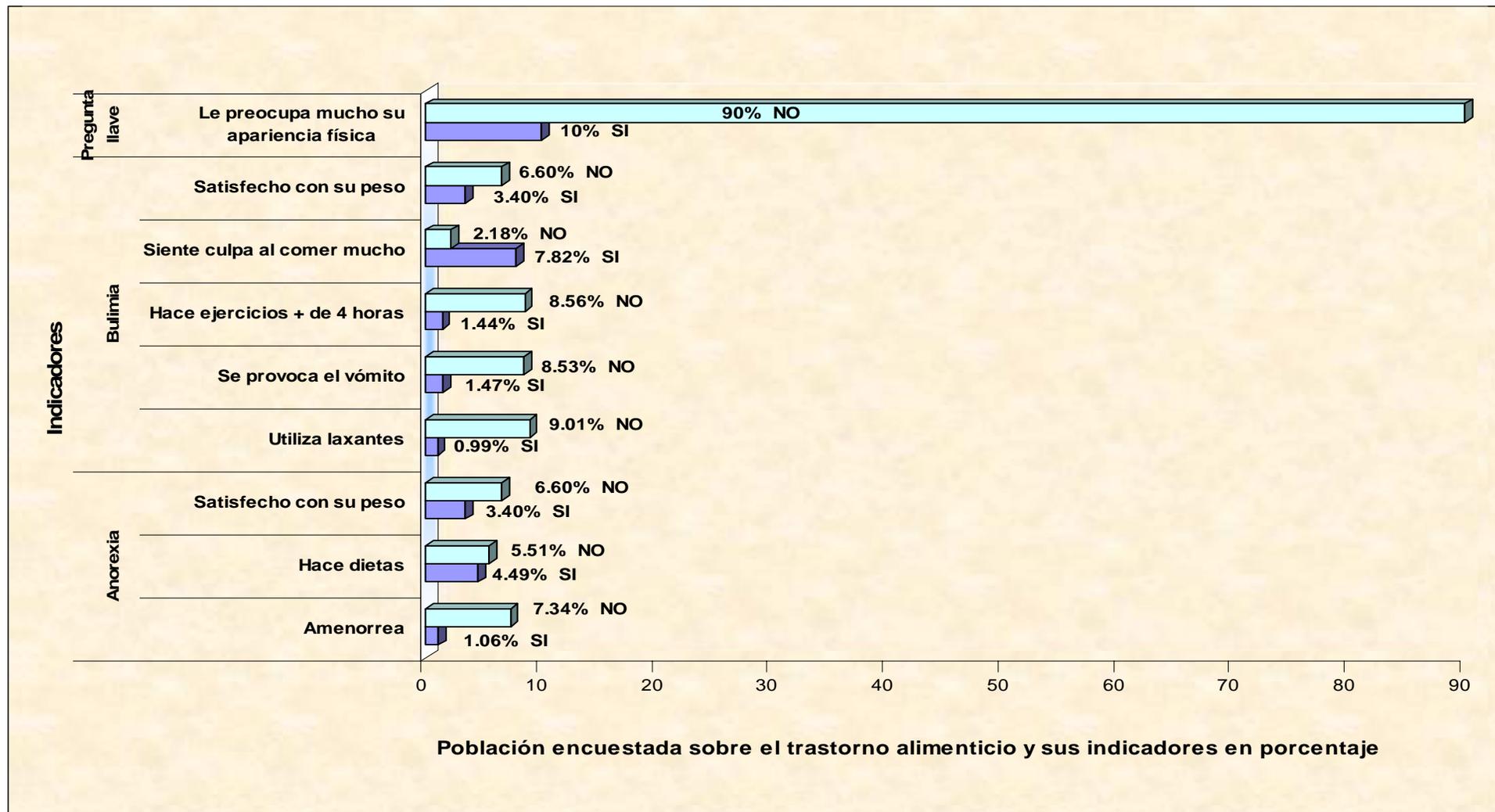
TABLA No. 19 INDICES DE TRASTORNO ALIMENTICIO, BULIMIA Y ANOREXIA DE LA POBLACIÓN

INDICADORES		F	%	
Pregunta llave	Le preocupa mucho su apariencia física	Si	312	10.00
		No	2,807	90.00
		Total	3,119	100.00
Bulimia	Satisfecho con su peso	Si	106	3.40
		No	206	6.60
		Total	312	10.00
	Siente culpa al comer mucho	Si	244	7.82
		No	68	2.18
		Total	312	10.00
	Hace ejercicios + de 4 horas	Si	45	1.44
		No	267	8.56
		Total	312	10.00
	Se provoca el vómito	Si	46	1.47
		No	266	8.53
		Total	312	10.00
	Utiliza laxantes	Si	31	0.99
		No	281	9.01
		Total	312	10.00
Anorexia	Satisfecho con su peso	Si	106	3.40
		No	206	6.60
		Total	312	10.00
	Hace dietas	Si	140	4.49
		No	172	5.51
		Total	312	10.00
	Amenorrea	Si	33	1.06
		No	229	7.34
		Total	262	8.40

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 19

Índices de trastorno alimenticio, bulimia y anorexia de la población



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 19

De la población meta encuestada sobre tendencias al trastorno alimenticio y sus indicadores el 90% contestó No padecerlos, en tanto que el otro 10% respondió que Sí. De este porcentaje, con respecto a la bulimia el 6.60% manifestó estar insatisfecho con su peso, el 7.82% siente culpa cuando come mucho, el 1.44% hace ejercicios más de cuatro horas diarias, el 1.47% se provoca el vómito después de comer y el 0.99% utiliza laxantes de dos a tres veces por semana. En cuanto a los que presentaron tendencias a la anorexia, expresaron lo siguiente: el 6.60% está insatisfecho con su peso, el 4.49% hace constantemente dietas para bajar de peso y el 1.06% de las mujeres ha tenido ausencia de su ciclo menstrual durante tres meses seguidos (amenorrea).

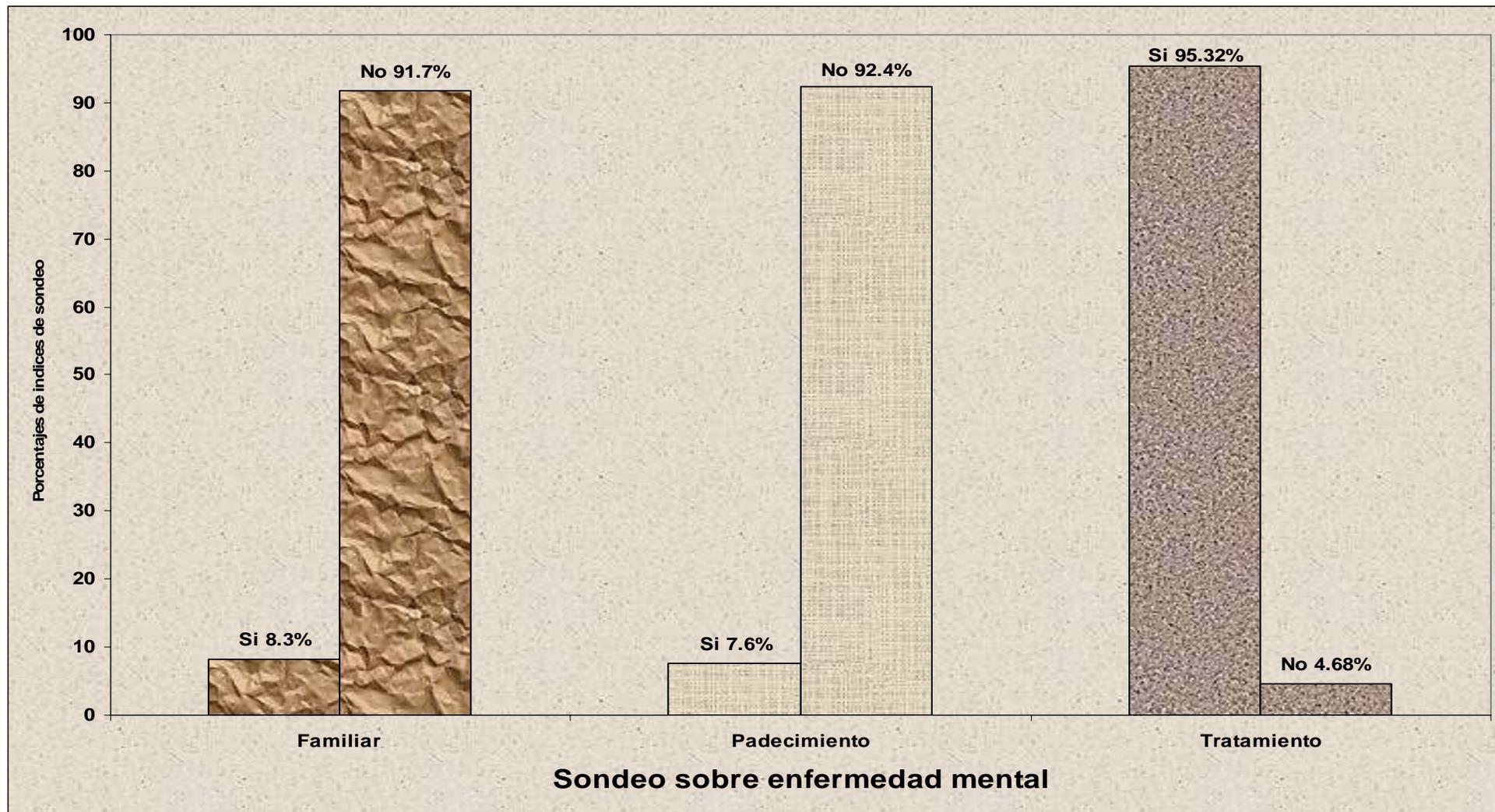
TABLA No. 20 INDICES DE PRESENCIA
DE ENFERMEDAD MENTAL EN LA FAMILIA,
PADECIMIENTOS Y TRATAMIENTO

INDICADORES	F	%
Familiar con enfermedad mental Si	259	8.30
Familiar con enfermedad mental No	2.860	91.70
TOTAL	3.119	100
Padecimiento enfermedad mental Si	237	7.60
Padecimiento enfermedad mental No	2.882	92.40
TOTAL	3.119	100
Tratamiento Si	2.973	95.32
Tratamiento No	146	4.68
TOTAL	3,119	100

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 20

Índices de presencia de enfermedad mental en la familia, padecimientos y tratamiento



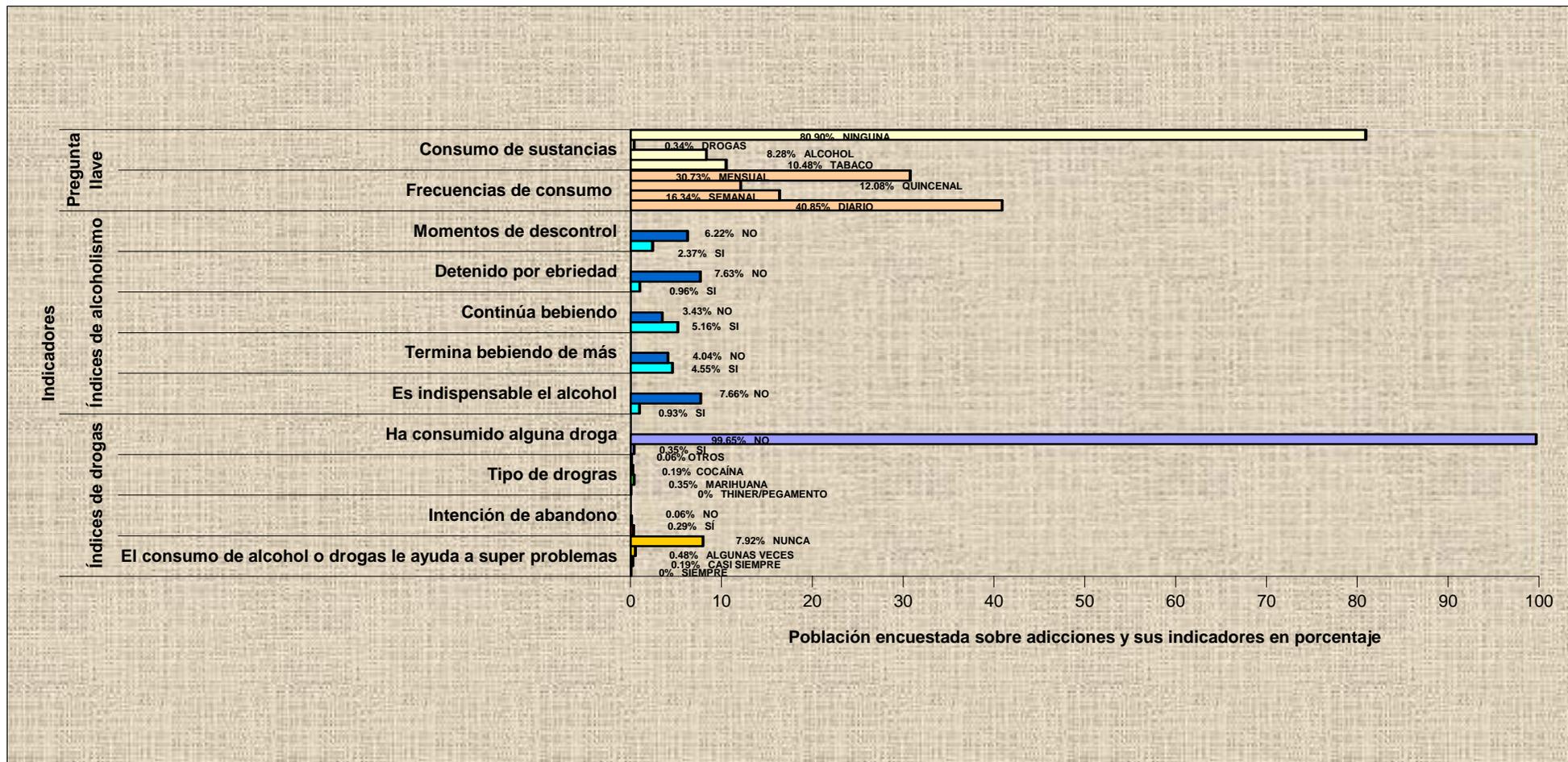
Fuente: Datos tomados de la tabla No. 20

Según sondeo realizado en la población meta encuestada sobre enfermedad mental el 8.30% reveló que si tienen familiares que padecen de algún trastorno mental, mientras que el 91.70% respondió que no. De ésta población un 7.60% expresó que si ha padecido de algún trastorno psicológico, en tanto que, el 92.40% no lo ha padecido. Y con respecto a si es necesario recibir un tratamiento en caso de enfermedad mental el 95.32% expresó que sí era necesario y el 4.68% respondió que no.

Tabla No. 21 TRASTORNO DE ADICCIONES Y SUS INDICADORES

INDICADORES		F	%	
Consumo de sustancias	Tabaco	339	10.48	
	Alcohol	268	8.28	
	Drogas	11	0.34	
	Ninguna	2,617	80.90	
	Total	3,235	100.00	
Frecuencia de consumo	Diario	230	40.85	
	Semanal	92	16.34	
	Quincenal	68	12.08	
	Mensual	173	30.73	
	Total	563	100.00	
Índices de alcoholismo	Momentos de descontrol	Si	74	2.37
		No	194	6.22
		Total	268	8.59
	Detenido por ebriedad	Si	30	0.96
		No	238	7.63
		Total	268	8.59
	Continúa bebiendo	Si	161	5.16
		No	107	3.43
		Total	268	8.59
	Termina bebiendo de más	Si	142	4.55
		No	126	4.04
		Total	268	8.59
	Es indispensable el alcohol	Si	29	0.93
		No	239	7.66
		Total	268	8.59
Índices de drogas	Ha consumido alguna droga	Si	11	0.35
		No	3,108	99.65
		Total	3,119	100.00
	Tipo de drogas	Thiner/pegamento	0	0.00
		Marihuana	11	0.35
		Cocaína	6	0.19
		Otros	2	0.06
		Total	19	0.60
	Intención de abandono	Si	9	0.29
		No	2	0.06
Total		11	0.35	
El consumo de alcohol o drogas le ayuda a superar problemas	Siempre	2	0	
	Casi siempre	6	0.19	
	Algunas veces	15	0.48	
	Nunca	247	7.92	
	Total	270	8.59	

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 21

La presente gráfica refleja los resultados obtenidos sobre las posibles adicciones que se manifestaron en la población meta encuestada, en donde el 80.90% respondió no consumir ningún tipo de sustancias, seguido de un 0.34% que consume drogas, el 8.28% ingiere alcohol y el 10.48% consume tabaco. Con respecto a la frecuencia de dichas sustancias el 30.73% lo hace mensual, el 12.08% quincenal, el 16.34% semanal y el 40.85% a diario. En cuanto a los índices de alcoholismo, el 2.37% con frecuencia ha tenido momentos de descontrol que luego no recuerda, el 0.96% ha estado en riñas o lo han detenido estando ebrio, el 5.16% continúa bebiendo a pesar de saber que esto le causa problemas de salud físicos o mentales, un 4.55% termina bebiendo más de lo planificado y creen que es indispensable que haya alcohol en una reunión (0.93%). Con respecto a los índices de drogas un mínimo porcentaje (0.35%) respondió consumirla, siendo la marihuana (0.35%) y la cocaína (0.19%) las drogas de más consumo. En referencia a que si el consumo de drogas o alcohol le ayuda a superar sus problemas, el 7.92% respondió que nunca, el 0.48% algunas veces, el 0.19% casi siempre.

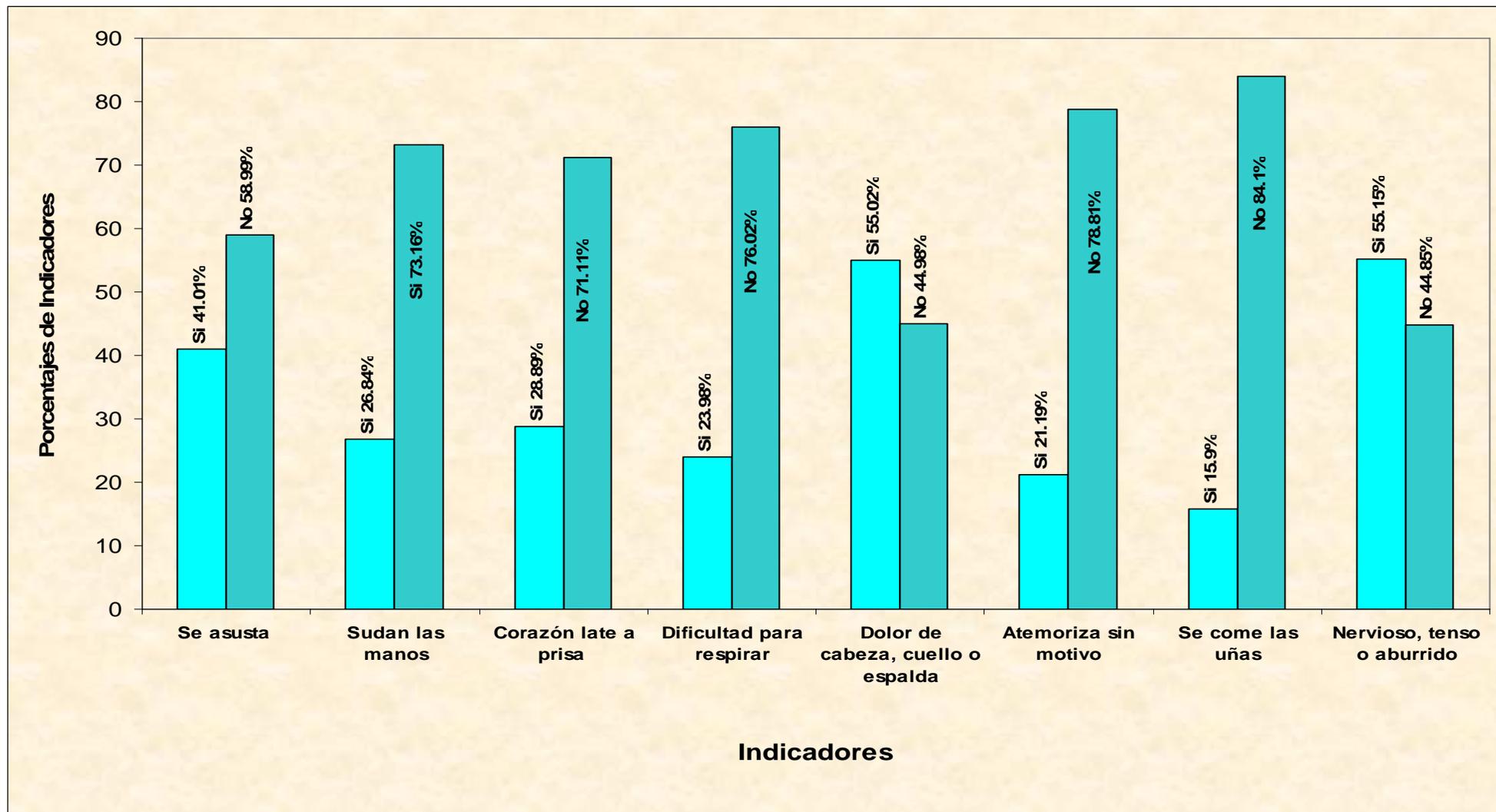
Tabla No. 22 Trastorno de Ansiedad

INDICADORES		F	%
Se asusta	SI	1,279	41.01
	NO	1,840	58.99
	Total	3119	100.00
Sudan las manos	SI	837	26.84
	NO	2,282	73.16
	Total	3119	100.00
Corazón late a prisa	SI	901	28.89
	NO	2,218	71.11
	Total	3119	100.00
Dificultad para respirar	SI	748	23.98
	NO	2,371	76.02
	Total	3119	100.00
Dolor: cabeza, cuello o espalda	SI	1,716	55.02
	NO	1,403	44.98
	Total	3119	100.00
Atemoriza sin motivo	SI	661	21.19
	NO	2,458	78.81
	Total	3119	100.00
Se come las uñas	SI	496	15.90
	NO	2,623	84.10
	Total	3119	100.00
Nervioso, tenso o aburrido	SI	1,720	55.15
	NO	1,399	44.85
	Total	3119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No 22

Trastorno de Ansiedad



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 22

En la gráfica anterior se representa con un 55.15% personas que respondieron a la encuesta que con frecuencia se sienten nerviosos, tensos, o aburridos, el 55.02% refieren que frecuentemente sufren de dolores de cabeza, cuello y/o espalda, mientras que el 84.10% refiere No comerse las uñas, el 78.81% No se atemoriza, el 76.02% No tiene ninguna dificultad para respirar, el 73.16% No padece de sudoración de manos y finalmente el 71.11% No presenta que el corazón le late aprisa.

Tabla No. 23

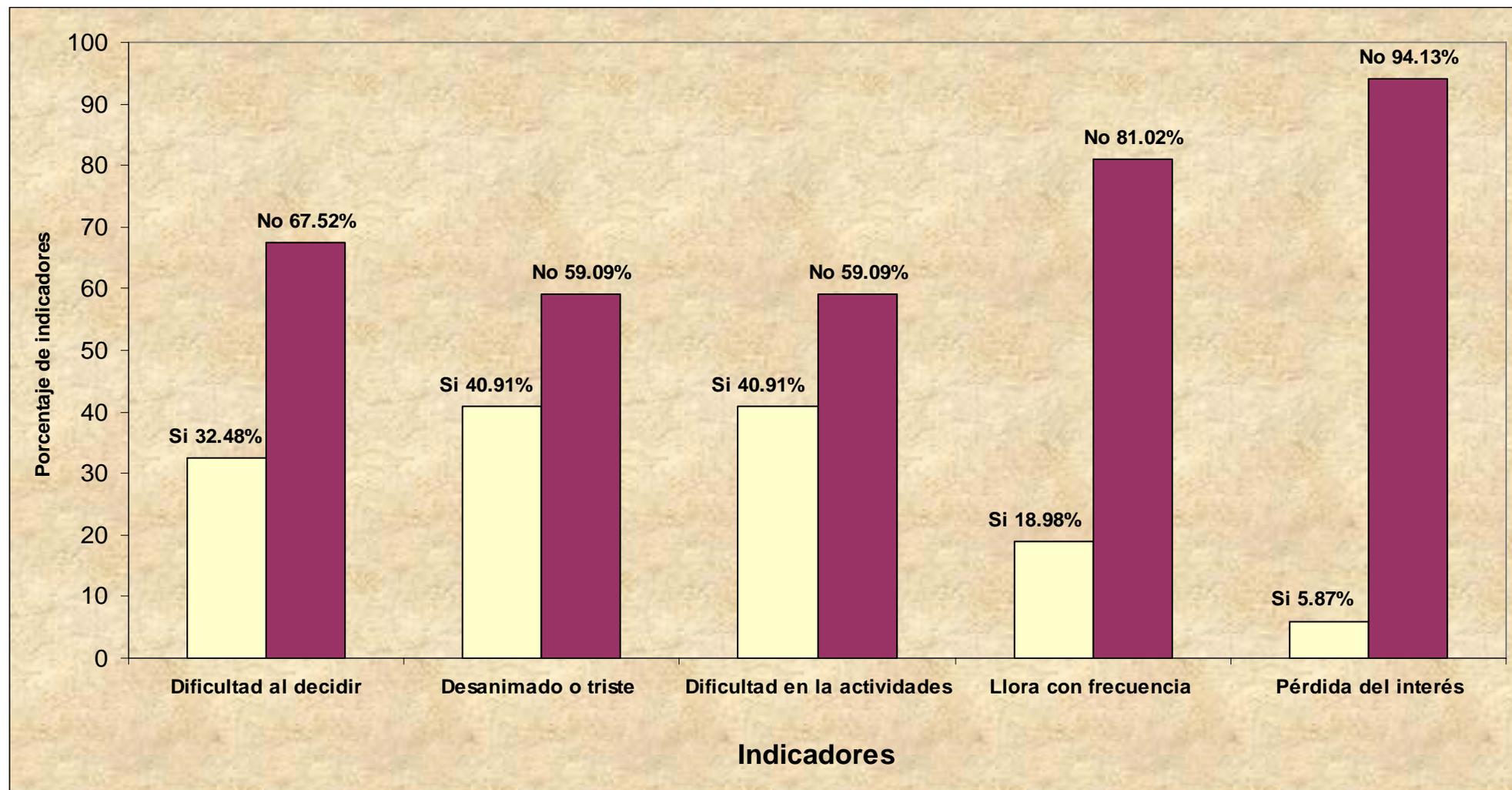
Trastorno Depresivo

Indicadores		F	%
Dificultad al decidir	SI	1,013	32.48
	NO	2,106	67.52
	Total	3119	100.00
Desanimado o triste	SÍ	1,276	40.91
	NO	1,843	59.09
	Total	3119	100.00
Dificultad en las actividades	SÍ	1,276	40.91
	NO	1,843	59.09
	Total	3119	100.00
Llora con frecuencia	SÍ	592	18.98
	NO	2,527	81.02
	Total	3119	100.00
Pérdida del interés	SÍ	183	5.87
	NO	2,936	94.13
	Total	3119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 23

Trastorno depresivo



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 23

La presente gráfica agrupa la posible tendencia de la población al trastorno depresivo de la siguiente forma: el 32.48% respondieron que Sí tienen dificultad para tomar decisiones, el 40.91% se siente desanimado, el 40.91% se le dificulta disfrutar de sus actividades diarias, el 18.98% llora con mucha frecuencia y solamente el 5.87% ha perdido el interés en realizar sus actividades cotidianas.

Tabla No. 24

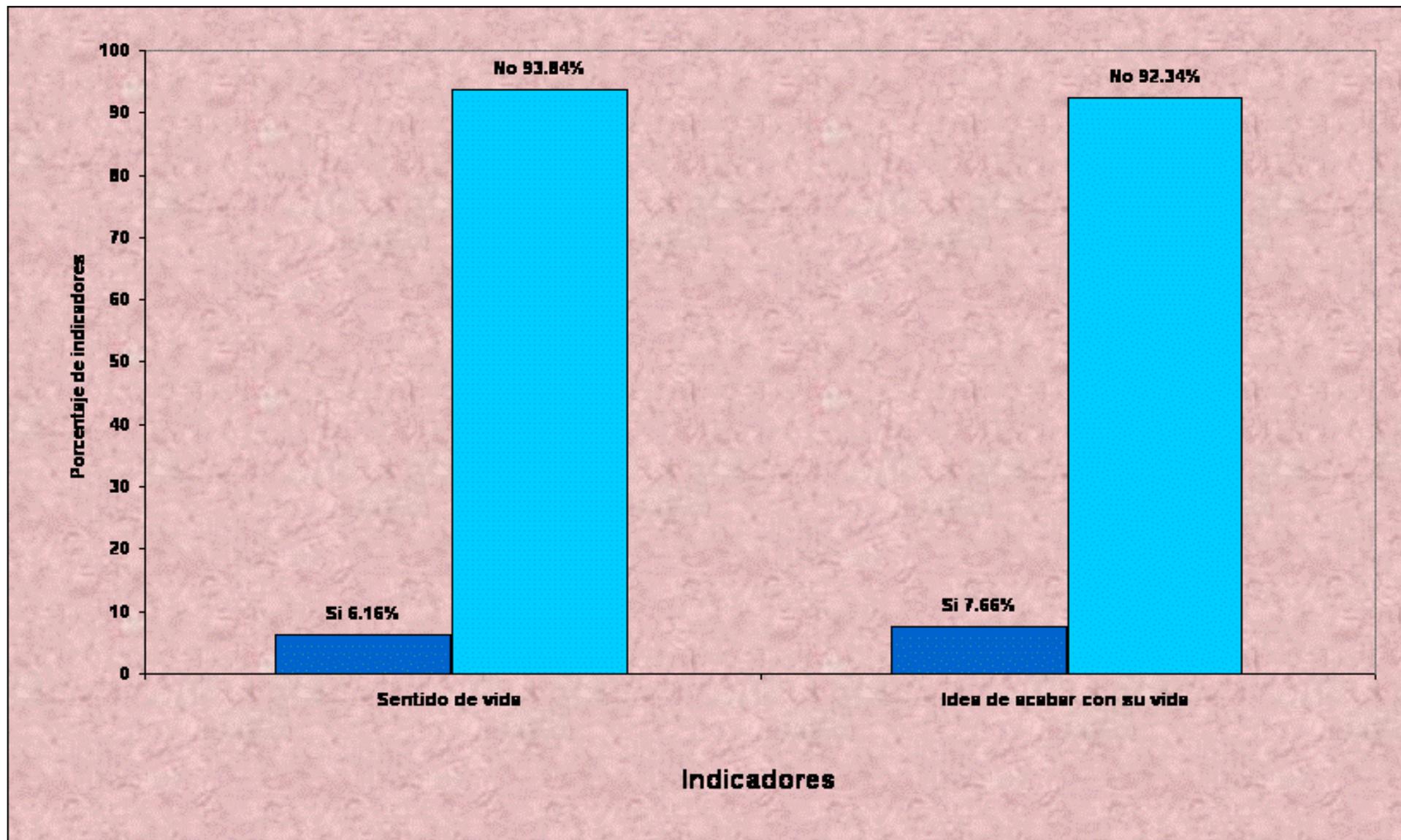
TENDENCIA AL SUICIDIO

INDICADORES		F	%
Considerar que su vida no tiene sentido	SI	192	6.16
	NO	2,927	93.84
	Total	3,119	100.00
Idea de acabar con su vida	SI	239	7.66
	NO	2,880	92.34
	Total	3,119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 24

Tendencia al suicidio



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 24

En la gráfica anterior se evidencia la posible tendencia al suicidio en los entrevistados que respondieron que: el 93.84% refieren que su vida Sí tiene sentido y solamente un 6.16% considera que su vida No lo tiene, así mismo el 92.84% no ha tenido la idea de acabar con su vida, mientras que un mínimo porcentaje de 7.66% Si ha tenido esa idea.

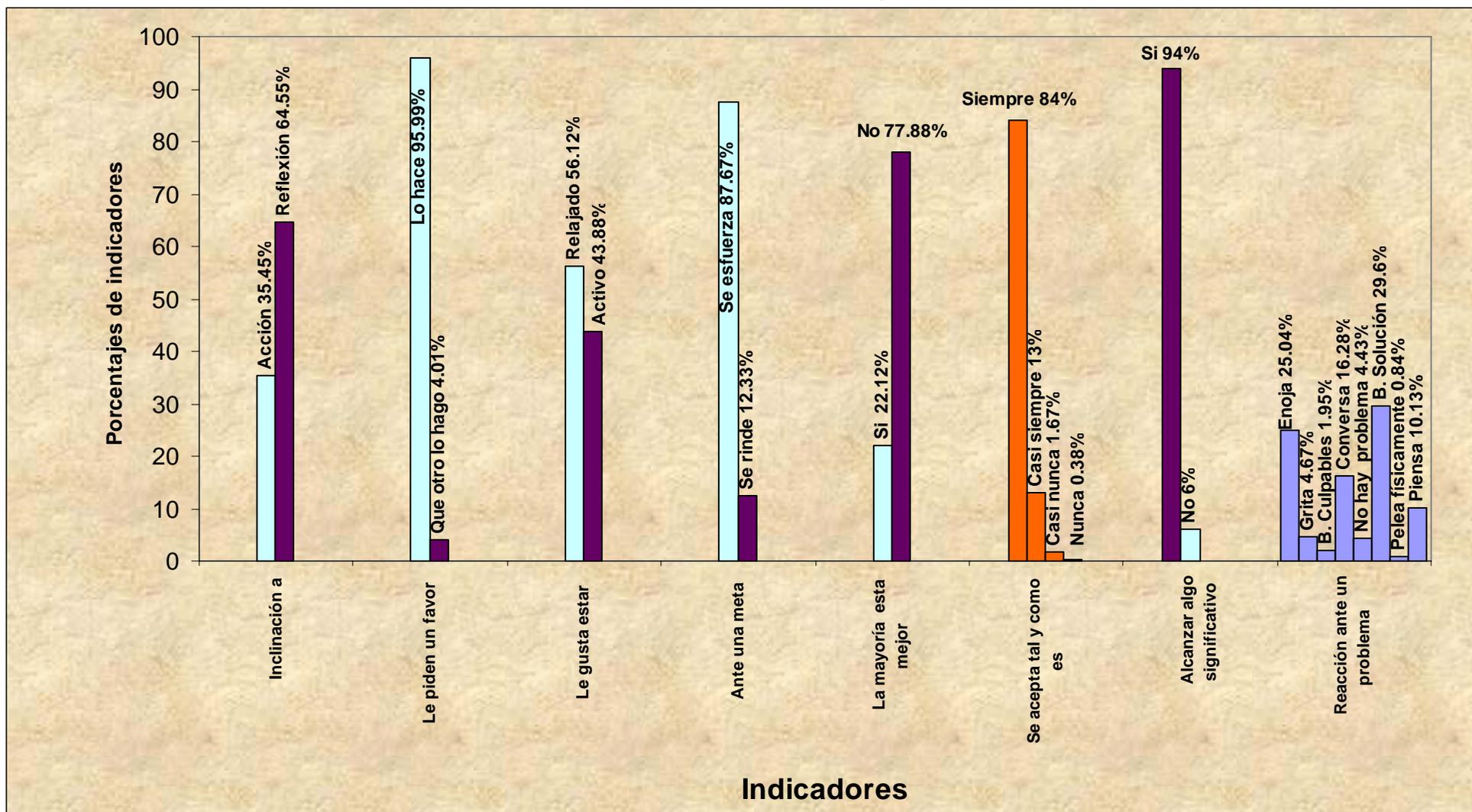
Tabla No. 25 CARACTERISTICAS DE LA PERSONALIDAD

INDICADORES		F	%
Inclinación a	Acción	1,117	35.45
	Reflexión	2,034	64.55
	Total	3151	100.00
Le piden un favor	Lo hace	2,996	95.99
	Que otro lo haga	125	4.01
	Total	3121	100.00
Le gusta estar	Relajado	1,755	56.12
	Activo	1,372	43.88
	Total	3127	100.00
Ante una meta	Se esfuerza	2,737	87.67
	Se rinde	385	12.33
	Total	3122	100.00
La mayoría esta mejor	SI	690	22.12
	NO	2,429	77.88
	Total	3119	100.00
Se acepta tal y como es	Siempre	2620	84.00
	Casi siempre	435	13.95
	Casi nunca	52	1.67
	Nunca	12	0.38
	Total	3119	100.00
Alcanzar algo significativo	SI	2,932	94.00
	NO	187	6.00
	Total	3119	100.00
Reacción ante un problema	Enojado	949	25.04
	Grita	177	4.67
	Busca culpables	74	1.95
	Conversa	617	16.28
	No hay problema	168	4.43
	Busca solución	1,122	29.60
	Pelea físicamente	32	0.84
	Piensa	384	10.13
	Se angustia	267	7.04
	Total	3790	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 25

Índices de características de la personalidad



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 25

La presente gráfica representa que en un 64.55% de la población meta encuestada reflexiona, mientras que un 35.45% son personas de acción, el 95.99% consideran hacer un favor a un amigo, en un 56.12% del tiempo libre a las personas les gusta estar tranquilas y relajadas, el 77.88% consideran que las personas a su alrededor no están mejor que ellos, un 84% siempre se acepta tal y como es, el 94% opina lograr algo significativo en su vida y las respuestas obtenidas de la reacción ante un problema son: un 29.60% buscan solución, el 25.04% se enoja, el 16.28% conversa sobre éste y el 10.13% piensa antes de actuar.

Tabla No. 26

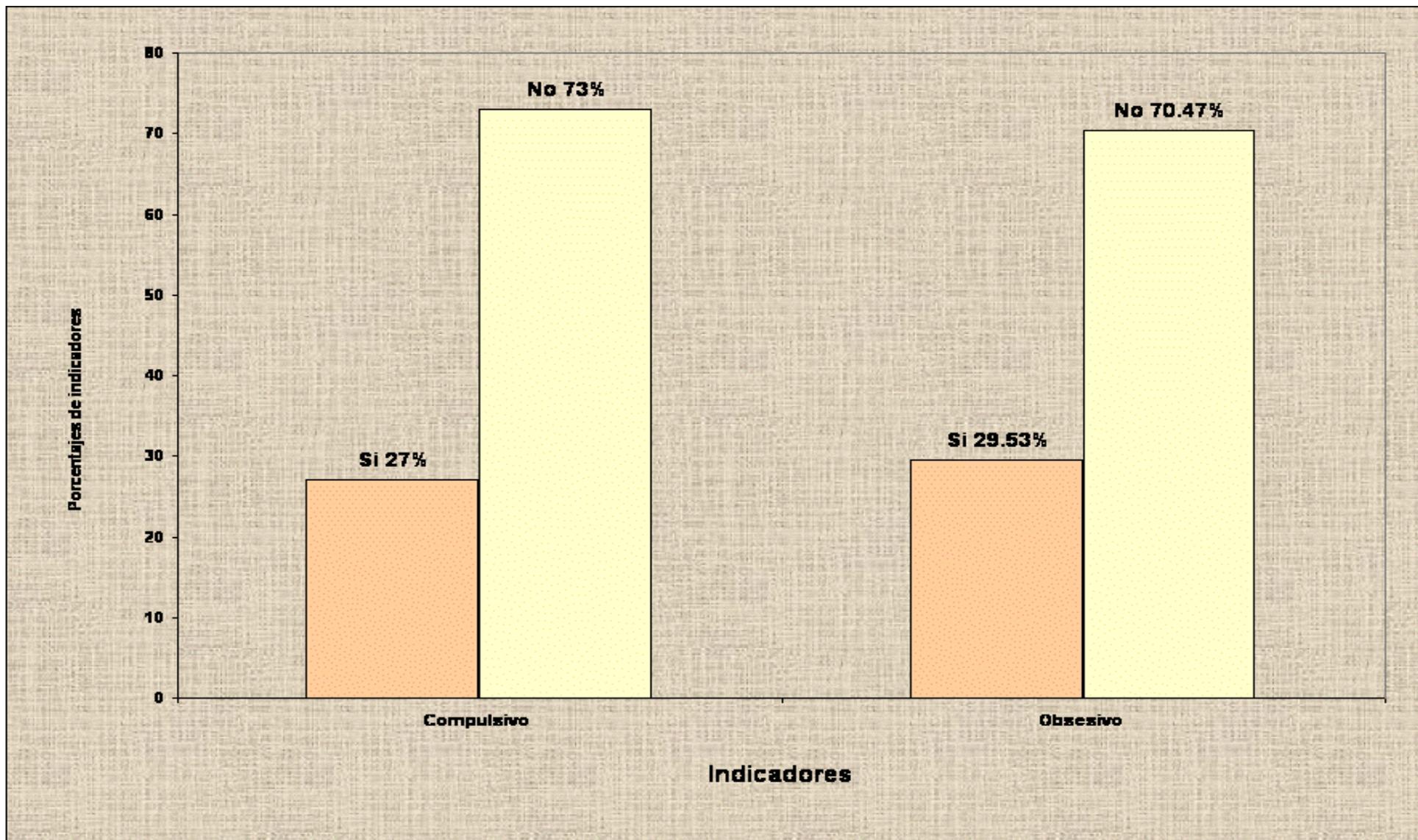
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO

INDICADORES		F	%
Compulsivo	Si	842	27
	No	2,277	73
	Total	3,119	100
Obsesivo	Si	921	29.53
	No	2,198	70.47
	Total	3,119	100.00

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 26

Trastorno obsesivo compulsivo



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 26

En la gráfica se representa que el 27% de la población meta tiene una posible tendencia a conducta compulsiva y existe una mayor tendencia con el 29.53% de manifestaciones de conducta obsesiva.

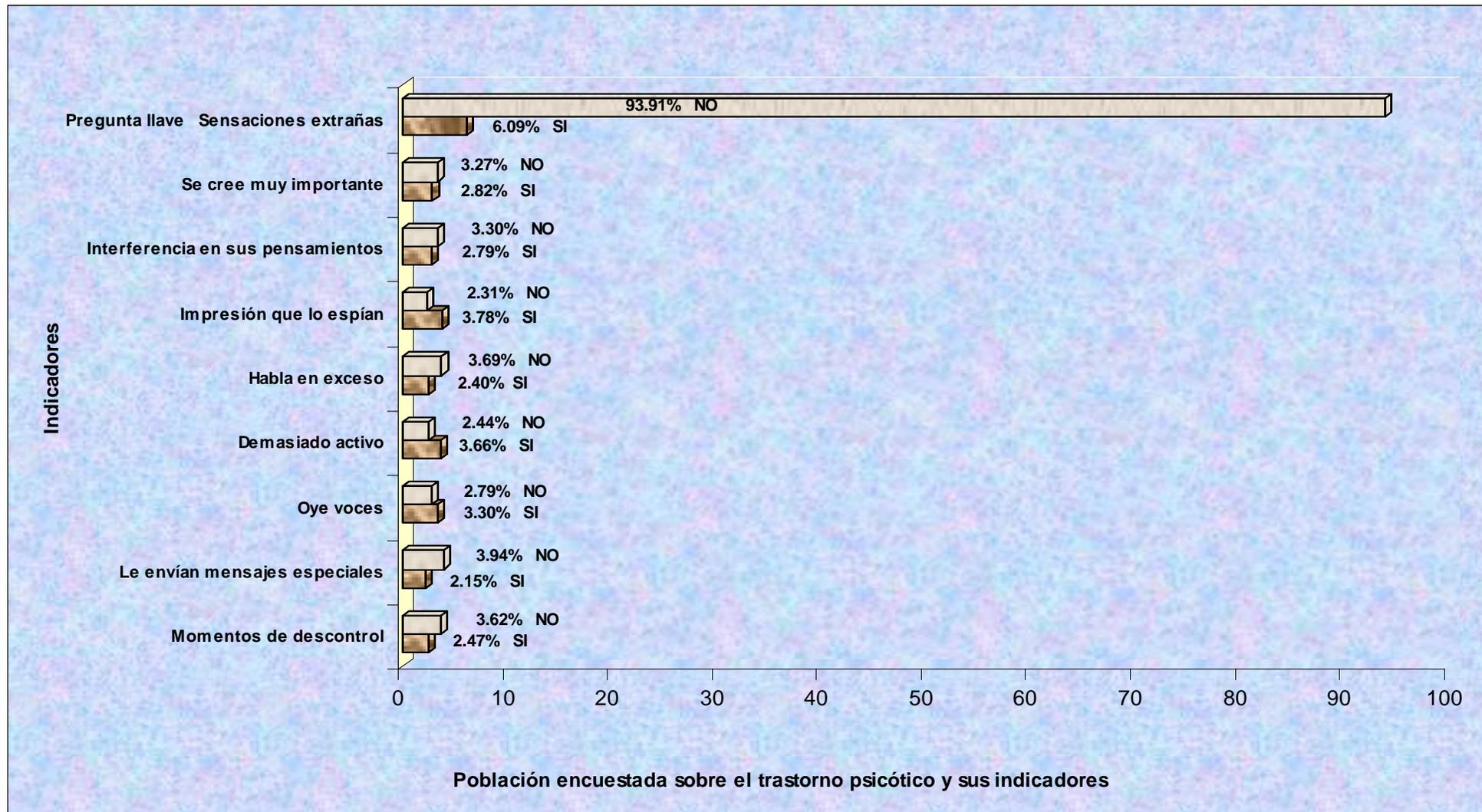
Tabla No. 27 TRASTORNO PSICÓTICO Y SUS INDICADORES

INDICADORES		F	%	
Pregunta llave	Sensaciones extrañas	Si	190	6.09
		No	2,929	93.91
		Total	3,119	100.00
Se cree muy importante		Si	88	2.82
		No	102	3.27
		Total	190	6.09
Interferencia en sus pensamientos		Si	87	2.79
		No	103	3.30
		Total	190	6.09
Impresión que lo espían		Si	118	3.78
		No	72	2.31
		Total	190	6.09
Habla en exceso		Si	75	2.40
		No	115	3.69
		Total	190	6.09
Demasiado activo		Si	114	3.66
		No	76	2.44
		Total	190	6.10
Oye voces		Si	103	3.30
		No	87	2.79
		Total	190	6.09
Le envían mensajes especiales		Si	67	2.15
		No	123	3.94
		Total	190	6.09
Momentos de descontrol		Si	77	2.47
		No	113	3.62
		Total	190	6.09

Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2,005.

Gráfica No. 27

Trastorno psicótico y sus indicadores



Fuente: Datos tomados de la tabla No. 27

En la presente gráfica se refleja el trastorno psicótico en donde la población encuestada respondió en un 6.09% tener posibles manifestaciones de este tipo, mientras que el 93.91% No. Así mismo se hace referencia al porcentaje que Sí lo padece en los indicadores de la siguiente forma siendo los síntomas en porcentajes más significativos: el 2.82% reveló que se creó mucho más importante de lo que piensan los demás, el 2.79% manifestó tener interferencias o algo raro en sus pensamiento, el 3.78% creó que conspiran contra él, el 2.40% indicó que frecuentemente habla en exceso, el 3.66% posiblemente es muy activo, el 3.30% creó escuchar voces, el 2.15% creó que le envían mensajes a través de los medios de comunicación y el 2.47% ha tenido momentos durante los cuales se ha descontrolado y hecho cosas que luego no recuerda.

PERFIL INICIAL EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO

Sobre el universo poblacional de 11.237,196 habitantes, esta investigación tomó en consideración un marco muestral de 5.021,427 personas de ambos sexos y con un rango de edad de 18 a 59 años, distribuidas proporcionalmente en toda la república y según la densidad de cada región se aplicó el instrumento de recolección de datos a un total de 3,119 unidades de análisis que representan el 100% de la población meta.

La población encuestada se define como jóvenes adultos entre las edades de 18-24 años (27.64%) y 25-31 años (20.78%), prevaleciendo el sexo femenino (60.98%) sobre masculino en un 39.02%, predominando la etnia ladina (81.34%) y el estado civil de casados (45.37%), y solteros (34.88%). En su mayoría refieren ser amas de casa (27.06%), y brindar servicios técnicos (21.35%) como por ejemplo: albañil, bombero, cajero, etc. En lo referente a la religión, más de la mitad de la población comentó practicar el catolicismo (57.74%) y el 42.26% practican otras orientaciones religiosas.

Así mismo en la escolaridad el universo de la muestra se ubica en su mayoría, en el nivel primario (35.75%) y en segundo lugar el nivel diversificado (25.81%), mientras que un 8.78% no posee ningún nivel de escolaridad, sin embargo de este porcentaje el 2.21% si sabe leer y el 2.02% sabe leer y escribir. Esto refleja que, aunque la mayoría de la población encuestada es alfabeta, la población meta se ubica en un nivel bajo de escolaridad.

En cuanto a la dinámica familiar, según los datos obtenidos se evidencia que el mayor porcentaje (93.78%) regularmente conversan y comparten algún tipo de experiencia con los miembros de su familia. Lo anterior demuestra que la población guatemalteca es hogareña y prefiere compartir con su familia (51.83%) antes que realizar otras actividades como estar en el trabajo (23.07%), con amigos, hacer deporte y/o estar solo. Un alto porcentaje (49.03%) pertenece a las familias integradas, beneficioso para el desarrollo del individuo, sin embargo se hace referencia que la prevención o iniciación de trastornos psicopatológicos se pueden dar en cualquiera de los tipos de familia.

En referencia al maltrato infantil se puede mencionar que la forma observada de corregir a los niños en la comunidad y la forma individual de corrección a los hijos, coinciden ya que en ambas situaciones refieren los encuestados que utilizan el diálogo como primera opción de

corrección, encontrando que un 24.13% “corrige” con maltrato físico a los niños, utilizando en su mayoría el cincho* (22.71%) como instrumento. También evidencian, en cuanto a la resolución de problemas familiares, que lo mejor es utilizar el diálogo (99.04%). Con lo anterior, puede aseverarse con relativa confianza que la población guatemalteca aunque conoce las formas pacíficas de corrección y resolución de problemas, según los datos, se observa que todavía existen indicios manifiestos de maltrato infantil.

En la categoría socioeconómica, se puede apreciar que el rango de ingresos con mayor relevancia es de Q. 1,000 a Q. 1,500 (19.27%), y de Q 1,501 a Q 2,000 (13.02%), por lo que se considera que la muestra está ubicada en un nivel de clase media baja, así mismo el 65.40% manifestó que su ingreso no le permite ahorrar. El 96.06% no recibe apoyo de ningún organismo privado o público, así como el 81.60% no tiene apoyo de algún familiar. La situación económica de esta muestra representativa, aún con la ausencia de las zonas conflictivas de la ciudad capital, parece ser bastante difícil.

Referente a los datos obtenidos sobre la estructura comunitaria, el 59.31% tienen acceso a personas que prestan servicios de salud de forma gratuita o a menor costo. Según esto, más de la mitad de la población cuenta con apoyo en salud. Un 53.61% no posee un comité o asociación dentro de su comunidad, lo que significa que la población guatemalteca generalmente no se organiza a nivel comunitario.

En la esfera socio-laboral, la investigación muestra que el 32.32% de la población se encuentra desempleada, mientras que el 67.68% esta empleada, observándose dos tipos de trabajo: el 75.13% es formal y el 24.87% informal, lo que demuestra que la población es económicamente activa.

Con relación a la vivienda, el dato general nos refleja que la mayoría esta construida de block (60.21%), considerando que las encuestas fueron aplicadas en las zonas centrales de cada lugar, lo que significa que no se llegó a los lugares de mayor lejanía y peligrosidad manifiesta. Estas viviendas están ubicadas en colonias (39.21%), barrios (18.63%) y zonas centrales (16.03%), de las cuales el 69.61% de la población cuenta con vivienda propia y el 25.42% posee una vivienda alquilada.

* Modismo guatemalteco que indica una faja o cinturón. Sinónimo de correa, lazo, varejón, etc.

En referencia a la violencia, el mayor porcentaje manifestó observar en su comunidad asaltos (41.85%), el 22.19% comenta estar expuesto a otro tipo de violencia (narcotráfico, pandillas y el impuesto solicitado por los miembros de éstas a comercios y buses de transporte colectivo, riñas callejeras, etc.), siguiéndole los asesinatos (14.77%) y violencia intrafamiliar (13.23%); estos actos de violencia según los entrevistados se dan a diario (21.24%), cada mes (23.06%) y nunca (33.82%), siendo este el más alto. Para valorar estas respuestas se debe considerar el diario vivir y la inseguridad actual, así también que no se tomó en cuenta las zonas rojas del país. En cuanto a la violencia que se vivió en el conflicto armado interno, el 12.38% se vio afectado, mientras que al 87.62% no le afectó, posiblemente por el nivel etario de la población muestra que es de jóvenes adultos, lo que significa que no vivieron el conflicto. El universo muestral acusa por consiguiente, un sesgo no superable debido a la situación permanente de inseguridad que vive el país

Con respecto a la categoría de salud física, se encontró que el mayor porcentaje (45.85%) consideró su salud como buena y un 44.98% regular, lo que demuestra que la población en su mayoría considera tener una buena salud física. Un 27.38% refirió padecer alguna dificultad física a lo cual el 70.84% ha recibido algún tratamiento específico y el 25% no lo ha recibido. Las unidades de análisis encuestadas refieren que al momento de padecer alguna enfermedad acuden a una clínica privada (42.01%), en segundo lugar asisten a un centro de salud (20.41%), así mismo expresaron que tienen que utilizar su sueldo (51.55%) para sufragar los gastos ocasionados por la enfermedad y un 16.15% prestan dinero para realizarlos. Con respecto a la accesibilidad en salud (inversión de tiempo), se encontró que el 98.08% tiene acceso en un tiempo aproximado de una a tres horas. En referencia a lo anterior se puede denotar que la mayoría de la población tiene a su alcance la atención de los servicios de salud, haciendo la salvedad que la población manifestó que estos servicios muchas veces no llenan las expectativas y necesidades que ellos demandan.

Generalmente la población no establece un patrón específico de sueño-vigilia. En base a esto se manifestó que el 83.62% no tiene dificultad para dormir durante toda la noche y el 16.38% declaró tener dificultad para conciliar el sueño. De ellos el 14.52% se despierta varias veces por la noche, el 7.09% no se siente descansado después de dormir y al 12.50% le cuesta conciliar el sueño. Se muestra una cierta tendencia a padecer de insomnio. En el caso del sonambulismo se encontró que el 4.36% manifestó que le han comentado que habla dormido por la noche, el 7.34% exteriorizó padecer de pesadillas, el 5.29% manifiesta tendencia a

padecer un sueño irresistible aunque estén realizando alguna actividad (narcolepsia) y el 7.66% tienen alteraciones en su ciclo de sueño-vigilia (ritmo circadiano). Con lo anterior se puede observar que existe una tendencia casi de la sexta parte de la población que sí padece este trastorno.

Respecto al trastorno alimenticio (anorexia y bulimia), los datos reflejan que: el 90% no se preocupa de su apariencia física y solamente al 10% le preocupa, de tal manera, que tiene problema en el consumo de sus alimentos; de este porcentaje los indicadores revelaron que el 6.60% no está satisfecho con su peso actual, el 7.82% maneja sentimientos de culpa cuando come mucho y el 4.49% hace dietas constantemente para bajar de peso. En referencia a este tipo de problemas posiblemente uno de cada diez guatemaltecos lo puede padecer.

Dentro del trastorno por abuso de sustancias, se encontró que un 80.90% declaró no consumir ninguna sustancia, mientras que el 19.10% de la población refirió que sí la consumen de la siguiente manera: tabaco con un 10.48%, alcohol con un 8.28% y un 0.34% que declaró consumir drogas con una frecuencia del 7.11% que lo hacen a diario y el 5.35% cada mes. Se encontró que el 5.16% continúa bebiendo a pesar de que esto le causa problemas de salud físicos y mentales, el 4.55% termina bebiendo más de lo que ha planificado beber al inicio, en contraste con un 7.92% que considera que su consumo nunca le ayuda a resolver sus problemas. Finalmente de los datos obtenidos podemos determinar que se evidenció un porcentaje significativo por abuso de sustancia. Al basarnos en el porcentaje que si consumen, encontramos que el tabaco es la principal sustancia consumida, seguida del alcohol y en menor escala otras drogas, haciendo la salvedad que por ser una pregunta de carácter personal los datos no manejan un alto nivel de validez.

Al realizar un sondeo sobre enfermedad mental se logró determinar que el 7.60% la han padecido y el 8.30% informó que tienen familiares en estas mismas condiciones, a pesar de que estos porcentajes fueron bajos el 95.32% consideró necesario recibir un tratamiento para dichas enfermedades.

Los elementos sobre los que se va a operar el análisis de este trabajo son componentes comunes en el área de salud mental, por lo tanto se define en el caso de la ansiedad los siguientes indicadores: el 41.01% se asusta fácilmente, el 26.84% le sudan las manos, el 28.89% expresó que frecuentemente siente que su corazón late a prisa, el 23.98% reveló que

se le dificultaba respirar con facilidad, manifestándose con mayor relevancia dos criterios: primero el 55.15% respondieron que con frecuencia se sienten nerviosos, tensos o aburridos, segundo el 55.02% declaró padecer dolores de cabeza, cuello y espalda. Lo que significa que existe una posible tendencia al trastorno de ansiedad así como se puede considerar que los dos criterios anteriormente descritos son antecedentes para un posible cuadro de estrés.

Dentro del análisis en general se precisarán los datos más relevantes sobre las posibles tendencias de la población encuestada referente a la depresión, el 32.48% se le dificulta tomar decisiones, mientras que el 40.91% de los encuestados se sintieron desanimados, sin energías, abatidos o tristes. Acerca de los resultados obtenidos podemos sintetizar que evidenciaron una leve tendencia a la depresión en la población, mientras que el 6.16% cree que su vida no tiene sentido y el 7.66% manifestó haber tenido la idea de acabar con su vida, por lo tanto un mínimo porcentaje reveló posible tendencia al suicidio.

Dentro de las características de la personalidad en la población guatemalteca manifiestan ser: reflexivos (64.55%) lo que significa que piensan antes de actuar, mientras que en la disponibilidad personal de los encuestados, el 95.99% contestó que por regla general hace favores, lo que expresa que la población es colaboradora; respecto al uso del tiempo libre el 56.12% prefieren permanecer tranquilos y relajados, al mismo tiempo el 87.67% expresó que cuando tienen dificultades se esfuerzan más para lograr sus metas, lo que indica que son perseverantes ante sus objetivos. En relación a la autoestima el 77.88% considera que la gente a su alrededor no está mejor que ellos, así como el 84% siempre se acepta así mismo tal y como es y el 94% se considera capaz de lograr algo significativo en su vida, con lo anterior se evidencia que el guatemalteco maneja una buena autoestima. Entre las reacciones más relevantes que se expresan ante los problemas se encontró: buscar solución (29.60%) y se enojan (25.04%), confirmando así que se practica una actitud reflexiva en las diferentes circunstancias.

Siguiendo la secuencia de los trastornos descritos, en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) se observa que el 27% sí manifiesta haber experimentado actos repetitivos sin ser capaces de evitarlos (conductas compulsivas), luego el 29.53% reveló tener pensamientos que lo angustian, le molestan y le son desagradables (conductas obsesivas). La información descrita anteriormente demuestra que aproximadamente una cuarta parte de la población manifiesta posibles tendencias a dicho trastorno.

En cuanto al trastorno psicótico se encontró que el 93.91% no refirió experimentar sensaciones extrañas como escuchar que le hablan cuando está solo o tener algún tipo de visión, en tanto que el 6.09% reveló que si las han experimentado, de este porcentaje el 2.82% se consideran ser mucho más importante de lo que piensan los demás, el 2.79% ha notado alguna interferencia o algo raro en sus pensamientos, el 3.78% ha tenido la impresión de que los espían, conspiran o tratan de hacerles daño; el 2.40% frecuentemente habla en exceso, el 3.66% revelaron sentirse demasiado inquietos físicamente, el 3.30% escucha voces que otras personas no pueden oír, el 2.15% cree que les envían mensajes especiales a través de los medios de comunicación y el 2.47% ha tenido momentos de descontrol que luego no recuerda. En base a los datos anteriores se puede observar una leve tendencia al mencionado trastorno.

Gráfica No. 28 PERFIL INICIAL EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO.

ANÁLISIS CUALITATIVO POR REGIONES DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN GUATEMALTECA

A continuación se describen ocho regiones que serán objeto de análisis para su comparación y diferenciación cualitativa: *

REGION METROPOLITANA (1): Guatemala, zonas capitalinas y municipios aledaños a la misma.

REGION NORTE (2): Alta Verapaz y Baja Verapaz.

REGION NOR – ORIENTE (3): Zacapa, El Progreso, Chiquimula e Izabal.

REGION SUR – ORIENTE (4): Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa.

REGION CENTRAL (5): Escuintla, Sacatepéquez y Chimaltenango.

REGION SUR – OCCIDENTE (6): Suchitepéquez, Sololá, San Marcos, Retalhuleu, Totonicapán y Quetzaltenango.

REGION NOR – OCCIDENTE (7): Huehuetenango y Quiché.

REGION PETÉN (8): El Petén.

En la mayoría de las regiones anteriormente mencionadas imperó el sexo femenino exceptuando Huehuetenango y Quiché en donde prevaleció el sexo masculino. Las áreas Nor-occidente y Norte se destacaron por pertenecer a la etnia maya y en las restantes se manifestó la etnia ladina; en cuanto al estado civil en Nor-oriente y Sur-occidente predominaron las personas solteras a diferencia de las seis regiones restantes. Con relación a la ocupación: Nor-oriente, Petén, Central y Norte pertenecen a servicios públicos* siendo que la mayor parte de la población en Sur-oriente y Nor-occidente son amas de casa y las áreas Metropolitana y Sur-occidente pertenecen a servicios empresariales.

* Geografía Visualizada de Guatemala / INGUAT / Edición Piedra Santa.

* Ver ocupaciones en el manual del entrevistador.

En cuanto a la escolaridad en las regiones Norte, Sur-occidente y Petén es predominante el nivel diversificado, en contraste a las otras regiones en donde se ubica el nivel primario.

Se encuentran porcentajes significativos de familia integrada en las ocho regiones del país, observándose mayor relevancia en Sur-oriente y Nor-occidente; en segundo lugar se encuentra el mayor índice de familia extensa en el Norte, Metropolitana, Petén y Sur-occidente y en tercer lugar está la familia desintegrada representativa en Nor-oriente y Central.

En referencia al maltrato infantil Huehuetenango y Quiché manifestaron que aparte de conversar con los niños los regañan, así mismo en todos los departamentos del país prefieren utilizar el diálogo para resolver problemas en el hogar. *

Las áreas Metropolitana, Central, Nor-oriente y Sur-oriente corresponden a un rango económico de Q.1,001 a Q. 1,500, mientras que en Nor-occidente y Petén reflejan un ingreso de menos de Q. 400, a diferencia de Sur-occidente y Norte en donde se presenta un índice de ingresos económicos de Q. 401 a Q. 600, en tanto que las Verapaces presentaron un rango de ingreso de Q. 1,501 a Q. 2,000. En todo el país parece ser que sólo en el Petén tienen la posibilidad de ahorrar. En Suchitepéquez, Sololá, San Marcos, Retalhuleu, Totonicapán y Quetzaltenango comentan contar con una mínima ayuda económica de entidades públicas y privadas, así como tener un mínimo apoyo económico de algún familiar a diferencia de las otras regiones restantes. En referencia a la estructura comunitaria se encontró que en el departamento de Guatemala con sus zonas y municipios aledaños (aproximadamente la mitad de la población) no tienen suficiente cobertura en el área de salud, es decir que no cuentan con una persona que brinde servicios de salud en forma gratuita o a menos costo, mientras que en las otras regiones sí los tienen. Metropolitana, Nor-oriente y Sur-occidente refieren en su mayoría no tener una asociación o comité en su comunidad, lo contrario con Norte, Sur-oriente, Central, Nor-occidente, Petén que si poseen algún tipo de organización.

En lo que respecta al desempleo, los departamentos de Huehuetenango y Quiché reflejan porcentajes significativos, siendo que ésta región y la de Petén representan más el índice de trabajo informal en un tercio de la población. En cuanto a la vivienda su ubicación según las áreas de Norte, Sur-oriente y Petén pertenecen a barrios, en el departamento de Guatemala

* Los datos anteriormente mencionados no manejan un alto nivel de validez, debido a una falla técnica al momento de la elaboración del instrumento de recolección de datos.

(zonas y municipios) predominan las colonias; en Huehuetenango y Quiché se observan los cantones, así como en las regiones Central y Sur-occidente las viviendas se ubican en las zonas centrales. En lo que se refiere a la tenencia de vivienda en todos los departamentos, la mayoría de la población manifestó tener una vivienda propia, sin embargo las regiones Metropolitana y Sur-oriente se ven en la necesidad de alquilar.

Para este estudio se hizo necesario representar la frecuencia y tipos de violencia que se manifiestan en la población de la siguiente forma: en la región Central y Metropolitana la frecuencia es a diario, mientras que en el Norte, Nor-oriente, Sur-oriente, Sur-occidente, Nor-occidente y Petén, sí existe algún tipo de violencia aunque su frecuencia no sea a diario. En referencia al tipo de violencia que observa la población, se encuentra que las violaciones específicamente se reflejan en Petén, Nor-oriente y Sur-occidente. Al referirnos a los asaltos, se puede observar que en todas las áreas del país, los índices son significativos, siendo así que en Metropolitana, Central y Nor-oriente se encuentran los porcentajes más representativos; los secuestros se manifiestan mayoritariamente en Sur-occidente y Petén; los índices de violencia intrafamiliar con grado significativo se encuentran en Nor-occidente, Norte y Central; de esta última existe una diferencia mínima en porcentaje con el área Metropolitana; los asesinatos son más observados en Petén, Central y Nor-oriente; los linchamientos se enmarcan en el Sur-occidente y Central y en otros tipos de violencia (peleas de maras, peleas callejeras, etc.), son referidas en el Sur-oriente, Norte, Sur-occidente y Petén.

En cuanto a los resabios devenidos del conflicto armado interno que afectó a todas las regiones del país, Huehuetenango y Quiché presentan el mayor índice de secuelas de dicho evento, siguiendo en importancia el área Central, Norte y Sur-oriente, con significativos porcentajes.

Al observar los resultados de la población encuestada al referirse a su salud, se encuentra que en Sur-oriente, Nor-oriente, Sur-occidente y Metropolitana consideran su propia salud como buena; así mismo las zonas de Nor-occidente, Petén, Norte y Central creen tener una salud regular y destacando a Zacapa, El Progreso, Chiquimula e Izabal, con relevancia a una mala salud.

La mayoría de la población no tiene limitaciones de salud o alguna enfermedad que les provoque discapacidad física o les esté afectando actualmente, sin embargo Petén y Norte son las áreas más afectadas a padecer de estas limitaciones o enfermedades. En relación con las

personas que sufren dichos padecimientos y que han tenido más acceso a recibir tratamiento son: Petén, Metropolitana, Central, Nor-oriental y Sur-oriental y siendo así las que no han recibido tratamiento son: Nor-occidental, Sur-occidental y Norte. El área Central, Sur-occidental, Metropolitana, Sur-oriental, Norte y Nor-oriental, generalmente acuden a una clínica privada cuando se enferman físicamente; mientras que en Petén asisten a un hospital público y en Huehuetenango y Quiché asisten a un centro de salud. Para sufragar sus gastos en caso de enfermedad, Nor-oriental, Sur-oriental, Sur-occidental, Petén, Metropolitana, Central y Norte declaran utilizar parte de su sueldo, mientras que en Huehuetenango y Quiché prestan dinero para realizar dichos gastos. Cuando la población se enferma, en las Verapaces una mínima parte utiliza entre cuatro y siete horas para trasladarse al lugar donde los atienden, mientras que en Petén, algunos pobladores necesitan entre ocho y doce horas.

El mayor porcentaje de personas expresó que ningún miembro de su familia ha sufrido o sufre de enfermedad mental, al mismo tiempo una parte no tan significativa sí han tenido familiares que han padecido alguna enfermedad de este tipo, siendo este dato más relevante en Nor-occidental y Petén. Con relación a sufrirla, las áreas más significativas son: Central, Nor-occidental, Norte y Sur-occidental. Al considerar necesario recibir un tratamiento un porcentaje menos significativo en Sur-occidental, Metropolitana, Central y Petén piensan que no es necesario recibirlo.

Con relación a síntomas alrededor del tiempo de descanso, el trastorno del sueño se puede observar en Petén y Sur-oriental con una marcada tendencia a padecerlo, no siendo así en las áreas restantes. En Sur-oriental y Petén, se encuentra que la población manifiesta problemas al despertarse varias veces por la noche y paralelamente manifiestan no sentirse descansados después de dormir, así como también se les dificulta conciliar el sueño al acostarse. En cuanto a la posible tendencia del sonambulismo se encuentran las regiones de Nor-oriental y Nor-occidental y referente a la interrupción de sueño por pesadilla se encuentran las regiones de Nor-occidental, Sur-oriental, Petén y Nor-oriental. Con relación a la tendencia irresistible del sueño durante alguna actividad (narcolepsia) se encuentra Nor-occidental y Nor-oriental. En cuanto a las alteraciones del ciclo de sueño-vigilia (ritmo circadiano) las regiones que presentan esta posible tendencia son Petén y Sur-oriental. Con respecto al rechinar de dientes cuando duerme (bruxismo) son predominantes las regiones de Sur-oriental y Nor-occidental, mientras las regiones de Sur-oriental, Norte y Nor-occidental manifestaron la posible tendencia a dormir más de nueve horas al día (hipersomnia).

En los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa, se presenta la mayor tendencia al trastorno alimenticio (bulimia y anorexia), siendo esta región la más predominante en dicho trastorno con siete de ocho indicadores significativos en su porcentaje y ubicando en segundo lugar a la región Central donde se manifiestan únicamente cuatro de los ocho indicadores, finalmente el tercer lugar lo ocupa la región Metropolitana cumpliendo dos de los indicadores del anterior trastorno.

Con respecto al abuso de sustancias se encontró que las regiones Metropolitana y Sur-oriente presentan una significativa tendencia al consumo de tabaco diario y permanentemente, Nor-occidente y Petén abusan del alcohol quincenal y mensualmente, mientras que las regiones Metropolitana y Sur-occidente utilizan drogas semanalmente, siendo así que Escuintla, Sacatepéquez y Chimaltenango presentan la menor tendencia al abuso de sustancias anteriormente mencionadas. Se encuentra que en Huehuetenango y Quiché (en relación con el abuso de alcohol), manifiestan haber tenido momentos durante los cuales han hecho cosas que luego no recuerdan y los han detenido estando ebrios o en riñas. En Petén la población continúa bebiendo a pesar de saber que esto les causa problemas físicos o mentales además de considerar que es indispensable consumirlo en reuniones. En Nor-occidente presentan el problema de terminar bebiendo más de lo que han planeado al inicio y al igual que en Petén continúan bebiendo a pesar de que les causa problemas. En el departamento de Guatemala, abusan de sustancias como: marihuana y otras, mientras que en Suchitepéquez, Sololá, San Marcos, Retalhuleu, Totonicapán y Quetzaltenango abusan tanto de la marihuana como de la cocaína, manifestando haber querido dejar de consumirlas pero no han podido.

En referencia al trastorno de ansiedad, los departamentos de Huehuetenango y Quiché refieren ser la población que se caracteriza por asustarse con facilidad, les sudan las manos, sienten que su corazón les palpita aprisa, que no pueden respirar fácilmente, sufren de dolores de cabeza, cuello o espalda y se atemorizan sin motivo. Por el contrario en Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa se encuentra la población que tiende más a comerse las uñas (unicofagia) siguiéndole Petén que también lo hace, además de sentirse nerviosos, tensos y aburridos.

Al evaluar las posibles tendencias al trastorno de depresión, se encontró que en Sur-occidente refieren tener algún tipo de dificultades para tomar decisiones, mientras que en Petén existe cierta tendencia a sentirse desanimados abatidos o tristes. En Huehuetenango y Quiché se manifiesta cierta dificultad para disfrutar de sus actividades diarias y en perder el interés en realizar cosas habituales, así como en Zacapa, El Progreso, Chiquimula e Izabal refieren llorar

con mucha frecuencia. En cuanto a la tendencia al suicidio, se encuentra que en Petén (en una cantidad no muy significativa) consideran que su vida no tiene sentido al igual que en Huehuetenango y Quiché han tenido la idea de acabar con su vida.

Dentro de los criterios de personalidad encontramos que en Nor-orientes las personas se caracterizan por ser activas y cuando se proponen una meta, ante los obstáculos que se presentan refieren esforzarse más, así como no consideran que las demás personas estén mejor que ellos; mientras que en Norte son reflexivos o pasivos. Petén tiende a ser una población que generalmente tiene facilidad de hacer favores a otras personas, mientras que en Sur-occidente (en una mínima parte) prefieren que otra persona lo haga, tienden a rendirse ante las dificultades y a creer que las demás personas están mejor que ellos. Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa comentan que en su tiempo libre, tienden a estar tranquilos y relajados en contraste con Huehuetenango y Quiché que es una población activa.

Al evaluar el nivel de autoestima las Verapaces manifestaron una aceptación de sí mismos; aproximadamente una tercera parte de las áreas Sur-orientes y Nor-orientes casi siempre se aceptan así mismos; en una mínima parte, la Central y Nor-occidente casi nunca se aceptan y una pequeñísima parte de la región Metropolitana nunca se aceptan. Petén y Norte son las más representativas en referir tener capacidad de lograr algo significativo en la vida. Respecto a como reaccionan las personas ante cualquier problema, Sur-orientes tiende a enojarse, buscar culpables y sentir angustia; Petén lo hace por medio de gritos y las Verapaces conversan sobre el problema; el área central evade los problemas, siendo así que Huehuetenango y Quiché les buscan la solución; en Sur-occidente pelean físicamente y en Nor-orientes piensan al momento de reaccionar ante el problema.

En referencia al trastorno obsesivo-compulsivo, Petén, Sur-orientes y Sur-occidente (más de un tercio) manifestaron una posible tendencia a estos actos compulsivos. En cuanto a conductas obsesivas (un tercio de la población) en Petén, Nor-occidente, Sur-orientes y Sur-occidente refirieron una posible tendencia a estas conductas.

El trastorno psicótico en los departamentos de Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa expresaron una significativa tendencia, siguiéndole en importancia Huehuetenango y Quiché que de igual manera manifiestan todos los indicadores de este trastorno, exceptuando que en Nor-occidente no hablan en exceso con frecuencia. Zacapa, El Progreso, Chiquimula e Izabal

poseen el tercer lugar en tendencia y en cuarto lugar se ubica Escuintla, Sacatepéquez y Chimaltenango en donde su incidencia fue mínima presentando las mismas características. En Petén no se evidencia ninguna tendencia a este trastorno*. En el tercero y cuarto lugar se manifiesta menos tendencia a este tipo de trastorno en contra posición al primero y segundo lugar que los porcentajes en la sintomatología son significativos.

* El presente análisis fue elaborado basándose en la tabla del anexo No. 6 (Porcentajes por regiones).

ANÁLISIS SISTÉMICO POR REGIONES

A continuación se presentan los cuadros comparativos de las ocho regiones con los resultados más significativos de cada lugar, haciéndose una breve interpretación de los ítems relevantes, para una mejor comprensión del ANALISIS CUALITATIVO POR REGIONES DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DE LA POBLACION. *

REGION METROPOLITANA (1)

(Guatemala, zonas capitalinas y municipios aledaños a la misma)

VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS	INTERPRETACIÓN
Ocupación	Servicios empresariales (28%)	Mayor incidencia de empleados en empresas.
Escolaridad	Primario (36.86%)	Predominio del nivel primario
Estructura familiar	Familia extensa (31.17%)	Población en donde dominó el grupo multigeneracional que conviven juntos.
Maltrato infantil	Pegan (23.46%)	Imperó el maltrato físico en los niños.
Ingreso económico	1,001.00 - 1,500.00 (22.72%)	La mayoría de la población obtiene ingresos medios.
Tenencia de vivienda	Alquilada (28.91%)	Un porcentaje significativo debe alquilar vivienda.
Violencia social:	Asaltos (45.74%) Asesinatos (14.66%) Violencia intrafamiliar (12.22%) Secuestros (3.09%)	La mayoría de la población sufre de inseguridad social y se observó incidencia en la violencia intrafamiliar.
Estructura comunitaria	Desorganización comunitaria (57.50%)	Prevalencia en la desorganización, lo que no permite un mejor desarrollo.
Salud física	Buena (46.32%)	La población considera tener buena salud.
Asistencia a servicios de salud	Clínica privada (43.30%)	Población con mayor asistencia a una clínica privada.
Trastorno por abuso de sustancias	Tabaco (11.85%) Drogas (0.41%)	Mayor presencia de tabaquismo y un mínimo porcentaje de otras drogas.
Trastorno alimenticio	Constante preocupación por apariencia física (10.85%) Bulimia: Sentimiento de culpa al comer mucho (8.38%)	Porcentajes significativos con rasgos al trastorno de bulimia.

* Se debe tomar en cuenta que el cálculo estadístico porcentual está basado en el 100% de cada región.

REGION NORTE (2)

(Alta Verapaz y Baja Verapaz)

VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS	INTERPRETACIÓN
Etnia	Maya (60.14%)	Predominio de población indígena.
Escolaridad	Diversificado (36.96%)	Prevalencia del nivel diversificado
Estructura familiar	Familia extensa (33.33%)	Mayor incidencia de familias que conviven con otros parientes en una misma casa.
Maltrato infantil	Pegan (32.08%)	Relevancia en corregir a los niños pegándoles.
Ingreso económico	Q.401.00 - 600.00 (18.56%) Q.1,501.00 - 2,000.00 (18.56%)	Población en la cual los ingresos varían entre bajos y medios.
Violencia social:	Violencia intrafamiliar (26.53%)	Niveles altos en violencia intrafamiliar.
Guerra interna	Víctimas del conflicto armado (18.84%)	Predominio de la población afectada ante este conflicto.
Salud física	Regular (52.17%)	Población que considera tener una salud regular.
Asistencia a servicios de salud	Clínica privada (34.44%)	Mayor afluencia a clínicas privadas.
Personalidad	Reflexión (84.06%) Aceptación de si mismo (95.65%) Logros significativos (97.83%) Busca solución ante problemas (33.11%) Conversan sobre el problema (25.83%)	Población con características reflexivas, buena autoestima y utilizan métodos pasivos para solucionar problemas.
Trastorno del sueño	Hipersomnia (2.90%)	Rasgo prevalente a la hipersomnia.

REGION NOR-ORIENTE (3)
(Zacapa, El Progreso, Chiquimula e Izabal)

VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS	INTERPRETACIÓN
Estado civil:	Solteros (43.84%)	Predominio de personas solteras.
Escolaridad	Primaria (45.21%)	Dominio del nivel primario.
Estructura familiar	Familia desintegrada (26.71%)	Mayor incidencia de familias en donde está ausente uno de los padres.
Maltrato infantil	Pegan (23.24%)	Prevalencia en corregir a los niños pegándoles.
Ingreso económico	Q.1,000 - 1,500.00 (20.42%)	La mayoría de la población obtiene ingresos medios.
Violencia social:	Asaltos (40.78%) Asesinatos (21.36%)	Mayor índice de población que sufre de asaltos y asesinatos.
Estructura comunitaria	No cuentan con un comité o asociación en la comunidad (56.16%)	Desorganización comunitaria
Salud Física	Regular (41.78%)	Población que considera tener una salud regular.
Asistencia a servicios de salud	Clínica privada (32.24%)	Destaca la asistencia a clínicas privadas.
Personalidad	Acción (41.89%) No creen que otras personas están mejores que ellas (84.25%)	Población inclinada a la acción que manifestó buena autoestima.
Trastorno del sueño:	Sonambulismo: Caminar dormido (2.74%) Hablar dormido (6.16%) Narcolepsia (7.53%)	Rasgos predominantes a los trastornos de sonambulismo y narcolepsia.
Trastorno psicótico	Experimentar sensaciones extrañas como escuchar que le hablan estando solo o tener visiones. (8.22%) Cree ser más importante (5.48%) Demasiado inquieto físicamente (5.48%)	Tendencia al trastorno con relevancia a los indicadores mencionados (tercer lugar).

REGIÓN SUR-ORIENTE (4)

(Jalapa, Jutiapa y Santa Rosa)

VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS	INTERPRETACIÓN
Ocupación:	Amas de casa (28.47%)	Porcentaje relevante de amas de casa.
Escolaridad	Primaria (41.06%)	Prevalencia del nivel primario.
Maltrato infantil	Pegan (30.25%)	Incidencia a corregir a los niños pegándoles.
Ingreso económico	600.00 - 800.00 (19.98%)	Predominio de ingresos bajos.
Violencia social:	Asaltos (37.50%) Asesinatos (18.38%)	Mayor índice de población que sufre de asaltos y asesinatos.
Guerra Interna	Víctimas del conflicto armado (18.25%)	Población afectada por el conflicto armado.
Tenencia de vivienda	Alquilada (27.74%)	Una cuarta parte de la población aproximadamente se ve en la necesidad de alquilar vivienda.
Asistencia a servicios de salud	Clínica privada (40.15%)	Afluencia significativa a clínicas privadas.
Trastorno del sueño:	Insomnio: Despierta varias veces (21.90%) Le cuesta conciliar el sueño (18.25%) Terror nocturno (9.49%) Ritmo circadiano (10.95%) Bruxismo (2.92%) Sonambulismo (6.57%) Hipersomnia (2.92%)	Rasgos predominantes a padecer diversos trastornos del sueño.
Trastorno alimenticio:	Constante preocupación por apariencia física (20.44%) Insatisfacción con peso actual (17.52%) Bulimia: culpabilidad al comer (16.06%) Anorexia: dietas para bajar de peso (11.68%)	Población con tendencia a problemas alimenticios en bulimia y anorexia.
Trastorno por abuso de sustancias:	Tabaco (11.35%)	Mayor incidencia al abuso del tabaco.
Trastorno de ansiedad:	Dolores de cabeza, cuello y espalda (63.50%) Tenso, nervioso o aburrido (66.42%) Unicofagia (22.63%)	Rasgos predominantes al trastorno de ansiedad.
Personalidad	Tranquilos y relajados (70.07%) Reacción ante un problema: Enojo (34.78%) Angustia (10.87%) Buscar culpables (3.62%)	Características de esta población y rasgos predominantes ante una situación estresante.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Compulsivo (34.31%) Obsesivo (33.58%)	Segundo lugar en tendencia al TOC.
Trastorno psicótico	Experimentar sensaciones extrañas como escuchar que le hablan estando solo o tener visiones. (13.87%)	Primer lugar en tendencia al trastorno.

REGION CENTRAL (5)

(Escuintla, Sacatepéquez y Chimaltenango)

VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS	INTERPRETACIÓN
Ocupación:	Servicios públicos (28.95%) Servicios empresariales (28.42%)	Mayoría de personas que laboran de forma independiente y otra parte como empleados de empresas.
Escolaridad	Primaria (33.16%)	Predominio del nivel primario.
Estructura familiar	Familia desintegrada (25.26%)	Porcentaje significativo en donde falta uno de los padres.
Maltrato infantil	Pegan (26.55%)	Existe maltrato a los niños como medida de corrección
Ingreso económico	1001.00 - 1500.00 (22.54%) 401.00 - 600.00 (15.61%)	Prevalencia de ingresos medios y un porcentaje significativo presenta bajos ingresos.
Violencia social:	Asaltos (43.03%) Asesinatos (29.12%) Violencia intrafamiliar (13.94%) Violaciones (4.78%) Linchamientos (3.59%) Secuestros (1.99%)	Región que manifiesta sufrir de todo tipo de violencia
Guerra Interna	Víctimas del conflicto armado (19.47%)	Región con el segundo lugar en manifestar que fueron afectados.
Tenencia de vivienda	Alquilada (27.74%)	La población se ve en la necesidad de alquilar vivienda.
Salud Física	Regular (49.47%)	La mayoría de las personas manifestaron tener una salud regular.
Asistencia a servicios de salud	Clínica privada (53.61%)	Mayor afluencia en asistir a clínicas privadas
Sondeo de enfermedad mental	Tendencia a padecer de alguna enfermedad psicológica (14.74%)	Porcentaje significativo a padecer problemas psicológicos.
Trastorno alimenticio:	Constante preocupación por apariencia física (12.11%) Bulimia: (11.05%) Culpabilidad al comer mucho (11.05%)	Segundo lugar con tendencia a problemas alimenticios.
Personalidad	Hace de cuenta que no hay problema (9.22%)	Población con característica significativa de evasión.
Trastorno de depresión	Llorar con mucha frecuencia (20%) Desinterés en realizar cosas habituales (7.37%)	Región con rasgos significativos a dicho trastorno.
Trastorno psicótico	Experimentar sensaciones extrañas como escuchar que le hablan estando solo o tener visiones (7.37%)	Incidencia al trastorno con sus indicadores significativamente altos.

REGION SUR-OCCIDENTE (6)

(Suchitepéquez, Sololá, San Marcos, Retalhuleu, Totonicapán y Quetzaltenango)

VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS	INTERPRETACIÓN
Estado civil	Solteros (46.25%)	Región con mayoría de población soltera.
Ocupación:	Servicios empresariales (24.03%)	Actividad laboral como empleados del sector privado.
Escolaridad	Diversificado (33.33%)	Prevalencia en el nivel diversificado
Dinámica familiar	Comparte con su: Familia (40.96%) Trabajo (31.05%)	Relevancia en compartir con la familia y gusta estar en su trabajo.
Estructura familiar	Familia extensa (29.46%)	Mayor incidencia de familiares y otros parientes que conviven y habitan en una misma casa.
Maltrato infantil	Pegan (26.85%)	Medida de corrección para disciplinar a los niños.
Ingreso económico	401.00 - 600.00 (20.11%)	Porcentaje significativo de ingresos bajos en la región.
Violencia social:	Violaciones (5.71%) Secuestros (4.82%) Linchamientos (4.46%)	Población con porcentajes significativos en contraste a las otras regiones.
Salud física	Buena (46.51%)	Casi la mitad de la población considera tener buena salud.
Asistencia a servicios de salud	Clínica privada (46.41%)	La mayor parte de la población asiste a clínicas privadas.
Sondeo de enfermedad mental	Tendencias a padecer enfermedades psicológicas (12.14%)	Segundo lugar en tendencia a padecer enfermedades mentales.
Trastorno por abuso de sustancia:	Marihuana (0.13%) Cocaína (0.13%)	Mayor presencia de consumo de drogas.
Personalidad	Se rinden ante una meta (18.30%) Creen que los otros están mejor que ellos (33.85%)	Población que manifestó una posible baja autoestima.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Compulsivo (30.49%) Obsesivo (33.07%)	Aproximadamente un cuarto de la población presentó tendencia a dicho trastorno.

REGION NOR-OCCIDENTE (7)

(Huehuetenango y Quiché)

VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS	INTERPRETACIÓN
Sexo	Masculino (51.21%)	Mayor índice de hombres entrevistados.
Etnia	Maya (61.84%)	Predominó la etnia maya.
Maltrato infantil	Regañan (30.25%)	Se corrige a los niños regañándolos.
Empleo	Desempleo (50.72%)	Región más alta en porcentaje de personas sin empleo.
Lugar ubicación de la vivienda:	Cantones (47.83%)	La mayor parte de las viviendas se ubican en cantones.
Ingreso económico	Menos Q.400.00 (24.88%)	Personas con ingreso económico bajo.
Violencia social:	Asaltos (38.94%) Violencia intrafamiliar (31.86%)	Índices de violencia social, reflejando asaltos y violencia intrafamiliar.
Guerra Interna	Víctimas del conflicto armado (26.09%)	Secuelas de los resabios devenidos del conflicto armado.
Salud Física	Regular (55.56%)	Personas que consideran su propia salud como regular.
Asistencia a servicios de salud	Centro de salud (36.54%)	Utilizan los centros de salud en caso de enfermedad.
Sufragación de gastos médicos	Presta dinero (37.14%)	Para financiar sus gastos en caso de enfermedad prestan dinero.
Sondeo de enfermedad mental	Familiares que han padecido enfermedad psicológica o mental (16.43%)	Primer lugar en tendencias a que los familiares padezcan enfermedades mentales.
Personalidad	Activo en tiempo libre (58.94%) Ante un problema busca solución (51.87%)	Se destaca por ser una región activa y le busca solución a los problemas.
Trastorno del sueño:	Narcolepsia (8.70%) Terror nocturno (10.63%) Ritmo circadiano (9.18%) Bruxismo (2.42%)	Esta región presenta el mayor número de rasgos en las tendencias predominantes de cada trastorno, en donde la depresión toma mayor importancia por ser el primer lugar en relación a las otras regiones. Siendo así la población con mayores deficiencias de buena salud mental.
Trastorno por abuso de sustancias:	Alcohol (14.22%)	
Trastorno de ansiedad	Sufre dolor de cabeza, cuello y espalda (66.18%)	
	Se asusta con facilidad (53.14%)	
	Frecuentemente le sudan las manos (41.55%)	
Trastorno de depresión	Dificultad para tomar decisiones (39.13%)	
	Dificultad para disfrutar de sus actividades (25.12%)	
	Pérdida de interés en realizar cosas habituales (10.63%)	
Tendencia al suicidio	Ha tenido la idea de acabar con su vida (14.01%)	
Trastorno psicótico	Experimentar sensaciones extrañas como escuchar que le hablan estando solo o tener visiones (10.63%)	

REGION PETÉN (8)

(El Petén)

VARIABLE INDEPENDIENTE	RESULTADOS	INTERPRETACIÓN
Estructura familiar	Familia extensa (30.19%)	Mayor índice de familias en la cual conviven con otros parientes en un mismo lugar.
Maltrato infantil	Pegan Cincho (13.33%)	Corrigen a los niños pegándoles con cincho.
Ingreso económico	Menos Q.400.00 (16.00%)	Población con ingresos bajos.
Violencia social:	Asaltos (35.71%) Asesinatos (22.62%) Violaciones (5.95%) Secuestros (4.76%)	Población con mayor incidencia de violencia en diversas formas.
Salud Física	Regular (54.72%)	Las personas consideran que su salud es regular.
Sondeo de enfermedad mental	Algún miembro de su familia ha sufrido o sufre de enfermedad mental (13.21%)	Segundo lugar en tener parientes que padecen enfermedades mentales.
Personalidad	Colaboradores (100%) Logros significativos (100%) Ante un problema: Gritan (7.69%)	Personas colaboradoras, con buena autoestima que resuelven los problemas por medio de gritos.
Trastorno del sueño	Dificultad para dormir durante toda la noche (26.42%) Insomnio: Despierta varias veces (20.75%) Le cuesta conciliar el sueño (16.98%) Ritmo circadiano (13.91%)	Región con una marcada tendencia a este trastorno, con rasgos significativos al insomnio y alteración del ritmo circadiano.
Trastorno por abuso de sustancias:	Alcoholismo (12.96%)	Presentan una significativa tendencia al consumo de alcohol.
Trastorno de ansiedad	Con frecuencia se ha sentido nervioso, tenso o aburrido (67.92%) Unicofagia (20.75%)	Población con tercer lugar en presentar rasgos significativos a dicho trastorno.
Tendencia al suicidio	Considerar que la vida no tiene sentido (13.21%)	Región con tendencia al suicidio.
Trastorno obsesivo-compulsivo	Obsesivo (39.62%) Compulsivo (39.62%)	Primer lugar en rasgos predominantes al TOC.

3.2 GUÍA DE ORIENTACIÓN DE SERVICIO Y DOCENCIA

A partir del proceso de construcción de la guía de orientación, se recabo información en base a entrevistas estructuradas las cuales se aplicaron a catorce estudiantes que anteriormente realizaron Ejercicio Profesional Supervisado (EPS) y a cuatro profesionales en calidad de supervisores del área, según experiencias vividas por cada persona.

Por lo tanto se puede orientar sistemáticamente cuales son los pasos a seguir para dar inicio al proceso de EPS, mencionando los requisitos que el estudiante debe cumplir debidamente e informar la importancia de recibir la implementación por parte de los supervisores, para luego insertarse dentro de la comunidad al momento de realizar la visita de campo, la cual proporcionará la información al estudiante para planificar sus actividades académicas y desarrollarlas según el tema propuesto por él. Para luego presentar a su supervisor y que este apruebe su trabajo. Posteriormente se trasladará el estudiante al lugar en donde realizará su EPS para su ejecución formal.

Esta guía pretende proporcionar la información anteriormente mencionada de una forma más amplia, así como otros puntos de referencia los cuales resultan de suma importancia para el desarrollo del trabajo profesional del epesista.



**GUIAS DE ORIENTACIÓN DE SERVICIO Y DOCENCIA PARA EL EJERCICIO
PROFESIONAL SUPERVISADO**

En el presente documento se dan algunas pautas importantes a seguir con relación a los trámites que se deben llevar a cabo en la Escuela de Ciencias Psicológicas, para realizar el Ejercicio Profesional Supervisado (E.P.S.).

TRÁMITES ADMINISTRATIVOS:

- a) Acudir al Departamento de E.P.S., ubicado en el segundo nivel, en la oficina 208 del Edificio “A”, para obtener información de todos los lugares en donde se realiza E.P.S. preferiblemente en los meses de agosto y septiembre.
- b) Completar la papelería que solicite el E.P.S, considerando que un requisito fundamental es haber cerrado el pénsum de estudio.
- c) Solicitar carta de presentación al Departamento de E.P.S. para la institución en donde se realizará el E.P.S.
- d) Elaboración del proyecto, según formato del Departamento de E.P.S, obtener revisión, autorización y aprobación del mismo.
- e) Elaboración de informe mensual según formato establecido por el Departamento de E.P.S., para la institución y dicho Departamento.

- f) Cumplir con las normas de supervisión y evaluación según el lugar en donde se desarrolle el E.P.S.
- g) En caso de alguna duda o problemática debe avocarse a los dirigentes de la institución y de la comunidad.
- h) Solicitar guía para la estructura del informe final al supervisor y al Departamento de E.P.S.
- i) Presentar el informe final al supervisor para primera revisión.
- j) Presentar el informe final para segunda revisión por otro supervisor asignado por el Departamento de E.P.S.
- k) Cumplir con los requisitos administrativos señalados por la Escuela de Ciencias Psicológicas, con fines de graduación.
- l) El epesista cuenta con un período máximo de seis meses para presentar su primer informe final para la primera revisión y considerar que pasados dos años sin agilizar ningún trámite sobre el mismo, automáticamente se anula su proceso de E.P.S.
- m) Se sugiere que el epesista solicite a las autoridades de la Escuela de Ciencias Psicológicas, que extiendan un agradecimiento oficial a las instituciones y comunidades que permiten el desarrollo del E.P.S., ya que durante este proceso, se cuenta con el apoyo, interés y colaboración de las mismas.



GUIA DE ORIENTACION DE SERVICIO EN EL E.P.S.

SERVICIO:

Es el trabajo psicológico que realizarán los epesistas en beneficio de una población meta, creando un vínculo empático, a través de los conocimientos, métodos y técnicas propias de esta disciplina.



¿COMO INICIAR EL SERVICIO EN LA COMUNIDAD?

- a) Asistir periódicamente a las reuniones de inducción que programa el Departamento de E.P.S. para servir mejor a la población meta.
- b) Viajar a la comunidad y contactar a la institución que le corresponde.
- c) Observación directa de la comunidad e identificación de las problemáticas.
- d) Seleccionar la(s) población(es) objetivo que mejor le convenga para el desarrollo del E.P.S.
- e) Presentación por parte de la institución y sus propias acciones y contactos con las autoridades y dirigentes de la comunidad como: Alcalde, Alcalde Auxiliar, Dirigentes de Asociaciones Comunales o Vecinales, Sacerdotes Mayas y Líderes Religiosos, Agentes de Salud, Directores de Establecimientos Educativos, etc.



¿QUE HACER EN LA COMUNIDAD?

- a) Determinar claramente los objetivos que se van a trabajar en el proyecto de factibilidad.
- b) Adaptación e inserción del epesista a la comunidad.
- c) Desarrollo y retroalimentación de la planificación de actividades, según las necesidades de la comunidad.
- d) Descripción de la experiencia del E.P.S. o diario de campo que incluya el desarrollo y retroalimentación de la planificación, es decir un resumen de todo lo que se vivió durante el E.P.S.
- e) Se sugiere que el epesista del área rural se hospede en la comunidad para tener una mejor convivencia con la misma.
- f) En algunas instituciones no se cuenta con la infraestructura suficiente por lo tanto el epesista debe ser proactivo para proveer y realizar las actividades planificadas.
- g) El epesista debe tomar en cuenta, que su vestuario debe ser cómodo y adecuado según la comunidad en donde trabaje.
- h) Debe considerarse que el acceso al transporte varía según la comunidad, en cuanto a horario, días y tipo de transporte (el área rural generalmente tiene transporte los días de mercado).



GUIA DE ORIENTACION PARA DOCENCIA EN EL E.P.S.

DOCENCIA:

Es el trabajo de información / formación que realizan los epesistas en beneficio de la población meta, a través del proceso de enseñanza-aprendizaje donde el epesista debe utilizar y emplear los métodos psicopedagógicos necesarios en cada comunidad.



¿QUÉ HACER EN LA DOCENCIA?

- a) Desarrollo y retroalimentación de la planificación de actividades, según las necesidades de la comunidad.
- b) Determinar claramente los talleres basándose en los objetivos que se van a trabajar en el proyecto de factibilidad.
- c) Descripción de los procesos vivenciales adquiridos durante la docencia en el E.P.S.
- d) Todas las técnicas de docencia deben ser enfocadas a la realidad y necesidades de la población meta.
- e) Se debe considerar la infraestructura y los servicios básicos (agua, luz, servicios sanitarios etc.) para el desarrollo de la docencia.
- f) El epesista debe conocer con que materiales didácticos, mobiliario e infraestructura, dispone para el desempeño de su docencia.

- g) Se sugiere que el epesista al finalizar cada actividad realice una evaluación de la misma, para mejorar su proceso de enseñanza- aprendizaje.
- h) El epesista debe considerar, crear grupos permanentes dentro de la población meta y seleccionar facilitadores para darle continuidad al trabajo planificado.



PUNTOS A CONSIDERAR

- a) El Departamento de E.P.S., cuenta con áreas específicas para su ejecución, siendo éstas: social, educativa y salud.
- b) Informarse sobre los lugares que cuentan con estipendio económico y hacer los trámites correspondientes, si es de su interés. El monto de esta ayuda varía según el lugar de ejecución.
- c) El Departamento de E.P.S. cuenta con apoyo y colaboración de instituciones gubernamentales y no gubernamentales para el desarrollo del mismo.
- d) Se debe tomar en cuenta que la violencia social es a nivel nacional, por lo que se sugiere tomar las debidas precauciones.
- e) El tiempo de ejecución del E.P.S., varía según el área en donde se realiza y puede ser entre ocho y doce meses según lo requiera la institución.
- f) El epesista debe estar física y emocionalmente preparado para afrontar los aspectos de cada comunidad (social, cultural, económica, política y seguridad, etc.)

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES

CONCLUSIÓN GENERAL:

1. Con base en los resultados de la presente investigación, podemos concluir que la pobreza, pobreza extrema, violencia generalizada, desorganización comunitaria, deficiencia de atención en salud y los bajos niveles de educación, todos ellos con indicadores significativos, muestran condiciones externas seriamente afectadas que inciden en la salud mental del guatemalteco, reflejándose en una dinámica psicológica y psicopatológica -conforme parámetros internacionales- en cuanto a niveles preocupantes de ansiedad, depresión, trastornos adictivos, así como probables tendencias autopunitivas. Como rasgos predominantes de personalidad, se encuentran algunas fortalezas en la población estudiada como ser reflexivas, intentar alcanzar sus metas, ser comunicativos y colaboradores y gozar de aceptación personal, procurando soluciones.

CONCLUSIONES ESPECÍFICAS:

2. En el presente estudio se determinó que las características generales de la población objeto de 3,119 sujetos es de jóvenes adultos, de sexo femenino, de etnia ladina, de estado civil casados y solteros; ubicados la mayor parte en el área urbana, de creencia cristiana predominantemente católica, y con educación primaria.
3. Se concluye que la mayoría de la población de esta investigación pertenece a familias integradas que regularmente conversan y comparten sus experiencias, así como manifiestan que la mejor forma de resolver problemas es el diálogo; mientras que los niños deben ser corregidos conversando con ellos y en ocasiones pegándoles; mostrándose así un porcentaje significativo de maltrato infantil.
4. De acuerdo a los datos obtenidos en cuanto al nivel socioeconómico se considera que la población se ubica en rangos de pobreza y pobreza extrema, siendo así

que la situación económica es bastante difícil, no contando ésta con apoyo económico de algún organismo privado o público, ni de familiares.

5. Menos de la mitad de la población cuenta con un comité o asociación, lo que significa que no hay una estructura comunitaria.
6. De los datos resultantes se dice que el mayor número de personas se encuentran empleadas con un trabajo formal, y sus viviendas están construidas de block ubicadas en colonias, barrios y zonas centrales.
7. En cuanto a la violencia se puede decir que la población sufre violencia social a diario lo que crea un ambiente hostil similar al vivido durante el conflicto armado, el cual fue un factor influyente en este estudio siendo la región Nor-occidente la más afectada, siguiéndole las regiones Central, Norte y Sur-oriente con significativos porcentajes, prevaleciendo éstas como las regiones con mayores factores de riesgo que atentan contra su salud mental.
8. Según la población guatemalteca, considera casi la mitad, tener buena salud física y la otra mitad tener salud regular, pues cuando un poblador se enferma acude generalmente a una clínica privada y para sufragar estos gastos deben utilizar parte de su sueldo. En relación al traslado a las áreas de salud las personas necesitan entre una y tres horas para llegar.
9. En relación a posibles tendencias a psicopatologías se encontró que una mínima parte manifestó signos de dificultad para conciliar el sueño, despertándose con facilidad y no sentirse descansado después de dormir, este rasgo invita a estudiar factores externos que pueden ser resultantes de una vida intranquila.
10. Al observar el trastorno alimenticio, una décima parte manifestó posibles tendencias, con mayor relevancia a sentirse insatisfechos con su peso.
11. En referencia al trastorno de adicciones la investigación reflejó que el tabaco es la droga más utilizada, seguido por el consumo de alcohol, encontrándose un porcentaje significativo que lo consume diariamente a pesar de reconocer el daño

físico y/o psicológico que produce y se les dificulta detenerse. Parece extenderse el criterio que no es necesario la ingesta de alcohol en las actividades sociales. La respuesta al uso de otras sustancias, considerando su carácter ilícito y, por consiguiente, la obtención de respuestas poco confiables, muestra que la marihuana, seguido por la cocaína, son las drogas usuales. En todos los casos, las personas respondieron que su consumo no ayuda a resolver sus problemas.

12. La semiología dentro de los trastornos de ansiedad, refleja que las personas se sienten “nerviosas”, tensas y aburridas, con manifestaciones psicósomáticas de dolor de cuello, cabeza y espalda. Los aspectos del síndrome depresivo, de manera significativa refleja desánimo y tristeza con dificultad para realizar sus actividades cotidianas. Se puede observar que las personas con tendencia al suicidio, se ubican dentro de un rango mínimo que concilia con los estadísticos mundiales cercanos al 10%.
13. La presencia del trastorno obsesivo-compulsivo se manifiesta significativo alrededor del primer cuartil de la muestra.
14. Alrededor del 6% de la población estudiada informó sobre algunas manifestaciones de carácter psicótico, como tener la impresión que le espían, percibir interferencia en sus pensamientos, oye voces y tiende a tener momentos de descontrol, considerándose más importante que los demás y manteniéndose generalmente activos. Así mismo existen estadísticas mundiales que reflejan presencia de enfermedad mental no más allá del primer decil, la población de este estudio refleja resultados dentro de esos mismos parámetros, manifestando que el enfermo mental debe recibir tratamiento terapéutico.

15. Al analizar el estudio realizado por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) en su último Informe sobre Índice Nacional de Desarrollo Humano (INDH, 2,005), se encontraron resultados cercanos a los obtenidos y presentados en esta investigación, como por ejemplo estructura familiar, ingresos económicos, habitacional, creencias religiosas, etnicidad, desorganización comunitaria y acceso a salud. En base a ello podemos concluir que el factor socioeconómico influye seriamente en la salud mental. Estos razonamientos ayudan a respaldar los resultados de la presente investigación.

RECOMENDACIONES

1. En relación a los resultados obtenidos en cuanto a tendencias psicopatológicas como ansiedad, depresión, consumo de tabaco y/o alcohol y suicidio, que perturban la salud mental del individuo, se considera de suma urgencia proveer de atención psicoprofiláctica a la población, para evitar el agravamiento de las mismas.
2. Tanto a las autoridades de la Universidad de San Carlos, a través de la Escuela de Ciencias Psicológicas como responsable de esta disciplina y al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social del Ejecutivo que tiene asignada la obligación social de la atención en salud mental, recomendamos dar continuidad a este tipo de estudios y, considerar, en particular, las características socio-culturales propias de las diferentes regiones en tanto valores, hábitos, costumbres, modos de pensar y actuar, filología de sus lenguas, etc., tal y como han sugerido los profesionales revisores metodológicos.
3. Al personal profesional del Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado de la Escuela de Ciencias Psicológicas, quien tendrá a su cargo la permanencia y desarrollo de estudiantes en EPS en Salud Mental que fortalezcan la atención ministerial, nos permitimos sugerirles que en el eje de investigación profundicen y mejoren los instrumentos de aplicación tanto colectivos como individuales que permitan operar ambas categorías con mayor pertinencia.
4. Tanto los resultados cuantitativos de este estudio como las experiencias personales tenidas en la relación con los respondientes, nos permite sugerir que deben atenderse las regiones o áreas más necesitadas conforme sus particulares historias socio-políticas y psicodinamia colectiva, bien a través del epesista institucionalizado o conforme la asignación de estudiantes con vocación de servicio, docencia e investigación en particular, ya que existen áreas del país en donde no sólo es importante, sino urgente la atención de los desafíos en salud mental.
5. Los resultados obtenidos sobre la salud física, así como aquellos relacionados con la cotidianeidad en la utilización del tiempo, uso de sustancias, conductas alimenticias poco apropiadas, etc., muestran la necesaria estrategia social de encaminar la

atención en salud hacia las acciones psicoprofilácticas, por lo cual recomendamos la promoción de programas de atención primaria en el nivel comunitario, sin descuidar la atención secundaria y terciaria que debe mejorar en su eficiencia y eficacia.

6. Con base en el punto 14°, Acta 42-50 de la sesión del Consejo Directivo del 12 de julio 2,005 que acordó: “1) Manifiestar al Señor Ministro de Salud Pública y Asistencia Social su beneplácito y apoyo al proyecto “Ejercicio Profesional Supervisado en el Sistema Nacional de Salud y Especialización en Salud Mental”, cuya primera fase investigativa fue desarrollada por este grupo, deben considerar el segundo objetivo del proyecto que persigue la creación de una especialización a nivel de postgrado en lo atinente a profundizar conocimientos, reconocer procedimientos operativos, enriquecer el nivel psicoprofiláctico y manejar las políticas nacionales, regionales y globales en salud mental, mínimamente.

7. Se hace la salvedad de que por tener abundante información en el presente estudio, no se realizaron todas las relaciones y comparaciones posibles, brindando la oportunidad a futuras investigaciones a utilizar esta base de datos y enriquecer el conocimiento con nueva información.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ✓ Pichot Pierre. UN SIGLO DE PSIQUIATRIA. F. Hoffman-la Roche & CIA, S.A. Basilea, Suiza. Editions Roger Dacosta, O Paris. 1983.
- ✓ Pivaral de Alvarado Irma I. ENSAYO HISTORICO DE LA ATENCIÓN PSIQUIATRICO HOSPITALARIA PUBLICA Y LA SALUD MENTAL EN GUATEMALA 1890-1988. (tesis de graduación de la Universidad de san Carlos de Guatemala).
- ✓ Rivera Álvarez, Ramiro. INSTITUCIONALIZACION PSQUIATRICA, Revisión Histórica. 1984.
- ✓ Océano ENCICLOPEDIA DE LA PSICOLOGIA, MCMXCIX, Océano Grupo Editorial, S.A., España 203 pp.
- ✓ Dr. Luis Felipe Alvarado Psiquiatra del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala
- ✓ Pichot, Pierre, et. al. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson, S.A. Primera Edición. México. Año 1995. 909 pp.
- ✓ Levi, Sergio HIGIENE MENTAL DE LA EDAD EVOLUTIVA, Traducción del Dr. Alberto L. Merani. Argentina: Editorial Alfa, 1957. 190 pp.
- ✓ Universidad Rafael Landivar Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales - Misión de Verificación de las Naciones Unidas en Guatemala (Minugua) ACUERDOS DE PAZ FIRMADOS POR EL GOBIERNO DE LA REPUBLICA DE GUATEMALA Y LA UNIDAD REVOLUCIONARIA NACIONAL GUATEMALTECA (URNG), Guatemala, Editor U.R.L. Minugua, 1997. 440 pp.
- ✓ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social CODIGO DE SALUD Decreto 90-97, 2ª. Edición, Guatemala, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1999. 67 pp.

- ✓ Cochen, George D, William Gladistarl. COMO CONOCER Y MEJORAR LA SALUD MENTAL, Editorial S.A., Tercera Edición, 1997. 25-43pp.
- ✓ González, Uzcategui R, TEMAS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD, Editado OPS 1992. Washington DC EUA 291-312pp.
- ✓ Rojas Hernández, Ana Maria, PLAN DE SALUD MENTAL CON BASE AL ESTUDIO DE ACTITUDES ASOCIADOS A SITUACIONES DE VIOLENCIA POLÍTICA EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS, Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, Guatemala, Julio 1992. 19 pp.
- ✓ López Méndez, Ada Liliana e Irma Leticia Sicán Gáitan, PROPUESTA DE UN PROGRAMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD MENTAL PARA EL ABORDAMIENTO DE LOS PROBLEMAS EMOCIONALES DEL NIÑO PRE ESCOLAR, Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, Guatemala, Noviembre 1995.
50 pp.
- ✓ Bran García, Rosa Maria PROPUESTA DE SALUD MENTAL A TRAVES DEL SERVICIO PSICOLÓGICO ENFOCADO PARA LOS ALUMNOS DOCENTES Y PADRES DE FAMILIA EN CUATRO ESCUELAS DE LA CIUDAD CAPITAL, Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, Guatemala, Mayo 1998, 72 pp.
- ✓ Mazariegos Santiago, Sandra Rebeca, INCORPORACIÓN DEL SERVICIO PSICOLÓGICO EN LA INSTITUCIÓN KATORI, EN LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN INFANTIL DE CHIMALTENANGO, Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, Guatemala, Octubre 1993, 56 pp.
- ✓ Olivia, Rosa Maria, INSTALACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL EN LA ESCUELA NACIONAL NO. 143, SAN RAFAEL LA LAGUNA Z. 18, Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, Guatemala, 1994. 60 pp.

- ✓ Cojulún Asturias, Ana Lucrecia, ATENCIÓN PSICOLÓGICA INTEGRAL Y PROMOCION DE LA SALUD MENTAL EN NIÑOS DE AULA INTEGRADA Y PADRES DE FAMILIA, Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, Guatemala, Octubre 1995, 49 pp.
- ✓ Arriaza P, Roberto ESTUDIOS SOCIALES, Editexsa, Guatemala Tipografía Moderna 2001. 2-44 pp.
- ✓ DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA Y PEDAGOGÍA, Editorial Cultural S.A., Edición 2000, Madrid España.
- ✓ Morris, Charles, PSICOLOGÍA, Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A., Novena edición 1997.
- ✓ David, Derald y Estanley Sue, COMPORTAMIENTO ANORMAL, Editorial McGraw Hill, Cuarta Edición, 1996.
- ✓ Tirso Mejía-Ricart, PSICOLÓGICA SOCIAL Y SUS APLICACIONES, Editorial Universitaria – UASD, Tomo II 1999.
- ✓ Caldas de Almeida, José Miguel LA SALUD MENTAL EN CENTROAMERICA MÉXICO Y EL CARIBE HISPANO, OPS, OMS 6-14, 44-50 pp.
- ✓ Montero, Maritza, PSICOLOGÍA Y COMUNIDAD, Editorial UCV, 1997
- ✓ SALUD MENTAL NUEVOS CONOCIMIENTOS Y NUEVAS ESPERANZAS, OMS, Informe sobre salud 2001.
- ✓ LA INTRODUCCIÓN DE UN COMPONENTE DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA, OMS, Ginebra, 1990.
- ✓ Dorch, Friedrich, DICCIONARIO DE PSICOLOGIA, Editorial Herder, Barcelona, 1994.

- ✓ DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO OCÉANO UNO COLOR, Océano Grupo Editorial, S.A., Barcelona, España, 1996.
- ✓ DICCIONARIO ENCICLOPÉDICO REZZA COLOR PARA EL SIGLO XXI, Rezza editores, S.A. de C.V. Barcelona, España, 2000.
- ✓ Santos Alvizurez, José María y Vilma Piedad Morales Martínez, LA ESCASEZ DE PROGRAMAS DE HIGIENE MENTAL EN LAS ÁREAS MARGINALES Y SU RELACION CON LOS TRASTORNOS PSICOLÓGICOS, Tesis, Universidad de San Carlos de Guatemala, Escuela de Ciencias Psicológicas, Guatemala 1990. 54 pp.
- ✓ Martínez, R. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN CONDUCTUAL Psicoarchivos (Documento www). URL (1998).
- ✓ THE INTERNACIONAL CONFERENCE ON PRIMARY HEALTH CARE, MEETING IN ALMA-ATA, Septiembre 1978. www.who.int/hpr/nhp/docs/declaration_almaata.pdf
- ✓ Collins, Gafy, PERSONALIDADES QUEBRANTADAS, Editorial Caribe, Miami Florida, EE.UU. 1978, 33-72 pp.
- ✓ Belloch, A., Santín, B. Y Ramos, CONCEPTOS Y MODELOS EN SICOPATOLOGÍA. Editorial McGraw-Hill. Madrid 1995
- ✓ Deverux, G. ENSAYOS DE ETNOPSICUIATRÍA GENERAL. Editorial Gallimard/ Barral Paris/ Barcelona 1970-1971.
- ✓ Durkheim, E. LAS REGLAS DEL MÉTODO SOCIOLÓGICO Editorial P. U. F. Morata. Paris/ Madrid 1895-1978.
- ✓ Fierro, A. J., Jiménez, J. A. Y Berrocal, C. BIENESTAR SOCIAL Y ADAPTACIÓN SOCIAL EN LA ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD. CONGRESO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA. 1998 Bernal Mádena 1-3 Mayo.

- ✓ Fierro, A. LA PERSONALIDAD DEL SUBNORMAL. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Salamanca, 1981
- ✓ Fierro, A. DIMENSIONES DE LA PERSONALIDAD SANA, REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGÍA MÉDICA. 6,373-391, 1984.
- ✓ Fierro, A. Y Cardenal, V. DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y SATISFACCIÓN PERSONAL. Revista de Psicología General y Aplicada, 1996 49,65-82 pp.
- ✓ Fierro, A ESTRÉS, AFRONTAMIENTO Y ADAPTACIÓN. 1997.
- ✓ Fierro, A. EL AMBITO DE PERSONALIDAD EN PSICOLOGÍA, MANUAL DE PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD. Editorial Paidós, Barcelona 1996.
- ✓ Fierro, A. EL MODELO DE LOS SIGLOS DE ACCION EN SICOPATOLOGÍA Y EN INTERVENCIÓN TERAPEUTICA, PSICOLOGÍA CLINICA Editorial Pirámide, Madrid 1988.
- ✓ Gradillas, V. PSICOPATOLOGÍA DESCRIPTIVA Editorial Pirámide, Madrid 1998
- ✓ Jahoda, M. SALUD MENTAL Y DESORDENES MENTALES Editorial A.M. Rose, Nueva York 1955
- ✓ Maher, B.A. PRINCIPIOS DE PSICOPATOLOGIA Editorial McGraw-Hill. México, 1979.
- ✓ Ribes, E. PSICOLOGÍA Y SALUD: UN ANÁLISIS CONCEPTUAL Editorial Martínez Roca, Barcelona, 1990
- ✓ Skinner, B. F. CIENCIA Y CONDUCTA HUMANA. Editorial MacMillan Company/ Fontanella / Barcelona 1953-1969.
- ✓ Vázquez, C. EL CONCEPTO DE CONDUCTA ANORMAL Editorial Interamericana, Madrid 1990.

- ✓ Martí- Tusquets, J.L. PSIQUIATRÍA SOCIAL Editorial Herder, Barcelona,1982

- ✓ Organización Mundial de la Salud INFORME SOBRE LA SALUD EN EL MUNDO 2.001 SALUD MENTAL: NUEVOS CONOCIMIENTOS, NUEVAS ESPERANZAS, Francia, Organización Mundial de la Salud, 2,001. 178pp.

- ✓ Campos Santelices, Armando. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGIA SOCIAL. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia, 1999. 570pp.

- ✓ Hernández Sampieri, Roberto, et. al. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN. Tercera Edición. México: Compañía Editorial Ultra, S.A. de C.V., 2003. 705 pp.

- ✓ Largade y de los Ríos, Marcela. ¿QUÉ ES FEMINICIDIO? www.isis.cl/feminicidio/fjquesfem.htm

- ✓ González Rey, Fernando Luis. INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN PSICOLOGÍA RUMBOS Y DESAFÍOS. México: Internacional Thomson Editores, S.A. De C.V., 2000. 459 pp.

- ✓ Martín-Baró, Ignacio (comp.) ACCIÓN E IDEOLOGÍA PSICOLOGÍA SOCIAL DESDE CENTROAMÉRICA. 10ª. Edición. El Salvador: Editores UCA, 2000. 459 pp.

- ✓ Garavito Fernández, Marco Antonio. VIOLENCIA POLÍTICA E INHIBICIÓN SOCIAL. ESTUDIO PSICOSOCIAL DE LA REALIDAD GUATEMALTECA. Guatemala: Editorial de Ciencias Sociales, 2003. 1999 pp.

- ✓ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (comp.) LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. AUSENCIA DE UNA RESPUESTA INSTITUCIONAL. 1ª. Edición. Bogotá, Colombia: s.e., 1992. 117 pp.

- ✓ Programa Mujer Salud y Desarrollo (MSPAS). VIOLENCIA INTRAFAMILIAR HACIA LA MUJER EN GUATEMALA. Guatemala: s.e., 1993. 130 pp.

- ✓ Grupo guatemalteco de Mujeres (GGM). PLAN NACIONAL DE PREVENCIÓN Y ERRADICACIÓN DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Y CONTRA LAS MUJERES. Guatemala: s.e., 2004. 36pp.
- ✓ Procuradora de los Derechos Humanos (PDH). MUERTES VIOLENTAS DE MUJERES DURANTE EL 2003. Guatemala: s.e., 2004. 41 pp.
- ✓ Consejo de investigaciones e información en Desarrollo CIID. ESTUDIO DE OPINIÓN, PERCEPCIÓN SOBRE LA VIOLENCIA. Guatemala. Diciembre 2000.
- ✓ Poklewski, Koziell. ESTUDIO DE LA VIOLENCIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LA DEFENSA SOCIAL. UNESCO. 1990.
- ✓ Laborit, Henry. MECANISMOS BIOLÓGICOS Y SOCIOLÓGICOS DE LA AGRESIVIDAD. UNESCO. 1990.
- ✓ Klineberg, Otto. LAS CAUSAS DE LA VIOLENCIA DESDE UNA PERSPECTIVA SOCIO-PSICOLÓGICA. UNESCO. 1990.
- ✓ Arreága, Gladis. VIOLENCIA EN LA FAMILIA. Tesis de Graduación. USAC. Escuela de Psicología. 1991.
- ✓ PNUD. INFORME DE DESARROLLO HUMANO. Madrid Mundi-Prensa. 2000. 73 pp.
- ✓ Roth, Claudia. INFORME ANUAL SOBRE EL RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS EN LA UNION EUROPEA. Comisión de Libertades Públicas y de Asuntos Interiores. Parlamento Europeo. 1995. Documento A400112/97.
- ✓ Documento aportada por EPOCA Worlswide. Seminario FUNCOE. España.
- ✓ Bluvinic, Mayra, et. al. LA VIOLENCIA EN AMERICA LATINA Y EL CARIBE. BID. 1999.

- ✓ Muralles, Mayra. LA INSEGURIDAD CIUDADANA. Revista Debate. Marzo, 2000.
- ✓ Gutiérrez, José Ricardo. PREVALENCIA DE ALTERACIONES MENTALES EN LA POBLACIÓN DE EL SALVADOR. Depto. De Psicología. Universidad Tecnológica de El Salvador.
- ✓ Ajuriaguerra, de J. Y D. Manselli. MANUAL DE PSICOPATOLOGÍA DEL NIÑO. Editorial Masson, S.A. 2ª. Edición. España. 1987. 454 pp.
- ✓ Programa de Prevención y Erradicación de la Violencia Intrafamiliar (PROPEVI), Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP), Gobierno de Guatemala. MANUAL DE CAPACITACION SOBRE VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Por una Familia Feliz sin Violencia, Guatemala, Pág. 91
- ✓ Programa de Prevención y Erradicación de la Violencia Intrafamiliar (PROPEVI), Secretaria de Obras Sociales de la Esposa del Presidente (SOSEP), Gobierno de Guatemala. LEY PARA PREVENIR SANCIONAR Y ERRADICAR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR Decreto No. 97-96 del Congreso de la República, Guatemala, Pág. 37
- ✓ www.estadística/sobre/enfermedades/mentales
- ✓ www.upsique.com
- ✓ www.stormpages.com/marting/guerra
- ✓ www.psicologia.online.com
- ✓ www.ortoedu.com
- ✓ Riviere, Pichot. DICCIONARIO DE PSICOLOGIA SOCIAL. Por Pablo Cazau.
- ✓ Torregrosa, Alvaro J.L. y Garrido Luque. INFLUENCIAS SOCIALES Y PSICOLÓGICAS EN SALUD MENTAL. Siglo XXI. Madrid, 1992.

- ✓ Bastide, R. SOCIOLOGÍA DE LAS ENFERMEDADES MENTALES. Siglo XXI. Madrid, 1998. Trabajo original publicado en 1965.

- ✓ González de Pablo, A, et. al. LA LOCURA Y LA ENFERMEDAD MENTAL EN LA HISTORIA. Historia 16. Madrid, 1993.

- ✓ Organización Panamericana de la Salud. ATENCIÓN EN SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE EMERGENCIA. Colombia. 2003

- ✓ Blum, R. HEALTH YOUTH DEVELOPMENT AS A MODEL FOR YOUTH HEALTH PROMOTION, EN JOURNAL OF ADOLESCENTE HEALTH. 1998: 22:368-375.

- ✓ Instituto Nacional de Estadística (INE). Guatemala, INE Censos 2002: XI de Población y VI de Habitación.

- ✓ Ware JE Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). ICONCEPTUAL FRAMEWORK AND ITEM SELECTION. Med Care 1992; 30:473-483.

- ✓ McHorney CA., Ware JE Lu JFR, Sherbourne CD. The Mos 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): III. TESTS OF DATA QUALITY. SCALING ASSUMPTIONS AND RELIABILITY ACROSS DIVERSE PATIENT GROUPS. Med Care 1994; 32:40-66.

- ✓ Feldman, S. Roberth. PSICOLOGIA CON APLICACIONES A LOS PAISES DE HABLA HISPANA. México. Editorial McGraw-Hill. Tercera Edición. Año 1999. Pp. 646.

- ✓ Stora, Jean Benjamín ¿QUÉ SÉ ACERCA DEL ESTRÉS? Publicaciones cruz 1º Edición México DF. 1991. P.p. 3.37.

- ✓ Almirall Hernández, Pedro. ANÁLISIS PSICOLÓGICO DEL TRABAJO. Instituto de Medicina del Trabajo de Cuba, 1996. P.p. 2-22.

- ✓ Keith, Davis. COMPORTAMIENTO HUMANO EN EL TRABAJO. McGraw-Hill 3° Edición. México 1994. Pp. 557-587.
- ✓ Seward, James P. ESTRÉS PROFESIONAL. MEDICINA LABORAL. Editorial Manual Moderno. México 1990. Pp. 623-640.
- ✓ Solomon, Philip. PSIQUIATRIA EL MANUAL MODERNO. 2° Edición. México 1976. Pp. 32-52.
- ✓ Páez, D. SALUD MENTAL Y FACTORES PSICOSOCIALES. Editorial Fundamentos. Madrid, 1986.
- ✓ Rosen, G. LOCURA Y SOCIEDAD. SOCIOLOGÍA HISTORICA DE LA ENFERMEDAD MENTAL. Alianza Universidad. Madrid, 1974.
- ✓ www.salud/mental.htm.
- ✓ www.geocities.com/lindis_castillo
- ✓ www.apiepa.galeon.com/salud
- ✓ www.ipetgbilbao.com
- ✓ www.contusalud.com/website/folder/sepa_tratamientos_stress.htm
- ✓ www.geocities.com/portalnatural/soluciones/estres2.htm
- ✓ www.ginsana-col.com/boletin/estres.htm
- ✓ www.igerontologico.com/salud/escuela/estres.htm
- ✓ www.ergonomia.cl/bv/en0001.html
- ✓ www.ideasapiens.com/portal/Consejos/20conjs_%20evitar_%20%20estres.htm

- ✓ www.psycologia.com/articulos/ar-gonro01_1.htm
- ✓ www.iespana.es/FUNCICLOPEDIA/articulos/articu2003/articu1013.htm
- ✓ www.teachhealth.com/spanish.html
- ✓ www.cdc.gov/spanish/niosh/docs/99-101sp.html
- ✓ www.medspain.com/n3_feb99/stress.htm
- ✓ www.psicologia-online.com/formacion/online/clinica/estres/estres.htm
- ✓ www.monografias.com/trabajos10/dese/dese.shtml
- ✓ www.alia.dk/acj/noticiasdeguatemala.asp?liste_id=21
- ✓ www.mujeractual.com/sociedad/temas/migracion.html
- ✓ Informe completo de la Comisión para el Esclarecimiento Histórico:
www.stormpages.com/marting/querragua.
- ✓ Diccionario Psicológico B-C Proyecto Salón Hogar (Bruno, F. J. *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. (1997). Barcelona. Paidós Studio.
- ✓ Diccionario Psicología, Howard C. Warren. (1948). México-Buenos Aires. Fondo de Cultura Económica.
- ✓ http://perso.wnadoo.es/aniorte_nic/codigo_conducta.web.htm:
- ✓ Minuchin -"FAMILIAS Y TERAPIA FAMILIAR" - Edit. Gedisa.
- ✓ Ríos -"ORIENTACIÓN Y TERAPIA FAMILIAR" - Edit. Instituto de Ciencias del Hombre.
- ✓ Ferreira-"MITOS FAMILIARES" (en "INTERACCIÓN FAMILIAR"; - Edit. Buenos Aires.

- ✓ Madanes - "TERAPIA FAMILIAR ESTRATÉGICA" - Edit. Amorrortu.
- ✓ R.Garberí y E. Caompañ - "EVOLUCIÓN SISTEMAS Y TERAPIA FAMILIAR". Edit. Servicios Psiquiátricos Provinciales- Diputación de Alicante
- ✓ <http://www.um.es/facpsi/maltrato/#p1>
- ✓ [http://www.scn.org/mpfc/.](http://www.scn.org/mpfc/)
- ✓ <http://www.scn.org/mpfc/key/key-ss.htm>
- ✓ http://www.stayinginshape.com/3chsbuffalo/libv_espanol/m01s.shtml
- ✓ <http://www.ub.es/geocrit/sn/sn-115.htm>

ANEXO I

CRONOGRAMA DE TRABAJO GENERAL

ABRIL

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1	Presentación general del proyecto, al grupo de investigadores	Dar a conocer a los investigadores la fase de instalación.	Lic. Luis Vallejo	Salón 411A CUM	2:00
8	Recolección de toda la información referente a Salud Mental (definición, conceptos, sistemas de atención, análisis institucional, primeras acciones, lugar, tiempo, forma etc.)	Iniciar la recolección de información para realizar el proyecto.	Grupo de investigadores		2:00
8	Recoger las estadísticas de salud mental en otros países y Guatemala	Conocer las estadísticas de los trastornos mentales a nivel internacional.	Gadi, Evelyn		6:00
8	Investigar cual es el porcentaje de inversión en salud y salud mental en Guatemala.	Conocer cuanto invierte económicamente el gobierno en salud mental.	Amarilis		1:00
8	Investigar en las universidades del país, los esfuerzos hechos por la salud mental.	Conocer los estudios realizados en salud mental a nivel universitario.	Hellen		1:00
8	Exposición sobre salud mental a Lic. Vallejo	Informar sobre los datos recopilados de salud mental.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
15	Buscar en el MINSALUD lo que tienen sobre salud mental	Conocer el trabajo que realiza el Ministerio de Salud en salud mental.	Alicia	MINSALUD	2:00
15	Investigar sobre salud mental en textos de grandes autores, según el Lic. Vallejo.	Fundamentar y enriquecer el marco teórico del proyecto.	Grupo de investigadores		4:00
15	Buscar toda información relacionada al Dr. Jorge Rodríguez	Conocer la biografía y trabajo realizados, ya que es un candidato para asesoría.	Sara		1:00

15	Buscar información sobre instrumentos de recolección de datos	Establecer las diferentes técnicas de recolección de datos.	Gadi		2:00
22	Exposición sobre salud mental	Asesorar al grupo investigador.	Lic. Felipe Soto	Salón 411 CUM	2:30
22	Formar expediente de los investigadores	Iniciar trámites legales para graduación.	Grupo de investigadores		
25	Elaboración de la primera parte del Marco Teórico	Unificar información sobre el marco teórico	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
27	Elaboración de la primera parte del Marco Teórico.	Unificar información sobre el marco teórico.	William, Hellen, Carol, Alicia, Evelyn, Amarilis, Linda	Centro de Computación.	5:00
29	Exposición sobre instrumentos	Asesoría sobre selección del instrumento y la muestra.	Lic. Felipe Soto	Salón 411 CUM	2:30
29	Primer entrega para revisión marco teórico a Lic. Vallejo	Informar al asesor del proyecto sobre los trabajos realizados.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
29	Revisar los acuerdos de paz sobre salud.	Conocer los acuerdos de paz que influyen en la salud mental.	Gadi y Hellen		4:00
29	Recoger síntesis de las investigaciones hechas por el departamento de EPS de la escuela de Psicología	Conocer la Metodología que utiliza el departamento	Carol y Evelyn	Depto. EPS, Escuela de Psicología.	2:00
Total Abril					44:00

MAYO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
3	Visita al Programa Nacional de Salud Mental a solicitar información acerca de lo que trabajan en Salud Mental	Recabar información sobre los diferentes programas y forma de abordar la salud mental.	Evelyn, William, Hellen y Carolina	Programa Nacional de Salud Mental	2:00

4 y 5	Visita a biblioteca de Escuela de Ciencias Psicológicas, recabar información sobre programas de salud mental (consulta de tesis)	Investigar que aportes ha tenido la escuela de Psicología en salud mental.	Linda, Alicia y Amarilis	Biblioteca Escuela de Psicología.	2:00
6	Conferencia sobre salud mental	Asesorar al grupo investigador sobre la selección del instrumento.	Lic. Felipe Soto	Salón 411 CUM	2:30
6	Buscar guías de salud mental según Lic. Vallejo	Conocer las diferentes guías para que sirvan de base en la elaboración del instrumento.	Grupo de investigadores		2:00
6	Investigar en el INE, grupos etarios y extensión territorial del país	Obtener datos estadísticos de la población guatemalteca.	Evelyn, William, Linda	INE	2:30
6	Citar técnicas y procedimientos del PNSM y del MSPAS	Sintetizar e informar sobre los programas que se realizan.	William, Hellen, Evelyn y Carol.	PNSM Y MSPAS	1:00
6	Visitar la OPS y OMS para investigar sobre salud mental	Recopilar información sobre salud mental.	William y Hellen	OPS y OMS	4:00
11	Visita al Hospital Nacional de Salud Mental, solicitar información sobre el funcionamiento de la institución.	Conocer los niveles de atención, trastornos mas relevantes y tipo de población atendida	Evelyn, William, Hellen y Carolina	Hospital de salud mental	4:00
13	Exposición sobre la entrevista e instrumentos de recolección de datos	Fundamentación teórica para la elaboración del instrumento.	William, Carol, Gadi, Evelyn, Amarilis, Hellen y Linda.	Salón 411 CUM	2:30
13	Investigar los trabajos del Dr., Jorge Rodríguez	Conocer la biografía y trabajos, para posible asesoría.	Evelyn		2:00
13	Cambio de metodología del proyecto de investigación, según instrucciones de Lic. Vallejo.	Realizar el proyecto de investigación en base a la metodología asignada.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
13	Recolectar los instrumentos sobre los procesos de formación e información sobre salud mental, cuales han funcionado más (talleres, conferencias, etc.)	Conocer la forma de abordamiento de la salud mental y si han realizado investigaciones sobre salud mental.	Grupo de investigadores	ONG'S	1:00

16	Primera parte de construcción del cuadro sinóptico	Iniciar la conceptualización y comprensión de la metodología a trabajar.	Gadi, Alicia, Linda, Amarilis, Carolina, Evelyn, Hellen,	Salón 411 CUM	2:00
17	Finalización de cuadro sinóptico	Concluir la conceptualización y comprensión de la metodología a trabajar	Gadi, Alicia, William, Amarilis, Carolina, Evelyn, Hellen,	Salón 411 CUM	2:00
18	Elaboración de cuadro sinóptico del proyecto de investigación	Graficar la exposición sobre la metodología a realizarse en la investigación.	Linda y Carolina	Salón 411 CUM	4:00
21	Exposición de cuadro sinóptico sobre el proyecto de investigación a Lic. Vallejo.	Informar al asesor sobre la metodología de abordamiento del proyecto.	Hellen y Gadi	Salón 411 CUM	4:00
21	Buscar boletas sobre salud mental	Recopilar información para la selección del instrumento.	Grupo de investigadores		6:00
21	Investigar criterios de muestreo	Fundamentación teórica para la selección de la muestra a trabajar.	Grupo de investigadores		1:30
21	Elaboración de la primera parte del proyecto de investigación	Sintetizar y unificar los aspectos requeridos para la elaboración del proyecto.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	1:30
21	Visitar el departamento de Psicología del hospital de salud mental	Conocer la función de este departamento.	Linda	Hospital de salud mental	3:00
21	Buscar 1 mapa que refleje de forma confiable y específica la multi-etnia y lo multilingüe de Guatemala	Establecer gráficamente las etnias y lenguas guatemaltecas.	Linda, William y Evelyn	INGUAT	1:30
22	1ra. revisión del proyecto de investigación e inicio de integración de la información	Realizar las correcciones que Lic. Vallejo hizo al proyecto.	Hellen, Alicia, Evelyn, Linda, William, Amarilis y Carolina	Casa de Linda	9:00
23	Exposición sobre el proyecto de investigación	Implementación de la metodología a abordar.	Lic. Marco Antonio	Salón 411 CUM	2:30
23	Informar sobre disposición de tiempo para los meses de julio y agosto a Lic. Vallejo.	Programación para aplicación de boletas	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	0:30

24	2da. revisión de proyecto de investigación y elaboración de planteamiento y justificación de la investigación.	Elaboración del proyecto de investigación.	Hellen, Evelyn, Linda, William, Amarilis y Carolina	Casa de Linda	2:30
24	Elaboración de objetivos para el proyecto	Ideas fundamentales para realizar objetivos	Gadi	CUM	2:00
24	Búsqueda de información sobre boletas de recolección de datos en salud mental	Conocer los tipos de encuestas que se han realizado en salud mental.	Alicia	CUM	2:30
25	3ra. revisión e integración del proyecto de investigación.	Realización del proyecto de investigación.	Hellen, Evelyn, Linda, William y Carolina	Casa de Linda	2:30
25	Elaboración de bosquejo de la programación para el plan de trabajo grupal.	Determinar la participación y responsabilidades de cada investigador.	Gadi	CUM	2:30
25	Por e-mail se envió información a Alicia para la impresión del documento.	Presentación por escrito del proyecto de investigación al asesor.	Alicia	CUM	1:00
26	Presentación del borrador del proyecto de investigación a Licenciado Vallejo	Revisión del proyecto de investigación por el asesor.	Grupo de investigadores	CUM	2:30
26	Recopilación de boletas que proporcionará el Dr. Vládimir López	Adquirir los documentos que serviran como base para el diseño de la boleta.	Hellen		2:00
28	4ta. revisión e integración del proyecto de investigación	Integración y realización de correcciones emitidas por el asesor	Grupo de investigadores	Casa de Linda	10:00
29	5ta revisión e integración del proyecto de investigación	Integración y realización de correcciones emitidas por el asesor	Grupo de investigadores	Casa de Linda	9:00

30	Reunión con Lic. Vallejo	Inicio de categorías y planificación de la presentación del proyecto	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
31	Presentación del proyecto de investigación a Licenciadas Aura Marina de Orellana y Marlin Paz.	Dar a conocer lo que se ha realizado en el proyecto de investigación.	Grupo de investigadores	PNSM	2:00
Total Mayo					106:30

JUNIO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
01	Realización de Categorías del instrumento.	Iniciar las posibles categorías a utilizar.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
03	Reunión con Lic. Vallejo.	Asignación de tareas para el grupo de investigadores.	Lic. Luis Vallejo	Salón 411 CUM	2:30
06	Elaboración de preguntas según categorías.	Realización de preguntas.	Alicia, Carol, Hellen, William, Amarilis Gadi y Linda.	Salón 411 CUM	2:30
06	Investigación sobre violencia en Guatemala	Reconocer los índices de violencia en Guatemala	Carol, Alicia, Evelyn y Gadi.	Salón 411 CUM	
06	Investigación sobre perfil de Guatemala.	Conocer el perfil que se maneja actualmente en el país	Hellen	Salón 411 CUM	
06	Primera reunión con el Ingeniero Neri Cruz.	Pedir asesoría para la elaboración del instrumento.	Lic. Vallejo, William, Linda.	USAC, Agronomía.	1:00
08	Reunión con el Lic. Luis Vallejo y Lic. Estuardo Espinoza.	Informar sobre los lineamientos legales para que sea aprobado el proyecto de investigación con fines de graduación.	Lic. Luis Vallejo	Salón 411 CUM	2:30
09	Segunda reunión con el Ingeniero Neri Cruz	Asesoría para la elaboración de instrumento	Evelyn, Hellen, William, Carol y Linda	USAC, Agronomía.	1:00
10	2da. Presentación del proyecto a Dr. Vládimir López	Dar a conocer el proyecto de investigación.	Alicia, Carol, Linda, William, Evelyn Amarilis y	Salón 411 CUM	2:30

			Hellen		
11	Realización de categoría psicopatológica	Obtener información para elaborar instrumento	Evelyn, Gadi, William, Amarilis, Carol y Hellen	Salón 205 CUM	5:30
11	Estructuración capítulo IV del proyecto	Enriquecer marco teórico	Evelyn		1:00
11	Replanteamiento del problema y revisión de ortografía	Revisión y corrección de ortografía	Linda		2:00
11	Quinta revisión del proyecto de investigación	Unificación del proyecto de investigación.	Alicia, Evelyn, Gadi, William, Carol y Hellen	Centro de computo	3:30
13	Tercera reunión con el Ingeniero Neri Cruz	Presentación categoría psicopatológica.	William y Evelyn	USAC Agronomía	1:00
13	Reunión con el grupo de investigación y Lic. Vallejo.	Informar al asesor sobre tareas realizadas.	Grupo de investigación	Salón 411 CUM	2:30
14	Sexta revisión del proyecto de investigación	Integración del proyecto de investigación.	Carol, Linda y Alicia	Centro de computo	2:30
14	Investigación sobre la violencia actual	Recabar información reciente sobre violencia en Guatemala.	Evelyn y Hellen	Centro de computo	2:30
14	Investigación de centros de salud y hospitales del país	Determinación de muestra poblacional a solicitud del Ingeniero Neri Cruz	William	MSPAS	2:00
15	Tercera presentación del proyecto al Licenciado Estuardo Espinoza, departamento de EPS, Licenciada Mayra Luna y Licenciada Sofía Mazariegos del CIEP's	Dar a conocer el proyecto de investigación en salud mental.	Grupo de investigadores y Lic. Vallejo.	CIEPS	2:45
16	Cuarta reunión con el Ingeniero Neri Cruz	Determinar muestra por conglomerados.	William y Linda	USAC Agronomía	1:00

16	Desglose de categorías, variables e indicadores.	Establecer categorías, variables e indicadores para el instrumento.	Grupo de investigación	Salón 411 CUM	2:30
17	Reunión con Lic. Vallejo.	Informar sobre tareas realizadas al asesor.	Grupo de investigación	Salón 411 CUM	2:30
18	Ampliación de variables e indicadores	Seguir afinando el instrumento y distribución de tareas	Carol, Hellen, Evelyn, Linda, William, Gadi y Amarilis	Salón 205 CUM	4:00
18	Afinación de cronograma	Actualizar las actividades realizadas.	Carol, Gadi, Evelyn, Alicia y Hellen	Salón 205 CUM	5:00
18	Mejoramiento de objetivos del proyecto	Ampliación de los objetivos específicos del proyecto.	William	Salón 205 CUM	
18	Impresión de la copia del proyecto para el grupo de investigadores	Presentar documento escrito para hacerle modificaciones.	Alicia		1:00
20	Reunión para darle seguimiento a la elaboración del instrumento	Ampliar categorías y preguntas	Alicia, William, Amarilis, Gadi, Linda, Carol y Evelyn	Salón 411 CUM	2:15
21	Seguimiento elaboración del instrumento	Ampliación de categoría psicopatológica	Evelyn, Gadi, William, Hellen, Linda, Carol y Amarilis	Salón 411 CUM	3:00
22	Seguimiento elaboración del instrumento	Ampliación de categoría psicopatológica	Evelyn, Gadi, Alicia, Hellen, Linda, Carol y Amarilis	Salón 411 CUM	3:00
23	5ta. Reunión Ingeniero Neri Cruz	Asesoría para elaboración de instrumento	William, Hellen y Carol	Agronomía, USAC	1:30
23	Revisión de correos e impresión de cronograma de actividades	Impresión de cronograma de actividades para modificaciones	William, Hellen y Carol	CUM	2:30
23	Reunión con el asesor y elaboración del cronograma de actividades.	Ampliación del cronograma e información del asesor	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
24	Investigación en internet	Obtener cuestionarios de OPS y conocer investigación de salud mental en EI	Evelyn		2:00

		Salvador.			
24	Investigación en internet varios test	Conocer test relacionados con el instrumento	Gadi		2:00
24	Revisión de ortografía del proyecto	Iniciar revisión de ortografía	Hellen y Alicia		1:00
25	Seguimiento de elaboración del instrumento	Finalizar la categoría psicopatológica	William, Gadi, Evelyn, Hellen y Carol	Casa de Carol	4:00
25	Distribución para revisión de redacción y ortografía del proyecto	Afinar detalles del proyecto	Alicia, William, Gadi, Hellen, Evelyn y Carol	Casa de Carol	6:00
26	Revisión individual del proyecto	Revisar redacción, y ortografía	Grupo de investigadores		3:00
28	Sexta reunión con Ing. Neri Cruz	Informar sobre población a trabajar	William y Evelyn	USAC agronomía	1:00
28	Unificación del proyecto del grupo de investigadores	Consolidar las partes del proyecto revisadas	Alicia y Carol	Centro de computo	2:00
28	Reunión con Dr. Vládimir López	Orientación en la categoría Psicopatológica	Alicia, Carol, Evelyn, William, Linda y Gadi	Salón 411 CUM	2:30
29	Reunión de trabajo del grupo	Evaluación del grupo y distribución de material para exponer a revisores	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
30	Reunión de trabajo del grupo	Elaboración de pregunta de la categoría Psicopatológica	Grupo de investigadores	Casa de Linda	4:00
30	Reunión de trabajo del grupo	Continuar con la elaboración de pregunta de la categoría Psicopatológica	Linda, Alicia, Carol, Hellen y Evelyn	Casa de Linda	3:30
Total Junio					101:30

JULIO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
02	Finalización de preguntas	Finalización del primer borrador del instrumento	William, Hellen, Evelyn, Linda, Gadi y Carol	Casa de Linda	4:00

02	Finalización de preguntas	Integración de boleta para recolección de datos	Linda y Evelyn	Casa de Linda	3:00
04	Entrega de cronogramas general e individual y listado de bibliografía. Recepción del diskette con correcciones del proyecto-	Control de participación y aportes para el proyecto por cada investigador. Realizar las correcciones señaladas por Lic. Vallejo	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	4:00
05	Correcciones sugeridas por Lic. Vallejo	Mejorar marco teórico.	Hellen, William, Evelyn, Linda y Carol	Casa de Carol	9:30
05	Búsqueda en internet de psiquiatría comunitaria y psicología comunitaria	Recabar información para marco teórico	Gadi		1:30
05	Impresión de proyecto corregido por Lic. Vallejo.	Verificar las correcciones realizadas por Lic. Luis Vallejo	Alicia		1:00
06	Séptima reunión con Ing. Neri Cruz	Presentación de preguntas del instrumento	William, Hellen y Carol	Agronomía USAC	1:00
06	Visita al Hospital Roosevelt	Solicitar Protocolo en el departamento de salud	Alicia	Hospital Roosevelt	1:30
06	Recopilación de documentos en biblioteca	Fundamentar el capítulo de psicología, e investigación del enfoque Bleger.	Alicia	Biblioteca CUM	1:00
06	Búsqueda en internet del enfoque de Bleger	Conocer dicho enfoque para agregar al marco teórico	Gadi		1:30
07	Reunión grupal de investigadores	Comentar modificaciones sugeridas por el Ing. Cruz, modificaciones al cuadro de funciones y aclaración de los recursos financieros	William, Evelyn, Alicia, Gadi, Hellen y Carol	Salón 411 CUM	2:15
8	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Información sobre el proyecto de parte del Lic. Vallejo	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	3:00
8	Octava reunión con Ing. Neri Cruz	Continuar revisión de preguntas	William y Evelyn	Agronomía USAC	1:00
9	Reunión equipo de investigadores	Actualización de cronograma. Revisión de presupuesto del proyecto, agregar pie de paginas.	William, Carol, Linda, Evelyn, Hellen y Gadi	Casa de Linda	4:00

9	Reunión equipo de investigadores	Elaboración capítulo de la psicología, modificación capítulo de la psiquiatría	Grupo de investigadores	Casa de Linda	5:30
11	Solicitar cita con Lic. Marco Antonio García	Solicitar cita para reunión de asesoría	Carol y Evelyn	CIEP` s	2:00
11	Reunión grupal	Asignar temas de investigación para la elaboración del capítulo sobre factores de riesgo en salud mental.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
12	Investigación de los factores de riesgo en salud mental	Obtener información para desarrollar el capítulo IV del marco teórico	Grupo de investigadores		2:00
12	Novena reunión con el Ing. Neri Cruz	Continuar con las correcciones de la boleta de recolección de datos.	William y Hellen	Agronomía USAC	1:00
12	Reunión con el Dr. Vládimir López	Recoger la boleta de recolección de datos con las respectivas correcciones.	Alicia	CUM	1:00
13	Entrevista con Lic. Marco Antonio Asesoría con Lic. Luis Vallejo	Solicitar cita para exposición del proyecto a nivel de revisores. Entrega de carta por parte del asesor para la solicitud de asesoría del Ingeniero Neri Cruz	Carolina	Salón 411 CUM	2:00
13	Reunión grupal	Recopilar la síntesis de investigación para elaborar el capitulo IV del marco teórico	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
13	Visita al INGUAT	Investigar información sobre poblaciones a nivel departamental y municipal	William	INGUAT	2:00
14	Reunión grupal	Clasificar, ordenar y pegar la información de cada investigador / Primera parte	Hellen, Evelyn, William, Carolina y Linda	Casa de Carolina	4:00
14	Reunión grupal	Continuar con la revisión de la información del capitulo IV	Hellen, Evelyn y Carolina	Casa de Carolina	6:00
14	Décima reunión con el Ingeniero Neri Cruz	Finalización de las correcciones de la boleta de recolección de datos y entrega de datos estadísticos de departamentos y municipios. Entrega de solicitud de asesoría del Ingeniero.	William y Linda	Agronomía USAC	1:00
15	Realización de correcciones de la boleta de recolección de datos	Modificación de la boleta según las sugerencias del Ingeniero Neri Cruz y del Lic. Luis Vallejo	Evelyn y Linda	Casa de Linda	2:30

15	Revisión de Información del capítulo IV	Continuar con la síntesis y redacción del capítulo IV	Carolina	Casa de Carolina	3:00
15	Reunión con el Lic. Luis Vallejo	Entrega de boleta de recolección de datos ya corregida y del proyecto de investigación corregido con las indicaciones realizadas por Lic. Luis Vallejo.	Equipo de investigadores	Salón 411 CUM	3:00
16	Reunión grupal	Continuar con la elaboración del capítulo IV, con la historia de la Psicología. Actualización del cronograma. Iniciación del diseño de la prueba	William, Evelyn, Carolina, Hellen y Linda	Casa de Linda	4:00
16	Reunión grupal	Integración de la información en los respectivos capítulos. Revisión del capítulo IV y actualización del cronograma.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	5:30
18	Visita al hospital Nacional de Salud Mental con el Dr. Vládimir	Revisión de Boleta	Evelyn y Hellen	Hospital Nacional de Salud Mental	3:30
19	11va. Reunión con el Ing. Neri Cruz	Determinar la población a encuestar	William y Linda	USAC S11	1:00
19	Solicitud de cita con el Revisor Lic. Marco Antonio García	Solicitar fecha para presentación del proyecto	Evelyn	CUM CIEP's	1:00
19	Actualización de bibliografía, corrección de la numeración de pies de páginas, revisión de ortografía y redacción del proyecto, actualización del cronograma.	Afinar presentación del proyecto	Gadi, Carol, Hellen, Alicia y Linda.		4:00
19	Reunión con el Lic. Luis Vallejo	Organización para la presentación en el Centro Español. Revisión de Boleta	Grupo de Investigación	CUM 411A	2:30
21	12ª. Reunión con el Ing. Neri Cruz	Distribución de la Población.	Evelyn	USAC S11	1:00
21	Unificación de la bibliografía y Actualización de cronograma individual.	Actualizar la información	Grupo de Investigación		1:00

22	Visita al INE a obtener información de la población por municipios y edades para llevarlas al Ing. Neri Cruz.	Llevar la información a la reunión con el Ing. Neri Cruz.	Evelyn	INE	4:00
22	Reunión con el Lic. Luis Vallejo	Entrega de cronograma grupal e individual, listado de bibliografías y diskett con proyecto actualizado.	Grupo de Investigadores	CUM Edificio B	2:15
22	Impresión del Proyecto de Investigación	Para entrega al Lic. Luis Vallejo y una copia para el grupo de investigadores	Alicia		2:00
23	Reunión Grupal	Corrección de boleta de recolección de datos, actualización de cronograma.	Evelyn, Gadi, Hellen, William, Carol y Linda	Casa de Linda	3:00
23	Corrección de Boleta	Corrección de cambios indicados por el Dr. Vladimir López.	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	4:00
25	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Información del Lic. Vallejo para el grupo de investigadores	Grupo de Investigadores	CUM 411A	2:30
26	13ª. Reunión con el Ing. Neri Cruz	Llevarle información de las zonas rojas del área capitalina y mapa de los departamentos y municipios de Guatemala	Evelyn y Carol	USAC S11	1:00
26	Impresión de distribución de muestral realizada por el Ing. Neri Cruz	Informar al grupo de investigación sobre el trabajo realizado.	Evelyn y Carol	Centro de Computo	1:00
26	Recoger mapa de departamentos y municipios de Guatemala.	Obtener información para ubicar las carreteras y vías de acceso para entregarle al Ing. Neri Cruz	Carol	Educación para Todos	4:00
26	Visita a la Hemeroteca y a la Policía Nacional Civil.	Obtener información para conocer las zonas rojas del área capitalina.	Evelyn	Hemeroteca y Policía Nacional	4:00
26	Reunión Grupal	Corrección de boleta según cambios de la Licda. Aura Marina de Orellana.	Grupo de Investigadores	CUM 411A	2:30
26	Corrección de ortografía, márgenes y redacción del proyecto de investigación.	Afinación del proyecto de investigación.	Grupo de Investigadores		1:00
26	Corrección de cambios realizados al proyecto de investigación.	Afinación del proyecto de investigación.	Evelyn y Alicia		2:00

27	Visita al INGUAT, Prensa Libre y Municipalidad de Guatemala	Obtener el mapa con calles y avenidas del área capitalina y también un mapa de zonas rojas.	Evelyn	INGUAT, Prensa Libre y Municipalidad	3:00
27	Reunión Grupal	Continuación de correcciones de boleta según cambios de la Licda. Aura Marina de Orellana.	Evelyn, Alicia, Hellen, Linda, Gadi y William	CUM 411A	2:30
27	Realización de los cambios efectuados a la boleta.	Modificación de la boleta	Hellen		2:00
28	14a. Reunión con el Ing. Neri Cruz	Llevarle el mapa de calles y avenidas y zonas rojas del área capitalina para de distribución muestral.	Evelyn y Carol	USAC S11	1:00
28	Correcciones al proyecto de investigación.	Afinación del Proyecto de Investigación	Evelyn y Carol	Centro de Computación	1:00
28	Reunión con el Lic. Luis Vallejo	Correcciones de presentación en el Centro Español y afinación de exposición.	Grupo de Investigadores	CUM 411A	2:30
29	Presentación de Proyecto de Investigación en el Centro Español.	Información al PNSM y agentes de salud de Ministerio de Salud Pública sobre el trabajo realizado.	Grupo de Investigadores	Centro Español	6:30
29	Señalización del mapa del área capitalina	Delimitación de zonas solicitado por Ing. Neri Cruz	Carol		1:00
30	Reunión Grupal	Modificación de Boleta e iniciación de correlación de los diferentes ítems, actualización del cronograma	Carol, Evelyn, Gadi, William, Hellen y Linda	Casa de Linda	4:00
30	Reunión Grupal	Afinación del diseño de la prueba	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	5:00
Total Julio					162:30

AGOSTO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
01	15ª- Reunión con Ing. Neri Cruz	Entrega de la delimitación por zonas de la ciudad capital.	Evelyn	USAC	1:00

01	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Organizar y archivar papelería del proyecto de investigación	Carol	CUM	2:30
02	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Continuar con la organización de los expedientes de los investigadores.	Carol	CUM	2:00
02	Reunión del grupo de investigadores	Recibir instrucciones de Lic. Luis Vallejo, para trabajar con Ing. Neri Cruz la distribución muestral por zonas de la ciudad capital.	Carol, Evelyn, Alicia, Gadi y Hellen	CUM 411A	2:15
03	Visita al Hospital Nacional de Salud Mental con Dr. Vládimir López	Afinación de la boleta de recolección de datos.	Evelyn y Hellen	HNSM	1:30
03	16va. Reunión con Ing. Neri Cruz	Iniciar la realización de la distribución muestral	Carol y Evelyn	USAC	1:00
03	Reunión con Lic. Vallejo	Continuar con organización de expedientes	Carol y Evelyn	CUM	2:00
03	Reunión con grupo de investigadores	Correcciones de boleta y distribución muestral por zonas de la ciudad capital	Grupo de investigadores	CUM 411A	2:30
04	17va. Reunión con Ing. Neri Cruz	Distribución muestral de Municipios y todos los Departamentos de la República de Guatemala	Evelyn y Carol	CUM 301A	6:00
04	Continuar con la distribución muestral	Elaborar los cuadros de la distribución muestral.	Evelyn y Carol	Centro de computo	3:00
04	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Entrega a cada investigador de sus áreas a encuestar y recibir información por parte de Lic. Luis Vallejo.	Grupo de investigadores	CUM 411A	2:15
05	Enviar la boleta por correo electrónico a Licda. Aura Marina de Orellana	Entrega de boleta para reproducción de la misma.	Alicia		1:00

05	Reunión con Lic. Vallejo	Información y asignación de tareas por parte de Lic. Vallejo	Linda, Evelyn, Gadi, William, Alicia y Hellen	CUM 411A	2:40
06	18va. Reunión con Ing. Neri Cruz	Instrucciones de Ing. Neri Cruz a los investigadores para la aplicación de las boletas de recolección de datos	Grupo de investigadores	CUM 411A	5:00
06	Reunión del grupo de investigadores	Búsqueda de rutas y recorridos de áreas asignadas a cada investigador	Hellen, Evelyn, Linda, Carol, William y Gadi.	CUM 205B	4:00
07	Reunión del grupo de investigadores	Relacionar categorías, variables e ítems y afinación de la distribución muestral.	Hellen, Evelyn, Linda, Carol, William y Gadi.	Casa de Linda	4:00
07	Reunión del grupo de investigadores	Actualización de cronograma y combinaciones de ítems.	Hellen, Evelyn, Linda, Carol, William y Gadi.	Casa de Linda	5:00
08	Visita Municipalidad de Guatemala	Obtener mapas de zonas capitalinas	Evelyn	MUNI	1:00
08	Reunión con ingeniero Neri Cruz	Entrega de recorridos de cada investigador	Carol y Evelyn	S-11 USAC	2:00
08	Reunión con licenciado Luis Vallejo	Dar instrucciones sobre la boleta de aplicación y tramites administrativos	Carol, Evelyn, William, Linda, Alicia y Gadi	Salón 411, CUM	2:30
09	Corrección apartado de Técnicas e interpretación de datos	Realizar correcciones sugeridas por el Lic. Vallejo	Evelyn, Carol y Linda	Casa de Carol	7:30
09	Reunión grupal de investigadores	Integración de papelería para consejo directivo, e impresión de proyecto	Carol, Evelyn, William, Linda, Alicia y Gadi	Of. Lic. Vallejo	2:30
10	Visita Programa Nacional de Salud Mental	Entrega de boleta de aplicación, para su reproducción.	Linda, Carol y Evelyn	PNSM	1:00
10	Reunión equipo de investigadores	Aplicación de boletas y recomendaciones para manual del entrevistador	Grupo de investigadores	Salón 411, CUM	2:30
11	Reunión equipo de investigadores	Revisión de boleta y seguimiento de recomendaciones hechas por el Lic. Vallejo	Grupo de investigadores	Salón 411, CUM	2:00
12	Reunión equipo de investigadores	Modificación de carta para Consejo Directivo. Continuar con introducción del proyecto.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00

13	19na. Reunión con ingeniero Neri Cruz Reunión equipo de investigadores	Seguimiento del apartado de diseño de la prueba, guía metodológica, seguimiento de introducción y trabajar en el manual del investigador	Carol, Evelyn, Linda, William, Hellen y Gadi	Salón 215 B CUM	4:00
13	Reunión equipo de investigadores	Continuación de elaboración de manual del entrevistador, actualización de cronograma, envío de notas al PNSM a Licda. Orellana	Grupo de investigadores	Salón 215 B CUM	5:00
14	Pasar en limpio lo trabajado del manual del entrevistador, la introducción y la guía metodológica.	Pasarlo a la computadora	Alicia y Evelyn		2:00
16	Visita al Programa Nacional de Salud Mental	Solicitar las cartas de presentación para cada encuestador e ir a recibir la carta firmada por Licda. Aura Marina dirigida a Consejo Directivo.	Evelyn	Programa Nacional de Salud Mental	2:00
16	Actualización de cronograma semanal	Actualizar información sobre las actividades realizadas durante la semana.	Gadi		1:00
16	Reunión equipo de investigadores	Correcciones de preguntas de la guía metodológica,	Grupo de investigadores	CUM 211 A	2:00
17	Visita a Programa Nacional de Salud Mental	Continuar con la solicitud de la reproducción de la boleta de recolección de datos e ir a recibir la carta de presentación para cada encuestador.	Carol	Programa Nacional de Salud Mental	1:00
17	20va. Reunión con Ing. Neri Cruz	Dar continuidad al diseño de la prueba	Evelyn y Carol	USAC S-11	1:00
18	Correcciones al proyecto	Realización de las correcciones sugeridas por Lic. Vallejo	Hellen		1:30

18	Correcciones al cuadro que desglosa las categorías, preguntas y la relación que tienen los ítems de la boleta de recolección de datos.	Incluir la categoría familiar, que corresponde a las preguntas de la 9 a la 14 de la boleta y su forma estadístico matemático en que se vaciará la información.	Carol		3:00
18	Reunión equipo de investigadores	Hacer entrega a Consejo Directivo del expediente que incluye impresión de todo el proyecto de investigación, cronogramas de trabajo, guía metodológica y expediente de los 7 estudiantes, esto respaldado con carta de Licda. Aura Marina López de Orellana. Conversación con Lic. Riquelme Gasparico referente al proyecto y solicitud de cañonera para realizar la presentación a los revisores el 19 del presente mes.	Grupo de investigadores	Secretaria de Lic. Riquelme Gasparico y salón 411 A del CUM	1:45
19	Incluir títulos y número correlativo a cuadros que se incluyen en el diseño de la prueba, trabajo que se ha estado realizando con Ing. Neri Cruz.	Ordenar la información, incluir títulos y número correlativo de cuadros que contienen la distribución de las unidades muestrales, en el ámbito nacional.	Carol		6:00
19	Presentación de proyecto de investigación a revisores.	Dar a conocer el proyecto de investigación a Lic. Marco Antonio García y Licda. Miriam Ponce, proporcionando una copia de todo el proyecto así mismo copia en un diskett a cada revisor.	Grupo de investigadores	Salón 205 A	4:15
20	21ª. Reunión Ing. Neri Cruz y reunión grupo de investigadores.	Instrucciones a los estudiantes al momento de realizar la aplicación de la boleta de recolección de datos, actualización de cronograma semanal e inicio de gráfica de Gantt para ejemplificar el número de encuestas a realizar cada semana por los siete encuestadores.	Hellen, Evelyn, Gadi, William, Linda y Carol	Salón 205 B	4:00

20	Actualización de cronograma semanal	Pasar a computadora la información sobre las actividades realizadas durante la semana.	Carol		1:00
22	Elaboración e impresión de cronograma grupal de encuestas por semanas.	Graficar el recorrido de cada encuestador por semanas y lugares.	Carol		4:00
22	Solicitud de información en el Depto. De EPS	Solicitar el nombre de cada supervisor de epeistas y lugares en donde se pueden localizar para aplicar la guía metodológica.	Carol	Depto. EPS CUM A	0:45
22	Reunión grupo de investigadores	Informar los nombres de supervisores de EPS, entrega de cronograma de las encuestas grupal y levantar las actas en el libro.	Grupo de investigadores	Salón 411 A	2:00
23	Reunión grupo de investigadores	Linda explico el esquema a utilizar para realizar el vaciado de datos de forma manual y continuación de levantar las actas en el libro.	Grupo de investigadores	Salón 411 A	2:00
24	Unificación y síntesis del manual del entrevistador, enviar correo electrónico a Licda. Marlin Paz/ Programa Nacional de Salud Mental y realización de vales para entrega de boletas.	Modificar el manual del entrevistador por lo extenso y sintetizar lo más relevante y enviar por correo electrónico a Licda. Marlin Paz el recorrido de cada encuestador	Evelyn y Carol	Cubículo de Lic. Vallejo y computo	6:00
24	Reunión grupo de investigador	Realizar entrega de 70 boletas de aplicación a cada investigador.	Evelyn, Hellen, William, Alicia, Gadi y Carol	Salón 411 A	2:00
25	Elaboración del diseño de la prueba para adjuntar al proyecto de investigación.	Construir la estructura del diseño de la prueba e integrar la información trabajada con Ing. Neri Cruz.	Evelyn y Carol	Casa Carol	8:00

25	Visita al Programa Nacional de Salud Mental.	Ir a recoger las boletas de aplicación, fueron entregadas 3029 boletas.	Hellen	PNSM	3:00
25	Conversación con Secretaria de Consejo Directivo y se converso por teléfono con Lic. Luis Vallejo.	Se converso con Secretaria de Consejo referente al punto de acta tratado en la sesión del 23 del presente, donde se presento toda la papelería del proyecto y se habló con Lic. Vallejo referente a ese punto de acta, el Lic. Dio instrucciones a seguir referente a la aplicación de boletas y se informo sobre el diseño de la prueba el cual se le enviará.	Carol	CUM EDIFICIO A	2:10
25	Reunión grupal de investigadores	Entrega de boletas de aplicación a cada investigador.	Hellen, William, Evelyn, Linda, Alicia, Carol y Gadi	Cubículo Vallejo Lic.	
26	Visita al Programa Nacional de Salud Mental	Recoger Carnet de identificación extendido por esta institución a cada encuestador.	Linda	PNSM	1:30
26	Elaboración de recorrido por fechas aproximadas en que se realizarán las encuestas y reunión con grupo de investigadores.	Especificación de los lugares, número de encuestas y fechas aproximadas en donde se realizaran las encuestas y quién es el responsable para enviarlo a Licda. Marlin Paz adjunto al diseño de la prueba. Se dieron las últimas recomendaciones sobre la aplicación de las boletas al grupo de investigadores.	Grupo de investigadores	CUM EDIFICIO A	2:30
27	Modificación de la grafica de Gantt para todo el proyecto de investigación y actualización de cronograma de actividades de la semana.	Graficar el tiempo utilizado para cada etapa de la investigación por semanas y actualizar el cronograma grupal de la semana.	Carol		3:00

29 al 31	Iniciación de aplicación del instrumento	Aplicar las boletas en diferentes lugares, según cada investigador.	Grupo de investigadores	Zonas capitalinas	28:00
Total de Agosto					177:35

SEPTIEMBRE

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1 al 30	Aplicación de boletas. Y vaciado de datos.	Recolectar datos por los investigadores de forma individual según la distribución asignada.	Grupo de investigadores		400:00
22	Reunión grupo de investigadores	Consultar opinión de los revisores sobre el proyecto. Organización para vaciado de datos.	Evelyn, Linda, Hellen, William, Alicia y Gadi	CUM	2:30
26	Visita a Licda. Miriam Ponce y Lic. Marco Antonio García.	Conocer las correcciones realizadas por los revisores al proyecto de investigación.	William y Alicia	CUM	2:00
30	Reunión con Lic, Luis Vallejo	Entrega de informe sobre las boletas aplicadas a la fecha por cada investigador.	Grupo de investigadores	CUM	1:30
Total septiembre					406:00

OCTUBRE

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1 al 31	Aplicación de boletas. Y vaciado de datos.	Recolectar datos por los investigadores de forma individual según la distribución asignada.	Grupo de investigadores		220:30
03	Reunión con Lic. Luis Vallejo.	Informar sobre correcciones realizadas por los revisores. Afinación de detalles para vaciado de datos en hoja de excel.	Grupo de investigadores	Salón 411, CUM	2:30

19	Reunión con Lic. Vallejo	Información general del proyecto y aplicación de boletas,	Hellen, Carol, Linda, Evelyn y Gadi.	Salón 411, CUM	1:30
25	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Sugerir correcciones y afinar la guía de servicio y docencia e información general.	Hellen, Evelyn, Linda, Carol, Alicia y Gadi	Salón 411, CUM	2:30
31	Reunión con Lic. Luis Vallejo.	Información general y presentación de los pasos a seguir para culminar el proyecto. Asesoría del Lic. Vallejo para afinación del protocolo de servicio y docencia.	Grupo de investigadores	Salón 411, CUM	2:00
Total octubre					229:00

NOVIEMBRE

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1 al 15	Aplicación de boletas. Y vaciado de datos.	Recolectar datos por los investigadores de forma individual según la distribución asignada.	Grupo de investigadores		30:00
02	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Información sobre pasos del ejercicio profesional supervisado para desarrollo de protocolo y ampliación de pasos para culminar el proyecto. Cambios administrativos del grupo de investigadores.	Grupo de investigadores	Salón 411. CUM	2:30
07	Reunión grupo de investigadores.	Corrección de la guía de entrevista para epesistas y supervisores que se entrevistarán para realizar el protocolo.	Grupo de investigadores	Salón 411. CUM	2:00
08	Reunión grupo de investigadores	Construir concepto de salud mental y distribución de epesistas y supervisores para entrevistas del protocolo. Visita al departamento de EPS para solicitar ayuda con la guía del protocolo.	Hellen, Carol, Evelyn, Linda, William y Gadi	CUM	2:30
09	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Entrega del concepto de Salud Mental, Información sobre las funciones de excel,	Grupo de investigadores	Salón 411. CUM	2:15
12	Reunión grupo de investigadores.	Actualización de cronograma y corrección del concepto de Salud Mental.	Hellen, Linda, Evelyn, Carol, Gadi y William	Casa de Linda	4:00

12	Reunión grupo de investigadores	Organización de tarea a realizar para la siguiente semana.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	2:15
14	Entrevistas de guía metodológica a Supervisores y Estudiantes de EPS	Recabar información para la elaboración de protocolos de Servicio y Docencia	Grupo de Investigadores		5:00
15	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Información general sobre el trabajo que se está realizando a Lic. Vallejo y organización de la unificación del vaciado de datos.	Grupo de investigadores	Salón 411. CUM	2:30
17	Conceptualización de indicadores	Realización de correcciones a los conceptos de los indicadores de la boleta.	Evelyn Rivera		6:00
17	Unificación de vaciado de datos.	Unificación de los datos de municipios y zonas capitalinas y departamentos de la república de Guatemala.	Grupo de investigadores		5:00
19	Reunión grupo de investigadores	Elaboración de Protocolo de Servicio y Docencia.	Hellen, Linda, Evelyn, Carol, Gadi y William	Casa de Linda	4:00
19	Reunión grupo de investigadores	Actualización del cronograma, revisión de la conceptualización de los indicadores, unificación de las correcciones del proyecto de investigación y corrección del manual del investigador.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	4:00
22	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Revisión del Protocolo, dar instrucciones para finalizar el Proyecto de Investigación.	Grupo de Investigadores	Salón 302 CUM	2:30
23	Reunión grupo de investigadores	Distribución de tareas pendientes de realizar	Grupo de Investigadores	Salón 302 CUM	2:00
24	Reunión grupal	Arreglos de pies de páginas, correcciones generales del proyecto	Evelyn y Linda	Casa de Linda	6:00
24	Conceptualización de las Categorías e Indicadores	Búsqueda en Internet de información para conceptualización de las categorías e indicadores.	Carolina	Computo	5:00
25	Reunión grupal	Arreglos de pies de páginas, elaboración de las premisas y corrección del Diseño de la Prueba de Investigación.	Evelyn y Linda	Casa de Linda	8:30

25	Correcciones de la Justificación y de las Categorías e Indicadores	Incluir los aportes de las diferentes instituciones en la Justificación y en las categorías e indicadores, acoplar los conceptos a los ítems de las boletas.	Carolina	Computo	4:00
26	Reunión Grupal	Revisión de las premisas, diseño de la prueba, conceptualización de las categorías e Indicadores y de la Justificación	Evelyn, Gadi, Carolina, Hellen, William, Linda	Casa de Linda	5:00
26	Reunión Grupal	Elaboración de protocolo de Servicio y Docencia.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	5:00
27	Reunión Grupal	Continuación de correcciones del Marco Teórico y del Manual del Entrevistador	William y Linda	Casa de Linda	5:00
28	Reunión Grupal	Continuación de correcciones y actualización del proyecto general.	Evelyn y Linda	Casa de Linda	8:30
29	Instrucciones finales	Finalización de correcciones del proyecto general y quema de la copia.	Evelyn y Linda	Casa de Linda	5:00
22 al 29	Unificación de cuadros con información del instrumento aplicado	Unir totales de cada departamento, zona y municipios.	Gadi, Alicia y Hellen		10:00
29	Reunión grupal	Entrega del proyecto a Lic. Vallejo y recomendaciones por él	Linda, Evelyn, Alicia, William y Carol.	302 "A" CUM	2:00
29	Visita a casa Lic. Vallejo	Recoger información para correcciones al proyecto general.	Evelyn		2:00
30	Reunión grupal	Clasificación en ocho categorías de las ocupaciones.	Grupo de investigadores	302 "A" CUM	2:00
Total Noviembre					122:30

DICIEMBRE

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1	Visita al INE y Ministerio de Trabajo	Obtener información sobre clasificación Ama de Casa.	Evelyn		2:00

2	Reunión grupal	Correcciones de vaciado de datos.	Grupo de investigadores	321 "B" CUM	2:00
3	Reunión grupal	Inicio de unificación de información por municipios departamento y zonas.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	13:30
4	Reunión grupal	Segunda parte de la unificación de la información.	Linda, Evelyn, Alicia, Gadi, William y Carol.	Casa de Linda	10:30
5	Reunión grupal	Inicio de elaboración de graficas según datos obtenidos y asignación de graficas.	Linda, Evelyn, Alicia, William y Carol.	Casa de Linda	9:00
5	Elaborar las diez graficas asignadas.	Presentación de graficas a Lic. Vallejo.	Linda, Evelyn, Alicia, Gadi, William y Carol.	Casa de Linda	2:00
8	Reunión Grupal	Modificaciones a las graficas.	Linda, Evelyn, Alicia, Gadi, William y Hellen.	Computo.	2:00
9	Reunión Grupal	Correcciones de las graficas y tablas de totales sugeridas por Lic. Vallejo.	Grupo de investigadores	302 "A" CUM	2:00
11	Reunión Grupal	Elaboración de tablas, totales y unificación por categorías.	Grupo de investigadores	Casa Linda	9:00
12	Transcribir información de tabla general de totales	Pasar en limpio la información antes realizada.	Hellen		6:00
12	Reunión con Lic. Vallejo	Presentación de tabla general para revisión.	Hellen y Evelyn	302 "A"	1:30
13	Reunión Grupal	Asignación de graficas por categorías.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	2:30
14	Reunión Grupal	Entrega de graficas, revisión de la segunda fase de aplicación de boletas y tareas asignadas por Lic. Vallejo.	Grupo de investigadores	302 "A"	2:30
15	Integración de boletas aplicadas de todo el grupo.	Presentación a Lic. Vallejo para entrega de octavo informe para el PNUD.	Carol.	Casa Carol	5:00
16	Visita el INE.	Obtener información sobre estructura de vivienda.	William	INE	1:00
17	Reunión grupal	Elaboración cronograma grupal, ploteo general.	Hellen, Gadi, William, Evelyn y Carol.	Tikal Futura	3:00
17	Reunión grupal	Continuación de las actividades, discusión con respeto a análisis de correlación de datos.	Hellen, Gadi, William, Evelyn, Alicia y Carol	Tikal Futura	2:00
19	Reunión grupal	Recibir instrucciones por parte del Ing. Neri Cruz. Recibir instrucciones del Lic. Luis	Carol, Willy, Hellen, Evelyn y Gadi.	Salón 302 A CUM	2:00

		Vallejo.			
20	Reunión Con el Ing. Neri Cruz	Recibir información de la organización del informe final y como se debe trabajar las categorías.	Willy, Gadi, Evelyn, Carol y Hellen	Salón 302 A CUM	4:00
21	Reunión con el Ing. Neri Cruz.	Arreglar rangos de edad y correcciones para cerrar el polígono de frecuencia e indicaciones de modificaciones al as gráficas y las tablas.	Willy, Gadi, Evelyn, Hellen y Carol.	Salón 302 A CUM	4:00
Total diciembre					85:30

ENERO 2006

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORAS</u>
04	Reunión con el Ing. Neri Cruz	Recibir indicaciones para realizar el análisis e interpretación de los datos.	Hellen, Linda y Evelyn	Tikal Futura	3:00
05	Reunión Grupal	Informar a los compañeros de la forma en que se trabajará el análisis e interpretación de los datos.	Alicia, Willy, Linda, Hellen y Evelyn.	Tikal Futura	0:45
07	Reunión Grupal	Elaboración del análisis Global y distribución por Regiones.	Grupo de investigadores.	Casa de Linda	9:00
08	Reunión Grupal	Revisión de redacción de gráficas, unión de regiones (8). Impresión y corrección del análisis Global	Grupo de investigadores	Casa de Linda	9:00
09	Reunión Grupal	Culminar el análisis de la categoría Psicopatológica e inicio el análisis de las diferentes regiones establecidas	Grupo de Investigadores	Tikal Futura	2:00
10	Reunión Grupal	Continuar con el análisis de las diferentes regiones que le corresponden a los investigadores	Grupo de investigadores	Mc.Donald's	7:15
11	Elaboración de tabla de porcentajes por regiones	Unir los porcentajes por regiones para su comparación	Evelyn Rivera	Casa de Evelyn	6:00
11	Reunión Grupal	Continuación de análisis por regiones	Grupo de Investigadores	CUM planta	2:15

				Baja, Edif.. A	
12	Reunión con Lic. Vallejo	Obtener instrucciones con el Lic. Vallejo para seguimiento del trabajo de Investigación	Evelyn Rivera	CUM	2:15
13	Reunión Grupal	Coordinación de las tareas asignadas por Lic. Vallejo. Presentación del proyecto a los Asesores, Correcciones del proyecto y análisis e interpretación de los resultados	Grupo de Investigadores	CUM salón 302 A	2:15
13	Contactar a Revisores	Solicitar fecha para la 2ª presentación del proyecto	Linda, Evelyn y Hellen	CUM	3:00
14	Reunión Grupal	Organización de la presentación a los revisores y Elaboración del Perfil inicial de la Salud mental del guatemalteco.	Willy, Linda, Carolina, Evelyn y Hellen	Casa de Linda	4:00
14	Reunión Grupal	Continuación de la elaboración del perfil inicial de la Salud Mental del guatemalteco.	Willy, Linda, Carolina, Evelyn, Hellen y Alicia	Casa de Linda	5:00
15	Reunión Grupal	Revisión y lectura del perfil inicial de la Salud Mental del Guatemalteco, actualización del cronograma de actividades y correcciones del proyecto (redacción y Ortografía) en base a las observaciones de el Lic. Carlos Enrique Siú.	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	8:30
16	Visita al Programa Nacional de Salud Mental	Obtener la autorización del segundo libro de actas, con la Licda. Nadieshla.	Evelyn Rivera	Programa Nacional de Salud Mental	2:00
16	Actualización del Cronograma de actividades	Actualizar cronograma en computadora	Evelyn Rivera		0:30
17	Reunión Grupal	Revisar artículo de Prensa Libre sobre "Políticos Débiles", proporcionado por Lic. Vallejo; como referencia a las correlaciones. Pre-exposición y préstamo de cañonera para exposición a los revisores	Grupo de Investigadores	410 "A" CUM	3:00
18	Reunión Grupal	Actualizar el libro de actas, coordinación de	Grupo de Investigadores	410 "A" CUM	2:45

		la refacción, darle seguimiento al préstamo de la cañonera y Asesoría de Lic. Vallejo en cuanto a la presentación a revisores.			
19	Presentación del Proyecto Revisores y asesor metodológico	Exposición sobre correcciones sugeridas por revisores e introducción de resultados obtenidos	Grupo de Investigadores	410 "A" CUM	3:45
21	Reunión Grupal	Modificar, elaborar y definir cuadro detallando categorías, variables, indicadores e ítems según sugerencias de Licda. Ponce. Modificación de la presentación de conceptos de variables (eliminar los ítems de la boleta). Actualización del cronograma de actividades	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	8:00
23	Tareas asignados para el grupal	Realizar correcciones al proyecto sobre ortografía y redacción al marco teórico.	Grupo de Investigadores		2:00
24	Reunión Grupal y con Lic. Vallejo.	Obtener información para la elaboración de análisis de cualitativo por regiones de salud mental de la población guatemalteca. Asignación de tareas para el grupo de investigadores y actualización del libro de actas.	Grupo de Investigadores	Oficina de Lic. Vallejo Edificio "A".	2:00
28	Reunión Grupal	Correcciones al marco teórico del proyecto. Elaboración del análisis cualitativo por regiones de salud mental de la población guatemalteca. Revisión de ortografía y redacción del manual del entrevistador.	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	10:00
29	Reunión Grupal	Finalización del análisis cualitativo por regiones de la población guatemalteca. Correcciones de ortografía y redacción al manual del entrevistador.	William, Carol, Evelyn, Linda, Hellen y Alicia.	Casa de Linda	10:00
Total Enero					108:15

FEBRERO

DIA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE	LUGAR	HORAS
02	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Entrega de carta de aprobación del proyecto por parte del Lic. Luis Vallejo. Lectura del análisis comparativo por regiones donde el Lic. Vallejo emitió correcciones.	Grupo de Investigadores	CUM Salón 411 Edif. A	2:30
04	Reunión grupal	Elaboración de conclusiones y recomendaciones. Diagrama de análisis comparativo por regiones.	Gadi Evelyn y Willy	CUM Salón 324 Edif. B	4:00
04	Reunión grupal	Elaboración de conclusiones y recomendaciones. Diagrama de análisis comparativo por regiones.	Gadi, Evelyn, Willy, Alicia y Linda	CUM Salón 324 Edif. B	5:00
05	Reunión grupal	Correcciones del perfil y el análisis comparativo según sugerencias del Lic. Vallejo. Elaboración en computación del Diagrama de análisis comparativo. Unificación del capítulo III con las gráficas. Distribución de tareas en grupo para realizar el informe final.	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	9:00
07	Visita a CIEPs Reunión con Lic. Luis Vallejo	Contactar a los asesores para verificar la entrega de la aprobación del proyecto a la Licda. Mayra Luna. Entrega de las correcciones del capítulo III al Lic. Vallejo.	Hellen y Evelyn	CUM Edif. A	1:30
07	Tareas asignadas a los Investigadores	Elaborar nuevos cuadros o textos en el informe final	Grupo de Investigadores	En casa de Cada investigador	24:00
08	Reunión de trabajo	Elaboración Capítulo I, Informe Final	Linda, Hellen y Gadi	CUM Edif. A	2:00
09	Reunión con Lic Vallejo	Entrega de nuevas correcciones al capítulo	Grupo de Investigadores	CUM Edif.. A	2:30

		III del informe final		Salón 408	
10	Reunión de trabajo	Elaboración capitulo I, informe final	Linda, Hellen y Gadi		5:00
11	Reunión grupal	Realizar cambios sugeridos por el Lic. Vallejo al capitulo III del informe final.	Hellen, Linda, Carol, Willy, Gadi y Evelyn	CUM Salón 308 Edif. B	4:00
11	Reunión grupal	Correcciones al capitulo iii informe final . Unificación de experiencias de campo. Elaboración del cronograma Asignación de tareas	Grupo de Investigadores	CUM Salón 308 Edif. B	5:00
12	Reunión de Trabajo	Elaborar correcciones pertinentes al capitulo II para el informe final	Carol, Alicia y Evelyn	Mega Centro	8:00
13	Reunión de trabajo	Elaborar Capitulo I, Informe final	Linda, Hellen y Gadi	CUM Edif. A.	5:30
14	Reunión con Ingeniero Neri Cruz	Recibir indicaciones para el Capitulo II del Informe Final	Evelyn	USAC Edif. S-11	2:30
14	Reunión de Trabajo	Elaboración Capitulo I Informe final	Linda, Hellen y Gadi		4:00
15	Reunión Grupal	Unificación del Informe final	Carol, Alicia y Evelyn	CUM Salón de Computo	4:30
15	Reunión Grupal	Unificación del Informe final	Carol, Alicia, Willy, Evelyn, Linda y Hellen	CUM Salón de Computo	5:30
16	Reunión Grupal	Unificación del Informe final	Carol y Evelyn	Computo CUM	6:00
16	Afinación informe final	Elaboración Índice y compaginar informe final	Gadi		8:00
16	Reunión Grupal	Unificación del Informe final y entrega del mismo al Lic. Luis Vallejo.	Carol, Evelyn, Willy, Linda Hellen y Alicia	CUM Salón de Computo	5:30
21	Reunión Grupal	Organización de la presentación del Informe Final a los revisores y afinación de prólogo revisado por Lic. Vallejo	Grupo de Investigación	CUM	2:00
22	Visita a los revisores del Proyecto (CIEP`s) Reunión con Lic. Luis Vallejo	Recibir correcciones del proyecto realizadas por la Licda. Mayra Luna. Instrucciones del Lic. Vallejo para la elaboración del Abstrac, para el reportaje periodístico	Alicia, William, Evelyn y Linda	CUM Oficina del Lic. Luis Vallejo y CIEP`s	2:45
23	Reunión Grupal	Impresión del Proyecto con correcciones de la Licda. Mayra Luna entregado al CIEP`s	Evelyn, Alicia, William, Gadi y Linda	Centro de Cómputo CUM	2:00
25	Reunión Grupal	Elaboración del resumen del Abstrac para	Evelyn, Gadi, Hellen,	Salón 324	4:00

		el reportaje periodístico, corrección de gráficas y elaboración de discurso por regiones para el reportaje.	William, Carol	Edificio "B" CUM	
25	Reunión Grupal	Elaboración del resumen del Abstrac para el reportaje periodístico, corrección de gráficas y elaboración de discurso por regiones para el reportaje.	Evelyn, Gadi, Hellen, William, Alicia, Carol	Salón 324 Edificio "B" CUM	4:15
25	Correcciones del Informe Final	Modificación de gráficas	Evelyn	Casa	3:00
27	Visita al CIEP's	Conversación con Licda. Luna sobre el proceso administrativo de graduación	Evelyn, William, Linda	CIEP's CUM	1:30
27	Correcciones del Informe Final	Modificación de gráficas	Evelyn	Casa	1:00
28	Reunión Grupal	Instrucciones para elaboración de gráficas por regiones y visita al CIEP's nuevamente			
Total Febrero					134:30

MARZO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORAS</u>
01	<u>Visita al CIEP's</u>	Buscar información sobre el proceso y trámites administrativos de graduación.	William	CIEP's CUM	1:00
02	Correcciones del Informe Final	Modificación de gráficas	Evelyn	Casa	1:00
03	Reunión con Lic. Vallejo	Discusión sobre los aspectos del informe final y el reportaje periodístico	Evelyn, Alicia, William, Carol, Linda	Salón 411, Edificio "B" CUM	2:45
04	Reunión Grupal	Impresión del Informe final para revisión del Lic. Vallejo. Respuesta a las preguntas del reportaje del Diario la Hora. Correcciones e integración del Prólogo	Evelyn, Gadi, Hellen, William, Carol, Linda	Centro de Cómputo CUM. Salón 324 Edificio "B"	5:00
05	Entrega del Informe final impreso al Lic. Vallejo	Revisión del informe final	Gadi Lara	Casa de Lic. Vallejo	1:00
11	Reunión con Lic. Vallejo	Recibir correcciones del informe final	Carol, Gadi, Linda, Hellen, William, Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	2:00
11	Reunión con Lic. Vallejo y reunión grupal	Recibir correcciones del informe final y realizar correcciones de redacción del informe final	Grupo de investigadores	CUM	4:30

13	Tareas varias	Correcciones de gráficas, realización de respuestas de reportaje, cambio de premisas	Grupo de investigadores	CUM	3:00
14	Reunión grupal	Unificar gráficas en el informe final	Alicia, Carol, Hellen, Linda y Evelyn	CUM, centro de cómputo	3:00
15	Elaboración de gráfica de perfil general	Representar los resultados obtenidos en gráfica del perfil general	Evelyn y Alicia		3:30
17	Visita a Lic. Vallejo	Recoger minuta de trabajo	Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	2:00
18	Reunión grupal	Lectura y ejecución de minuta de Lic. Vallejo	William, Carol, Hellen, Linda, Gadi y Evelyn	CUM, centro de cómputo	4:00
18	Reunión grupal	Ejecución de minuta, arreglo de la gráfica de perfil general	Grupo de investigación	CUM, centro de cómputo	3:30
20	Reunión con Lic. Vallejo	Recibir instrucciones generales del informe final	Alicia y Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	3:30
21	Reunión grupal	Recibir instrucciones de Lic. Vallejo por medio de coordinación y distribución de tareas	Alicia, Linda, William, Gadi, Hellen y Evelyn	CUM, cafetería	2:30
23	Realización de tareas asignadas	Sintetizar marco teórico, modificar gráficas y cambios del perfil general	Grupo de investigadores		5:00
24	Reunión con Lic. Vallejo	Revisión de gráficas y recibir instrucciones de trabajo a seguir	Alicia y Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	3:30
25	Reunión grupal	Unión de marco teórico resumido, realización de introducción de guía de orientación, actualización del cronograma, revisión del perfil, correcciones de preguntas y elaboración de ficha técnica para el reportaje	Gadi, William, Carolina, Evelyn, Hellen y Linda	CUM, salón 324 edificio "B" y centro de cómputo	4:00
27	Actualización de porcentaje de las regiones	Corregir los porcentajes reales	Carol	Casa Carol	10:00
30	Reunión con Lic. Vallejo	Recibir indicaciones acerca de los trámites de graduación, correcciones al informe final en las gráficas, cuadros de regiones, guía de orientación	Alicia y Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	3:30

Total marzo

68:15

ABRIL

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORAS</u>
1	Reunión grupal	Revisión de porcentajes, correcciones ortográficas al Marco Teórico, correcciones a la guía de orientación	Grupo de investigadores	Café Internet	3:30
4	Reunión con Lic. Vallejo	Recibir correcciones del prologo y guía de orientación, Lic. Vallejo habló con la Licda. Luna harán los trámites para una graduación en grupo.	Alicia y Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	2:30
5	Visita a la oficina del Lic. Vallejo	Realización de correcciones a la Guía de Orientación para servicio y docencia y entrega de la misma.	Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	4:00
6	Reunión con Lic. Vallejo	Recibir indicaciones para los informes finales de cada investigador, información para la presentación del informe final, correcciones a los anexos	Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	2:00
6	Corrección de anexos	Ordenar los anexos según correlación del informe y según indicaciones del Lic. Vallejo.	Evelyn	casa	2:00
7	Revisión de Marco teórico y discurso de regiones	Realizar correcciones pertinentes al informe final	Evelyn	casa	8:00
7	Corrección a la guía de orientación para servicio y docencia.	Elaborar marco decorativo, para una mejor presentación de la Guía.	Hellen	Casa	1:30
8	Reunión grupal	Revisión prologo, conclusiones y recomendaciones, pegar anexos en el orden que el lic. Vallejo sugirió y corregir los anexos dentro del informe, revisión del discurso de las experiencias de campo, revisión del discurso de las regiones, hacer los títulos de las gráficas, elaboración de	Gadi, Linda, Hellen, Alicia y Evelyn	Café internet	7:30

		los cuadros con su interpretación por regiones.			
9	Corregir porcentajes de las regiones	Culminar de cambiar los porcentajes de las ocho regiones	Carol	Casa Carol	10:00
10	Enviar por correo electrónico la tabla de porcentajes de las regiones a Evelyn	Enviar la tabla de porcentajes de las ocho regiones	Carol	Café internet	1:00
12	Correcciones al discurso de las regiones	Revisar el discurso de todas las regiones y realizar comparaciones con tabla de porcentajes	Carol y Willy	Café internet	8:00
13	Inicio de elaboración de presentación personal para informe final	Iniciar a realizar la presentación personal de informe final	Carol y Willy	Café internet	2:00
14	Elaborar los agradecimientos personales para informe final	Realizar los agradecimientos personales para informe final	Carol y Willy	Café internet	2:00
16	Culminar de corregir el discurso de las regiones y comparar los porcentajes de cada una.	Culminar el discurso de todas las regiones y realizar comparaciones con tabla de porcentajes.	Carol y Willy	Café internet	8:00
17	Impresión de la tabla de porcentajes de las ocho regiones y del discurso de regiones.	Realizar la impresión de la tabla de porcentajes y el discurso de las regiones para que el grupo observe los cambios realizados.	Carol	Café internet	1:00
18	Presentar machotes de presentación y agradecimientos a Lic. Marco Antonio García	Revisar el esquema de la presentación y agradecimientos por Lic. García.	William	CIEP's	1:00
18	Reunión con Lic. Vallejo	Recibir las correcciones de gráficas, cuadros e información de gradación.	Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	0.45
19	Corrección de gráficas	Conclusión de sugerencias del Lic. Vallejo acerca de las gráficas	Evelyn	Casa	5:00
19	Corrección de gráficas	Conclusión de sugerencias del Lic. Vallejo acerca de las gráficas	Alicia	Casa	7:00
19	Correcciones a presentación y agradecimientos sugeridos por Lic. Marco Antonio García	Realizar cambios sugeridos por Lic. García a la presentación personal	Carol	Casa Carol	2:00

20	Correcciones a los cuadros de las regiones	Concluir con los cuadros y las sugerencias recibidas de parte del Lic. Vallejo	Evelyn	Casa	3:30
21	Modificaciones a las técnicas de análisis estadístico e interpretación de los datos	Modificar este cuadro de acuerdo a las correcciones realizadas en las gráficas	Evelyn	Casa	3:00
21	Modificación de Gráficas	Colocar las gráficas en un archivo de word para ser pegadas en el informe	Gadi	Casa	4:00
22	Reunión grupal	Revisión Marco teórico, discurso de regiones, revisión de redacción, coherencia y porcentajes de las regiones en los cuadros, arreglo de cuadros y graficas, se colocó el cuadros de porcentajes por regiones, cuadro de técnicas e interpretación de datos, actualización de cronograma de actividades.	Gadi, Hellen, Carolina, Alicia y Evelyn	Café internet	6:00
24	Reunión grupal	Preparación presentación informe final.	Gadi, Hellen, Carolina, Evelyn, Linda y Willi	Salón 302 "A"	2:30
25	Reunión grupal	Recepción cartas de aprobación del proyecto del Consejo Directivo. Integración de las correcciones del proyecto y foto para reportaje	Grupo de Investigadores	Salón 302 "A"	3:00
26	Correcciones informe final	Correcciones de ortografía, gramática y gráficas.	Hellen y Evelyn	Casa de Hellen	9:30
27	Ultima revisión informe final	Para entrega a Lic. Vallejo	Linda	Casa	8:00
27	Reunión grupal	Entrega de informe Final a Lic. Vallejo	Gadi, Alicia, Carolina, Evelyn, Linda y Willi	CUM Centro de Computo	2:30
28	Diseño de presentación	Elaboración de diapositivas para la presentación del informe final	Gadi	Casa	4:00
28	Reunión Ing. Neri Cruz	Asesoría estadística de confiabilidad y error de la investigación	Evelyn	USAC S-11	2:00
Total abril					126:45

MAYO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORAS</u>
2	Reunión grupal	Organización, invitaciones y presentación informe final.	Gadi, Hellen, Carolina, Evelyn, Linda y Willy	Salón 302 "A"	2:30
4	Reunión grupal	Ensayo de la presentación informe final a Lic. Vallejo	Grupo de Investigadores	Salón 411 "A" CUM	5:00
5	Reunión Ing. Neri Cruz	Asesoría estadística de confiabilidad y error de la investigación	Evelyn	USAC S-11	3:00
6	Reunión grupal	Correcciones a la presentación informe final.	Grupo de Investigadores	Centro de Computo CUM	8:00
8	Presentación informe final	Presentación a revisores e invitados del informe final.	Grupo de Investigadores	Salón de Proyecciones CUM	6:00
11	Reunión Lic. Vallejo	Recibir indicaciones para las correcciones del informe final según revisores y Lic. Vallejo.	Evelyn, Willi y Alicia	Oficina Lic. Vallejo	1:30
12	Reunión Ing. Neri Cruz	Asesoría estadística de confiabilidad y error de la investigación.	Evelyn y Hellen	USAC S-11	2:00
12	Elaboración de posible conclusión final para informe	Elaborar conclusión general del informe final	Carol	Casa Carol	2:00
13	Reunión grupal	Elaboración de conclusiones generales sobre salud mental de la población y revisión Índices de Desarrollo Humano PNUD, corrección ortográfica, actualización de cronograma y resumen de la investigación.	Grupo de Investigadores	Salón 324 "B" CUM Centro de Computo	8:00
15	Reunión grupal	Discusión con el Lic. Vallejo acerca de conclusiones. Distribución de tareas	Linda, Hellen y Evelyn	Oficina Lic. Vallejo CUM	3:30
18	Reunión grupal	Elaboración de conclusiones generales, modificaciones de resumen del informe final y comparación del INDH con esta investigación	Alicia, Linda, Carol, Hellen y Evelyn	Salón 302 "A" CUM	4:30
19	Modificación de conclusiones	Revisión de ortografía y redacción de	Alicia, Linda y Evelyn	Centro de	3:15

		conclusiones para presentación al Lic. Vallejo		Computo CUM	
19	Trámites administrativos	Indagar acerca de los trámites a seguir para la graduación.	William	CUM	2:00
19	Modificaciones al resumen	Correcciones de ortografía y redacción al resumen de toda la investigación.	Linda	Casa Linda	1:00
19	Enviar por internet la conclusión a Evelyn y bajar el cronograma general para realizar la sumatoria de horas de cada mes.	Enviar por correo la conclusión para presentarla a Lic. Vallejo y así adjuntarla a las propuestas trabajadas el día 18 del presente.	Carol	Café Internet	1:00
20	Iniciar el conteo de horas de los primeros meses del cronograma general e ir modificando faltas ortográficas o redacción.	Realizar la sumatoria de horas trabajadas por cada mes de trabajo y revisar ortografía y redacción del mismo.	Carol	Casa Carol	5:00
20	Reunión grupal	Trabajar y afinar las conclusiones según instrucciones del Lic. Vallejo.	Alicia, Linda y Evelyn	Megacentro, Zona 11	5:15
21	Continuar con conteo de horas de cronograma general	Culminar sumatoria de horas hasta el mes de mayo 2006	Carol	Casa Carol	2:00
22	Reunión con revisores del CIEP's	Entrega de las conclusiones realizadas y análisis de las mismas.	Hellen, Carol, Alicia, Linda, Gadi y Evelyn	Salón 302 "A" CUM	3:30
23	Revisión del informe final	Revisión de ortografía y gramática.	Hellen	Casa Hellen	3:00
23	Reunión grupal	Corrección a conclusiones según cambios sugeridos por los revisores. Visita al CIEP's	Hellen, Carol, Alicia, Linda, Evelyn y William	Centro de Computo CUM	3:15
24	Elaboración del índice y nomenclatura del informe	Modificar y ordenar el informe para su presentación final.	Gadi	Casa Gadi	4:00
24	Enviar por correo electrónico al grupo de investigadores el cronograma con sumativa de horas	Enviar por correo electrónico al grupo de investigadores el cronograma con sumativa de horas	Carol	Café internet	1:00
25	Visita al CIEP's	Entrega de conclusiones a los revisores para su aprobación.	Evelyn	CIEP's	2:00
26	Visita al CIEP's	Conversación con el Lic. Marco Antonio	Evelyn	CIEP's	2:00

		García para recibir sugerencias de las conclusiones generales.			
27	Reunión grupal	Entrega de boletas para el archivo general de la Escuela de Ciencias Psicológicas USAC. Correcciones al informe final	Grupo de investigadores	CUM	9:00
Total mayo					95:15

ANEXO II

CRONOGRAMA DE TRABAJO INDIVIDUAL ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

ABRIL 2005

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1	Presentación general del proyecto, al grupo de investigadores	Dar a conocer a los investigadores la fase de instalación.	Lic. Luis Vallejo	Salón 411A CUM	2:00
8	Recolección de toda la información referente a Salud Mental (definición, conceptos, sistemas de atención, análisis institucional, primeras acciones, lugar, tiempo, forma etc.)	Iniciar la recolección de información para realizar el proyecto.	Grupo de investigadores		2:00
8	Exposición sobre salud mental a Lic. Vallejo	Informar sobre los datos recopilados de salud mental.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
15	Buscar en el MINSALUD lo que tienen sobre salud mental	Conocer el trabajo que realiza el Ministerio de Salud en salud mental.	Alicia	MINSALUD	2:00
15	Investigar sobre salud mental en textos de grandes autores, según el Lic. Vallejo.	Fundamentar y enriquecer el marco teórico del proyecto.	Grupo de investigadores		4:00
22	Exposición sobre salud mental	Asesorar al grupo investigador.	Lic. Felipe Soto	Salón 411 CUM	2:30
22	Formar expediente de los investigadores	Iniciar trámites legales para graduación.	Grupo de investigadores		
25	Elaboración de la primera parte del Marco Teórico	Unificar información sobre el marco teórico	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
29	Exposición sobre instrumentos	Asesoría sobre selección del instrumento y la muestra.	Lic. Felipe Soto	Salón 411 CUM	2:30
29	Primer entrega para revisión marco teórico a Lic. Vallejo	Informar al asesor del proyecto sobre los trabajos realizados.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
Total Abril					22:00

MAYO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
4 y 5	Visita a biblioteca de Escuela de Ciencias Psicológicas, recabar información sobre programas de salud mental (consulta de tesis)	Investigar que aportes ha tenido la escuela de Psicología en salud mental.	Linda, Alicia y Amarilis	Biblioteca Escuela de Psicología.	2:00
6	Conferencia sobre salud mental	Asesorar al grupo investigador sobre la selección del instrumento.	Lic. Felipe Soto	Salón 411 CUM	2:30
6	Buscar guías de salud mental según Lic. Vallejo	Conocer las diferentes guías para que sirvan de base en la elaboración del instrumento.	Grupo de investigadores		2:00
13	Cambio de metodología del proyecto de investigación, según instrucciones de Lic. Vallejo.	Realizar el proyecto de investigación en base a la metodología asignada.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
13 [®]	Recolectar los instrumentos sobre los procesos de formación e información sobre salud mental, cuales han funcionado más (talleres, conferencias, etc.)	Conocer la forma de abordamiento de la salud mental y si han realizado investigaciones sobre salud mental.	Grupo de investigadores	ONG'S	1:00
16	Primera parte de construcción del cuadro sinóptico	Iniciar la conceptualización y comprensión de la metodología a trabajar.	Gadi, Alicia, Linda, Amarilis, Carolina, Evelyn, Hellen,	Salón 411 CUM	2:00 ⁴⁷
17	Finalización de cuadro sinóptico	Concluir la conceptualización y comprensión de la metodología a trabajar	Gadi, Alicia, William, Amarilis, Carolina, Evelyn, Hellen,	Salón 411 CUM	2:00

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

21	Buscar boletas sobre salud mental	Recopilar información para la selección del instrumento.	Grupo de investigadores		6:00
21	Investigar criterios de muestreo	Fundamentación teórica para la selección de la muestra a trabajar.	Grupo de investigadores		1:30
21	Elaboración de la primera parte del proyecto de investigación	Sintetizar y unificar los aspectos requeridos para la elaboración del proyecto.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	1:30
22	1ra. revisión del proyecto de investigación e inicio de integración de la información	Realizar las correcciones que Lic. Vallejo hizo al proyecto.	Hellen, Alicia, Evelyn, Linda, William, Amarilis y Carolina	Casa de Linda	9:00
23	Exposición sobre el proyecto de investigación	Implementación de la metodología a abordar.	Lic. Marco Antonio	Salón 411 CUM	2:30
23	Informar sobre disposición de tiempo para los meses de julio y agosto a Lic. Vallejo.	Programación para aplicación de boletas	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	0:30
24	Búsqueda de información sobre boletas de recolección de datos en salud mental	Conocer los tipos de encuestas que se han realizado en salud mental.	Alicia	CUM	2:30
25	Por e-mail se envió información a Alicia para la impresión del documento.	Presentación por escrito del proyecto de investigación al asesor.	Alicia	CUM	1:00
26	Presentación del borrador del proyecto de investigación a Licenciado Vallejo	Revisión del proyecto de investigación por el asesor.	Grupo de investigadores	CUM	2:30
28	4ta. revisión e integración del proyecto de investigación	Integración y realización de correcciones emitidas por el asesor	Grupo de investigadores	Casa de Linda	10:00
29 [®]	5ta revisión e integración del proyecto de investigación	Integración y realización de correcciones emitidas por el asesor	Grupo de investigadores	Casa de Linda	9:00

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

30	Reunión con Lic. Vallejo	Inicio de categorías y planificación de la presentación del proyecto	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
31	Presentación del proyecto de investigación a Licenciadas Aura Marina de Orellana y Marlin Paz.	Dar a conocer lo que se ha realizado en el proyecto de investigación.	Grupo de investigadores	PNSM	2:00
Total Mayo					64:30

JUNIO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
01	Realización de Categorías del instrumento.	Iniciar las posibles categorías a utilizar.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
03	Reunión con Lic. Vallejo.	Asignación de tareas para el grupo de investigadores.	Lic. Luis Vallejo	Salón 411 CUM	2:30
06	Elaboración de preguntas según categorías.	Realización de preguntas.	Alicia, Carol, Hellen, William, Amarilis Gadi y Linda.	Salón 411 CUM	2:30
06	Investigación sobre violencia en Guatemala	Reconocer los índices de violencia en Guatemala	Carol, Alicia, Evelyn y Gadi.	Salón 411 CUM	
08	Reunión con el Lic. Luis Vallejo y Lic. Estuardo Espinoza.	Informar sobre los lineamientos legales para que sea aprobado el proyecto de investigación con fines de graduación.	Lic. Luis Vallejo	Salón 411 CUM	2:30
10	2da. Presentación del proyecto a Dr. Vládimir López	Dar a conocer el proyecto de investigación.	Alicia, Carol, Linda, William, Evelyn Amarilis y Hellen	Salón 411 CUM	2:30
11	Quinta revisión del proyecto de investigación	Unificación del proyecto de investigación.	Alicia, Evelyn, Gadi, William, Carol y Hellen	Centro de computo	3:30 [®]

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

13	Reunión con el grupo de investigación y Lic. Vallejo.	Informar al asesor sobre tareas realizadas.	Grupo de investigación	Salón 411 CUM	2:30
14	Sexta revisión del proyecto de investigación	Integración del proyecto de investigación.	Carol, Linda y Alicia	Centro de computo	2:30
15	Tercera presentación del proyecto al Licenciado Estuardo Espinoza, departamento de EPS, Licenciada Mayra Luna y Licenciada Sofía Mazariegos del CIEP's	Dar a conocer el proyecto de investigación en salud mental.	Grupo de investigadores y Lic. Vallejo.	CIEPS	2:45
16	Desglose de categorías, variables e indicadores.	Establecer categorías, variables e indicadores para el instrumento.	Grupo de investigación	Salón 411 CUM	2:30
17	Reunión con Lic. Vallejo.	Informar sobre tareas realizadas al asesor.	Grupo de investigación	Salón 411 CUM	2:30
18	Afinación de cronograma	Actualizar las actividades realizadas.	Carol, Gadi, Evelyn, Alicia y Hellen	Salón 205 CUM	5:00
18	Impresión de la copia del proyecto para el grupo de investigadores	Presentar documento escrito para hacerle modificaciones.	Alicia		1:00
20	Reunión para darle seguimiento a la elaboración del instrumento	Ampliar categorías y preguntas	Alicia, William, Amarilis, Gadi, Linda, Carol y Evelyn	Salón 411 CUM	2:15 [®]
22	Seguimiento elaboración del instrumento	Ampliación de categoría psicopatológica	Evelyn, Gadi, Alicia, Hellen, Linda, Carol y Amarilis	Salón 411 CUM	3:00
23	Reunión con el asesor y elaboración del cronograma de actividades.	Ampliación del cronograma e información del asesor	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
24	Revisión de ortografía del proyecto	Iniciar revisión de ortografía	Hellen y Alicia		1:00

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

25	Distribución para revisión de redacción y ortografía del proyecto	Afinar detalles del proyecto	Alicia, William, Gadi, Hellen, Evelyn y Carol	Casa de Carol	6:00
26	Revisión individual del proyecto	Revisar redacción, y ortografía	Grupo de investigadores		3:00
28	Unificación del proyecto del grupo de investigadores	Consolidar las partes del proyecto revisadas	Alicia y Carol	Centro de computo	2:00
28	Reunión con Dr. Vládimir López	Orientación en la categoría Psicopatológica	Alicia, Carol, Evelyn, William, Linda y Gadi	Salón 411 CUM	2:30
29	Reunión de trabajo del grupo	Evaluación del grupo y distribución de material para exponer a revisores	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
30	Reunión de trabajo del grupo	Elaboración de pregunta de la categoría Psicopatológica	Grupo de investigadores	Casa de Linda	4:00
30	Reunión de trabajo del grupo	Continuar con la elaboración de pregunta de la categoría Psicopatológica	Linda, Alicia, Carol, Hellen y Evelyn	Casa de Linda	3:30
Total Junio					66:30

JULIO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
04	Entrega de cronogramas general e individual y listado de bibliografía. Recepción del diskette con correcciones del proyecto-	Control de participación y aportes para el proyecto por cada investigador. Realizar las correcciones señaladas por Lic. Vallejo	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	4:00 [®]
05	Impresión de proyecto corregido por Lic. Vallejo.	Verificar las correcciones realizadas por Lic. Luis Vallejo	Alicia		1:00
06	Visita al Hospital Roosevelt	Solicitar Protocolo en el departamento de salud	Alicia	Hospital Roosevelt	1:30
06	Recopilación de documentos en biblioteca	Fundamentar el capitulo de psicología, e investigación del enfoque Bleger.	Alicia	Biblioteca CUM	1:00

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

07	Reunión grupal de investigadores	Comentar modificaciones sugeridas por el Ing. Cruz, modificaciones al cuadro de funciones y aclaración de los recursos financieros	William, Evelyn, Alicia, Gadi, Hellen y Carol	Salón 411 CUM	2:15
8	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Información sobre el proyecto de parte del Lic. Vallejo	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	3:00
9	Reunión equipo de investigadores	Elaboración capítulo de la psicología, modificación capítulo de la psiquiatría	Grupo de investigadores	Casa de Linda	5:30
11	Reunión grupal	Asignar temas de investigación para la elaboración del capítulo sobre factores de riesgo en salud mental.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
12	Investigación de los factores de riesgo en salud mental	Obtener información para desarrollar el capítulo IV del marco teórico	Grupo de investigadores		2:00
12	Reunión con el Dr. Vladimir López	Recoger la boleta de recolección de datos con las respectivas correcciones.	Alicia	CUM	1:00
13	Reunión grupal	Recopilar la síntesis de investigación para elaborar el capítulo IV del marco teórico	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
15	Reunión con el Lic. Luis Vallejo	Entrega de boleta de recolección de datos ya corregida y del proyecto de investigación corregido con las indicaciones realizadas por Lic. Luis Vallejo.	Equipo de investigadores	Salón 411 CUM	3:00
16	Reunión grupal	Integración de la información en los respectivos capítulos. Revisión del capítulo IV y actualización del cronograma.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	5:30
®19	Actualización de bibliografía, corrección de la numeración de pies de páginas, revisión de ortografía y redacción del proyecto, actualización del cronograma.	Afinar presentación del proyecto	Gadi, Carol, Hellen, Alicia y Linda.		4:00
19	Reunión con el Lic. Luis Vallejo	Organización para la presentación en el Centro Español. Revisión de Boleta	Grupo de Investigación	CUM 411A	2:30

® ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

21	Unificación de la bibliografía y Actualización de cronograma individual.	Actualizar la información	Grupo de Investigación		1:00
22	Reunión con el Lic. Luis Vallejo	Entrega de cronograma grupal e individual, listado de bibliografías y diskett con proyecto actualizado.	Grupo de Investigadores	CUM Edificio B	2:15
22	Impresión del Proyecto de Investigación	Para entrega al Lic. Luis Vallejo y una copia para el grupo de investigadores	Alicia		2:00
23	Corrección de Boleta	Corrección de cambios indicados por el Dr. Vládimir López.	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	4:00
25	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Información del Lic. Vallejo para el grupo de investigadores	Grupo de Investigadores	CUM 411A	2:30
26	Reunión Grupal	Corrección de boleta según cambios de la Licda. Aura Marina de Orellana.	Grupo de Investigadores	CUM 411A	2:30
26	Corrección de ortografía, márgenes y redacción del proyecto de investigación.	Afinación del proyecto de investigación.	Grupo de Investigadores		1:00
26	Corrección de cambios realizados al proyecto de investigación.	Afinación del proyecto de investigación.	Evelyn y Alicia		2:00
27	Reunión Grupal	Continuación de correcciones de boleta según cambios de la Licda. Aura Marina de Orellana.	Evelyn, Alicia, Hellen, Linda, Gadi y William	CUM 411A	2:30
28	Reunión con el Lic. Luis Vallejo	Correcciones de presentación en el Centro Español y afinación de exposición.	Grupo de Investigadores	CUM 411A	2:00
29	Presentación de Proyecto de Investigación en el Centro Español.	Información al PNSM y agentes de salud de Ministerio de Salud Pública sobre el trabajo realizado.	Grupo de Investigadores	Centro Español	4:00
30	Reunión Grupal	Afinación del diseño de la prueba	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	5:00 [®]
Total Julio					71:40

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

AGOSTO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
02	Reunión del grupo de investigadores	Recibir instrucciones de Lic. Luis Vallejo, para trabajar con Ing. Neri Cruz la distribución muestral por zonas de la ciudad capital.	Carol, Evelyn, Alicia, Gadi y Hellen	CUM 411A	2:15
03	Reunión con grupo de investigadores	Correcciones de boleta y distribución muestral por zonas de la ciudad capital	Grupo de investigadores	CUM 411A	3:00
04	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Entrega a cada investigador de sus áreas a encuestar y recibir información por parte de Lic. Luis Vallejo.	Grupo de investigadores	CUM 411A	2:15
05	Enviar la boleta por correo electrónico a Licda. Aura Marina de Orellana	Entrega de boleta para reproducción de la misma.	Alicia		1:00
05	Reunión con Lic. Vallejo	Información y asignación de tareas por parte de Lic. Vallejo	Linda, Evelyn, Gadi, William, Alicia y Hellen	CUM 411A	2:40
06	18va. Reunión con Ing. Neri Cruz	Instrucciones de Ing. Neri Cruz a los investigadores para la aplicación de las boletas de recolección de datos	Grupo de investigadores	CUM 411A	5:00 [®]
08	Reunión con licenciado Luis Vallejo	Dar instrucciones sobre la boleta de aplicación y tramites administrativos	Carol, Evelyn, William, Linda, Alicia y Gadi	Salón 411, CUM	2:30
09	Reunión grupal de investigadores	Integración de papelería para consejo directivo, e impresión de proyecto	Carol, Evelyn, William, Linda, Alicia y Gadi	Of. Lic. Vallejo	3:00
10	Reunión equipo de investigadores	Aplicación de boletas y recomendaciones para manual del entrevistador	Grupo de investigadores	Salón 411, CUM	2:30
11	Reunión equipo de investigadores	Revisión de boleta y seguimiento de recomendaciones hechas por el Lic. Vallejo	Grupo de investigadores	Salón 411, CUM	2:00

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

12	Reunión equipo de investigadores	Modificación de carta para Consejo Directivo. Continuar con introducción del proyecto.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
13	Reunión equipo de investigadores	Continuación de elaboración de manual del entrevistador, actualización de cronograma, envío de notas al PNSM a Licda. Orellana	Grupo de investigadores	Salón 215 B CUM	4:00
14	Pasar en limpio lo trabajado del manual del entrevistador, la introducción y la guía metodológica.	Pasarlo a la computadora	Alicia y Evelyn		2:00
16	Reunión equipo de investigadores	Correcciones de preguntas de la guía metodológica,	Grupo de investigadores	CUM 211 A	2:00
18	Reunión equipo de investigadores	Hacer entrega a Consejo Directivo del expediente que incluye impresión de todo el proyecto de investigación, cronogramas de trabajo, guía metodológica y expediente de los 7 estudiantes, esto respaldado con carta de Licda. Aura Marina López de Orellana. Conversación con Lic. Riquelme Gasparico referente al proyecto y solicitud de cañonera para realizar la presentación a los revisores el 19 del presente mes.	Grupo de investigadores	Secretaria de Lic. Riquelme Gasparico y salón 411 A del CUM	1:45 [®]
19	Presentación de proyecto de investigación a revisores.	Dar a conocer el proyecto de investigación a Lic. Marco Antonio García y Licda. Miriam Ponce, proporcionando una copia de todo el proyecto así mismo copia en un diskett a cada revisor.	Grupo de investigadores	Salón 205 A	4:15

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

®22	Reunión grupo de investigadores	Informar los nombres de supervisores de EPS, entrega de cronograma de las encuestas grupal y levantar las actas en el libro.	Grupo de investigadores	Salón 411 A	2:00
23	Reunión grupo de investigadores	Linda explico el esquema a utilizar para realizar el vaciado de datos de forma manual y continuación de levantar las actas en el libro.	Grupo de investigadores	Salón 411 A	2:00
24	Reunión grupo de investigador	Realizar entrega de 70 boletas de aplicación a cada investigador.	Evelyn, Hellen, William, Alicia, Gadi y Carol	Salón 411 A	1:45
25	Reunión grupal de investigadores	Entrega de boletas de aplicación a cada investigador.	Hellen, William, Evelyn, Linda, Alicia, Carol y Gadi	Cubículo Vallejo	Lic. 2:15
26	Elaboración de recorrido por fechas aproximadas en que se realizarán las encuestas y reunión con grupo de investigadores.	Especificación de los lugares, número de encuestas y fechas aproximadas en donde se realizaran las encuestas y quién es el responsable para enviarlo a Licda. Marlin Paz adjunto al diseño de la prueba. Se dieron las últimas recomendaciones sobre la aplicación de las boletas al grupo de investigadores.	Grupo de investigadores	CUM EDIFICIO A	3:00®
29 al 31	Iniciación de aplicación del instrumento	Aplicación de 12 boletas en zona 1.	Alicia	Zonas capitalinas	6:00
Total de Agosto					59:10

® ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

SEPTIEMBRE

<u>DÍA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 4 boletas en zona 1	Alicia	Zonas capitalinas	6:00
2	Aplicación de boletas.	Aplicación de 21 boletas en los municipios de Antigua, Jocotenango y Ciudad Vieja.	Alicia	Departamento de Sacatepequez	11:00
3	Aplicación de boletas.	Aplicación de 12 boletas en el municipio de Santiago y San Lucas.	Alicia	Departamento de Sacatepequez	8:00
4	Aplicación de boletas.	Aplicación de 7 boletas en el municipio de Sumpango.	Alicia	Departamento de Sacatepequez	4:00
5	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 4 boletas en zona 1 y tabulación de datos.	Alicia	Zonas capitalinas	5:00
6	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 4 boletas en zona 1 y tabulación de datos.	Alicia	Zonas capitalinas	5:00
7	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 4 boletas en zona 1 y tabulación de datos.	Alicia	Zonas capitalinas	5:00
8	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 3 boletas en zona 1 y tabulación de datos.	Alicia	Zonas capitalinas	4:30
9	Aplicación de boletas.	Aplicación de 11 boletas en el municipio de Salamá.	Alicia	Departamento de Baja Verapaz.	11:00
10	Aplicación de boletas.	Aplicación de 19 boletas en los municipios de Cubulco y Rabinal.	Alicia	Departamento de Baja Verapaz.	11:00
11-14	Vaciado de datos.	Tabulación de la información recopilada	Alicia	Casa	12:00
15	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 15 boletas en zona 5 y tabulación de datos.	Alicia	Zonas capitalinas	11:00 [®]
16	Aplicación de boletas.	Aplicación de 14 boletas en el municipio de Carchá.	Alicia	Departamento de Alta Verapaz.	11:00
17	Aplicación de boletas.	Aplicación de 15 boletas en los municipios de Carchá y San Cristóbal.	Alicia	Departamento de Alta Verapaz.	9:00
18	Aplicación de boletas.	Aplicación de 8 boletas en el municipio de San Cristóbal.	Alicia	Departamento de Alta Verapaz.	5:00

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

19-22	Vaciado de datos.	Tabulación de la información recopilada	Alicia	Casa	16:00
22	Reunión grupo de investigadores	Consultar opinión de los revisores sobre el proyecto. Organización para vaciado de datos.	Evelyn, Linda, Hellen, William, Alicia y Gadi	CUM	2:30
23	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 15 boletas en zona 5 y tabulación de datos.	Alicia	Zonas capitalinas	12:00
24	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 15 boletas en zona 5 y tabulación de datos.	Alicia	Zonas capitalinas	12:00
26	Visita a Licda. Miriam Ponce y Lic. Marco Antonio García.	Conocer las correcciones realizadas por los revisores al proyecto de investigación.	William y Alicia	CUM	2:00
26-30	Vaciado de datos.	Tabulación de la información recopilada	Alicia	Casa	18:00
30	Reunión con Lic, Luis Vallejo	Entrega de informe sobre las boletas aplicadas a la fecha por cada investigador.	Grupo de investigadores	CUM	1:30
Total septiembre					166:50

OCTUBRE

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1-6	Vaciado de datos.	Tabulación de la información recopilada	Alicia	Casa	20:00
03	Reunión con Lic. Luis Vallejo.	Informar sobre correcciones realizadas por los revisores. Afinación de detalles para vaciado de datos en hoja de excel.	Grupo de investigadores	Salón 411, CUM	2:30
7	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 60 boletas en el municipio de Villa Nueva y tabulación de datos.	Alicia	Municipios aledaños a la capital.	10:00
8	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 60 boletas en el municipio de Villa Nueva y tabulación de datos.	Alicia	Municipios aledaños a la capital.	10:00
9-13	Vaciado de datos.	Tabulación de la información recopilada	Alicia	Casa	16:00
14	Aplicación de boletas.	Aplicación de 9 boletas en el municipio de	Alicia	Departamento de	11:00 [®]

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

		Teleman.		Alta Verapaz.	
15	Aplicación de boletas.	Aplicación de 17 boletas en los municipios de Panzos y Tucurú.	Alicia	Departamento de Alta Verapaz.	11:00
16	Aplicación de boletas.	Aplicación de 10 boletas en el municipio de Tamahú.	Alicia	Departamento de Alta Verapaz.	5:00
17-19	Vaciado de datos.	Tabulación de la información recopilada	Alicia	Casa	12:00
20	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 23 boletas en el municipio de Villa Nueva y tabulación de datos.	Alicia	Municipios aledaños a la capital.	11:00
21	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 20 boletas en el municipio de Villa Nueva y tabulación de datos.	Alicia	Municipios aledaños a la capital.	9:00
22	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 18 boletas en zona 16.	Alicia	Zonas capitalinas	10:00
24-27	Vaciado de datos.	Tabulación de la información recopilada	Alicia	Casa	20:00
25	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Sugerir correcciones y afinar la guía de servicio y docencia e información general.	Hellen, Evelyn, Linda, Carol, Alicia y Gadi	Salón 411, CUM	2:30
28	Aplicación de boletas.	Aplicación de 15 boletas en el municipio de San Juan Chamelco.	Alicia	Departamento de Alta Verapaz.	11:00
29	Aplicación de boletas.	Aplicación de 21 boletas en el municipio de Cobán.	Alicia	Departamento de Alta Verapaz.	10:00
31	Reunión con Lic. Luis Vallejo.	Información general y presentación de los pasos a seguir para culminar el proyecto. Asesoría del Lic. Vallejo para afinación del protocolo de servicio y docencia.	Grupo de investigadores	Salón 411, CUM	2:00 [®]
Total octubre					173:00

NOVIEMBRE

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1-4	Vaciado de datos.	Tabulación de la información recopilada	Alicia	Casa	20:00
02	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Información sobre pasos del ejercicio	Grupo de investigadores	Salón 411. CUM	2:30

[®] **ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ**

		profesional supervisado para desarrollo de protocolo y ampliación de pasos para culminar el proyecto. Cambios administrativos del grupo de investigadores.			
5	Aplicación de boletas y vaciado de datos.	Aplicación de 10 boletas en zona 5.	Alicia	Zonas capitalinas	8:00
6-12	Vaciado de datos.	Tabulación de la información recopilada	Alicia	Casa	35:00
07	Reunión grupo de investigadores.	Corrección de la guía de entrevista para epevistas y supervisores que se entrevistarán para realizar el protocolo.	Grupo de investigadores	Salón 411. CUM	2:00
12	Reunión grupo de investigadores	Organización de tarea a realizar para la siguiente semana.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	3:00
14	Entrevistas de guía metodológica a Supervisores y Estudiantes de EPS	Recabar información para la elaboración de protocolos de Servicio y Docencia	Grupo de Investigadores		5:00
15	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Información general sobre el trabajo que se está realizando a Lic. Vallejo y organización de la unificación de los vaciados de datos.	Grupo de investigadores	Salón 411. CUM	2:15
17	Unificación de vaciado de datos.	Unificación de los datos de municipios y zonas capitalinas y departamentos de la república de Guatemala.	Grupo de investigadores		5:00 [®]
19	Reunión grupo de investigadores	Actualización del cronograma, revisión de la conceptualización de los indicadores, unificación de las correcciones del proyecto de investigación y corrección del manual del investigador.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	4:00
22	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Revisión del Protocolo, dar instrucciones para finalizar el Proyecto de Investigación.	Grupo de Investigadores	Salón 302 CUM	2:30
23	Reunión grupo de investigadores	Distribución de tareas pendientes de realizar	Grupo de Investigadores	Salón 302 CUM	2:00

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

26	Reunión Grupal	Elaboración de protocolo de Servicio y Docencia.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	6:00
22 al 29	Unificación de cuadros con información del instrumento aplicado	Unir totales de cada departamento, zona y municipios.	Gadi, Alicia y Hellen		10:00
29	Reunión grupal	Entrega del proyecto a Lic. Vallejo y recomendaciones por él	Linda, Evelyn, Alicia, William y Carol.	302 "A" CUM	2:00
30	Reunión grupal	Clasificación en ocho categorías de las ocupaciones.	Grupo de investigadores	302 "A" CUM	2:00
Total Noviembre					111:15

DICIEMBRE

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
2	Reunión grupal	Correcciones de vaciado de datos.	Grupo de investigadores	321 "B" CUM	2:00
3	Reunión grupal	Inicio de unificación de información por municipios departamento y zonas.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	8:45
4	Reunión grupal	Segunda parte de la unificación de la información.	Linda, Evelyn, Alicia, Gadi, William y Carol.	Casa de Linda	10:30 [®]
5	Reunión grupal	Inicio de elaboración de graficas según datos obtenidos y asignación de graficas.	Linda, Evelyn, Alicia, William y Carol.	Casa de Linda	3:00
5	Elaborar las diez graficas asignadas.	Presentación de graficas a Lic. Vallejo.	Linda, Evelyn, Alicia, Gadi, William y Carol.	Casa de Linda	2:00
8	Reunión Grupal	Modificaciones a las graficas.	Linda, Evelyn, Alicia, Gadi, William y Hellen.	Computo.	1:00
9	Reunión Grupal	Correcciones de las graficas y tablas de totales sugeridas por Lic. Vallejo.	Grupo de investigadores	302 "A" CUM	1:30
11	Reunión Grupal	Elaboración de tablas, totales y unificación por categorías.	Grupo de investigadores	Casa Linda	7:30
13	Reunión Grupal	Asignación de graficas por categorías.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	2:30

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

14	Reunión Grupal	Entrega de graficas, revisión de la segunda fase de aplicación de boletas y tareas asignadas por Lic. Vallejo.	Grupo de investigadores	302 "A"	2:15
17	Reunión grupal	Continuación de las actividades, discusión con respeto a análisis de correlación de datos.	Hellen, Gadi, William, Evelyn, Alicia y Carol	Tikal Futura	2:45
Total diciembre					43:45

ENERO 2006

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORAS</u>
05	Reunión Grupal	Informar a los compañeros de la forma en que se trabajará el análisis e interpretación de los datos.	Alicia, Willy, Linda, Hellen y Evelyn.	Tikal Futura	0:45
07	Reunión Grupal	Elaboración del análisis Global y distribución por Regiones.	Grupo de investigadores.	Casa de Linda	5:00
08	Reunión Grupal	Revisión de redacción de gráficas, unión de regiones (8). Impresión y corrección del análisis Global	Grupo de investigadores	Casa de Linda	9:00
09	Reunión Grupal	Culminar el análisis de la categoría Psicopatológica e inicio el análisis de las diferentes regiones establecidas	Grupo de Investigadores	Tikal Futura	2:00
10	Reunión Grupal	Continuar con el análisis de las diferentes regiones que le corresponden a los investigadores	Grupo de investigadores	Mc.Donald's	3:40
11	Reunión Grupal	Continuación de análisis por regiones	Grupo de Investigadores	CUM planta Baja, Edif.. A	2:15
13	Reunión Grupal	Coordinación de las tareas asignadas por Lic. Vallejo. Presentación del proyecto a los Asesores, Correcciones del proyecto y análisis e interpretación de los resultados	Grupo de Investigadores	CUM salón 302 A	2:15®

® ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

14	Reunión Grupal	Continuación de la elaboración del perfil inicial de la Salud Mental del guatemalteco.	Willy, Linda, Carolina, Evelyn, Hellen y Alicia	Casa de Linda	4:30
15	Reunión Grupal	Revisión y lectura del perfil inicial de la Salud Mental del Guatemalteco, actualización del cronograma de actividades y correcciones del proyecto (redacción y Ortografía) en base a las observaciones de el Lic. Carlos Enrique Siú.	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	7:15
17	Reunión Grupal	Revisar artículo de Prensa Libre sobre "Políticos Débiles", proporcionado por Lic. Vallejo; como referencia a las correlaciones. Pre-exposición y préstamo de cañonera para exposición a los revisores	Grupo de Investigadores	410 "A" CUM	2:30
18	Reunión Grupal	Actualizar el libro de actas, coordinación de la refacción, darle seguimiento al préstamo de la cañonera y Asesoría de Lic. Vallejo en cuanto a la presentación a revisores.	Grupo de Investigadores	410 "A" CUM	2:45
19	Presentación del Proyecto a Revisores y asesor metodológico	Exposición sobre correcciones sugeridas por revisores e introducción de resultados obtenidos	Grupo de Investigadores	410 "A" CUM	2:15 [®]
21	Reunión Grupal	Modificar, elaborar y definir cuadro detallando categorías, variables, indicadores e ítems según sugerencias de Licda. Ponce. Modificación de la presentación de conceptos de variables (eliminar los ítems de la boleta). Actualización del cronograma de actividades	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	5:15
23	Tareas asignados para el grupal	Realizar correcciones al proyecto sobre	Grupo de Investigadores		2:00

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

		ortografía y redacción al marco teórico.			
24	Reunión Grupal y con Lic. Vallejo.	Obtener información para la elaboración de análisis de cualitativo por regiones de salud mental de la población guatemalteca. Asignación de tareas para el grupo de investigadores y actualización del libro de actas.	Grupo de Investigadores	Oficina de Lic. Vallejo Edificio "A".	2:00
28	Reunión Grupal	Correcciones al marco teórico del proyecto. Elaboración del análisis cualitativo por regiones de salud mental de la población guatemalteca. Revisión de ortografía y redacción del manual del entrevistador.	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	10:00
29	Reunión Grupal	Finalización del análisis cualitativo por regiones de la población guatemalteca. Correcciones de ortografía y redacción al manual del entrevistador.	William, Carol, Evelyn, Linda, Hellen y Alicia.	Casa de Linda	8:30 [®]
Total Enero					71:55

FEBRERO

DIA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE	LUGAR	HORAS
02	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Entrega de carta de aprobación del proyecto por parte del Lic. Luis Vallejo. Lectura del análisis comparativo por regiones donde el Lic. Vallejo emitió correcciones.	Grupo de Investigadores	CUM Salón 411 Edif. A	2:30
04	Reunión grupal	Elaboración de conclusiones y recomendaciones. Diagrama de análisis comparativo por regiones.	Gadi, Evelyn, Willy, Alicia y Linda	CUM Salón 324 Edif. B	4:00
05	Reunión grupal	Correcciones del perfil y el análisis	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	7:30

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

		comparativo según sugerencias del Lic. Vallejo. Elaboración en computación del Diagrama de análisis comparativo. Unificación del capítulo III con las gráficas. Distribución de tareas en grupo para realizar el informe final.			
07	Tareas asignadas a los Investigadores	Elaborar nuevos cuadros o textos en el informe final	Grupo de Investigadores	En casa de Cada investigador	24:00
09	Reunión con Lic Vallejo	Entrega de nuevas correcciones al capítulo III del informe final	Grupo de Investigadores	CUM Edif.. A Salón 408	2:30
11	Reunión grupal	Correcciones al capítulo iii informe final . Unificación de experiencias de campo. Elaboración del cronograma Asignación de tareas	Grupo de Investigadores	CUM Salón 308 Edif. B	5:00
12	Reunión de Trabajo	Elaborar correcciones pertinentes al capítulo II para el informe final	Carol, Alicia y Evelyn	Mega Centro	8:00
15	Reunión Grupal	Unificación del Informe final	Carol, Alicia y Evelyn	CUM Salón de Computo	4:30
15	Reunión Grupal	Unificación del Informe final	Carol, Alicia, Willy, Evelyn, Linda y Hellen	CUM Salón de Computo	5:30
16	Reunión Grupal	Unificación del Informe final y entrega del mismo al Lic. Luis Vallejo.	Carol, Evelyn, Willy, Linda Hellen y Alicia	CUM Salón de Computo	3:00
21	Reunión Grupal	Organización de la presentación del Informe Final a los revisores y afinación de prólogo revisado por Lic. Vallejo	Grupo de Investigación	CUM	2:00 [®]
22	Visita a los revisores del Proyecto (CIEP`s) Reunión con Lic. Luis Vallejo	Recibir correcciones del proyecto realizadas por la Licda. Mayra Luna. Instrucciones del Lic. Vallejo para la elaboración del Abstrac, para el reportaje periodístico	Alicia, William, Evelyn y Linda	CUM Oficina del Lic. Luis Vallejo y CIEP`s	2:45

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

23	Reunión Grupal	Impresión del Proyecto con correcciones de la Licda. Mayra Luna entregado al CIEP`s	Evelyn, Alicia, William, Gadi y Linda	Centro de Cómputo CUM	2:00®
25	Reunión Grupal	Elaboración del resumen del Abstrac para el reportaje periodístico, corrección de gráficas y elaboración de discurso por regiones para el reportaje.	Evelyn, Gadi, Hellen, William, Alicia, Carol	Salón 324 Edificio "B" CUM	4:15
Total Febrero					75:40

MARZO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORAS</u>
03	Reunión con Lic. Vallejo	Discusión sobre los aspectos del informe final y el reportaje periodístico	Evelyn, Alicia, William, Carol, Linda	Salón 411, Edificio "B" CUM	2:45
11	Reunión con Lic. Vallejo y reunión grupal	Recibir correcciones del informe final y realizar correcciones de redacción del informe final	Grupo de investigadores	CUM	4:30
13	Tareas varias	Correcciones de gráficas, realización de respuestas de reportaje, cambio de premisas	Grupo de investigadores	CUM	3:00
14	Reunión grupal	Unificar gráficas en el informe final	Alicia, Carol, Hellen, Linda y Evelyn	CUM, centro de cómputo	3:00
15	Elaboración de gráfica de perfil general	Representar los resultados obtenidos en gráfica del perfil general	Evelyn y Alicia		3:30
18	Reunión grupal	Ejecución de minuta, arreglo de la gráfica de perfil general	Grupo de investigación	CUM, centro de cómputo	3:30
20	Reunión con Lic. Vallejo	Recibir instrucciones generales del informe final	Alicia y Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	3:30
21	Reunión grupal	Recibir instrucciones de Lic. Vallejo por medio de coordinación y distribución de tareas	Alicia, Linda, William, Gadi, Hellen y Evelyn	CUM, cafetería	2:30
23	Realización de tareas asignadas	Sintetizar marco teórico, modificar gráficas y cambios del perfil general	Grupo de investigadores		5:00

® ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

24	Reunión con Lic. Vallejo	Revisión de gráficas y recibir instrucciones de trabajo a seguir	Alicia y Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	3:30
30	Reunión con Lic. Vallejo	Recibir indicaciones acerca de los trámites de graduación, correcciones al informe final en las gráficas, cuadros de regiones, guía de orientación	Alicia y Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	3:30
Total marzo					37:25

ABRIL

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORAS</u>
1	Reunión grupal	Revisión de porcentajes, correcciones ortográficas al Marco Teórico, correcciones a la guía de orientación	Grupo de investigadores	Café Internet	3:30 [®]
4	Reunión con Lic. Vallejo	Recibir correcciones del prologo y guía de orientación, Lic. Vallejo habló con la Licda. Luna harán los trámites para una graduación en grupo.	Alicia y Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	2:30
8	Reunión grupal	Revisión prologo, conclusiones y recomendaciones, pegar anexos en el orden que el lic. Vallejo sugirió y corregir los anexos dentro del informe, revisión del discurso de las experiencias de campo, revisión del discurso de las regiones, hacer los títulos de las gráficas, elaboración de los cuadros con su interpretación por regiones.	Gadi, Linda, Hellen, Alicia y Evelyn	Café internet	7:30
19	Corrección de gráficas	Conclusión de sugerencias del Lic. Vallejo acerca de las gráficas	Alicia	Casa	7:00
	Reunión grupal	Revisión Marco teórico, discurso de regiones, revisión de redacción, coherencia y porcentajes de las regiones en los	Gadi, Hellen, Carolina, Alicia y Evelyn	Café internet	6:00

[®] ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

22		cuadros, arreglo de cuadros y graficas, se colocó el cuadros de porcentajes por regiones, cuadro de técnicas e interpretación de datos, actualización de cronograma de actividades.			
25	Reunión grupal	Recepción cartas de aprobación del proyecto del Consejo Directivo. Integración de las correcciones del proyecto y foto para reportaje	Grupo de Investigadores	Salón 302 "A"	3:00
27	Reunión grupal	Entrega de informe Final a Lic. Vallejo	Gadi, Alicia, Carolina, Evelyn, Linda y Willi	CUM Centro de Computo	2:30®
Total abril					32:00

MAYO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORAS</u>
4	Reunión grupal	Ensayo de la presentación informe final a Lic. Vallejo	Grupo de Investigadores	Salón 411 "A" CUM	5:00
6	Reunión grupal	Correcciones a la presentación informe final.	Grupo de Investigadores	Centro de Computo CUM	8:00
8	Presentación informe final	Presentación a revisores e invitados del informe final.	Grupo de Investigadores	Salón de Proyecciones CUM	6:00
11	Reunión Lic. Vallejo	Recibir indicaciones para las correcciones del informe final según revisores y Lic. Vallejo.	Evelyn, Willi y Alicia	Oficina Lic. Vallejo	1:30
13	Reunión grupal	Elaboración de conclusiones generales sobre salud mental de la población y revisión Índices de Desarrollo Humano PNUD, corrección ortográfica, actualización de cronograma y resumen de la investigación.	Grupo de Investigadores	Salón 324 "B" CUM Centro de Computo	8:00

® ALICIA BURRIÓN GONZÁLEZ

18	Reunión grupal	Elaboración de conclusiones generales, modificaciones de resumen del informe final y comparación del INDH con esta investigación	Alicia, Linda, Carol, Hellen y Evelyn	Salón 302 "A" CUM	4:30
19	Modificación de conclusiones	Revisión de ortografía y redacción de conclusiones para presentación al Lic. Vallejo	Alicia, Linda y Evelyn	Centro de Computo CUM	3:15
20	Reunión grupal	Trabajar y afinar las conclusiones según instrucciones del Lic. Vallejo.	Alicia, Linda y Evelyn	Megacentro, Zona 11	5:15
22	Reunión con revisores del CIEP's	Entrega de las conclusiones realizadas y análisis de las mismas.	Hellen, Carol, Alicia, Linda, Gadi y Evelyn	Salón 302 "A" CUM	3:30
23	Reunión grupal	Corrección a conclusiones según cambios sugeridos por los revisores. Visita al CIEP's	Hellen, Carol, Alicia, Linda, Evelyn y William	Centro de Computo CUM	3:15
27	Reunión grupal	Entrega de boletas para el archivo general de la Escuela de Ciencias Psicológicas USAC. Correcciones al informe final	Grupo de investigadores	CUM	9:00 [®]
Total mayo					56:35

ANEXO III

CRONOGRAMA DE TRABAJO INDIVIDUAL LINDA CECILIA OROZCO CITALAN

ABRIL

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1	Presentación general del proyecto, al grupo de investigadores	Dar a conocer a los investigadores la fase de instalación.	Lic. Luis Vallejo	Salón 411A CUM	2:00
8	Recolección de toda la información referente a Salud Mental (definición, conceptos, sistemas de atención, análisis institucional, primeras acciones, lugar, tiempo, forma etc.)	Iniciar la recolección de información para realizar el proyecto.	Grupo de investigadores		2:00
8	Exposición sobre salud mental a Lic. Vallejo	Informar sobre los datos recopilados de salud mental.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
15	Investigar sobre salud mental en textos de grandes autores, según el Lic. Vallejo.	Fundamentar y enriquecer el marco teórico del proyecto.	Grupo de investigadores		4:00
22	Exposición sobre salud mental	Asesorar al grupo investigador.	Lic. Felipe Soto	Salón 411 CUM	2:30
22	Formar expediente de los investigadores	Iniciar trámites legales para graduación.	Grupo de investigadores		
25	Elaboración de la primera parte del Marco Teórico	Unificar información sobre el marco teórico	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
27	Elaboración de la primera parte del Marco Teórico.	Unificar información sobre el marco teórico.	William, Hellen, Carol, Alicia, Evelyn, Amarilis, Linda	Centro de Computación.	5:00
29	Exposición sobre instrumentos	Asesoría sobre selección del instrumento y la muestra.	Lic. Felipe Soto	Salón 411 CUM	2:30
29	Primer entrega para revisión marco teórico a Lic. Vallejo	Informar al asesor del proyecto sobre los trabajos realizados.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30

Total Abril

25:00

MAYO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
4 y 5	Visita a biblioteca de Escuela de Ciencias Psicológicas, recabar información sobre programas de salud mental (consulta de tesis)	Investigar que aportes ha tenido la escuela de Psicología en salud mental.	Linda, Alicia y Amarilis	Biblioteca Escuela de Psicología.	2:00
6	Conferencia sobre salud mental	Asesorar al grupo investigador sobre la selección del instrumento.	Lic. Felipe Soto	Salón 411 CUM	2:30
6	Buscar guías de salud mental según Lic. Vallejo	Conocer las diferentes guías para que sirvan de base en la elaboración del instrumento.	Grupo de investigadores		2:00
6	Investigar en el INE, grupos etarios y extensión territorial del país	Obtener datos estadísticos de la población guatemalteca.	Evelyn, William, Linda	INE	2:30
13	Exposición sobre la entrevista e instrumentos de recolección de datos	Fundamentación teórica para la elaboración del instrumento.	William, Carol, Gadi, Evelyn, Amarilis, Hellen y Linda.	Salón 411 CUM	2:30
13	Cambio de metodología del proyecto de investigación, según instrucciones de Lic. Vallejo.	Realizar el proyecto de investigación en base a la metodología asignada.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
13	Recolectar los instrumentos sobre los procesos de formación e información sobre salud mental, cuales han funcionado más (talleres, conferencias, etc.)	Conocer la forma de abordamiento de la salud mental y si han realizado investigaciones sobre salud mental.	Grupo de investigadores	ONG'S	1:00

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

16	*Primera parte de construcción del cuadro sinóptico	Iniciar la conceptualización y comprensión de la metodología a trabajar.	Gadi, Amarilis, Evelyn, Alicia, Carolina, Hellen, Linda	Salón 411 CUM	2:00
18	Elaboración de cuadro sinóptico del proyecto de investigación	Graficar la exposición sobre la metodología a realizarse en la investigación.	Linda y Carolina	Salón 411 CUM	4:00
21	Buscar boletas sobre salud mental	Recopilar información para la selección del instrumento.	Grupo de investigadores		6:00
21	Investigar criterios de muestreo	Fundamentación teórica para la selección de la muestra a trabajar.	Grupo de investigadores		1:30
21	Elaboración de la primera parte del proyecto de investigación	Sintetizar y unificar los aspectos requeridos para la elaboración del proyecto.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	1:30
21	Visitar el departamento de Psicología del hospital de salud mental	Conocer la función de este departamento.	Linda	Hospital de salud mental	3:00
21	Buscar 1 mapa que refleje de forma confiable y específica la multi-etnia y lo multilingüe de Guatemala	Establecer gráficamente las etnias y lenguas guatemaltecas.	Linda, William y Evelyn	INGUAT	1:30
22	1ra. revisión del proyecto de investigación e inicio de integración de la información	Realizar las correcciones que Lic. Vallejo hizo al proyecto.	Hellen, Alicia, Evelyn, Linda, William, Amarilis y Carolina	Casa de Linda	9:00
23	Exposición sobre el proyecto de investigación	Implementación de la metodología a abordar.	Lic. Marco Antonio	Salón 411 CUM	2:30
23	Informar sobre disposición de tiempo para los meses de julio y agosto a Lic. Vallejo.	Programación para aplicación de boletas	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	0:30
24	2da. revisión de proyecto de investigación y elaboración de planteamiento y justificación de la investigación.	Elaboración del proyecto de investigación.	Hellen, Evelyn, Linda, William, Amarilis y Carolina	Casa de Linda	2:30

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

25	*3ra. revisión e integración del proyecto de investigación.	Realización del proyecto de investigación.	Hellen, Evelyn, Linda, William y Carolina	Casa de Linda	2:30
26	Presentación del borrador del proyecto de investigación a Licenciado Vallejo	Revisión del proyecto de investigación por el asesor.	Grupo de investigadores	CUM	2:30
28	4ta. revisión e integración del proyecto de investigación	Integración y realización de correcciones emitidas por el asesor	Grupo de investigadores	Casa de Linda	10:00
29	5ta revisión e integración del proyecto de investigación	Integración y realización de correcciones emitidas por el asesor	Grupo de investigadores	Casa de Linda	9:00
30	Reunión con Lic. Vallejo	Inicio de categorías y planificación de la presentación del proyecto	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
31	Presentación del proyecto de investigación a Licenciadas Aura Marina de Orellana y Marlin Paz.	Dar a conocer lo que se ha realizado en el proyecto de investigación.	Grupo de investigadores	PNSM	2:00
Total Mayo					77:30

JULIO

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
01	Realización de Categorías del instrumento.	Iniciar las posibles categorías a utilizar.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
03	Reunión con Lic. Vallejo.	Asignación de tareas para el grupo de investigadores.	Lic. Luis Vallejo	Salón 411 CUM	2:30

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

06	Elaboración de preguntas según categorías.	Realización de preguntas.	Alicia, Carol, Hellen, William, Amarilis Gadi y Linda.	Salón 411 CUM	2:30
06	*Primera reunión con el Ingeniero Nery Cruz.	Pedir asesoría para la elaboración del instrumento.	Lic. Vallejo, William, Linda.	USAC, Agronomía.	1:00
08	Reunión con el Lic. Luis Vallejo y Lic. Estuardo Espinoza.	Informar sobre los lineamientos legales para que sea aprobado el proyecto de investigación con fines de graduación.	Lic. Luis Vallejo	Salón 411 CUM	2:30
09	Segunda reunión con el Ingeniero Nery Cruz	Asesoría para la elaboración de instrumento	Evelyn, Hellen, William, Carol y Linda	USAC, Agronomía.	1: 00
10	2da. Presentación del proyecto a Dr. Vladimir López	Dar a conocer el proyecto de investigación.	Alicia, Carol, Linda, William, Evelyn Amarilis y Hellen	Salón 411 CUM	2:30
11	Replanteamiento del problema y revisión de ortografía	Revisión y corrección de ortografía	Linda		2:00
13	Reunión con el grupo de investigación y Lic. Vallejo.	Informar al asesor sobre tareas realizadas.	Grupo de investigación	Salón 411 CUM	2:30
14	Sexta revisión del proyecto de investigación	Integración del proyecto de investigación.	Carol, Linda y Alicia	Centro de computo	2:30
15	Tercera presentación del proyecto al Licenciado Estuardo Espinoza, departamento de EPS, Licenciada Mayra Luna y Licenciada Sofía Mazariegos del CIEP's	Dar a conocer el proyecto de investigación en salud mental.	Grupo de investigadores y Lic. Vallejo.	CIEPS	2:45
16	Cuarta reunión con el Ingeniero Nery Cruz	Determinar muestra por conglomerados.	William y Linda	USAC Agronomía	1:00
16	Desglose de categorías, variables e indicadores.	Establecer categorías, variables e indicadores para el instrumento.	Grupo de investigación	Salón 411 CUM	2:30

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

17	Reunión con Lic. Vallejo.	Informar sobre tareas realizadas al asesor.	Grupo de investigación	Salón 411 CUM	2:30
18	*Ampliación de variables e indicadores	Seguir afinando el instrumento y distribución de tareas	Carol, Hellen, Evelyn, Linda, William, Gadi y Amarilis	Salón 205 CUM	4:00
20	Reunión para darle seguimiento a la elaboración del instrumento	Ampliar categorías y preguntas	Alicia, William, Amarilis, Gadi, Linda, Carol y Evelyn	Salón 411 CUM	2:15
21	Seguimiento elaboración del instrumento	Ampliación de categorías psicopatológicas	Evelyn, Gadi, William, Hellen, Linda, Carol y Amarilis	Salón 411 CUM	3:00
22	Seguimiento elaboración del instrumento	Ampliación de categorías psicopatológicas	Evelyn, Gadi, Alicia, Hellen, Linda, Carol y Amarilis	Salón 411 CUM	3:00
23	Reunión con el asesor y elaboración del cronograma de actividades.	Ampliación del cronograma e información del asesor	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:30
26	Revisión individual del proyecto	Revisar redacción, y ortografía	Grupo de investigadores		3:00
28	Reunión con Dr. Vladimir López	Orientación en la categoría Psicopatológica	Alicia, Carol, Evelyn, William, Linda y Gadi	Salón 411 CUM	2:30
29	Reunión de trabajo del grupo	Evaluación del grupo y distribución de material para exponer a revisores	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
30	Reunión de trabajo del grupo	Elaboración de pregunta de la categoría Psicopatológica	Grupo de investigadores	Casa de Linda	4:00
30	Reunión de trabajo del grupo	Continuar con la elaboración de pregunta de la categoría Psicopatológica	Linda, Alicia, Carol, Hellen y Evelyn	Casa de Linda	3:30
Total Junio					60.00

JULIO

<u>DÍA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
02	Finalización de preguntas	Finalización del primer borrador del instrumento	William, Hellen, Evelyn, Linda, Gadi y Carol	Casa de Linda	4:00

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

02	Finalización de preguntas	Integración de boleta para recolección de datos	Linda y Evelyn	Casa de Linda	3:00
04	Entrega de cronogramas general e individual y listado de bibliografía. Recepción del diskette con correcciones del proyecto-	Control de participación y aportes para el proyecto por cada investigador. Realizar las correcciones señaladas por Lic. Vallejo	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	4:00
05	Correcciones sugeridas por Lic. Vallejo	Mejorar marco teórico.	Hellen, William, Evelyn, Linda y Carol	Casa de Carol	9:30
8	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Información sobre el proyecto de parte del Lic. Vallejo	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	3:00
8	Octava reunión con Ing. Neri Cruz	Continuar revisión de preguntas	William y Evelyn	Agronomía USAC	1:00
9	Reunión equipo de investigadores	Actualización de cronograma. Revisión de presupuesto del proyecto, agregar pie de paginas.	William, Carol, Linda, Evelyn, Hellen y Gadi	Casa de Linda	4:00
9	Reunión equipo de investigadores	Elaboración capítulo de la psicología, modificación capítulo de la psiquiatría	Grupo de investigadores	Casa de Linda	5:30
11	Reunión grupal	Asignar temas de investigación para la elaboración del capítulo sobre factores de riesgo en salud mental.	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
12	Investigación de los factores de riesgo en salud mental	Obtener información para desarrollar el capítulo IV del marco teórico	Grupo de investigadores		2:00
13	Reunión grupal	Recopilar la síntesis de investigación para elaborar el capítulo IV del marco teórico	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00
14	Reunión grupal	Clasificar, ordenar y pegar la información de cada investigador / Primera parte	Hellen, Evelyn, William, Carolina y Linda	Casa de Carolina	4:00
14	Décima reunión con el Ingeniero Neri Cruz	Finalización de las correcciones de la boleta de recolección de datos y entrega de datos estadísticos de departamentos y municipios. Entrega de solicitud de asesoría del Ingeniero.	William y Linda	Agronomía USAC	1:00

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

15	Realización de correcciones de la boleta de recolección de datos	Modificación de la boleta según las sugerencias del Ingeniero Neri Cruz y del Lic. Luis Vallejo	Evelyn y Linda	Casa de Linda	2:30
15	Reunión con el Lic. Luis Vallejo	Entrega de boleta de recolección de datos ya corregida y del proyecto de investigación corregido con las indicaciones realizadas por Lic. Luis Vallejo.	Equipo de investigadores	Salón 411 CUM	3:00
16	Reunión grupal	Continuar con la elaboración del capítulo IV, con la historia de la Psicología. Actualización del cronograma. Iniciación del diseño de la prueba	William, Evelyn, Carolina, Hellen y Linda	Casa de Linda	4:00
16	Reunión grupal	Integración de la información en los respectivos capítulos. Revisión del capítulo IV y actualización del cronograma.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	5:30
19	11va. Reunión con el Ing. Neri Cruz	Determinar la población a encuestar	William y Linda	USAC S11	1:00
19	Actualización de bibliografía, corrección de la numeración de pies de páginas, revisión de ortografía y redacción del proyecto, actualización del cronograma.	Afinar presentación del proyecto	Gadi, Carol, Hellen, Alicia y Linda.		4:00
19	Reunión con el Lic. Luis Vallejo	Organización para la presentación en el Centro Español. Revisión de Boleta	Grupo de Investigación	CUM 411A	2:30
21	Unificación de la bibliografía y Actualización de cronograma individual.	Actualizar la información	Grupo de Investigación		1:00
22	Reunión con el Lic. Luis Vallejo	Entrega de cronograma grupal e individual, listado de bibliografías y diskett con proyecto actualizado.	Grupo de Investigadores	CUM Edificio B	2:15
23	Reunión Grupal	Corrección de boleta de recolección de datos, actualización de cronograma.	Evelyn, Gadi, Hellen, William, Carol y Linda	Casa de Linda	3:00

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

23	*Corrección de Boleta	Corrección de cambios indicados por el Dr. Vládimir López.	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	4:00
25	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Información del Lic. Vallejo para el grupo de investigadores	Grupo de Investigadores	CUM 411A	2:30
26	Reunión Grupal	Corrección de boleta según cambios de la Licda. Aura Marina de Orellana.	Grupo de Investigadores	CUM 411A	2:30
26	Corrección de ortografía, márgenes y redacción del proyecto de investigación.	Afinación del proyecto de investigación.	Grupo de Investigadores		1:00
27	Reunión Grupal	Continuación de correcciones de boleta según cambios de la Licda. Aura Marina de Orellana.	Evelyn, Alicia, Hellen, Linda, Gadi y William	CUM 411A	2:30
28	Reunión con el Lic. Luis Vallejo	Correcciones de presentación en el Centro Español y afinación de exposición.	Grupo de Investigadores	CUM 411A	2:30
29	Presentación de Proyecto de Investigación en el Centro Español.	Información al PNSM y agentes de salud de Ministerio de Salud Pública sobre el trabajo realizado.	Grupo de Investigadores	Centro Español	6:30
30	Reunión Grupal	Modificación de Boleta e iniciación de correlación de los diferentes ítems, actualización del cronograma	Carol, Evelyn, Gadi, William, Hellen y Linda	Casa de Linda	4:00
30	Reunión Grupal	Afinación del diseño de la prueba	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	5:00
Total Julio					104.15

AGOSTO

<u>DÍA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
03	Reunión con grupo de investigadores	Correcciones de boleta y distribución muestral por zonas de la ciudad capital	Grupo de investigadores	CUM 411A	2:30

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

04	*Reunión con Lic. Luis Vallejo	Entrega a cada investigador de sus áreas a encuestar y recibir información por parte de Lic. Luis Vallejo.	Grupo de investigadores	CUM 411A	2:15
05	Reunión con Lic. Vallejo	Información y asignación de tareas por parte de Lic. Vallejo	Linda, Evelyn, Gadi, William, Alicia y Hellen	CUM 411A	2:40
06	18va. Reunión con Ing. Neri Cruz	Instrucciones de Ing. Neri Cruz a los investigadores para la aplicación de las boletas de recolección de datos	Grupo de investigadores	CUM 411A	5:00
06	Reunión del grupo de investigadores	Búsqueda de rutas y recorridos de áreas asignadas a cada investigador	Hellen, Evelyn, Linda, Carol, William y Gadi.	CUM 205B	4:00
07	Reunión del grupo de investigadores	Relacionar categorías, variables e ítems y afinación de la distribución muestral.	Hellen, Evelyn, Linda, Carol, William y Gadi.	Casa de Linda	4:00
07	Reunión del grupo de investigadores	Actualización de cronograma y combinaciones de ítems.	Hellen, Evelyn, Linda, Carol, William y Gadi.	Casa de Linda	5:00
08	Reunión con licenciado Luis Vallejo	Dar instrucciones sobre la boleta de aplicación y tramites administrativos	Carol, Evelyn, William, Linda, Alicia y Gadi	Salón 411, CUM	2:30
09	Corrección apartado de Técnicas e interpretación de datos	Realizar correcciones sugeridas por el Lic. Vallejo	Evelyn, Carol y Linda	Casa de Carol	7:30
09	Reunión grupal de investigadores	Integración de papelería para consejo directivo, e impresión de proyecto	Carol, Evelyn, William, Linda, Alicia y Gadi	Of. Lic. Vallejo	2:30
10	Visita Programa Nacional de Salud Mental	Entrega de boleta de aplicación, para su reproducción.	Linda, Carol y Evelyn	PNSM	1:00
10	Reunión equipo de investigadores	Aplicación de boletas y recomendaciones para manual del entrevistador	Grupo de investigadores	Salón 411, CUM	2:30
11	Reunión equipo de investigadores	Revisión de boleta y seguimiento de recomendaciones hechas por el Lic. Vallejo	Grupo de investigadores	Salón 411, CUM	2:00
12	Reunión equipo de investigadores	Modificación de carta para	Grupo de investigadores	Salón 411 CUM	2:00

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

		Consejo Directivo. Continuar con introducción del proyecto.			
13	*19na. Reunión con ingeniero Neri Cruz Reunión equipo de investigadores	Seguimiento del apartado de diseño de la prueba, guía metodológica, seguimiento de introducción y trabajar en el manual del investigador	Carol, Evelyn, Linda, William, Hellen y Gadi	Salón 215 B CUM	4:00
13	Reunión equipo de investigadores	Continuación de elaboración de manual del entrevistador, actualización de cronograma, envío de notas al PNSM a Licda. Orellana	Grupo de investigadores	Salón 215 B CUM	5:00
16	Reunión equipo de investigadores	Correcciones de preguntas de la guía metodológica,	Grupo de investigadores	CUM 211 A	2:00
18	Reunión equipo de investigadores	Hacer entrega a Consejo Directivo del expediente que incluye impresión de todo el proyecto de investigación, cronogramas de trabajo, guía metodológica y expediente de los 7 estudiantes, esto respaldado con carta de Licda. Aura Marina López de Orellana. Conversación con Lic. Riquelme Gasparico referente al proyecto y solicitud de cañonera para realizar la presentación a los revisores el 19 del presente mes.	Grupo de investigadores	Secretaria de Lic. Riquelme Gasparico y salón 411 A del CUM	1:45
19	Presentación de proyecto de investigación a revisores.	Dar a conocer el proyecto de investigación a Lic. Marco Antonio García y Licda. Miriam Ponce, proporcionando una copia de todo el proyecto así mismo copia en un diskett a cada revisor.	Grupo de investigadores	Salón 205 A	4:15
20	21ª. Reunión Ing. Neri Cruz y reunión grupo de investigadores.	Instrucciones a los estudiantes al momento de realizar la aplicación de la boleta de recolección de datos, actualización de cronograma semanal e inicio de gráfica de	Hellen, Evelyn, Gadi, William, Linda y Carol	Salón 205 B	4:00

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

		Gantt para ejemplificar el número de encuestas a realizar cada semana por los siete encuestadores.			
22	Reunión grupo de investigadores	Informar los nombres de supervisores de EPS, entrega de cronograma de las encuestas grupal y levantar las actas en el libro.	Grupo de investigadores	Salón 411 A	2:00
23	Reunión grupo de investigadores	Linda explico el esquema a utilizar para realizar el vaciado de datos de forma manual y continuación de levantar las actas en el libro.	Grupo de investigadores	Salón 411 A	2:00
25	Reunión grupal de investigadores	Entrega de boletas de aplicación a cada investigador.	Hellen, William, Evelyn, Linda, Alicia, Carol y Gadi	Cubículo Vallejo Lic.	2:00
26	Visita al Programa Nacional de Salud Mental	Recoger Carnet de identificación extendido por esta institución a cada encuestador.	Linda	PNSM	1:30
26	Elaboración de recorrido por fechas aproximadas en que se realizarán las encuestas y reunión con grupo de investigadores.	Especificación de los lugares, número de encuestas y fechas aproximadas en donde se realizaran las encuestas y quién es el responsable para enviarlo a Licda. Marlin Paz adjunto al diseño de la prueba. Se dieron las últimas recomendaciones sobre la aplicación de las boletas al grupo de investigadores.	Grupo de investigadores	CUM EDIFICIO A	2:30
29 al 31	Iniciación de aplicación del instrumento	Aplicar las boletas en diferentes lugares, según cada investigador.	Grupo de investigadores	Zonas capitalinas	28:00

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

Total de Agosto

104.25

*** SEPTIEMBRE**

<u>DÍA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1 al 30	Aplicación de boletas. Y vaciado de datos.	Recolectar datos por los investigadores de forma individual según la distribución asignada.	Grupo de investigadores		400:00
22	Reunión grupo de investigadores	Consultar opinión de los revisores sobre el proyecto. Organización para vaciado de datos.	Evelyn, Linda, Hellen, William, Alicia y Gadi	CUM	2:30
30	Reunión con Lic, Luis Vallejo	Entrega de informe sobre las boletas aplicadas a la fecha por cada investigador.	Grupo de investigadores	CUM	1:30
Total septiembre					404:00

OCTUBRE

<u>DÍA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1 al 31	Aplicación de boletas. Y vaciado de datos.	Recolectar datos por los investigadores de forma individual según la distribución asignada.	Grupo de investigadores		220:30
03	Reunión con Lic. Luis Vallejo.	Informar sobre correcciones realizadas por los revisores. Afinación de detalles para vaciado de datos en hoja de excel.	Grupo de investigadores	Salón 411, CUM	2:30
19	Reunión con Lic. Vallejo	Información general del proyecto y aplicación de boletas,	Hellen, Carol, Linda, Evelyn y Gadi.	Salón 411, CUM	1:30
25	*Reunión con Lic. Luis Vallejo	Sugerir correcciones y afinar la guía de	Hellen, Evelyn, Linda,	Salón 411, CUM	2:30

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

		servicio y decencia e información general.	Carol, Alicia y Gadi		
31	Reunión con Lic. Luis Vallejo.	Información general y presentación de los pasos a seguir para culminar el proyecto. Asesoría del Lic. Vallejo para afinación del protocolo de servicio y docencia.	Grupo de investigadores	Salón 411, CUM	2:00
Total octubre					229:00

NOVIEMBRE

<u>DÍA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
1 al 15	Aplicación de boletas. Y vaciado de datos.	Recolectar datos por los investigadores de forma individual según la distribución asignada.	Grupo de investigadores		30:00
02	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Información sobre pasos del ejercicio profesional supervisado para desarrollo de protocolo y ampliación de pasos para culminar el proyecto. Cambios administrativos del grupo de investigadores.	Grupo de investigadores	Salón 411. CUM	2:30
07	Reunión grupo de investigadores.	Corrección de la guía de entrevista para epesistas y supervisores que se entrevistarán para realizar el protocolo.	Grupo de investigadores	Salón 411. CUM	2:00
08	Reunión grupo de investigadores	Construir concepto de salud mental y distribución de epesistas y supervisores para entrevistas del protocolo. Visita al departamento de EPS para solicitar ayuda con la guía del protocolo.	Hellen, Carol, Evelyn, Linda, William y Gadi	CUM	2:30
09	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Entrega del concepto de Salud Mental, Información sobre las funciones de excel,	Grupo de investigadores	Salón 411. CUM	2:15
12	Reunión grupo de investigadores.	Actualización de cronograma y corrección del concepto de Salud Mental.	Hellen, Linda, Evelyn, Carol, Gadi y William	Casa de Linda	4:00

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

12	*Reunión grupo de investigadores	Organización de tarea a realizar para la siguiente semana.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	2:15
14	Entrevistas de guía metodológica a Supervisores y Estudiantes de EPS	Recabar información para la elaboración de protocolos de Servicio y Docencia	Grupo de Investigadores		5:00
15	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Información general sobre el trabajo que se está realizando a Lic. Vallejo y organización de la unificación del vaciado de datos.	Grupo de investigadores	Salón 411. CUM	2:30
17	Unificación de vaciado de datos.	Unificación de los datos de municipios y zonas capitalinas y departamentos de la república de Guatemala.	Grupo de investigadores		5:00
19	Reunión grupo de investigadores	Elaboración de Protocolo de Servicio y Docencia.	Hellen, Linda, Evelyn, Carol, Gadi y William	Casa de Linda	4:00
19	Reunión grupo de investigadores	Actualización del cronograma, revisión de la conceptualización de los indicadores, unificación de las correcciones del proyecto de investigación y corrección del manual del investigador.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	4:00
22	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Revisión del Protocolo, dar instrucciones para finalizar el Proyecto de Investigación.	Grupo de Investigadores	Salón 302 CUM	2:30
23	Reunión grupo de investigadores	Distribución de tareas pendientes de realizar	Grupo de Investigadores	Salón 302 CUM	2:00
24	Reunión grupal	Arreglos de pies de páginas, correcciones generales del proyecto	Evelyn y Linda	Casa de Linda	6:00
25	Reunión grupal	Arreglos de pies de páginas, elaboración de las premisas y corrección del Diseño de la Prueba de Investigación.	Evelyn y Linda	Casa de Linda	8:30
26	Reunión Grupal	Revisión de las premisas, diseño de la prueba, conceptualización de las categorías e Indicadores y de la	Evelyn, Gadi, Carolina, Hellen, William, Linda	Casa de Linda	5:00

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

		Justificación			
26	*Reunión Grupal	Elaboración de protocolo de Servicio y Docencia.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	5:00
27	Reunión Grupal	Continuación de correcciones del Marco Teórico y del Manual del Entrevistador	William y Linda	Casa de Linda	5:00
28	Reunión Grupal	Continuación de correcciones y actualización del proyecto general.	Evelyn y Linda	Casa de Linda	8:30
29	Instrucciones finales	Finalización de correcciones del proyecto general y quema de la copia.	Evelyn y Linda	Casa de Linda	5:00
29	Reunión grupal	Entrega del proyecto a Lic. Vallejo y recomendaciones por él	Linda, Evelyn, Alicia, William y Carol.	302 "A" CUM	2:00
30	Reunión grupal	Clasificación en ocho categorías de las ocupaciones.	Grupo de investigadores	302 "A" CUM	2:00
Total Noviembre					117.30

DICIEMBRE

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORA</u>
2	Reunión grupal	Correcciones de vaciado de datos.	Grupo de investigadores	321 "B" CUM	2:00
3	Reunión grupal	Inicio de unificación de información por municipios departamento y zonas.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	13.30
4	Reunión grupal	Segunda parte de la unificación de la información.	Linda, Evelyn, Alicia, Gadi, William y Carol.	Casa de Linda	10:30
5	Reunión grupal	Inicio de elaboración de graficas según datos obtenidos y asignación de graficas.	Linda, Evelyn, Alicia, William y Carol.	Casa de Linda	9:00
5	Elaborar las diez graficas asignadas.	Presentación de graficas a Lic. Vallejo.	Linda, Evelyn, Alicia, Gadi, William y Carol.	Casa de Linda	2:00
8	Reunión Grupal	Modificaciones a las graficas.	Linda, Evelyn, Alicia, Gadi, William y Hellen.	Computo.	2:00
9	Reunión Grupal	Correcciones de las graficas y tablas de	Grupo de investigadores	302 "A" CUM	2:00

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

		totales sugeridas por Lic. Vallejo.			
11	*Reunión Grupal	Elaboración de tablas, totales y unificación por categorías.	Grupo de investigadores	Casa Linda	9:00
13	Reunión Grupal	Asignación de graficas por categorías.	Grupo de investigadores	Casa de Linda	2:30
14	Reunión Grupal	Entrega de graficas, revisión de la segunda fase de aplicación de boletas y tareas asignadas por Lic. Vallejo.	Grupo de investigadores	302 "A"	2:30
Total diciembre					55.00

ENERO 2006

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORAS</u>
04	Reunión con el Ing. Neri Cruz	Recibir indicaciones para realizar el análisis e interpretación de los datos.	Hellen, Linda y Evelyn	Tikal Futura	3:00
05	Reunión Grupal	Informar a los compañeros de la forma en que se trabajará el análisis e interpretación de los datos.	Alicia, Willy, Linda, Hellen y Evelyn.	Tikal Futura	0:45
07	Reunión Grupal	Elaboración del análisis Global y distribución por Regiones.	Grupo de investigadores.	Casa de Linda	9:00
08	Reunión Grupal	Revisión de redacción de gráficas, unión de regiones (8). Impresión y corrección del análisis Global	Grupo de investigadores	Casa de Linda	9:00
09	Reunión Grupal	Culminar el análisis de la categoría Psicopatológica e inicio el análisis de las diferentes regiones establecidas	Grupo de Investigadores	Tikal Futura	2:00
10	Reunión Grupal	Continuar con el análisis de las diferentes regiones que le corresponden a los investigadores	Grupo de investigadores	Mc.Donald's	7:15
11	Reunión Grupal	Continuación de análisis por regiones	Grupo de Investigadores	CUM planta Baja, Edif.. A	2:15

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

13	*Reunión Grupal	Coordinación de las tareas asignadas por Lic. Vallejo. Presentación del proyecto a los Asesores, Correcciones del proyecto y análisis e interpretación de los resultados	Grupo de Investigadores	CUM salón 302 A	2:15
13	Contactar a Revisores	Solicitar fecha para la 2ª presentación del proyecto	Linda, Evelyn y Hellen	CUM	3:00
14	Reunión Grupal	Organización de la presentación a los revisores y Elaboración del Perfil inicial de la Salud mental del guatemalteco.	Willy, Linda, Carolina, Evelyn y Hellen	Casa de Linda	4:00
14	Reunión Grupal	Continuación de la elaboración del perfil inicial de la Salud Mental del guatemalteco.	Willy, Linda, Carolina, Evelyn, Hellen y Alicia	Casa de Linda	5:00
15	Reunión Grupal	Revisión y lectura del perfil inicial de la Salud Mental del Guatemalteco, actualización del cronograma de actividades y correcciones del proyecto (redacción y Ortografía) en base a las observaciones de el Lic. Carlos Enrique Siú.	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	8:30
17	Reunión Grupal	Revisar artículo de Prensa Libre sobre "Políticos Débiles", proporcionado por Lic. Vallejo; como referencia a las correlaciones. Pre-exposición y préstamo de cañonera para exposición a los revisores	Grupo de Investigadores	410 "A" CUM	3:00
18	Reunión Grupal	Actualizar el libro de actas, coordinación de la refacción, darle seguimiento al préstamo de la cañonera y Asesoría de Lic. Vallejo en cuanto a la presentación a revisores.	Grupo de Investigadores	410 "A" CUM	2:45
19	Presentación del Proyecto a Revisores y asesor metodológico	Exposición sobre correcciones sugeridas por revisores e introducción de resultados obtenidos	Grupo de Investigadores	410 "A" CUM	3:45
21	Reunión Grupal	Modificar, elaborar y definir cuadro	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	8:00

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

		*detallando categorías, variables, indicadores e ítems según sugerencias de Licda. Ponce. Modificación de la presentación de conceptos de variables (eliminar los ítems de la boleta). Actualización del cronograma de actividades			
23	Tareas asignados para el grupal	Realizar correcciones al proyecto sobre ortografía y redacción al marco teórico.	Grupo de Investigadores		2:00
24	Reunión Grupal y con Lic. Vallejo.	Obtener información para la elaboración de análisis de cualitativo por regiones de salud mental de la población guatemalteca. Asignación de tareas para el grupo de investigadores y actualización del libro de actas.	Grupo de Investigadores	Oficina de Lic. Vallejo Edificio "A".	2:00
28	Reunión Grupal	Correcciones al marco teórico del proyecto. Elaboración del análisis cualitativo por regiones de salud mental de la población guatemalteca. Revisión de ortografía y redacción del manual del entrevistador.	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	10:00
29	Reunión Grupal	Finalización del análisis cualitativo por regiones de la población guatemalteca. Correcciones de ortografía y redacción al manual del entrevistador.	William, Carol, Evelyn, Linda, Hellen y Alicia.	Casa de Linda	10:00
Total Enero					97.30

FEBRERO 2006

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

DIA	ACTIVIDAD	OBJETIVO	RESPONSABLE	LUGAR	HORAS
02	Reunión con Lic. Luis Vallejo	Entrega de carta de aprobación del *proyecto por parte del Lic. Luis Vallejo. Lectura del análisis comparativo por regiones donde el Lic. Vallejo emitió correcciones.	Grupo de Investigadores	CUM Salón 411 Edif. A	2:30
04	Reunión grupal	Elaboración de conclusiones y recomendaciones. Diagrama de análisis comparativo por regiones.	Gadi, Evelyn, Willy, Alicia y Linda	CUM Salón 324 Edif. B	5:00
05	Reunión grupal	Correcciones del perfil y el análisis comparativo según sugerencias del Lic. Vallejo. Elaboración en computación del Diagrama de análisis comparativo. Unificación del capítulo III con las gráficas. Distribución de tareas en grupo para realizar el informe final.	Grupo de Investigadores	Casa de Linda	9:00
07	Tareas asignadas a los Investigadores	Elaborar nuevos cuadros o textos en el informe final	Grupo de Investigadores	En casa de Cada investigador	24:00
08	Reunión de trabajo	Elaboración Capítulo I, Informe Final	Linda, Hellen y Gadi	CUM Edif. A	2:00
09	Reunión con Lic Vallejo	Entrega de nuevas correcciones al capítulo III del informe final	Grupo de Investigadores	CUM Edif.. A Salón 408	2:30
10	Reunión de trabajo	Elaboración capítulo I, informe final	Linda, Hellen y Gadi		5:00
11	Reunión grupal	Realizar cambios sugeridos por el Lic. Vallejo al capítulo III del informe final.	Hellen, Linda, Carol, Willy, Gadi y Evelyn	CUM Salón 308 Edif. B	4:00
11	Reunión grupal	Correcciones al capítulo iii informe final . Unificación de experiencias de campo. Elaboración del cronograma Asignación de tareas	Grupo de Investigadores	CUM Salón 308 Edif. B	5:00
13	Reunión de trabajo	Elaborar Capítulo I, Informe final	Linda, Hellen y Gadi	CUM Edif. A.	5:30

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

14	Reunión de Trabajo	Elaboración Capitulo I Informe final	Linda, Hellen y Gadi		4:00
15	*Reunión Grupal	Unificación del Informe final	Carol, Alicia, Willy, Evelyn, Linda y Hellen	CUM Salón de Computo	5:30
16	Reunión Grupal	Unificación del Informe final y entrega del mismo al Lic. Luis Vallejo.	Carol, Evelyn, Willy, Linda Hellen y Alicia	CUM Salón de Computo	5:30
21	Reunión Grupal	Organización de la presentación del Informe Final a los revisores y afinación de prólogo revisado por Lic. Vallejo	Grupo de Investigación	CUM	2:00
22	Visita a los revisores del Proyecto (CIEP`s) Reunión con Lic. Luis Vallejo	Recibir correcciones del proyecto realizadas por la Licda. Mayra Luna. Instrucciones del Lic. Vallejo para la elaboración del Abstrac, para el reportaje periodístico	Alicia, William, Evelyn y Linda	CUM Oficina del Lic. Luis Vallejo y CIEP`s	2:45
23	Reunión Grupal	Impresión del Proyecto con correcciones de la Licda. Mayra Luna entregado al CIEP`s	Evelyn, Alicia, William, Gadi y Linda	Centro de Cómputo CUM	2:00
27	Visita al CIEP`s	Conversación con Licda. Luna sobre el proceso administrativo de graduación	Evelyn, William, Linda	CIEP`s CUM	1:30
Total Febrero					83.45

MARZO 2006

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORAS</u>
03	Reunión con Lic. Vallejo	Discusión sobre los aspectos del informe final y el reportaje periodístico	Evelyn, Alicia, William, Carol, Linda	Salón 411, Edificio "B" CUM	2:45
04	Reunión Grupal	Impresión del Informe final para revisión del Lic. Vallejo. Respuesta a las preguntas del reportaje del Diario la Hora. Correcciones e integración del Prólogo	Evelyn, Gadi, Hellen, William, Carol, Linda	Centro de Cómputo CUM. Salón 324 Edificio "B"	5:00
11	Reunión con Lic. Vallejo	Recibir correcciones del informe final	Carol, Gadi, Linda, Hellen, William, Evelyn	CUM, oficina de Lic. Vallejo	2:00
11	Reunión con Lic. Vallejo y reunión grupal	Recibir correcciones del informe final y realizar correcciones de redacción del	Grupo de investigadores	CUM	4:30

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

		informe final			
13	*Tareas varias	Correcciones de gráficas, realización de respuestas de reportaje, cambio de premisas	Grupo de investigadores	CUM	3:00
14	Reunión grupal	Unificar gráficas en el informe final	Alicia, Carol, Hellen, Linda y Evelyn	CUM, centro de cómputo	3:00
18	Reunión grupal	Lectura y ejecución de minuta de Lic. Vallejo	William, Carol, Hellen, Linda, Gadi y Evelyn	CUM, centro de cómputo	4:00
18	Reunión grupal	Ejecución de minuta, arreglo de la gráfica de perfil general	Grupo de investigación	CUM, centro de cómputo	3:30
21	Reunión grupal	Recibir instrucciones de Lic. Vallejo por medio de coordinación y distribución de tareas	Alicia, Linda, William, Gadi, Hellen y Evelyn	CUM, cafetería	2:30
23	Realización de tareas asignadas	Sintetizar marco teórico, modificar gráficas y cambios del perfil general	Grupo de investigadores		5:00
25	Reunión grupal	Unión de marco teórico resumido, realización de introducción de guía de orientación, actualización del cronograma, revisión del perfil, correcciones de preguntas y elaboración de ficha técnica para el reportaje	Gadi, William, Carolina, Evelyn, Hellen y Linda	CUM, salón 324 edificio "B" y centro de cómputo	4:00
Total marzo					39.15

ABRIL 2006

<u>DIA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORAS</u>
1	Reunión grupal	Revisión de porcentajes, correcciones ortográficas al Marco Teórico, correcciones a la guía de orientación	Grupo de investigadores	Café Internet	3:30
8	Reunión grupal	Revisión prologo, conclusiones y recomendaciones, pegar anexos en el orden que el lic. Vallejo sugirió y corregir	Gadi, Linda, Hellen, Alicia y Evelyn	Café internet	7:30

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

		los anexos dentro del informe, revisión del * discurso de las experiencias de campo, revisión del discurso de las regiones, hacer los títulos de las gráficas, elaboración de los cuadros con su interpretación por regiones.			
24	Reunión grupal	Preparación presentación informe final.	Gadi, Hellen, Carolina, Evelyn, Linda y Willi	Salón 302 "A"	2:30
25	Reunión grupal	Recepción cartas de aprobación del proyecto del Consejo Directivo. Integración de las correcciones del proyecto y foto para reportaje	Grupo de Investigadores	Salón 302 "A"	3:00
27	Ultima revisión informe final	Para entrega a Lic. Vallejo	Linda	Casa	8:00
27	Reunión grupal	Entrega de informe Final a Lic. Vallejo	Gadi, Alicia, Carolina, Evelyn, Linda y Willi	CUM Centro de Computo	2:30
Total abril					27.00

MAYO 2006

<u>DÍA</u>	<u>ACTIVIDAD</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>LUGAR</u>	<u>HORAS</u>
2	Reunión grupal	Organización, invitaciones y presentación informe final.	Gadi, Hellen, Carolina, Evelyn, Linda y Willy	Salón 302 "A"	2:30
4	Reunión grupal	Ensayo de la presentación informe final a Lic. Vallejo	Grupo de Investigadores	Salón 411 "A" CUM	5:00
6	Reunión grupal	Correcciones a la presentación informe final.	Grupo de Investigadores	Centro de Computo CUM	8:00
8	Presentación informe final	Presentación a revisores e invitados del informe final.	Grupo de Investigadores	Salón de Proyecciones CUM	6:00
13	Reunión grupal	Elaboración de conclusiones generales sobre salud mental de la población y	Grupo de Investigadores	Salón 324 "B" CUM	8:00

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN

		revisión Índices de Desarrollo Humano *PNUD, corrección ortográfica, actualización de cronograma y resumen de la investigación.		Centro de Computo	
15	Reunión grupal	Discusión con el Lic. Vallejo acerca de conclusiones. Distribución de tareas	Linda, Hellen y Evelyn	Oficina Lic. Vallejo CUM	3:30
18	Reunión grupal	Elaboración de conclusiones generales, modificaciones de resumen del informe final y comparación del INDH con esta investigación	Alicia, Linda, Carol, Hellen y Evelyn	Salón 302 "A" CUM	4:30
19	Modificación de conclusiones	Revisión de ortografía y redacción de conclusiones para presentación al Lic. Vallejo	Alicia, Linda y Evelyn	Centro de Computo CUM	3:15
19	Modificaciones al resumen	Correcciones de ortografía y redacción al resumen de toda la investigación.	Linda	Casa Linda	1:00
20	Reunión grupal	Trabajar y afinar las conclusiones según instrucciones del Lic. Vallejo.	Alicia, Linda y Evelyn	Megacentro, Zona 11	5:15
23	Reunión grupal	Corrección a conclusiones según cambios sugeridos por los revisores. Visita al CIEP's	Hellen, Carol, Alicia, Linda, Evelyn y William	Centro de Computo CUM	3:15
27	Reunión grupal	Entrega de boletas para el archivo general de la Escuela de Ciencias Psicológicas USAC. Correcciones al informe final	Grupo de investigadores	CUM	9:00
Total mayo					59.15

* LINDA CECILIA OROZCO CITALÁN



ANEXO IV

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

Proyecto "Ejercicio Profesional Supervisado en Salud Mental en el Sistema Nacional de Salud y Especialización en Salud Mental".

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- 1.-EDAD: _____
 - 2.-SEXO: Femenino _____ Masculino _____
 - 3.-ETNIA: _____
 - 4.-ESTADO CIVIL: Soltero(a) _____ Casado(a) _____ Viudo(a) _____
Unido(a) _____ Divorciado(a) _____
 - 5.-LUGAR: _____
 - 6.-OCUPACIÓN: _____
 - 7.-ESCOLARIDAD: _____
 - 8.-RELIGIÓN _____
 - 9.-¿Regularmente conversa y comparte experiencias con su familia?
Si: _____ No: _____
 10. Personalmente gusta más de:
Estar en el trabajo _____ Compartir con amigos / as _____
Hacer deporte _____ Compartir con su familia _____
Estar solo _____
 - 11.-¿De qué manera ha observado usted que se corrige a los niños en la comunidad?
Conversan con ellos: _____ Los regañan: _____ Les gritan: _____
Les pegan: _____ Los encierran: _____ Les quitan privilegios: _____
Otros: _____
 - 12.-¿Cómo considera usted que sea la forma correcta de resolver problemas o diferencias en el hogar?
Dialogar: _____ Gritar: _____ Pelear: _____ Agredir verbalmente: _____
Agredir físicamente _____ Agredir psicológicamente _____
 - 13.-¿De qué manera cree usted que se corrige a los hijos?
Palos: _____ Cinchos: _____ Manos: _____ Correas: _____
Otros: _____
 - 14.-¿Qué integrantes de su familia viven con usted?
Papá: _____ Mamá: _____ Cónyuge: _____ Hijos: _____ Padrastro: _____
Madrastra: _____ Hermanos: _____ Abuelos: _____ Suegros: _____
Cuñados: _____ Tíos: _____ Sobrinos: _____ Otros: _____
 - 15.-¿Recibe ayuda de algún organismo privado o público?
Si: _____ No: _____
- En caso positivo ¿de qué forma la recibe?
Económica: _____ Atención en salud: _____ Otra: _____
- 16.-¿Tiene usted apoyo económico de algún pariente o familiar?
Si: _____ No: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

17.-¿Hay personas que ayudan o que prestan un servicio de atención en salud en su comunidad?

Si: _____ No: _____

18.-¿Existe un comité o asociación en su comunidad?

Si: _____ No: _____ Cuál: _____

19.-Actualmente ¿cuál es su situación laboral?

Empleado: _____ Desempleado: _____

20.-¿Qué tipo de trabajo posee?

Formal: _____ Informal: _____

21.-¿De qué está construida la casa en donde vive?

Block: _____ Lámina: _____ Madera: _____ Otro: _____

22.-¿El lugar en donde vive es considerado cómo?

Barrio: _____ Asentamiento: _____ Residencial: _____ Colonia: _____

Cantón: _____ Aldea: _____ Parcelamiento: _____ Finca: _____

Caserío: _____ Otro: _____

23.-Su vivienda es:

Propia: _____ Alquilada: _____ Otra: _____

24.-¿Sabe leer? Si: _____ No: _____ ¿Sabe escribir? Si: _____ No: _____

25.-Su ingreso económico mensual se encuentra ubicado:

Menos de Q.400 _____ De Q401 a Q600: _____

De Q601 a Q800: _____ De Q801 a Q1000: _____

De Q1001 a Q1500: _____ De Q1501 a Q2000: _____

De Q2001 a Q3000: _____ De Q3001 a Q4000: _____

De Q4001 y más: _____

26.-¿Su ingreso económico, le permite hacer ahorros?

Si: _____ No: _____

27.-¿Con qué frecuencia se dan los actos de violencia en su comunidad?

Diario: _____ Cada semana: _____ Cada 15 días: _____

Cada mes: _____ Nunca: _____

28.-¿Qué tipo de violencia puede observar entre sus vecinos?

Violaciones: _____ Asaltos: _____ Secuestros: _____

Violencia Intrafamiliar _____ Asesinatos: _____ Linchamientos: _____

Otros: _____

29.-¿Usted fue afectado por el conflicto armado interno?

Si: _____ No: _____

30.-¿Cómo considera en general su salud?

Muy buena: _____ Buena: _____ Regular: _____ Mala: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

31.- ¿Tiene usted limitaciones de salud o alguna enfermedad que le provoque alguna discapacidad física o le esté afectando actualmente?

Si: _____ No: _____ Cuál: _____

32.- ¿Ha recibido algún tratamiento para su enfermedad?

Si: _____ No: _____ Cuál: _____

33.- Cuando usted está enfermo físicamente ¿a dónde acude para recibir ayuda?

Comadrona: _____ Curandero: _____ Centro de Salud: _____

Clínica Privada: _____ Puesto de Salud _____ Hospital Público: _____

IGSS: _____ Sanatorio: _____ Otros: _____

34.- Para costear sus gastos, en caso de enfermedad, ¿usted qué hace?

Usa sus ahorros: _____ Presta dinero: _____ Usa de su sueldo: _____

Tiene seguro médico: _____ Tiene dinero destinado para enfermedades: _____ Otro: _____

35.- Cuando se enferma, ¿cuánto tiempo necesita para trasladarse al lugar en donde está la persona que lo atiende?

1-3 horas: _____ 4-7 horas: _____ 8-12 horas: _____ 1 día: _____

2-3 días: _____ 5 días o más: _____

36.- ¿Tiene usted alguna dificultad para dormir durante toda la noche?

Sí _____ No _____

37.- ¿Se despierta varias veces por la noche? Si: _____ No: _____

38.- ¿Se siente descansado después de dormir? Si: _____ No: _____

39.- ¿Le cuesta conciliar el sueño al acostarse? Sí _____ No: _____

40.- ¿Camina dormido por la noche? Sí: _____ No: _____

41.- ¿Su sueño es interrumpido por pesadillas? Sí: _____ No: _____

42.- ¿Frecuentemente le da sueño irresistible aunque esté en alguna actividad?

Sí: _____ No: _____

43.- ¿Tiene sueño durante el día y por la noche no duerme? Sí: _____ No: _____

44.- ¿Le han comentado que cuando usted duerme rechina los dientes?

Sí: _____ No: _____

45.- ¿Sabe usted si habla dormido? Sí: _____ No: _____

46.- ¿Duerme más de nueve horas diarias? Sí: _____ No: _____

47.- ¿Frecuentemente se ha preocupado mucho por su apariencia física, tanto que tiene problemas en el consumo de sus alimentos?

Sí: _____ No: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

48.-¿Está satisfecho(a) con su peso actual? Si: _____ No:_____

49.-¿Se siente culpable cuando usted ha comido mucho? Si: _____ No:_____

50.-¿Usted constantemente hace dietas para bajar de peso? Sí:_____ No:_____

51.-¿Usted hace ejercicio más de cuatro horas diarias? Sí:_____ No:_____

52.-Después de que usted come ¿se provoca el vómito? Sí:_____ No:_____

53.-¿Utiliza usted laxantes de dos a tres veces por semana? Sí:_____ No:_____

54.-¿Ha tenido ausencia de su ciclo menstrual durante tres meses seguidos o más?
Sí:_____ No:_____

55.- ¿Usted consume o ha consumido alguna de las siguientes sustancias?
Tabaco_____ Alcohol_____ Drogas_____ Ninguna_____

56.-¿Con qué frecuencia consume usted éstas sustancias?
Diario_____ Semanalmente_____ Quincenalmente_____ Mensualmente_____

57.-¿Con frecuencia ha tenido momentos durante los cuales ha hecho cosas que luego no recuerda haber hecho? Si: _____ No:_____

58.-¿Con frecuencia ha estado en riñas o lo han detenido estando ebrio?
Si: _____ No:_____

59.-¿Continúa bebiendo a pesar de saber que esto le causa problemas de salud físicos o mentales?
Si: _____ No:_____

60.En los momentos en que usted ha tomado alcohol, ¿terminó bebiendo más de lo que planeó cuando comenzó? Si: _____ No:_____

61.-Cuando usted asiste a una reunión, ¿creé que es indispensable que haya alcohol?
Si: _____ No:_____

62.-¿Ha consumido usted alguna droga?
Si _____ No _____

Si su respuesta fue afirmativa, especifique:
Thiner/pegamento:_____ Marihuana:_____ Cocaína:_____ Otra:_____

63.-¿Alguna vez ha querido dejar de consumir drogas, pero no ha podido?
Si: _____ No:_____

64.-¿Creé usted que el consumo de drogas o alcohol le ayuda a superar sus problemas?
Siempre:_____ Casi siempre:_____ Algunas veces:_____ Nunca:_____

65.-¿Algún miembro de su familia, ha sufrido o sufre de alguna enfermedad mental?
Si: _____ No:_____Cuál: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

66.-¿Ha padecido alguna enfermedad psicológica o mental?

Sí: _____ No: _____

67.-¿Creé usted que sea necesario en caso de enfermedad mental recibir un tratamiento?

Si: _____ No: _____

68.-¿Se asusta con facilidad? Si: _____ No: _____

69.-¿Frecuentemente le sudan las manos? Si: _____ No: _____

70.-¿Frecuentemente siente que su corazón late a prisa? Si: _____ No: _____

71.-¿Constantemente siente que no puede respirar fácilmente? Si: _____ No: _____

72.-¿Sufre dolores de cabeza, de cuello o de espalda? Si: _____ No: _____

73.-¿Frecuentemente se atemoriza sin motivo? Si: _____ No: _____

74.-¿Se come las uñas? Si: _____ No: _____

75.-¿Con frecuencia se siente nervioso(a), tenso(a), o aburrido(a)?

Si: _____ No: _____

76.-¿Últimamente tiene dificultad para tomar decisiones? Si: _____ No: _____

77.-¿Se siente desanimado, abatido, sin energía o triste? Si: _____ No: _____

78.-¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? Si: _____ No: _____

79.-¿Llora usted con mucha frecuencia? Si: _____ No: _____

80.-¿Creé usted que su vida no tiene sentido? Si: _____ No: _____

81.-¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? Si: _____ No: _____

82.-¿Ha perdido interés en realizar las cosas habituales (bañarse, arreglarse, etc.)?

Si: _____ No: _____

83.-¿Se considera una persona más bien inclinada a?

La acción: _____ La reflexión: _____

84.-Si un amigo le pide un favor:

Por regla general lo hace: _____ Es mejor que otro lo haga por usted: _____

85.-¿Cuándo tiene tiempo libre, le gusta?

Estar tranquilo y relajado: _____ Buscar enseguida otra actividad que hacer: _____

86.-¿Cuándo se propone una meta, ante los obstáculos que puede encontrar ¿qué hace?

Se esfuerza más: _____ Se rinde y deja de intentarlo: _____



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



PROGRAMA NACIONAL DE SALUD MENTAL

87.-¿Creé que la mayoría de la gente a su alrededor parece estar mejor que usted en todo?

Si: _____ No: _____

88.-¿Le gusta ser usted mismo(a) y se acepta tal y cómo es?

Siempre: _____ Casi siempre: _____ Casi nunca: _____ Nunca: _____

89.-¿Creé usted que será capaz de lograr algo significativo en su vida?

Si: _____ No: _____

90.-Ante un problema usted reacciona:

Enojado: _____ Grita: _____ Busca culpables: _____

Conversa sobre el problema: _____ Hace de cuenta que no hay problema: _____

Busca solución: _____ Pelea físicamente con otros: _____ Piensa: _____

Se angustia: _____

91.- ¿Ha hecho usted algo repetidamente sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, ordenar, contar y verificar las cosas una y otra vez?

Si: _____ No: _____

92.- ¿Ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas o angustiosas?

Si: _____ No: _____

93.- ¿Ha experimentado sensaciones extrañas como escuchar que le hablan cuando está solo o tener algún tipo de visión? Si: _____ No: _____

94.-¿Creé usted ser mucho más importante de lo que piensan los demás?

Si: _____ No: _____

95.-¿Ha notado alguna interferencia o algo raro en sus pensamientos?

Si: _____ No: _____

96.-¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien lo espía, conspira contra usted o que tratan de hacerle daño?

Si: _____ No: _____

97.-Frecuentemente habla en exceso: Si: _____ No: _____

98.-¿Se ha sentido demasiado activo o inquieto físicamente? Si: _____ No: _____

99.-¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír?

Si: _____ No: _____

100.¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el periódico o la T.V.?

Si: _____ No: _____

101.¿Ha tenido momentos durante los cuales se ha descontrolado y hecho cosas que luego no recuerda?

Si: _____ No: _____

ANEXO V

REPÚBLICA DE GUATEMALA DIVIDIDA POR DEPARTAMENTOS

Cuadro No. 1. División de la República de Guatemala por población y tamaño de muestra.

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN	MUESTRA
Guatemala	1,330,086	1860
El Progreso	63,368	21
Sacatepéquez	118,174	40
Chimaltenango	192,209	65
Escuintla	251,291	84
Santa Rosa	132,590	45
Sololá	132,986	45
Totonicapán	139,085	47
Quetzaltenango	273,501	92
Suchitepéquez	174,236	59
Retalhuleu	104,447	35
San Marcos	322,399	108
Huehuetenango	340,915	115
Quiché	259,669	87
Baja Verapaz	88,686	30
Alta Verapaz	320,570	108
Petén	148,959	50
Izabal	138,515	47
Zacapa	91,457	31
Chiquimula	130,841	44
Jalapa	100,351	34
Jutiapa	167,092	56
TOTAL	5,021,427	3100

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia

DEPARTAMENTO DE GUATEMALA DIVISIÓN POR MUNICIPIOS

Cuadro No. 2. División del Departamento de Guatemala por poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Guatemala	516,761	723
Santa Catarina Pinula	33,266	47
San José Pinula	22,540	32
San José del Golfo	2,250	3
Palencia	20,645	29
Chinautla	47,359	66
San Pedro Ayampuc	20,700	29
Mixco	221,234	309

San Pedro Sacatepéquez	15,214	21
San Juan Sacatepéquez	69,256	97
San Raimundo	9,464	13
Churranchito	4,124	6
Fraijanes	16,059	22
Amatitlán	41,677	58
Villa Nueva	185,716	260
Villa Canales	50,688	71
Petapa	53,133	74
TOTAL	1,330,086	1860

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO EL PROGRESO

Cuadro No. 3. División del departamento de El Progreso por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Guastatoya	9,058	3
Morazán	4,799	2
San Agustín Acasaguastlán	14,213	5
San Cristóbal Acasaguastlán	2,714	1
El Júcaro	4,804	2
Sansare	4,786	2
Sanarate	16,150	5
San Antonio La Paz	6,844	2
TOTAL	63,368	22

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO SACATEPEQUEZ

Cuadro No. 4. División del departamento de Sacatepéquez por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Antigua Guatemala	20,728	7
Jocotenango	9,875	3
Pastores	5,708	2
Sumpango	12,866	4
Santo Domingo Xenacoj	3,535	1
Santiago Sacatepéquez	10,110	3
San Bartolomé Milpas	2,478	1

Altas		
San Lucas Sacatepéquez	9,291	3
Santa Lucía Milpas Altas	4,896	2
Magdalena Milpas Altas	3,846	1
Santa María de Jesús	6,033	2
Ciudad Vieja	12,277	4
San Miguel Dueñas	4,063	1
Alotenango	6,919	2
San Antonio Aguas Calientes	4,124	1
Santa Catarina Barahona	1,425	0
T O T A L	118,174	40

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO CHIMALTENANGO

Cuadro No. 5. División del departamento de Chimaltenango por Municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIOS	POBLACION	MUESTRA
Chimaltenango	34,657	12
San José Poaquil	8,422	3
San Martín Jilotepeque	23,011	8
Comalapa	15,305	5
Santa Apolonia	4,802	2
Tecpán Guatemala	24,483	8
Patzún	18,477	6
Pochuta	3,997	1
Patzicia	10,677	4
Santa Cruz Balanyá	2,895	1
Acatenango	7,587	3
Yepocapa	9,425	3
San Andrés Itzapa	9,600	3
Parramos	4,282	1
Zaragoza	7,963	3
El Tejar	6,626	2
TOTAL	192,209	65

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO IZABAL

Cuadro No. 6. División del departamento de Izabal por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Puerto Barrios	40,613	14
Livingston	20,194	7
El Estor	16,629	6
Morales	37,577	13
Los Amates	23,502	8
TOTAL	138,515	47

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO ZACAPA

Cuadro No. 7. División del Departamento de Zacapa por Municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Zacapa	28,758	10
Estanzuela	5,243	2
Río Hondo	8,751	3
Gualán	17,430	6
Teculután	6,987	2
Usumatlán	4,086	1
Cabañas	4,696	2
San Diego	2,434	1
La Unión	9,387	3
Huité	3,685	1
TOTAL	91,457	31

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO CHIQUIMULA

Cuadro No.8. División del departamento de Chiquimula por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIOS	POBLACION	MUESTRA
Chiquimula	37,772	13
San José La Arada	3,115	1
San Juan Ermita	5,057	2
Jocotán	16,943	6
Camotán	14,499	5
Olopa	7,180	2
Esquipulas	18,017	6
Concepción Las Minas	5,082	2
Quezaltepeque	10,352	3
San Jacinto	4,504	2
Ipala	8,320	3
TOTAL	130,841	44

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO JALAPA

Cuadro No. 9. División del departamento de Jalapa por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Jalapa	44,248	15
San Pedro Pinula	16,756	6
San Luis Jilotepeque	8,881	3
San Manuel Chaparrón	3,157	1
San Carlos Alzatate	4,614	2
Monjas	9,186	3
Mataquesuintla	13,509	5
TOTAL	100,351	34

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO JUTIAPA

Cuadro No. 10. División del departamento de Jutiapa por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Jutiapa	46,498	16
El Progreso	8,588	3
Santa Catarina Mita	10,550	4
Agua Blanca	6,135	2
Asunción Mita	18,575	6
Yupiltepeque	5,176	2
Atescatempa	6,618	2
Jerez	2,299	1
El Adelanto	2,060	1
Zapotitlán	3,449	1
Comapa	9,265	3
Jalpatagua	10,156	3
Conguaco	6,342	2
Moyuta	14,248	5
Pasaco	3,550	1
San José Acatempa	5,636	2
Quezada	7,947	3
TOTAL	167,092	56

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO QUICHÉ

Cuadro No. 11. División del departamento de Quiché por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Santa Cruz del Quiché	27,868	9
Chiché	7,630	3
Chinique	3,143	1
Zacualpa	8,744	3
Chajul	11,991	4
Chichicastenango	44,187	15
Patzité	1,934	1
San Antonio Ilotenango	6,489	2
San Pedro Jocopilas	8,459	3
Cunén	9,169	3
San Juan Cotzal	7,948	3
Joyabaj	20,500	7
Nebaj	20,383	7
San Andrés Sajcabajá	7,890	3
Uspantán	16,477	6
Sacapulas	13,793	5
San Bartolomé Jocotenango	3,326	1
Canillá	3,571	1
Chicamán	9,927	3
Ixcán	23,299	8
Pachalum	2,941	1
TOTAL	259,669	87

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO BAJA VERAPAZ

Cuadro No. 12. División del departamento de Baja Verapaz por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIOS	POBLACION	MUESTRA
Salamá	20,613	7
San Miguel Chicaj	9,367	3
Rabinal	12,139	4
Cubulco	17,696	6
Granados	4,816	2
El Chol	3,459	1
San Jerónimo	7,660	3
Purulhá	12,936	4
TOTAL	88,686	30

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO ALTA VERAPAZ

Cuadro No. 13. División del departamento de Alta Verapaz por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIOS	POBLACION	MUESTRA
------------	-----------	---------

Cobán	63,572	21
Santa Cruz Verapaz	7,910	3
San Cristóbal Verapaz	18,155	6
Tactic	10,652	4
Tamahú	4,920	2
Tucurú	11,056	4
Panzós	17,234	6
Senahú	21,997	7
San Pedro Carchá	62,642	21
San Juan Chamelco	16,929	6
Lanquín	6,634	2
Cahabón	17,274	6
Chisec	26,318	9
Chahal	6,704	2
Fray Bartolomé de Las Casas	17,791	6
Santa Catalina La Tinta	10,782	4
TOTAL	320,570	108

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO PETÉN

Cuadro No.14. División del departamento del Petén por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Flores	14,572	5
San José	1,505	1
San Benito	13,537	5
San Andrés	8,132	3
La Libertad	25,851	9
San Francisco	3,713	1
Santa Ana	5,574	2
Dolores	12,540	4
San Luis	19,074	6
Sayaxché	21,664	7
Melchor de Mencos	8,018	3
Poptún	14,779	5
TOTAL	148,959	50

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO SAN MARCOS

Cuadro No.15. División del departamento de San Marcos por Municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
San Marcos	16,920	6

San Pedro Sacatepéquez	26,854	9
San Antonio Sacatepéquez	5,597	2
Comintacillo	16,976	6
San Miguel Ixtahuacán	10,615	4
Concepción Tutuapa	18,877	6
Tacaná	24,001	8
Sibinal	4,894	2
Tajumulco	15,904	5
Tejuela	10,203	3
San Rafael Pie de La Cuesta	5,611	2
Nuevo Progreso	10,081	3
El Tumbador	13,959	5
El Rodeo	5,794	2
Malacatán	29,913	10
Catarina	10,800	4
Ayutla	12,875	4
Ocós	12,655	4
San Pablo	15,130	5
El Quetzal	7,357	2
La Reforma	5,504	2
Pajapita	7,129	2
Ixchiguán	7,996	3
San José Ojetenam	6,895	2
San Cristobal Cucho	5,375	2
Sipacapa	5,268	2
Esquipulas Palo Gordo	3,533	1
Río Blanco	1,885	1
San Lorenzo	3,798	1
T O T A L	322,399	108

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO HUEHUETENANGO

Cuadro No.16. División del departamento de Huehuetenango por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIOS	POBLACION	MUESTRA
Huehuetenango	39,462	13
Chiantla	30,131	10
Malacatancito	6,336	2
Cuilco	17,278	6
Nentón	11,450	4
San Pedro Necta	10,740	4
Jacaltenango	14,510	5
Soloma	14,177	5

Ixtahuatán	12,495	4
Santa Bárbara	5,949	2
La Libertad	11,640	4
La Democracia	15,235	5
San Miguel Acatán	7,762	3
San Rafael La Independencia	3,749	1
Todos Santos Cuchumatán	9,422	3
San Juan Atitlán	5,139	2
Santa Eulalia	11,562	4
San Mateo Ixtatán	11,918	4
Colotenango	8,652	3
San Sebastián Huehuetenango	8,358	3
Tectitán	2,637	1
Concepción Huista	6,670	2
San Juan Ixcoy	7,582	3
San Antonio Huista	5,456	2
San Sebastián Coatán	7,205	2
Barillas	29,494	10
Aguacatán	15,624	5
San Rafael Petzal	2,600	1
San Gaspar Ixchil	2,093	1
Santiago Chimaltenango	2,460	1
Santa Ana Huista	3,129	1
T O T A L	340,915	115

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO QUETZALTENANGO

Cuadro No.17. División del departamento de Quetzaltenango por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Quetzaltenango	64,738	22
Salcajá	7,184	2
Olintepeque	9,836	3
San Carlos Sija	11,729	4
Sibilia	3,241	1
Cabricán	7,168	2
Cajolá	3,622	1
San Miguel Siguilá	2,419	1
Ostuncalco	16,742	6
San Mateo	2,165	1
Concepción Chiquirichapa	5,780	2
San Martín	7,901	3

Sacatepéquez		
Almolonga	6,834	2
Cantel	14,199	5
Huitán	3,499	1
Zunil	5,079	2
Colomba	15,732	5
San Francisco La Unión	2,812	1
El Palmar	9,075	3
Coatepeque	42,180	14
Génova	11,920	4
Flores Costa Cuca	8,457	3
La Esperanza	6,783	2
Palestina de lo Altos	4,406	1
T O T A L	273,501	92

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO DE SUCHITEPEQUEZ

Cuadro No.18. División del departamento de Suchitepéquez por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Mazatenango	31,123	11
Cuyotenango	17,792	6
San Francisco Zapotitlán	7,155	2
San Bernardino	4,695	2
San José El Ídolo	3,057	1
Santo Domingo Suchitepéquez	13,118	4
San Lorenzo	4,039	1
Samayac	8,156	3
San Pablo Jocopilas	6,952	2
San Antonio Suchitepéquez	16,209	5
San Miguel Panán	2,749	1
San Gabriel	1,808	1
Chicacao	16,922	6
Patulul	13,103	4
Santa Bárbara	7,484	3
San Juan Bautista	2,568	1
Santo Tomás La Unión	4,201	1
Zunilito	2,283	1
Pueblo Nuevo	3,653	1
Río Bravo	7,169	2
T O T A L	174,236	59

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO RETALHULEU

Cuadro No.19. División del departamento de Retalhuleu por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Retalhuleu	32,428	11
San Sebastián	9,912	3
Santa Cruz Muluá	4,596	2
San Martín Zapotitlán	3,548	1
San Felipe	7,544	3
San Andrés Villa Seca	13,538	5
Champerico	10,790	4
Nuevo San Carlos	11,260	4
El Asintal	10,831	4
TOTAL	104,447	35

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO ESCUINTLA

Cuadro No.20. División del departamento de Escuintla por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Escuintla	59,364	20
Santa Lucía Cotzumalguapa	39,914	13
La Democracia	8,394	3
Siquinalá	6,969	2
Masagua	14,302	5
Tiquisate	20,921	7
La Gomera	21,767	7
Guanagazapa	5,187	2
San José	20,529	7
Iztapa	5,314	2
Palín	17,318	6
San Vicente Pacaya	5,711	2
Nueva Concepción	25,601	9
TOTAL	251,291	84

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO SANTA ROSA

Cuadro No.21. División del departamento de Santa Rosa por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Cuilapa	14,329	5
Barberena	18,018	6
Santa Rosa de Lima	6,341	2
Casillas	8,534	3

San Rafael Las Flores	3,752	1
Oratorio	8,418	3
San Juan Tecuaco	3,046	1
Chiquimulilla	19,485	7
Taxisco	10,011	3
Santa María Ixhuatán	8,193	3
Guazacapán	6,281	2
Santa Cruz Naranjo	5,088	2
Pueblo Nuevo Viñas	8,634	3
Nueva Santa Rosa	12,460	4
TOTAL	132,590	45

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO SOLOLÁ

Cuadro No.22. División del departamento de Sololá por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Sololá	27,064	9
San José Chacayá	1,046	0
Santa María Visitación	848	0
Santa Lucía Utatlán	8,106	3
Nahualá	22,049	7
Santa Catarina Ixtahuatán	16,887	6
Santa Clara La Laguna	2,931	1
Concepción	1,653	1
San Andrés Semetabaj	3,966	1
Panajachel	5,327	2
Santa Catarina Palopó	1,189	0
San Antonio Palopó	4,524	2
San Lucas Tolimán	9,082	3
Santa Cruz La Laguna	1,680	1
San Pablo La Laguna	2,480	1
San Marcos La Laguna	1,008	0
San Juan La Laguna	3,471	1
San Pedro La Laguna	4,534	2
Santiago Atitlán	15,141	5
TOTAL	132,986	45

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

DEPARTAMENTO TOTONICAPÁN

Cuadro No.23. División del departamento de Totonicapán por municipios, poblaciones y tamaño de muestra.

MUNICIPIO	POBLACION	MUESTRA
Totonicapán	42,124	14
San Cristobal Totonicapán	13,157	4

San Francisco El Alto	18,542	6
San Andrés Xecul	8,655	3
Momostenango	34,692	12
Santa María Chiquimula	13,851	5
Santa Lucía La Reforma	4,927	2
San Bartola	3,137	1
T O T A L	139,085	47

Fuente: Guatemala INE. Censos 2002: XI de población y VI de Habitación. Elaboración propia.

ANEXO VI
PORCENTAJES DE LAS OCHO REGIONES DEL PAIS

		Región Metropolitana (1)	Región Norte(2)	Región Nor-Oriente.(3)	Región sur Oriente.(4)	Región Central(5)	Región Sur-Occidente.(6)	Región Nor-Occidente.(7)	Región Petén(8)
1	Edad	%	%	%	%	%	%	%	%
	18-24	23.86	33.33	32.19	32.85	31.58	35.14	33.33	28.30
	25-31	21.28	21.01	21.23	22.63	19.47	18.09	21.26	18.87
	32-38	16.71	15.22	13.70	14.60	13.16	14.47	13.53	13.21
	39-45	15.48	15.94	13.01	13.87	15.26	14.73	15.94	18.87
	46-52	11.34	8.70	13.70	2.92	12.63	9.30	7.73	15.09
	53-59	11.34	5.80	6.16	13.14	7.89	8.27	8.21	5.66
		100	100	100	100	100	100	100	100
2	Sexo								
	Femenino	61.20	65.94	60.27	57.66	68.95	60.72	48.79	71.70
	Masculino	38.80	34.06	39.73	42.34	31.05	39.28	51.21	28.30
		100	100	100	100	100	100	100	100
3	Etnia								
	Ladina	89.25	39.86	93.15	98.54	67.37	77.00	38.16	84.91
	Maya	10.69	60.14	4.79	1.46	32.63	23.00	61.84	15.09
	Xinca	0	0	0	0	0	0	0	0
	Garífuna	0.05	0	2.05	0	0	0	0	0
		100	100	100	100	100	100	100	100
4	Estado Civil								
	Soltero	31.17	39.13	43.84	31.39	40.53	46.25	36.71	28.30
	Casado	47.18	46.38	33.56	38.69	43.68	41.86	46.38	56.60
	Viudo	3.28	2.17	4.11	3.65	3.16	1.81	3.38	1.89
	Unido	16.23	11.59	17.12	25.55	11.58	8.27	13.04	11.32
	Divorciado	2.15	0.72	1.37	0.73	1.05	1.81	0.48	1.89
		100	100	100	100	100	100	100	100
6	Ocupación								
	Ama de casa	13.33	19.57	21.23	28.47	16.32	17.57	33.33	22.64

	Estudiante	13.43	8.70	5.48	8.76	4.21	8.79	11.59	5.66
	Trabajadores agrarios	10.21	5.07	11.64	13.14	7.37	5.17	15.46	1.89
	Otros	12.90	0.72	0.68	0.00	0.53	0.26	0.48	0.00
	Profesionales	9.62	17.39	8.90	3.65	5.26	9.04	9.18	5.66
	Servicios del sector privado	28.00	15.22	6.85	12.41	28.42	24.03	5.80	22.64
	Servidores públicos	11.61	26.09	34.25	20.44	28.95	23.00	11.11	41.51
	Técnicos	0.91	7.25	10.96	13.14	8.95	12.14	13.04	0.00
		100	100	100	100	100	100	100	100
7	Escolaridad								
	p 1	36.86	18.84	45.21	39.42	33.16	31.01	41.06	28.30
	b 2	17.41	22.46	17.81	10.95	18.42	14.99	14.49	20.75
	d 3	22.89	36.96	20.55	32.12	30.00	33.33	24.64	32.08
	u 4	14.94	11.59	4.79	3.65	10.00	14.21	3.86	13.21
	Ninguna	7.90	10.14	11.64	13.87	8.42	6.46	15.94	5.66
		100	100	100	100	100	100	100	100
8	Religión								
	Católica	59.32	56.52	56.16	70.80	50.53	54.78	48.31	60.38
	Evangélica	28.86	34.78	22.60	21.17	43.16	29.72	37.68	20.75
	Mormona	1.83	2.17	0.68	0.73	0	1.55	0.97	0
	Adventista	0.48	0	0	0	0	0	0	0
	Testigo de Jehová	0.81	0	0	0	0	0	0	0
	Tahorista	0.05	0	0	0	0	0	0	0
	Ninguna	8.65	6.52	20.55	7.30	6.32	13.95	13.04	18.87
		100	100	100	100	100	100	100	100
9	Si	93.07	92.03	94.52	95.62	92.63	94.83	97.58	98.11
	No	6.93	7.97	5.48	4.38	7.37	5.17	2.42	1.89
		100	100	100	100	100	100	100	100
10	Trabajo	19.63	24.69	33.33	27.01	26.61	31.15	21.34	26.97
	Amigos	10.30	6.17	9.04	7.30	9.01	11.19	10.46	12.36
	Deporte	9.07	7.41	4.52	3.65	3.00	8.78	5.02	7.87

	Familia	53.43	54.94	49.15	61.31	53.22	40.96	56.90	48.31
	Solo	7.58	6.79	3.95	0.73	8.15	7.92	6.28	4.49
		100	100	100	100	100	100	100	100
11	Conversa	30.77	32.70	37.30	30.50	34.07	34.44	39.50	40.79
	Regañan	19.90	23.27	16.76	22.70	23.45	17.41	30.25	11.84
	Gritan	14.87	6.29	15.14	12.06	11.50	12.78	8.40	15.79
	Pegan	23.46	32.08	23.24	27.66	26.55	26.85	16.81	19.74
	Encierran	1.38	0.63	1.62	2.84	0.88	1.11	1.26	1.32
	Quintan privilegio	3.14	3.77	0	2.13	1.33	1.85	1.68	2.63
	Otros	6.49	1.26	5.95	2.13	2.21	5.56	2.10	7.89
		100.00	100.00	100	100	100	100.00	100	100
12	Dialogo	98.87	99.28	100	99.27	100	99.48	97.58	100
	Gritos	0.32	0.00	0	0	0	0.26	1.45	0
	Pelear	0.483	0	0	0.73	0	0	0.48	0
	Agresión Verbal	0.107	0.00	0	0	0	0.00	0.48	0
	Física	0.054	0.00	0	0	0	0.26	0	0
	Psicológico	0.161	0.72	0	0	0	0	0	0
		100	100	100	100	100	100	100	100
13	Palos	1.29	0	0.66	0.72	1.52	0.75	0	0
	Cinchos	23.32	10	31.79	18.12	19.70	23.25	26.42	13.33
	Manos	6.76	1.43	4.64	13.04	9.09	6.75	1.89	6.67
	Correas	1.19	0.71	0	0.00	0.51	1.5	0.94	1.67
	Otros	67.44	87.86	62.91	68.12	69.19	67.75	70.75	78.33
		100	100	100	100	100	100	100	100
14	Integrada	48.15	47.10	50	78.10	60.53	44.70	67.15	49.06
	Desintegrada	20.69	19.57	26.71	17.52	25.26	25.84	19.81	20.75
	Extensa	31.17	33.33	23.29	4.38	14.21	29.46	13.04	30.19
		100	100	100	100	100	100	100	100
15	Si	3.82	4.35	3.42	6.57	5.26	3.10	4.35	1.89
	No	96.18	95.65	96.58	93.43	94.74	96.90	95.65	98.11
		100	100	100	100	100	100	100	100
	Económico	68.49	83.33	75	88.89	66.67	100	55.56	100
	Atención en	26.03	16.67	25	0	25	0	44.44	0

	Salud								
	Otros	5.48	0	100	11.11	8.33	0	0	0
		100	100		100	100	100	100	100
16	Si	17.20	19.57	17.12	29.93	22.11	18.86	17.87	16.98
	No	82.80	80.43	82.88	70.07	77.89	81.14	82.13	83.02
		100	100	100	100	100	100	100	100
17	Si	52.39	71.01	63.01	89.05	78.95	61.50	66.67	69.81
	No	47.61	28.99	36.99	10.95	21.05	38.50	33.33	30.19
		100	100	100	100	100	100	100	100
18	Si	42.50	53.62	43.84	54.74	54.21	48.32	60.87	50.94
	No	57.50	46.38	56.16	45.26	45.79	51.68	39.13	49.06
		100	100	100	100	100	100	100	100
19	Empleado	65.61	71.01	73.29	62.77	71.58	82.95	49.28	75.47
	Desempleado	34.39	28.99	26.71	37.23	28.42	17.05	50.72	24.53
		100	100	100	100	100	100	100	100
20	Formal	73.38	83.67	82.24	88.00	79.00	73.52	71.00	73.00
	Informal	26.62	16.33	17.76	12.00	21.00	26.48	29.00	28.00
		100	100	100	100	100	100	100	100
21	Block	63.68	57.38	73.86	61.31	67.23	48.24	44.12	47.73
	Lamina	15.56	19.67	8.50	9.49	16.81	21.61	7.56	27.27
	Madera	4.64	13.11	7.84	1.46	7.56	11.06	10.92	11.36
	Otros	16.12	9.84	9.80	27.74	8.40	19.10	37.39	13.64
		100	100	100	100	100	100	100	100
22	Barrio	5.37	76.81	39.73	67.88	24.74	25.06	21.26	67.92
	Asentamiento	0.91	0	0	0	0	0	0	0
	Residencial	7.09	1.45	0	1.46	4.21	0.00	0	0
	Colonia	58.57	6.52	7.53	8.76	16.32	11.63	12.08	0
	Cantón	8.01	2.17	0	0	0	14.73	47.83	0
	Aldea	11.02	6.52	19.86	15.33	6.84	4.65	6.76	1.89
	Parcela	0	0.72	0	0	0	0	0.48	0
	Finca	0.21	0.72	0	0.73	0	2.07	0	0
	Caserío	0.27	0.72	0.68	0	0.53	1.29	3.38	0
	Otro	8.54	4.35	32.19	5.84	47.37	40.57	8.21	30.19

		100	100	100	100	100	100	100	100	
23	Propia	67.01	68.84	76.03	65.69	74.21	71.58	81.64	77.36	
	Alquilada	28.91	21.74	20.55	27.74	19.47	19.90	17.39	13.21	
	Otro	4.08	9.42	3.42	6.57	6.32	8.53	0.97	9.43	
		100	100	100	100	100	100	100	100	
24	Escribir	Si	94.09	89.86	91.10	87.59	93.16	96.38	86.47	96.23
		No	5.91	10.14	8.90	12.41	6.84	3.62	13.53	3.77
			100	100	100	100.00	100.00	100	100.00	100.00
	Leer	Si	94.36	89.86	91.10	87.59	93.16	96.38	86.96	96.23
		No	5.64	10.14	8.90	12.41	6.84	3.62	13.04	3.77
			100	100	100	100	100	100	100	100
25	-400		5.78	14.43	8.45	8.03	6.94	11.73	24.88	16
	401-600		8.19	18.56	13.38	7.30	15.61	20.11	20.00	10
	601-800		10.88	4.12	16.90	18.98	9.25	10.06	7.80	12
	801-1000		10.19	13.40	12.68	12.41	15.61	13.41	15.12	14
	1001-1500		22.72	17.53	20.42	19.71	22.54	15.64	14.15	14
	1501-2000		15.74	18.56	11.97	12.41	10.98	10.89	8.78	6
	2001-3000		13.80	7.22	11.27	16.06	12.72	10.61	3.41	14
	3001-4000		5.27	3.09	1.41	1.46	1.73	1.40	3.41	8
	4001 ó +		7.44	3.09	3.52	3.65	4.62	6.15	2.44	6
			100	100	100	100	100	100	100	100
26	Si		30.86	39.60	27.46	27.74	29.38	35.51	26.57	50.98
	No		69.14	60.40	72.54	72.26	70.62	64.49	73.43	49.02
			100	100	100	100	100	100	100	100
27	Diario		23.95	10.79	8.28	17.52	41.15	10.71	18.84	13.21
	C/sem		14.74	18.71	6.21	10.22	14.58	14.80	12.08	11.32
	C/15		9.16	5.04	2.76	7.30	6.25	6.38	6.76	1.89
	C/mes		26.05	20.14	13.79	26.28	20.83	14.03	21.26	24.53
	Nunca		26.10	45.32	68.97	38.69	17.19	54.08	41.06	49.06
			100	100	100	100	100	100	100	100
28	Violaciones		3.09	0.68	5.83	0.00	4.78	5.71	3.54	5.95
	Asaltos		45.74	25.85	40.78	37.50	43.03	32.68	38.94	35.71
	Secuestros		3.09	0.00	1.94	0.00	1.99	4.82	3.10	4.76

	Violencia Intrafamiliar	12.22	26.53	9.71	5.15	13.94	9.82	31.86	5.95
	Asesinatos	14.66	10.88	21.36	18.38	21.12	14.46	3.98	22.62
	Linchamientos	0.47	2.72	0.97	0.74	3.59	4.46	0.88	0.00
	Otros	20.75	33.33	19.42	38.24	11.55	28.04	17.70	25.00
		100.00	100.00	100	100	100	100.00	100	100
29	Si	9.30	18.84	5.48	18.25	19.47	13.95	26.09	16.98
	No	90.70	81.16	94.52	81.75	80.53	86.05	73.91	83.02
		100	100	100	100	100	100	100	100
30	Muy buena	6.93	1.45	6.85	5.84	4.74	8.01	1.45	0
	Buena	46.32	44.93	47.26	50.36	43.68	46.51	40.10	41.51
	Regular	43.47	52.17	41.78	40.88	49.47	43.15	55.56	54.72
	Mala	3.28	1.45	4.11	2.92	2.11	2.33	2.90	3.77
		100	100	100	100	100	100	100	100
31	Si	27.30	32.61	24.66	26.28	25.26	25.84	30.43	33.96
	No	72.70	67.39	75.34	73.72	74.74	74.16	69.57	66.04
		100	100	100	100	100	100	100	100
32	Si	73.23	66.67	72.22	69.44	72.92	65	58.73	83.33
	No	26.77	33.33	27.78	30.56	27.08	35	41.27	16.67
		100	100	100	100	100	100	100	100
33	Comadrona	0.39	1.99	0	2.19	0.52	0.96	0.48	0
	Curandero	0.33	0	0.66	1.46	0	0	0.48	0
	Centro de Salud	18.83	25.17	28.95	30.66	14.43	13.64	36.54	21.82
	Clínica Privada	43.30	34.44	32.24	40.15	53.61	46.41	28.85	27.27
	Puesto Salud	3.99	1.32	13.16	1.46	2.06	5.50	2.88	7.27
	Hospital Público	13.95	18.54	9.21	16.79	12.89	16.51	22.12	30.91
	IGSS	9.91	8.61	7.89	2.92	8.25	7.18	3.85	0.00
	Sanatorio	2.10	0.00	1.32	0.00	3.09	1.44	0.48	1.82
	Otros	7.20	9.93	6.58	4.38	5.15	8.37	4.33	10.91
		100	100	100	100	100	100	100	100
34	Ahorros	12.21	19.42	4.73	9.38	9.18	7.44	32.86	8.93
	Presta Dinero	15.35	20.14	10.81	15.63	22.45	7.20	37.14	10.71
	Sueldo	52.38	38.13	64.86	64.84	47.96	59.31	23.33	55.36

	Seg. Medico	5.55	2.16	4.05	0.78	5.10	3.97	2.38	1.79
	Destinado	1.40	0.00	1.35	0.78	1.02	0.00	0.95	0.00
	Otro	13.11	20.14	14.19	8.59	14.29	22.08	3.33	23.21
		100	100	100	100	100	100	100	100
35	1-3 horas	98.54	93.43	97.93	99.27	97.35	98.70	97.10	94.23
	4-7 horas	0.93	4.38	1.38	0.00	1.06	1.30	0.97	1.92
	8-12 horas	0.29	0.00	0	0.00	0.53	0.00	0.00	3.85
	1 día	0.17	0.73	0	0.73	0.00	0.00	0.97	0.00
	2-3 días	0.06	1.46	0.69	0.00	0.00	0.00	0.97	0.00
	5 ó +	0.00	0.00	0	0.00	1.06	0.00	0.00	0.00
		100	100	100	100	100	100	100	100
36	Si	16.50	11.59	16.44	21.90	14.21	15.25	16.43	26.42
	No	83.50	88.41	83.56	78.10	85.79	84.75	83.57	73.58
		100	100	100	100	100	100	100	100
37	Si	14.40	10.14	13.70	21.90	12.63	14.21	14.98	20.75
	No	2.10	1.45	2.74	0.00	1.58	1.03	1.45	5.66
		16.50	11.59	16.44	21.90	14.21	15.25	16.43	26.42
38	Si	7.31	5.07	6.85	5.84	5.79	5.17	11.59	9.43
	No	9.19	6.52	9.59	16.06	8.42	10.08	4.83	16.98
		16.50	11.59	16.44	21.90	14.21	15.25	16.43	26.42
39	Si	12.36	10.87	13.70	18.25	12.11	11.89	10.63	16.98
	No	4.14	0.72	2.74	3.65	2.11	3.36	5.80	9.43
		16.50	11.59	16.44	21.90	14.21	15.25	16.43	26.42
40	Si	0.64	0.00	2.74	0.73	0.00	0.00	1.45	0.00
	No	15.86	11.59	13.70	21.17	14.21	15.25	14.98	26.42
		16.50	11.59	16.44	21.90	14.21	15.25	16.43	26.42
41	Si	6.83	3.62	8.22	9.49	7.89	7.75	10.63	9.43
	No	9.67	7.97	8.22	12.41	6.32	7.49	5.80	16.98
		16.50	11.59	16.44	21.90	14.21	15.25	16.43	26.42
42	Si	4.94	5.07	7.53	5.84	5.26	4.39	8.70	3.77
	No	11.55	6.52	8.90	16.06	8.95	10.85	7.73	22.64
		16.50	11.59	16.44	21.90	14.21	15.25	16.43	26.42
43	Si	7.52	4.35	8.90	10.95	6.84	6.72	9.18	13.21

	No	8.97	7.25	7.53	10.95	7.37	8.53	7.25	13.21
		16.50	11.59	16.44	21.90	14.21	15.25	16.43	26.42
44	Si	2.96	2.17	0	2.92	0	0.78	2.42	0
	No	13.54	9.42	16.44	18.98	14.21	14.47	14.01	26.42
		16.50	11.59	16.44	21.90	14.21	15.25	16.43	26.42
45	Si	4.35	2.90	6.16	6.57	2.63	3.62	5.31	5.66
	No	12.14	8.70	10.27	15.33	11.58	11.63	11.00	20.75
		16.50	11.59	16.44	21.90	14.21	15.25	16.43	26.42
46	Si	1.56	2.90	0.68	2.92	0.53	1.29	2.90	1.89
	No	14.94	8.70	15.75	18.98	13.68	13.95	13.53	24.53
		16.50	11.59	16.44	21.90	14.21	15.25	16.43	26.42
47	Si	10.85	2.90	6.16	20.44	12.11	7.49	5.80	9.43
	No	89.15	97.10	93.84	79.56	87.89	92.51	94.20	90.57
		100	100	100.00	100	100	100	100	100
48	Si	3.87	0.72	2.05	2.92	4.21	2.07	4.83	0.00
	No	6.99	2.17	4.11	17.52	7.89	5.43	0.97	9.43
		10.85	2.90	6.16	20.44	12.11	7.49	5.80	9.43
49	Si	8.38	2.17	4.79	16.06	11.05	6.46	2.90	7.55
	No	2.47	0.72	1.37	4.38	1.05	1.03	2.90	1.89
		10.85	2.90	6.16	20.44	12.11	7.49	5.80	9.43
50	Si	4.78	0.72	2.74	11.68	6.32	3.62	0.97	3.77
	No	6.07	2.17	3.42	8.76	5.79	3.88	4.83	5.66
		10.85	2.90	6.16	20.44	12.11	7.49	5.80	9.43
51	Si	1.61	0.00	0.68	5.11	2.63	0.52	0.00	0.00
	No	9.24	2.90	5.48	15.33	9.47	6.98	5.80	9.43
		10.85	2.90	6.16	20.44	12.11	7.49	5.80	9.43
52	Si	2.45	0.00	1.37	4.38	0.53	1.81	0.00	0.00
	No	9.24	2.90	4.79	16.06	11.58	5.68	5.80	9.43
		11.69	2.90	6.16	20.44	12.11	7.49	5.80	9.43
53	Si	0.97	0.00	2.05	1.46	2.11	0.78	0.48	0.00
	No	9.89	2.90	4.11	18.98	10.00	6.72	5.31	9.43
		10.85	2.90	6.16	20.44	12.11	7.49	5.80	9.43
54	Si	1.40	0.00	0.00	2.27	1.27	2.14	0.00	0.00

	No	9.46	2.90	6.16	18.17	10.83	5.35	5.80	9.43
		10.85	2.90	6.16	20.44	12.11	7.49	5.80	9.43
55	Tabaco	11.85	9.72	9.46	11.35	5.61	8.79	4.27	5.56
	Alcohol	8.79	7.64	6.08	7.80	5.61	4.77	14.22	12.96
	Drogas	0.41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.25	0.00	0.00
	Ninguna	78.94	82.64	84.46	80.85	88.78	86.18	81.52	81.48
		100	100	100	100	100	100	100	100
56	Diario	5.06	2.03	4.73	6.35	2.95	3.13	0.95	1.67
	Semanal	2.08	1.62	1.29	0.91	0.59	1.56	0.47	1.11
	Quincenal	1.30	2.43	0.43	2.27	1.18	0.59	0.36	2.22
	Mensual	3.41	3.65	3.01	1.82	0.89	3.52	2.49	0.56
		11.85	9.72	9.46	11.35	5.61	8.79	4.27	5.56
57	Si	2.53	1.39	0.68	2.84	0.51	1.26	5.21	1.85
	No	6.26	6.25	5.41	4.96	5.10	3.52	9.00	11.11
		8.79	7.64	6.08	7.80	5.61	4.77	14.22	12.96
58	Si	0.98	0.00	0.68	0.71	0.51	0.75	2.37	0.00
	No	7.81	7.64	5.41	7.09	5.10	4.02	11.85	12.96
		8.79	7.64	6.08	7.80	5.61	4.77	14.22	12.96
59	Si	5.38	5.56	4.05	3.55	3.06	2.76	7.58	9.26
	No	3.41	2.08	2.03	4.26	2.55	2.01	6.64	3.70
		8.79	7.64	6.08	7.80	5.61	4.77	14.22	12.96
60	Si	4.71	1.39	4.05	4.96	3.57	2.76	7.11	5.56
	No	4.09	6.25	2.03	2.84	2.04	2.01	7.11	7.41
		8.79	7.64	6.08	7.80	5.61	4.77	14.22	12.96
61	Si	1.19	0.69	0.00	0.71	0.51	0.25	0.00	3.70
	No	7.60	6.94	6.08	7.09	5.10	4.52	14.22	9.26
		8.79	7.64	6.08	7.80	5.61	4.77	14.22	12.96
62	Si	19.00	0	0	0	0	0.25	0	0
	No	81.00	0	0	0	0	0	0	0
	Thiner/pegamento	0	0	0	0	0	0	0	0
	Marihuana	11.4	0	0	0	0	0.13	0	0
	Cocaína	5.07	0	0	0	0	0.13	0	0
	Otra	2.53	0	0	0	0	0	0	0

		19.00	0	0	0	0	0.25	0	0
63	Si	16.89	0	0	0	0	0.25	0	0
	No	2.11	0	0	0	0	0	0	0
		19.00	0	0	0	0	0.25	0	0
64	Siempre	0.11	0	0	0	0	0	0.47	0
	Casi siempre	0.11	0	0.68	0	0	0.53	0	0
	Algunas veces	2.00	0	0	0.71	0	1.06	0	0
	Nunca	16.78	7.64	5.41	7.09	5.61	3.43	13.74	12.96
		19.00	100	6.08	7.80	5.61	5.02	14.22	100
65	Si	8.81	5.80	4.11	6.57	2.11	6.98	16.43	13.21
	No	91.19	94.20	95.89	93.43	97.89	93.02	83.57	86.79
		100	100	100	100	100	100	100	100
66	Si	5.80	10.14	3.42	7.30	14.74	12.14	11.59	1.89
	No	94.20	89.86	96.58	92.70	85.26	87.86	88.41	98.11
		100	100	100	100	100	100	100	100
67	Si	95.11	98.55	98.63	97.08	95.79	91.21	98.55	96.23
	No	4.89	1.45	1.37	2.92	4.21	8.79	1.45	3.77
		100	100	100	100	100	100	100	100
68	Si	39.49	43.48	36.99	39.42	48.95	39.79	53.14	35.85
	No	60.51	56.52	63.01	60.58	51.05	60.21	46.86	64.15
		100	100	100	100	100	100	100	100
69	Si	26.65	15.22	23.97	19.71	24.74	27.39	41.55	35.85
	No	73.35	84.78	76.03	80.29	75.26	72.61	58.45	64.15
		100	100	100	100	100	100	100	100
70	Si	29.18	20.29	31.51	35.77	25.26	22.74	39.13	33.96
	No	70.82	79.71	68.49	64.23	74.74	77.26	60.87	66.04
		100	100	100	100	100	100	100	100
71	Si	23.48	16.67	29.45	29.93	20.53	19.64	35.27	30.19
	No	76.52	83.33	70.55	70.07	79.47	80.36	64.73	69.81
		100	100	100	100	100	100	100	100
72	Si	53.63	62.32	50.68	63.50	60.53	48.58	66.18	58.49
	No	46.37	37.68	49.32	36.50	39.47	51.42	33.82	41.51
		100	100	100	100	100	100	100	100

73	Si	20.31	15.22	21.92	22.63	23.16	19.38	33.33	20.75
	No	79.69	84.78	78.08	77.37	76.84	80.62	66.67	79.25
		100	100	100	100	100	100	100	100
74	Si	15.85	17.39	13.70	22.63	19.47	15.25	9.18	20.75
	No	84.15	82.61	86.30	77.37	80.53	84.75	90.82	79.25
		100	100	100	100	100	100	100	100
75	Si	55.08	48.55	50.00	66.42	55.26	54.01	55.07	67.92
	No	44.92	51.45	50.00	33.58	44.74	45.99	44.93	32.08
		100	100	100	100	100	100	100	100
76	Si	29.55	38.41	31.51	32.12	32.11	40.83	39.13	37.74
	No	70.45	61.59	68.49	67.88	67.89	59.17	60.87	62.26
		100	100	100	100	100	100	100	100
77	Si	39.17	32.61	45.89	47.45	34.21	46.51	46.86	52.83
	No	60.83	67.39	54.11	52.55	65.79	53.49	53.14	47.17
		100	100	100	100	100	100	100	100
78	Si	18.54	19.57	15.07	18.98	15.79	14.99	25.12	18.87
	No	81.46	80.43	84.93	81.02	84.21	85.01	74.88	81.13
		100	100	100	100	100	100	100	100
79	Si	19.56	16.67	20.55	17.52	20.00	17.83	17.39	15.09
	No	80.44	83.33	79.45	82.48	80.00	82.17	82.61	84.91
		100	100	100	100	100	100	100	100
80	Si	6.02	4.35	6.16	4.38	6.32	7.75	4.83	13.21
	No	93.98	95.65	93.84	95.62	93.68	92.25	95.17	86.79
		100	100	100	100	100	100	100	100
81	Si	7.36	10.14	6.16	2.19	7.37	7.49	14.01	7.55
	No	92.64	89.86	93.84	97.81	92.63	92.51	85.99	92.45
		100	100	100	100	100	100	100	100
82	Si	5.59	2.17	2.74	7.30	7.37	6.20	10.63	3.77
	No	94.41	97.83	97.26	92.70	92.63	93.80	89.37	96.23
		100	100	100	100	100	100	100	100
83	Acción	36.73	15.94	41.89	39.42	30.53	38.97	29.19	29.09
	Reflexión	63.27	84.06	58.11	60.58	69.47	61.03	70.81	70.91
		100	100	100	100	100	100	100	100

84	Lo Hace	96.30	94.93	97.26	96.35	96.32	93.02	97.10	100.00
	Otro lo h.	3.70	5.07	2.74	3.65	3.68	6.98	2.90	0.00
		100	100	100	100	100	100	100	100
85	Tranquilo y relajado	57.33	46.38	57.43	70.07	60.21	55.27	41.06	50.00
	Activo	42.67	53.62	42.57	29.93	39.79	44.73	58.94	50.00
		100	100	100	100	100	100	100	100
86	Esfuerzo	88.30	87.68	92.47	86.86	90.00	81.70	87.44	90.57
	Rinde	11.70	12.32	7.53	13.14	10.00	18.30	12.56	9.43
		100	100	100	100	100	100	100	100
87	Si	18.75	25.36	15.75	24.82	26.32	33.85	27.54	20.75
	No	81.25	74.64	84.25	75.18	73.68	66.15	72.46	79.25
		100	100	100	100	100	100	100	100
88	Siempre	84.20	95.65	72.60	71.53	84.74	80.88	94.69	88.68
	C/Siempre	13.43	4.35	25.34	26.28	12.63	18.35	2.42	11.32
	C/nunca	1.77	0	2.05	2.19	2.63	0.78	2.42	0
	Nunca	0.59	0	0	0	0	0	0.48	0
		100	100	100	100	100	100	100	100
89	Si	93.98	97.83	93.84	81.75	93.68	95.61	95.65	100.00
	No	6.02	2.17	6.16	18.25	6.32	4.39	4.35	0
		100	100	100	100	100	100	100	100
90	Enojado	24.37	21.19	27.78	34.78	29.49	29.68	13.08	21.79
	Grita	5.07	1.32	6.11	7.25	2.76	4.73	0.47	7.69
	Busca culpables	2.17	0.66	1.11	3.62	2.30	1.72	0.47	1.28
	Conversa	16.11	25.83	17.22	10.87	14.29	16.99	14.49	16.67
	Hace cuenta no hay problema	4.09	2.65	3.33	5.80	9.22	5.81	1.40	5.13
	Busca solución	30.38	33.11	21.11	19.57	26.27	22.37	51.87	28.21
	Pelea física	0.85	0.66	1.11	0	0	1.94	0	0
	Piensa	9.76	10.60	15.56	7.25	7.37	10.97	10.28	15.38
	Angustia	7.20	3.97	6.67	10.87	8.29	5.81	7.94	3.85
		100	100	100	100	100	100	100	100
91	Si	27.51	23.19	17.12	34.31	27.89	30.49	16.43	39.62
	No	72.49	76.81	82.88	65.69	72.11	69.51	83.57	60.38

		100	100	100	100	100	100	100	100
92	Si	28.69	28.26	18.49	33.58	26.84	33.07	36.23	39.62
	No	71.31	71.74	81.51	66.42	73.16	66.93	63.77	60.38
		100	100	100	100	100	100	100	100
93	Si	5.75	3.62	8.22	13.87	7.37	2.84	10.63	0.00
	No	94.25	96.38	91.78	86.13	92.63	97.16	89.37	100.00
		100	100	100	100	100	100	100	100
94	Si	2.10	3.62	5.48	7.30	3.68	1.03	7.25	0
	No	3.65	0.00	2.74	6.57	3.68	1.81	3.38	0
		5.75	3.62	8.22	13.87	7.37	2.84	10.63	0
95	Si	2.53	2.90	2.05	5.84	4.21	1.03	6.28	0
	No	3.22	0.72	6.16	8.03	3.16	1.81	4.35	0
		5.75	3.62	8.22	13.87	7.37	2.84	10.63	0
96	Si	3.33	2.90	4.79	10.22	5.26	2.07	6.28	0
	No	2.42	0.72	3.42	3.65	2.11	0.78	4.35	0
		5.75	3.62	8.22	13.87	7.37	2.84	10.63	0
97	Si	1.99	0.72	2.74	9.49	5.26	1.03	2.90	0
	No	3.76	2.90	5.48	4.38	2.11	1.81	7.73	0
		5.75	3.62	8.22	13.87	7.37	2.84	10.63	0
98	Si	3.44	2.90	5.48	6.57	5.79	2.07	4.83	0
	No	2.31	0.72	2.74	7.30	1.58	0.78	5.80	0
		5.75	3.62	8.22	13.87	7.37	2.84	10.63	0
99	Si	3.06	1.45	4.79	8.03	3.16	1.55	6.76	0
	No	2.69	2.17	3.42	5.84	4.21	1.29	3.86	0
		5.75	3.62	8.22	13.87	7.37	2.84	10.63	0
100	Si	1.77	1.45	2.74	5.84	2.63	0.78	5.80	0
	No	3.98	2.17	5.48	8.03	4.74	2.07	4.83	0
		5.75	3.62	8.22	13.87	7.37	2.84	10.63	0
101	Si	2.26	0.00	2.74	6.57	4.21	1.03	4.83	0
	No	3.49	3.62	5.48	7.30	3.16	1.81	5.80	0
		5.75	3.62	8.22	13.87	7.37	2.84	10.63	0

ANEXO VII

EXPERIENCIAS DE CAMPO

REGION METROPOLITANA

ZONA 1: foco alto de delincuencia y violencia. Apatía en las personas para dar información, debido a esto se encuestó en los diferentes establecimientos comerciales.

ZONA 2: se encontraron niveles altos de violencia y muy poca colaboración por parte de las personas.

ZONA 3: se observó bastante colaboración, se visitó asentamientos. En ésta área se hizo necesario contactar con los líderes de la comunidad. Esta población manifestó tener los recursos insuficientes para su sobrevivencia.

ZONA 4: se mostró ser una población bastante colaboradora.

ZONA 5: en esta zona se encontró mayor resistencia a proporcionar datos, así como también la mayoría de personas en las viviendas eran personas de la tercera edad. No se visitaron asentamientos, sólo los lugares accesibles en cuanto a seguridad.

ZONA 6: se observó bastante resistencia y una población con mayor foco de violencia y delincuencia.

ZONA 7: en las colonias populares se encontró bastante colaboración, solamente en las áreas residenciales se observó mucha resistencia y en algunas de estas colonias no autorizaron el ingreso. Los mismos vecinos de las colonias comentaban que en algunas de ellas (4 de febrero) ya cobraban el impuesto de guerra por parte de los mareros y son colonias consideradas de alto riesgo en violencia, asaltos y asesinatos.

ZONA 8: en esta zona regularmente se entrevistó a personas con ocupaciones técnicas en un ambiente tranquilo. Hubo mayor movimiento en establecimientos comerciales por el tipo de área en la que se encuentra.

ZONA 9: en este lugar hubo mayor colaboración por parte de las personas y se trabajó en un ambiente agradable.

ZONA 10: se evidenció resistencia porque generalmente la zona tiene residenciales y condominios con garitas de seguridad, lo que dificultó un poco el trabajo.

ZONA 11: a pesar de ser colonias residenciales, hubo buena aceptación a dar información. Aquí se presentó resistencia a dar información sobre ingresos económicos.

ZONA 12: en esta zona se encontraron colonias tipo residencial en donde no se encontró mucha colaboración. Por el contrario en las colonias populares hubo más accesibilidad y también focos de mayor violencia social.

ZONA 13: en las colonias residenciales no se obtuvo información con facilidad (Aurora I y II), siendo así que en las otras colonias no hubo mayor problema.

ZONA 14: se entrevistaron a personas en colonias populares donde no se evidenció ningún problema para obtener información.

ZONA 15: representó una de las áreas con foco de mayor desconfianza y resistencia a brindar información por ser una zona mayoritariamente tipo residencial, solamente atendían por intercomunicador y algunas personas ni siquiera salían a la puerta. Se presentó la necesidad de entrevistar a algunas personas que trabajaban en esa área ya que los residentes fue sumamente difícil que atendieran.

ZONA 16: se evidenció poca resistencia en las colonias populares. En las colonias residenciales como en otras áreas se observó mucha resistencia.

ZONA 17: se encontró mucha colaboración por parte de los residentes de esta zona.

ZONA 18: en esta área hay colaboración de parte de las personas en las colonias populares. En las residenciales se encontró resistencia. Hay colonias muy peligrosas, encontrándose mayor foco de violencia y temor por parte de los mismos integrantes de la comunidad.

MUNICIPIOS:

AMATITLAN: es un área con foco de violencia, se obtuvo colaboración por parte de las personas y los pobladores de los cantones y zona central, siendo muy amables. Se bajo el nivel de las preguntas por falta de comprensión. Hay comunidades que cuentan con organización para combatir la delincuencia.

FRAIJANES: es una población muy colaboradora, los mismos residentes comentan que es un lugar tranquilo. Se encuentra un ambiente agradable.

MIXCO: lugar que representa un foco de violencia, se siente un ambiente tenso y pesado, pero a pesar de esto los pobladores se portaron muy colaboradores, no siendo así en las áreas residenciales en donde se encontró cierta resistencia. En algunas colonias se tuvo la dificultad que no atendían en las viviendas o muchas veces se encontraban personas fuera del rango de edad.

PALENCIA: las personas fueron muy cordiales durante la obtención de la información. Existe un centro de salud tipo "A" que es muy accesible a la población. La gente convive en un ambiente tranquilo y se tuvo oportunidad de llegar más a cantones.

SAN MIGUEL PETAPA: la atención en el centro de salud es mínima y no llena sus necesidades básicas. La población se muestra ser colaboradora e interesada en el trabajo que se está realizando. Esta área es relativamente peligrosa, es un lugar en vías de abandono (sin estructura comunitaria). El acceso a salud es de alto costo. Se observaron varios asentamientos aledaños, lugar donde no se llegó.

SAN JOSE PINULA: en este lugar había evidentemente mucho movimiento comercial. Los cantones o colonias están alrededor del pueblo donde se aplicó la entrevista. Se observó colaboración por parte de los pobladores.

SAN JUAN SACATEPEQUEZ: en la aldea Sajcavilla se observó mucha colaboración por parte de los aldeanos y se encontró que tienen mucho conocimiento del campo psicológico. Esta población cuenta con un centro de atención psicológica de la USAC,

aunque les gustaría que el servicio mejorara. En las áreas centrales se encuestó en comercios y en viviendas, lugares de fácil acceso.

SAN PEDRO AYAMPUC: la mayoría de las personas son de escasos recursos, según la estructura de las viviendas, son muy unidos, bastante colaboradores a la encuesta. Es un lugar que está en vías de abandono a pesar de estar cerca del perímetro capitalino; el centro de salud brinda atención adecuada pero solamente en casos de emergencia.

SAN PEDRO SACATEPEQUEZ: la población al inicio de las encuestas se mostró resistente pero luego se tornaban bastante colaboradores. Se tuvo la oportunidad de que externarán sus quejas en relación a los servicios de salud.

SANTA CATARINA PINULA: cuenta con difícil accesibilidad debido a la carretera hacia este municipio. La mayoría de lugares donde se encuestó eran anexos de colonias y lugares relativamente lejanos.

VILLA CANALES: este lugar fue afectado por la tormenta Stan y las personas se mostraron temerosas por esta situación, sin embargo colaboraron a responder la encuesta mostrándose serviciales. El centro de salud presta un servicio adecuado.

VILLA NUEVA: se consideran estas colonias de alto riesgo, por referencias de los pobladores, comentaban que en algunos lugares ya solicitan el impuesto de guerra. Se tuvo la oportunidad de observar maltrato infantil a lo cual se hizo la denuncia a la defensoría de la niñez, sin saber hasta el momento si se obtuvo alguna respuesta a la misma, como también nos referían incidentes de maltrato intrafamiliar. Una unidad de análisis dejó incompleta la encuesta por considerar que eran preguntas muy personales.

REGION NORTE

ALTA VERAPAZ: en esta área se visitaron zonas centrales en donde se observó mucha resistencia al negarse a colaborar en las viviendas, por lo que se hizo necesario encuestar en comercios. En los municipios, las personas fueron muy colaboradoras y algunas muy cordiales. Aquí se encontró la limitante del lenguaje y hubo necesidad de utilizar traductores. Los lugares son muy distantes, algunos con camino de terracería y surgieron

algunos problemas de transporte por el horario. Se cambiaron dos municipios asignados por cuestión de distancia.

BAJA VERAPAZ: las personas son muy humildes y amables, cooperaron en su mayoría, observándose muy poca resistencia. Se encontró problemas por la distancia entre los lugares de aplicación ya que las carreteras eran muy peligrosas.

REGION NOR-ORIENTE

ZACAPA: en Teculután las personas fueron muy colaboradoras. En Zacapa son enreídas y poco colaboradoras. En Gualán las personas son humildes y accesibles. En este departamento se cambió el municipio de La Unión porque es un lugar de difícil acceso, poco transporte y muy lejano. Los tres municipios a los que se visitó cuentan con un centro de salud que brindan un servicio adecuado.

EL PROGRESO: las personas en este departamento son muy amables y receptivas, colaboradoras y mucho más accesibles a comparación del área metropolitana. Viven en un ambiente tranquilo.

CHIQUMULA: en esta área las personas son serviciales y colaboradoras mostrando mucho interés en la entrevista. En San Jacinto son amigables a pesar de que la urbanización está un tanto alejado pero cuentan con todos los servicios dentro del pueblo. En Quetzaltepeque son colaboradoras, sencillas y de pocos ingresos. En Esquipulas las personas son colaboradoras y serviciales. Los cuatro municipios cuentan con centro de salud y el servicio es aceptable. En este departamento se cambiaron dos municipios debido a la tormenta Stan.

IZABAL: las personas son colaboradoras, accesibles y presentaron interés a la investigación. En la cabecera departamental existe mayor índice de violencia, pero a pesar de esto el ambiente fue agradable en todos los municipios.

REGION SUR-ORIENTE

JALAPA: las personas son muy humildes, pero poco colaboradoras; manifestaron que es un pueblo olvidado. La economía se centra en la cabecera departamental y el centro de salud ayuda en la medida de sus posibilidades. En San Pedro Pinula los pobladores tienen poco acceso a comodidades y los servicios son limitados, la carretera es de terracería, es un pueblo pequeño, aparentemente pobre y el puesto de salud atiende adecuadamente. Se omitió un municipio por no ser accesible a consecuencia de la tormenta.

JUTIAPA: el área central si manifiesta violencia principalmente los asaltos. Se encontró colaboración de parte de las personas en Asunción Mita, no siendo difícil su acceso a comparación de Moyuta en donde sí se hizo difícil el ingreso al municipio, pero a pesar de esto las personas se portaron colaboradoras y serviciales.

SANTA ROSA: se visitó Cuilapa en donde se evidenció un poco de resistencia por parte de las personas. En Barberena se mostraron colaboradores, serviciales, atentos y manifestaron sufrir violencia. En Chiquimulilla se hizo difícil el acceso, encontrándose por parte de la población colaboración y a la vez indicaron que se presenta la violencia en su área con muy poca frecuencia.

REGION CENTRAL

ESCUINTLA: el área central en este departamento presenta un foco de violencia y el ambiente es muy tenso. En las áreas aledañas se observó mucha colaboración. En Santa Lucía Cotzumalguapa se encontró mucha colaboración y la población tuvo la oportunidad de manifestar su descontento hacia el servicio de salud. En Nueva Concepción fue difícil el acceso por la distancia, aunque las personas son bastante amables y colaboradoras, considerando la necesidad de mejorar el servicio de salud mental en su comunidad, ya que algunas personas tienen que viajar hasta el Hospital de Salud Mental en la zona 18 de la ciudad para ser atendidos.

SACATEPEQUEZ: los municipios en los que se dio mayor resistencia fueron Santiago y San Lucas Sacatepéquez, las viviendas eran atendidas solo por niños y algunos negaban a sus padres, encontrándose con la limitante de que era día de mercado. En los otros

municipios se percibía tranquilidad, las personas se portaron bastante cordiales y colaboradoras.

CHIMALTENANGO: las personas fueron bastante colaboradoras e interesadas en la encuesta. En Comalapa el día de aplicación fue día de mercado, por lo que se tornó un poco peligroso, manifestando que recientemente hubieron violaciones en el transporte colectivo y también indicaron que no se brinda un buen servicio de salud por falta de medicamentos. En la mayoría de municipios se bajó el nivel del lenguaje en las preguntas. El área central del departamento se observó más peligrosa y se dio la limitante de la distancia entre uno y otro municipio, además que los horarios de transporte eran muy limitados. En los municipios de Patzún y Tecpán fue difícil el acceso debido a la falta de transporte.

SUR-OCCIDENTE

SUCHITEPEQUEZ: en Patulul las personas son de pocos recursos económicos, pero son colaboradoras y consideran que el centro de salud presta buen servicio. En San Antonio Suchitepéquez son humildes y serviciales. En Mazatenango las unidades de análisis son colaboradoras. En general en el departamento se observó personas pobres, humildes y con poco acceso a comodidades. Cuentan con un hospital y servicios del IGSS. Se cambiaron los municipios de Río Bravo y San Juan Suchitepéquez por ser lejanos, de difícil acceso y con poco transporte.

SOLOLA: en esta población hubo bastante colaboración por parte de la mayoría de personas. Se encontró un poco de resistencia en la cabecera departamental. En Santa Catarina Ixtahuacán, se tuvo la limitante del idioma ya que pocas personas hablan el español siendo necesario llamar a un traductor. No se tuvo acceso al municipio de Santiago Atitlán debido a que fue afectado por la tormenta Stan.

SAN MARCOS: las personas colaboraron en brindar información sin presentar mayor problema. Se modificaron los municipios de aplicación por los derrumbes y secuelas de la tormenta Stan, que dificultó la accesibilidad a algunos municipios. Se observó bastante colaboración y amabilidad además de percibirse un ambiente de tranquilidad y en una mínima parte se presentó resistencia.

RETALHULEU: en este departamento las personas se mostraron cordiales y colaboradoras, así como accesibles al contestar las boletas. Se observó un ambiente muy tranquilo aunque en la cabecera departamental comentaron ser afectados eventualmente por maras.

TOTONICAPAN: en este lugar se encontró amabilidad y colaboración por parte de las personas, en la cabecera departamental se encontró un poco de resistencia. A pesar de que los pobladores hablaban su lengua materna el lenguaje no fue una dificultad para poder entablar la entrevista, siendo así que se tuvo que bajar el nivel de las preguntas para su comprensión.

QUETZALTENANGO: se encontró colaboración en la mayoría de personas, exceptuando en la cabecera departamental en donde se observó bastante resistencia al negarse a colaborar en brindar información, comparando este fenómeno en igual magnitud con la ciudad capital. En Colomba los habitantes manifestaron sufrir violencia. En San Juan Ostuncalco refirieron que una semana anterior a la encuesta se había dado un linchamiento, por lo que las personas se mostraron cautelosas y suspicaces al contestar algunas preguntas. En Coatepeque por ser zona comercial la población comentó sufrir más de asaltos.

REGION NOR-OCCIDENTE

QUICHE: este fue uno de los departamentos más afectados por la tormenta Stan y algunas arterias principales estaban bloqueadas lo cual provocaba los embotellamientos de tránsito. La población se portó receptiva hacia las entrevistas. Para viajar a los municipios asignados se madrugó debido a la distancia a la que se encontraban las poblaciones. En el desarrollo de las entrevistas hubo una unidad de análisis de aproximadamente 50 años que manifestó haber perdido a sus once hermanos durante el conflicto armado y que solo él y su padre que actualmente tiene 135 años lograron sobrevivir. En el municipio de Chichicastenango la mayoría de los entrevistados fueron jóvenes de 18 años. Para llegar al municipio de Nebaj existió la dificultad de viajar trasbordando. En el municipio de Playa Grande Ixcán se dio el mismo fenómeno porque es uno de los municipios más distantes de Quiché, entrando por el departamento de

Cobán, fue muy difícil entrevistar en ese municipio porque no es muy accesible, y el centro de salud está a varios kilómetros del centro del pueblo.

HUEHUETENANGO: para trasladarse al municipio de Barillas la carretera es de terracería encontrándose lodoso porque recientemente había pasado la tormenta Stan y hasta los pick-ups de doble tracción se quedaban varados. En el municipio de San Mateo Ixtatán fue muy difícil trabajar porque se encontraron problemas de lenguaje, cultura y resistencia. En Cuilco la población fue muy receptiva, a pesar que fue una de las áreas más afectadas por la tormenta Stan. En Jacaltenango las personas fueron cordiales realizando las entrevistas sin ninguna dificultad y la mayoría de ellas fueron adolescentes que estudiaban magisterio, porque sus padres se encontraban trabajando. En resumen uno de los comentarios que hicieron en los últimos dos municipios es que en estos lugares circula mucho el narcotráfico y esto representa una fuente de ingresos para muchos pobladores que en su mayoría son gente de pocos recursos económicos. En la cabecera departamental los pobladores presentaron un poco de resistencia al inicio de la encuesta pero poco a poco se fueron interesando. En Chiantla, se observó un ambiente tranquilo y agradable y las personas fueron muy receptivas, amigables y respetuosas.

REGION PETEN:

EL PETEN: en ésta área se encontró bastante colaboración por parte de los pobladores a responder las encuestas. En Flores se encontró un poco de resistencia pero sin embargo se obtuvo toda la información necesaria. En este mismo municipio así como en San Francisco se observó un ambiente tranquilo y una buena organización comunitaria. En Sayaxché fue un poco difícil el acceso por la distancia a la que se encuentra la población pero los pobladores fueron bastante amables. Se visitó el municipio de San Benito a pesar de ser un lugar considerado como zona roja debido a los altos índices de violencia, el cual se cambió por San Andrés debido a la falta de recurso económico y transporte ya que su ingreso es por vía marítima utilizando barcos privados.

ANEXO VIII

EL MANUAL DEL ENTREVISTADOR

El lector encontrará en el presente manual una guía práctica, el manual muestra como recopilar información útil y evaluarla. Por lo que se dan a conocer las instrucciones a seguir para llevar a cabo la aplicación de la boleta, presentando las categorías (5) y los ítems (101) que contiene el instrumento, así mismo se explica la forma en que se evaluará cada ítem y la manera en que se presentarán los resultados.

Como objetivo principal se pretende que el lector manipule el instrumento, así como la forma más práctica de abordar las unidades de análisis (entrevistados). Para ello se ejemplifican los ítems de manera diferente para que el encuestado tenga una idea más clara de lo que se le cuestiona sin perder la esencia del ítem, esto debido a que se considero el contexto social de la población guatemalteca.

INSTRUCCIONES PARA APLICACIÓN DE LA BOLETA

Indicar al entrevistado la garantía de que sus respuestas quedarán en el anonimato, por lo que se le pedirá que sea lo más sincero posible, ya que su opinión será de gran importancia para el estudio que se está realizando. Se le informará que la entrevista tendrá una duración de quince minutos (15) aproximadamente.

INSTRUCCIONES PARA EL ENCUESTADOR

1. En la boleta de aplicación el encuestador encontrará un símbolo en forma de llave, lo que significa que si la respuesta es positiva, se deberá continuar con el bloque siguiente de preguntas al trastorno que le corresponde y en caso de que la respuesta sea negativa, automáticamente se pasará al siguiente apartado.
2. Cuando se tenga la necesidad de anotar una respuesta inversa colocar solamente un asterisco al margen izquierdo y después de concluir la aplicación el encuestador deberá colocar la verdadera respuesta en el apartado correspondiente.
3. Cuando alguna pregunta tiene opción de otros y el entrevistado da una respuesta que no aparece en la boleta de aplicación el encuestador deberá colocar textualmente lo que indique el encuestado.

DISTRIBUCIÓN DE LAS CATEGORÍAS EN RELACIÓN A LA BOLETA DE APLICACIÓN

Las preguntas de la siguiente boleta están divididas y distribuidas en las siguientes categorías:

1. DATOS GENERALES

Inicia de la pregunta 1 a la 8, en esta categoría se pretende determinar las características de la población.

2. NIVEL FAMILIAR

Inicia de la pregunta 9 a la 14, en esta categoría se pretende determinar los tipos de familia, la convivencia familiar y el maltrato infantil.

3. NIVEL SOCIO ECONÓMICO

Inicia de la pregunta 15 a la 29, en esta categoría se pretende correlacionar los datos que se obtendrán con las diferentes categorías.

4. NIVEL FÍSICO GENERAL

Inicia de la pregunta 30, en la pregunta 31 se encontrara el símbolo de llave extensiva para la pregunta 32 y las preguntas 33, 34 y 35 se deberán realizar independientemente de la respuesta obtenida de la pregunta 31. En esta categoría se pretende evaluar el nivel físico de la población, para correlacionarlo con las diferentes categorías.

5. NIVEL PSICOPATOLÓGICO

Se pretende evaluar si existen posibles tendencias a las diferentes patologías. Y así mismo brindarán indicadores de varios trastornos. Inicia de la pregunta 36 a la 101, se subdivide en los siguientes apartados:

5.1 Trastorno del sueño

La pregunta llave es la 36, si su respuesta es afirmativa sigue con la pregunta 37 hasta la 46. Si la respuesta es negativa se omiten las preguntas 37 a la 46.

5.2 Trastorno alimenticio

La pregunta llave es la 47, si su respuesta es afirmativa continúe con la pregunta 48 a la 54. Si la respuesta es negativa se omite este bloque de preguntas. Se deberá considerar que la pregunta 54 se realizara solamente a personas del género femenino.

5.3 Trastorno por abuso de sustancias

La pregunta llave es la 55, si su respuesta es afirmativa sigue con la pregunta 56 a la 64. Si la respuesta es negativa se omiten las preguntas 56 a la 64.

Preguntas sobre sondeos de enfermedades mentales de la 65 a la 67.

Trastorno de ansiedad:

Comprende de la pregunta 68 a la 75.

Trastorno de depresión:

Comprende de la pregunta 76 a la 82

Características de personalidad:

Comprende de la pregunta 83 a la 90.

Trastorno obsesivo-compulsivo:

Comprende la pregunta 91 a la 92.

5.4 Trastorno psicótico

La pregunta llave es la 93, si la respuesta es afirmativa sigue con la pregunta 94 hasta la 101. Si la respuesta es negativa se omiten las preguntas de la 94 a la 101.

1	PROFESIONALES	2	TECNICOS	3	TRABAJADORES DEL SECTOR PRIVADO	4	SERVIDORES PUBLICOS	5	TRABAJADORES AGRARIOS
	Administrador		Albañil		Agente Seguridad		Ayudante de tortillería		Agricultor
	Asesor		Auxiliar de Enfermería		Bananera		Ayudante de Camioneta		Jornalero
	Encargado de Hotel		Bombero		Bodeguero		Cargador		Labrador
	Facilitador Social		Carpintero		Cajero		Comerciante		Obrero
	Farmacéutico		Costurera		Camarera		Domestica		
	Informática		Cultora de B.		Dependiente		Oficios Domésticos		
	Ingeniería Agrónoma		Electricista		Ebanista		tortillería		
	Ingeniería Civil		Encargado de Negocio		Emplasticador Verduras		Vendedor		
	Jefe agencia		Enfermera		Mesera				
	Locutora		Fotógrafo		Molinero				
	Maestra		Herrero		Oficinista				
	Medico		Jardinero		Operador Computación				
	Periodista		Mecánico		Operario				
	Prof. Ense. Media		Panadero		Perito Contador				
	Promotora Social		Pastor evangélico		Receptor - Pagador				
	Promotor créditos		Piloto		Secretaria				
	Técnico Laboratorista		Sastre		Tejedora				
	Trabajo Social		Taxista						
			Técnico oper. Comput.						
			Técnico Tornero						
6	AMA DE CASA	7	ESTUDIANTE	8	OTROS				
	Ama de casa		Estudiante		Ninguna				

DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE ITEMS DE LA BOLETA

A continuación se describen las categorías con sus respectivos ítems, de los mismos se realizan observaciones al momento de aplicar la boleta.

CATEGORÍA / No. DE ITEM	ITEM	OBSERVACIONES
Datos Generales Ítem del 1 al 8	1.- EDAD,	1: Se tomara en cuenta hombres y mujeres entre un rango de edad de 18 a 59 años.
	2.- SEXO,	2: en este ítem se determina el género al que pertenece la persona, es dicotómico. Pregunta en la cual el entrevistador observará sin necesidad de realizarlas.
	3.- ETNIA,	3: preguntar directamente al encuestado a que grupo cultural pertenece.
	4.- ESTADO CIVIL,	4: el entrevistador lo clasificará dentro de las categorías que establece la boleta.
	5.- LUGAR,	5: el lugar se colocará a mano de la siguiente manera: en los departamento: el municipio en donde se aplicará la boleta y en el departamento de Guatemala la zona del área urbana. Pregunta en la cual el entrevistador observará sin necesidad de realizarlas.
	6.- OCUPACIÓN,	6: este ítem es más extenso porque hay una diversidad de ocupaciones, se menciona el tipo. (ver ocupaciones en la hoja final del presente manual).
	7.- ESCOLARIDAD,	7: se preguntará hasta que grado cursó y se codificará de la siguiente forma: 1= primero a sexto primaria 2= primero a tercero básico 3= diversificado, cualquier carrera o estudio técnico 4= universitario de primer semestre hasta el graduado y post-grado, 5 = ningún grado cursado
	8.- RELIGIÓN.	8: en esta pregunta según sea la religión se colocará solamente las iniciales.

<p>Nivel Familiar Ítem del 9 al 14</p>	<p>9.- ¿Regularmente conversa y comparte experiencias con su familia? SI _____ NO _____</p> <p>10.- Personalmente gusta más de: - Estar en el trabajo, - Compartir con amigos / as, -Hacer deporte, - Compartir con su familia, - Estar solo.</p> <p>11.- ¿De qué manera ha observado que se corrige a los niños en la comunidad? - Conversan con ellos, - Los regañan, - Les gritan, -Les pegan, - Los encierran, - Les quitan privilegios, - Otros.</p> <p>12.- ¿Cómo considera usted que sea la forma correcta de resolver problemas o diferencias en el hogar? - Dialogar, - Gritar, - Pelear, - Agredir verbalmente, -Agredir Físicamente, - Agredir Psicológicamente.</p> <p>13.- ¿De qué manera cree usted que se corrige a los hijos? -Palos, - Cinchos, -Manos, -Correas, - Otros.</p> <p>14.- ¿Qué integrantes de su familia viven con usted? Papá, - Mamá, - Cónyuge, - Hijos, -Padrastra, - Madrastra, - Hermanos, -Abuelos, - Suegos, - Cuñados, - Tíos, -Sobrinos, -Otros.</p>	<p>9: Pregunta que se dejará abierta para que las personas proyecten sus respuestas.</p> <p>10:Pregunta que se dejará abierta para que las personas proyecten su respuesta. El entrevistador la clasificará dentro de las alternativas que establece la boleta.</p> <p>11:Pregunta que se dejará abierta para que las personas proyecten su respuesta. (El entrevistador la clasificará dentro de las alternativas que establece la boleta).</p> <p>12:Pregunta que se dejará abierta para que las personas proyecten sus respuestas. El entrevistador las clasificará dentro de las alternativas que establece la boleta.</p> <p>13:Pregunta que se dejará abierta para que las personas proyecten sus respuestas. El entrevistador las clasificará dentro de las alternativas que establece la boleta.</p> <p>14:Pregunta que se dejará abierta para que las personas proyecten sus respuestas. El entrevistador las clasificará dentro de las alternativas que establece la boleta.</p>
<p>Nivel Socio-económico Ítem del 15 al 29</p>	<p>15.- ¿Recibe ayuda de algún organismo privado o público? Si: _____ No:_____</p> <p>En caso positivo ¿de qué forma la recibe? Económica:___ Atención en salud:___ Otra:_____</p> <p>16.- ¿Tiene usted apoyo económico de algún pariente o familiar? Si: _____ No:_____</p> <p>17.- ¿Hay personas que ayudan o que prestan un servicio de salud en su</p>	<p>15: cuando se realiza esta pregunta especificar si es ayuda económica o atención en salud. La ayuda económica incluye medicamentos, consultas clínicas y laboratorios. En la opción otros, se colocarán las ayudas en especie como animales.</p> <p>16: el apoyo económico incluye: dinero, recursos materiales y ayuda en especie.</p> <p>17: hace referencia a la ayuda colectiva que se ofrece dentro de la comunidad y a la situación laboral actual.</p>

	<p>comunidad? Si: _____ No: _____</p> <p>18.-¿Existe un comité o asociación en su comunidad? Si: ___ No:___ Cuál: _____</p> <p>19.- Actualmente ¿cuál es su situación laboral? Empleado: ___ Desempleado: _____</p> <p>20.- ¿Qué tipo de trabajo posee? Formal:_____ Informal:_____</p> <p>21.-¿De qué está construida la casa en donde vive? Block:_____ Lámina:_____ Madera:_____ Otro:_____</p> <p>22.- ¿El lugar en dónde vive es considerado cómo? Barrio:___Asentamiento:___Residencial:___ Colonia:___Cantón:___Aldea:___Parcelamiento:___Finca:___Caserío:___Otro:___</p> <p>23.-Su vivienda es: Propia:_____Alquilada:_____Otra:_____</p> <p>24.- ¿Sabe leer? Si:___No:___ ¿Sabe escribir? Si:___ No:_____</p> <p>25.-Su ingreso económico mensual se encuentra ubicado: Menos de Q.400 _____ De Q401 a Q600: _____ De Q601 a Q800: _____ De Q801 a Q1000: _____ De Q1001 a Q1500: _____</p>	<p>18: hace referencia a la ayuda colectiva que se ofrece dentro de la comunidad.</p> <p>19: hace referencia a la situación laboral actual. Es una pregunta dicotómica para definir si la persona posee empleo o está desempleada, al contestar que posee empleo se continúa con el ítem 20, de lo contrario se omite este.</p> <p>20: el trabajo formal incluye, labor en cualquier entidad pública o privada, en la agricultura y comercio fijo. El trabajo informal incluye todo aquel trabajo que no entre en el trabajo formal.</p> <p>21: en este ítem se describe si la construcción es de un tipo o combinada. Preguntas en las cuales el entrevistador observará sin necesidad de realizarlas. Se colocará en la alternativa otros, los materiales que no aparecen en la clasificación.</p> <p>22: Preguntas en las cuales el entrevistador observará sin necesidad de realizarlas.</p> <p>23: Especificar en otros: si es vivienda de un familiar o cualquier otro tipo que no sea propia o alquilada.</p> <p>24: esta pregunta hacerla solamente si la persona responde que no tiene ningún grado de escolaridad.</p> <p>25: si el entrevistado no tiene ingreso fijo pedirle que haga un aproximado de sus ingresos.</p>
--	---	--

	<p>De Q1501 a Q2000: _____ De Q2001 a Q3000: _____ De Q3001 a Q4000: _____ De Q4001 y más: _____</p> <p>26.- ¿Su ingreso económico, le permite hacer ahorros? Si: _____ No: _____</p> <p>27.- ¿Con qué frecuencia se dan los actos de violencia en su comunidad? Diario: _____ Cada semana: _____ Cada 15 días: _____ Cada mes: _____ Nunca: _____</p> <p>28.- ¿Qué tipo de violencia puede observar entre sus vecinos? Violaciones: _____ Asaltos: _____ Secuestros: _____ Violencia Intrafamiliar _____ Asesinatos: _____ Linchamientos: _____ _____ Otros: _____</p> <p>29.- ¿Usted fue afectado por el conflicto armado interno? Si: _____ No: _____</p>	<p>26: Este dato va relacionado con el ítem anterior, independientemente del sueldo que tenga el entrevistado.</p> <p>27: interpretar el término frecuencia y cambiarla por cada cuanto. Pregunta que se dejará abierta para que las personas proyecten sus respuestas. El entrevistador las clasificará dentro de las alternativas que establece la boleta.</p> <p>28: Pregunta que se dejará abierta para que las personas proyecten sus respuestas. El entrevistador las clasificará dentro de las alternativas que establece la boleta.</p> <p>29: La respuesta de este ítem, dependerá mucho de la edad del entrevistado.</p>
<p>Nivel Físico General Ítem del 30 al 35</p>	<p>30.- ¿Cómo considera en general su salud? Muy buena: _____ Buena: _____ Regular: _____ Mala: _____</p> <p>31.- ¿Tiene usted limitaciones de salud o alguna enfermedad que le provoque alguna discapacidad física o le esté afectando actualmente? Si: _____ No: _____ Cuál: _____</p> <p>32.- ¿Ha recibido algún tratamiento para su enfermedad? Si: _____ No: _____ Cuál: _____</p> <p>33.- Cuando usted está enfermo</p>	<p>30: Pregunta que se dejará abierta para que las personas proyecten sus respuestas. El entrevistador las clasificará dentro de las alternativas que establece la boleta.</p> <p>La pregunta se refiere al saber si hay algún problema de salud que no le permite hacer lo que siempre hace y anotar todo tal como lo dice el entrevistado. En la pregunta 31 se encontrara el símbolo de llave extensiva para la pregunta 32 y las preguntas 33, 34 y 35 se deberán realizar independientemente de la respuesta obtenida de la pregunta 31.</p> <p>32: este dato va relacionado con el ítem anterior, anotar todo tal como lo dice el entrevistado, si la respuesta a la pregunta anterior fue <u>SI</u>.</p> <p>33: es una pregunta de respuesta</p>

	<p>físicamente ¿a dónde acude para recibir ayuda? Comadrona:___Curandero:___ Centro de Salud:___Clínica Privada:___Puesto de Salud___Hospital Público:___ IGSS:___Sanatorio:_____Otros:_____</p> <p>34.- Para costear sus gastos, en caso de enfermedad, ¿usted qué hace? Usa sus ahorros: ___Presta dinero:___ Usa de su sueldo: ___Tiene seguro médico:___Tiene dinero destinado para enfermedades:___Otro:_____</p> <p>35.- Cuando se enferma, ¿cuánto tiempo necesita para trasladarse al lugar en donde está la persona que lo atiende? 1-3 horas:___ 4-7 horas: ___ 8-12 horas:_____ 1 día:_____ 2-3 días:_____ 5 días o más:_____</p>	<p>múltiple donde cada persona definirá el lugar a donde asiste. Anotar las opciones tal y como las indica el entrevistado.</p> <p>34: es una pregunta de respuesta múltiple en donde se anotará la opción que indique el entrevistado.</p> <p>35: se evalúa el tiempo y la accesibilidad a los servicios de salud que cada persona debe invertir para recibir atención en salud.</p>
<p>Nivel Psicopatológico</p> <p>TRASTORNO DEL SUEÑO Ítem del 36 al 46</p>	<p>36.- ¿Tiene usted alguna dificultad para dormir durante toda la noche? Sí _____ No_____</p> <p>37.- ¿Se despierta varias veces por la noche? Si: _____ No:_____</p> <p>38.- ¿Se siente descansado después de dormir? Sí: _____ No:_____</p> <p>39.- ¿Le cuesta conciliar el sueño al acostarse? Sí _____No:_____</p> <p>40.- ¿Camina dormido por la noche? Sí: _____ No:_____</p> <p>41.- ¿Su sueño es interrumpido por pesadillas? Sí:_____ No:_____</p>	<p>36: si la respuesta es <u>NO</u> pasar al ítem 47. Si la respuesta es <u>SI</u>, realizar los ítems de la 37 a la 46. Hacer la observación que no se refiere a problemas orgánicos, si es así catalogar la respuesta como no.</p> <p>37: se trata de inferir si hay tendencia al insomnio. Si la respuesta es ambigua, indagar para clasificarla en una de las dos alternativas.</p> <p>38: se trata de inferir si hay tendencia al insomnio. Si la respuesta es ambigua, indagar para clasificarla en una de las dos alternativas.</p> <p>39: se trata de inferir si hay tendencia al insomnio. Si la respuesta es ambigua, indagar para clasificarla en una de las dos alternativas.</p> <p>40: se trata de inferir si hay tendencia al sonambulismo. Se debe realizar, preguntando si alguien ha observado esa conducta en la persona que se está entrevistando.</p> <p>41: las pesadillas no deben ser exceso de comida o por ver</p>

	<p>42.- ¿Frecuentemente le da sueño irresistible aunque esté en alguna actividad? Sí:_____ No:_____</p> <p>43.- ¿Tiene sueño durante el día y por la noche no duerme? Sí:_____ No:_____</p> <p>44.- ¿Le han comentado que cuando usted duerme rechina los dientes? Sí:_____ No:_____</p> <p>45.- ¿Sabe usted si habla dormido? Sí:_____ No:_____</p> <p>46.- ¿Duerme más de nueve horas diarias? Sí:_____ No:_____</p>	<p>programas de televisión, si son por estas razones colocar la respuesta como no.</p> <p>Ítem 42: se refiere a un sueño repentino que no se puede evitar en cualquier hora del día. Especificar que no sea por desvelos o cansancio físico.</p> <p>43: se trata de indagar si hay dificultades en el ritmo circadiano. Si la respuesta es ambigua, clasificarla en una de las dos alternativas.</p> <p>44: se trata de conocer si hay tendencia al Bruxismo. Se debe cuestionar al entrevistado si alguna persona le ha observado esa conducta.</p> <p>45: se trata de averiguar si hay tendencia al sonambulismo. Se debe cuestionar al entrevistado si alguna persona le ha observado esa conducta.</p> <p>46: se trata de inferir si hay tendencia a la hipersomnia. Si la respuesta es ambigua, indagar para clasificarla en una de las dos alternativas.</p>
<p>TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION Ítem del 47 al 54</p>	<p>→ 47.- ¿Frecuentemente se ha preocupado mucho por su apariencia física, tanto que tiene problemas en el consumo de sus alimentos? Sí:_____ No:_____</p> <p>48.- ¿Está satisfecho(a) con su peso actual? Si: _____ No:_____</p> <p>49.- ¿Se siente culpable cuando usted ha comido mucho? Si: _____ No:_____</p> <p>50.- ¿Usted constantemente hace</p>	<p>47: si la respuesta es <u>NO</u>, pasar al ítem 55. Si la respuesta es <u>SI</u> realizar los ítems del 48 al 54. Esta pregunta se refiere a la preocupación exagerada que tiene la persona en relación a su peso. Considerar que el ítem 54 se debe realizar solamente al género femenino.</p> <p>48: se trata de inferir si hay una tendencia a la anorexia o bulimia. Si la respuesta es ambigua, indagar para clasificarla en alguna de las dos alternativas.</p> <p>49: se trata de inferir si hay una tendencia a la bulimia. Si la respuesta es ambigua, indagar para clasificarla en alguna de las dos alternativas.</p> <p>50: se trata de inferir si hay una</p>

	<p>dietas para bajar de peso? Sí: _____ No: _____</p> <p>51.- ¿Usted hace ejercicio más de cuatro horas diarias? Sí:____ No:____</p> <p>52.-Después de que usted come ¿se provoca el vomito? Sí:____ No:____</p> <p>53.- ¿Utiliza usted laxantes de dos a tres veces por semana? Sí:___ No:___</p> <p>54.- ¿Ha tenido ausencia de su ciclo menstrual durante tres meses seguidos o más? Sí:_____ No:_____</p>	<p>tendencia a la anorexia. Si la respuesta es ambigua, indagar para clasificarla en alguna de las dos alternativas.</p> <p>51: se trata de inferir si hay una tendencia a la bulimia. Si la respuesta es ambigua, indagar para clasificarla en alguna de las dos alternativas.</p> <p>52: se trata de inferir si hay una tendencia a la bulimia. Si la respuesta es ambigua, indagar para clasificarla en alguna de las dos alternativas.</p> <p>53: especificar que no sea por problemas orgánicos, embarazo, métodos anticonceptivos y si es así colocar <u>NO</u> en la respuesta.</p> <p>54: especificar que no sea por problemas orgánicos, embarazo, métodos anticonceptivos y si es así colocar <u>NO</u> en la respuesta.</p>
<p>TRASTORNO POR ABUSO DE SUBSTANCIAS Ítem del 55 al 64</p>	<p>8→ 55.- ¿Usted consume o ha consumido alguna de las siguientes sustancias? Tabaco_____Alcohol_____ Drogas_____ Ninguna_____</p> <p>56.- ¿Con qué frecuencia consume usted éstas sustancias? Diario____ Semanalmente____Quincenalmente____ Mensualmente____</p>	<p>55: Si la respuesta es <u>NINGUNA</u> pasar al ítem 65. Si la persona responde que consumió la sustancia pero que actualmente ya no la consume pasar al ítem 65. Si la respuesta es <u>TABACO</u> realizar el ítem 56 y se pasa al ítem 65. En este ítem se tomará en cuenta si la persona consume la sustancia actualmente, si la respuesta abarca un período de tres veces al año se tomará como nunca. Si la respuesta no está dentro de las opciones indagar para que el entrevistado de un tiempo específico. Si la persona consume <u>ALCOHOL</u> se realizan los ítems 56, 57, 58, 59, 60, 61 y 64; luego se pasa al ítem 65. Si la respuesta es <u>DROGAS</u> realizar los ítems 56, 57, 62, 63, y 64 luego continuar con el ítem 65.</p> <p>56: pretende inferir la frecuencia del consumo de la sustancia. Si la respuesta es ambigua, indagar para clasificarla en alguna de las alternativas.</p>

	<p>57.- ¿Con frecuencia ha tenido momentos durante los cuales ha hecho cosas que luego no recuerda haber hecho? Si: _____ No:_____</p> <p>58.-¿Con frecuencia ha estado en riñas o lo han detenido estando ebrio? Si: _____ No:_____</p> <p>59.- ¿Continúa bebiendo a pesar de saber que esto le causa problemas de salud físicos o mentales? Si: _____ No:_____</p> <p>60.- En los momentos en que usted ha tomado alcohol, ¿terminó bebiendo más de lo que planeó cuando comenzó? Si: _____ No:_____</p> <p>61.-Cuando usted asiste a una reunión, ¿creé que es indispensable que haya alcohol? Si: _____ No:_____</p> <p>62.- ¿Ha consumido usted alguna droga? Si_____ No_____</p> <p>Si su respuesta fue afirmativa, especifique: Thiner/pegamento:_____ Marihuana:___ Cocaína:___ Otra:___</p> <p>63.- ¿Alguna vez ha querido dejar de consumir drogas, pero no ha podido? Si: _____ No:_____</p> <p>64.- ¿Creé usted que el consumo de drogas o alcohol le ayuda a superar sus problemas? Siempre:_____Casi siempre:_____ Algunas veces:_____ Nunca:_____</p>	<p>57: este ítem se realizará solamente si la persona consume alcohol con cierta frecuencia.</p> <p>58: este ítem se realizará solamente si la persona consume alcohol con cierta frecuencia.</p> <p>59: este ítem se realizará solamente si la persona consume alcohol con cierta frecuencia.</p> <p>60: este ítem se realizará solamente si la persona consume alcohol con cierta frecuencia.</p> <p>61: este ítem se realizará solamente si la persona consume alcohol con cierta frecuencia.</p> <p>62: este ítem se realizará solamente si la persona responde que <u>SI</u> consume algún tipo de droga con cierta frecuencia y aplicar el ítem 63.</p> <p>63: esta pregunta se relaciona con el ítem anterior, y se aplica si la respuesta fue positiva.</p> <p>64: este ítem se realizará solamente si la persona consume alcohol con cierta frecuencia.</p>
<p>SONDEO DE ENFERMEADES MENTALES Ítem del 65 al 67</p>	<p>65.- ¿Algún miembro de su familia, ha sufrido o sufre de alguna enfermedad mental? Si:___No:___Cuál: _____</p> <p>66.- ¿Ha padecido alguna enfermedad psicológica o mental?</p>	<p>Para estos ítems se tomará como enfermedad mental a la depresión, neurosis, ansiedad, psicosis, retraso mental, etc.</p>

<p style="text-align: center;">TRASTORNO DE ANSIEDAD Ítem del 68 al 75</p>	<p>Sí: _____ No: _____</p> <p>67.- ¿Creé usted que sea necesario en caso de enfermedad mental recibir un tratamiento? Si: ___ No:___</p> <p>68.- ¿Se asusta con facilidad? Si: _____ No:_____</p> <p>69.- ¿Frecuentemente le sudan las manos? Si: _____ No:_____</p> <p>70.- ¿Frecuentemente siente que su corazón late a prisa? Si: ___ No:___</p> <p>71.- ¿Constantemente siente que no puede respirar fácilmente? Si: ___ No:___</p> <p>72.- ¿Sufre dolores de cabeza, de cuello o de espalda? Si: _____ No:___</p> <p>73.- ¿Frecuentemente se atemoriza sin motivo? Si: _____ No:_____</p> <p>74.- ¿Se come las uñas? Si: ___ No:___</p> <p>75.- ¿Con frecuencia se siente nervioso(a), tenso(a), o aburrido(a)? Si: _____ No:_____</p> <p>76.- ¿Últimamente tiene dificultad para tomar decisiones? Si: _____ No:_____</p>	<p>68: se refiere a que todo le asusta o se asusta fácilmente, es decir presenta un comportamiento que llama la atención de los demás.</p> <p>69: se refiere a un sudor solamente en las manos, se tomará como <u>NO</u> cuando el entrevistado responda que le suda todo el cuerpo.</p> <p>70: se tomará como <u>NO</u> cuando la persona padece taquicardia o problemas de corazón.</p> <p>71: se tomará como <u>NO</u> cuando la persona padece de asma o tiene problemas respiratorios.</p> <p>72: es necesario insistir en que se trata de dolores que se presentan frecuentemente. Si el entrevistado dice que de vez en cuando los padecen o tiene una respuesta parecida se toma como no.</p> <p>73: es necesario insistir en que se trata de un temor que no tiene ningún motivo y se presenta frecuentemente. Si el entrevistado dice que de vez en cuando le da o tiene una respuesta parecida se toma como no.</p> <p>74: se refiere a comerse las uñas o quitárselas utilizando la boca.</p> <p>75: puede que el entrevistado tenga uno, dos o tres de estos síntomas, se anotará el síntoma que haya indicado la persona o se subrayará y se tomará como <u>SI</u>.</p> <p>76: si se observa que la persona se tarda para contestar tomarla como positiva.</p>
--	---	--

<p>TRASTORNO DE DEPRESIÓN Item del 76 al 82</p>	<p>77.- ¿Se siente desanimado, abatido, sin energía o triste? Si: _____ No: _____</p> <p>78.- ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias? Si: _____ No: _____</p> <p>79.- ¿Llora usted con mucha frecuencia? Si: _____ No: _____</p> <p>80.- ¿Creé usted que su vida no tiene sentido? Si: _____ No: _____</p> <p>81.-¿Ha tenido la idea de acabar con su vida? Si: _____ No: _____</p> <p>82.- ¿Ha perdido interés en realizar las cosas habituales (bañarse, arreglarse, etc.)? Si: _____ No: _____</p> <p>83.-¿Se considera una persona más bien inclinada a? La acción: _____ La reflexión: _____</p> <p>84.-Si un amigo le pide un favor: Por regla general lo hace: _____ Es mejor que otro lo haga por usted: _____</p>	<p>77: puede que el entrevistado tenga uno, dos o tres de estos síntomas, se anotará el síntoma que haya indicado la persona o se subrayará y se tomará como <u>SI</u>.</p> <p>78: las actividades del día le causan problemas o sufrimiento. También se puede preguntar si el entrevistado está contento con lo que hace diariamente a lo que él responderá <u>SÍ</u> o <u>NO</u>. Al hacer esta pregunta trate de obtener una respuesta correcta.</p> <p>79: llora por cualquier cosa, es decir con una frecuencia que no es usual y de una manera que no se presenta normalmente en las personas, si el entrevistado dice que ha llorado por una causa razonable por ejemplo la muerte de un ser querido se tomará como <u>NO</u>.</p> <p>80: se puede invertir la pregunta para una mejor comprensión del entrevistado.</p> <p>81: el término de acabar con su vida se puede sustituir por terminar con su vida.</p> <p>82: especificar claramente los ejemplos para una mejor comprensión de la pregunta.</p> <p>83: en acción se considerará la impulsividad de la persona y la reflexión a la pasividad por ejemplo, si piensa las cosas antes de realizarlas, poner ejemplos cotidianos (mercado, economía, etc.).</p> <p>84: el entrevistador clasificará la respuesta dentro de las opciones que establece la boleta.</p>
---	---	---

<p>TRASTORNO DE PERSONALIDAD Ítem del 83 al 90</p>	<p>85.- ¿Cuándo tiene tiempo libre, le gusta? Estar tranquilo y relajado:_____ Buscar enseguida otra actividad que hacer:_____</p> <p>86.- ¿Cuándo se propone una meta, ante los obstáculos que puede encontrar ¿qué hace? Se esfuerza más:___Se rinde y deja de intentarlo:_____</p> <p>87.- ¿Creé que la mayoría de la gente a su alrededor parece estar mejor que usted en todo? Si:_____ No:_____</p> <p>88.- ¿Le gusta ser usted mismo(a) y se acepta tal y cómo es? Siempre:_____ Casi siempre:_____ Casi nunca:_____ Nunca:_____</p> <p>89.- ¿Creé usted que será capaz de lograr algo significativo en su vida? Si: _____ No:_____</p> <p>90.-Ante un problema usted reacciona: Enojado:___Grita:___Busca culpables:___Conversa sobre el problema:___ Hace de cuenta que no hay problema:___Busca solución:___ Pelea físicamente con otros:___Piensa:_____Se angustia:_____</p> <p>91.- ¿Ha hecho usted algo repetidamente sin ser capaz de evitarlo, como lavar o limpiar en exceso, ordenar, contar y verificar las cosas una y otra vez? Si: ___ No:_____</p>	<p>85: si la persona contesta que no tiene tiempo libre anotar en la opción "buscar enseguida otra actividad que hacer".</p> <p>86: se puede cambiar por ¿Cuándo usted se propone realizar algo y se le presenta alguna dificultad usted se esfuerza más o lo deja a medias?</p> <p>87: se refiere a todos los ámbitos que le rodean al entrevistado (físico, económico, vivienda, etc.)</p> <p>88: pregunta que se dejará abierta para que las personas proyecten sus respuestas. El entrevistador las clasificará dentro de las alternativas que establece la boleta.</p> <p>89: especificando al entrevistado que se refiere a superación personal.</p> <p>90: pregunta que se dejará abierta para que las personas proyecten sus respuestas. El entrevistador las clasificará dentro de las alternativas que establece la boleta.</p> <p>91: para explicar mejor la pregunta poner ejemplos cotidianos (lavar, ordenar cosas u objetos, etc.).</p>
--	--	--

<p style="text-align: center;">TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Ítem del 91 al 92</p>	<p>92.- ¿Ha estado usted molesto con pensamientos recurrentes, impulsos o imágenes no deseadas, desagradables, inapropiadas o angustiosas? Si: _____ No: _____</p> <p>↔ 93.- ¿Ha experimentado sensaciones extrañas como escuchar que le hablan cuando está solo o tener algún tipo de visión? Si: _____ No: _____</p> <p>94.- ¿Creé usted ser mucho más importante de lo que piensan los demás? Si: _____ No: _____</p> <p>95.- ¿Ha notado alguna interferencia o algo raro en sus pensamientos? Si: _____ No: _____</p> <p>96.- ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien lo espía, conspira contra usted o que tratan de hacerle daño? Si: _____ No: _____</p> <p>97.-Frecuentemente habla en exceso: Si: _____ No: _____</p> <p>98.- ¿Se ha sentido demasiado activo o inquieto físicamente? Si: _____ No: _____</p>	<p>92: ha tenido pensamientos que no le permiten estar tranquilo y que no desea.</p> <p>93: si el entrevistado responde que <u>NO</u>, dar por finalizada la boleta. Si la respuesta es <u>SI</u> realizar los Ítems de la 94 a la 101. No se tomará como positivas si se menciona que se vive como una experiencia religiosa.</p> <p>94: es decir es usted un gran personaje, cree tener poderes especiales, tiene mucho dinero o que ha hecho grandes inventos.</p> <p>95: se tomará el término interferencia como aquello que va a dejar de hacer o va interrumpir constantemente sus actividades diarias. Es decir siente usted que le están controlando la mente, recibe órdenes por televisión u ordenes de otros planetas o personas. Se tomará como <u>NO</u> si la persona no entiende la pregunta. Es porque no presenta estos síntomas.</p> <p>96: se tomará como <u>NO</u>, si la persona no entiende la pregunta. Es porque no presenta estos síntomas.</p> <p>97: tomarlo como <u>SI</u> cuando la persona acepte que no puede dejar de hacerlo.</p> <p>98: tomarlo como <u>SI</u> cuando la persona acepte que no puede dejar de hacerlo.</p>
--	--	--

<p style="text-align: center;">TRASTORNO PSICÓTICO Ítem del 93 al 101</p>	<p>99.- ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? Si: _____ No:_____</p>	<p>99: si el entrevistado responde <u>Si</u> debe indagarse a través de preguntas adicionales para cerciorarse de la presencia o ausencia del síntoma, por ejemplo: las oye claramente, las conoce, son voces de hombre o de mujer, que le dicen, son desagradables, está dormido o despierto. Si la persona oye voces cuando duerme no se considera positiva la respuesta, si las voces consisten simplemente en escuchar su nombre ocasionalmente aún cuando no hay nadie alrededor tampoco se considera positiva.</p>
	<p>100.- ¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el periódico o la TV? Si: _____ No:_____</p>	<p>100: cree usted que recibe órdenes de la televisión, radio o periódico.</p>
	<p>101.- ¿Ha tenido momentos durante los cuales se ha descontrolado y hecho cosas que luego no recuerda? Si: _____ No:_____</p>	<p>101: si la respuesta es ambigua, indagar, para clasificarla en una de las dos alternativas.</p>

ANEXO IX

TABLAS PARA ANALISIS DE DATOS RECOLECTADOS DATOS GENERALES

1.-Edad

Respuestas		%
18-24	862	27.64
25-31	648	20.78
32-38	488	15.65
39-45	477	15.29
46-52	331	10.61
53-59	313	10.04
Total	3,119	100.00

2.-Sexo

Respuestas		%
Femenino	1,902	60.98
Masculino	1,217	39.02
Total	3,119	100.00

3.-Etnia

Respuestas		%
Ladina	2537	81.34
Maya	578	18.53
Xinca	0	0.00
Garífuna	4	0.13
Total	3,119	100.00

4.-Estado Civil

Respuestas		%
Soltero	1088	34.88
Casado	1415	45.37
Viudo	96	3.08
Unido	465	14.91
Divorciado	55	1.76
Total	3,119	100.00

6.-Ocupación

Respuestas		%
Ama de Casa	844	27.06
Estudiantes	231	7.41
Trabajadores agrarios	115	3.69

Profesionales	58	1.86
Trabajadores del sector privado	308	9.87
Servidores Públicos	553	17.73
Técnicos	666	21.35
Otros	344	11.03
Total	3,119	100.00

8.-Religión

Respuestas		%
Católica	1801	57.74
Evangélica	932	29.88
Mormona	47	1.51
Adventista	9	0.29
Testigo de Jehová	15	0.48
Bautista	247	7.92
Ninguna	68	2.18
Total	3,119	100.00

Escolaridad

7.-Escolaridad

Respuestas		%
Primaria	1115	35.75
Básicos	530	16.99
Diversificado	805	25.81
Universitario y Post-Grado	395	12.66
Ninguna	274	8.78
Total	3,119	100.00

24.- ¿Sabe leer? Si: _____ No: _____ ¿Sabe escribir? Si: _____ No: _____

Alfabetismo y Analfabetismo

Respuestas	Si	%	No	%	Total	Total %
Sabe Leer	2914	93.43	205	6.57	3119	100.00
Sabe Escribir	2908	93.24	211	6.76	3119	100.00

NIVEL FAMILIAR

Dinámica Familiar

9.- ¿Regularmente conversa y comparte experiencias con su familia? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
2,925	93.78	194	6.22	3,119	100.00

10.- Personalmente gusta más de: Estar en el trabajo _____ Compartir con amigos / as _____ Hacer deporte _____ Compartir con su familia _____ Estar solo _____

Respuestas		%
Trabajo	915	23.07
Amigos	400	10.08
Deporte	315	7.94
Familia	2,056	51.83
Solo	281	7.08
Total	3,967	100.00

Maltrato Infantil

11.- ¿De qué manera ha observado usted que se corrige a los niños en la comunidad? Conversan con ellos: _____ Los regañan: _____ Les gritan: _____ Les pegan: _____ Los encierran: _____ Les quitan privilegios: _____ Otros: _____

Respuestas		%
Conversan	1,268	32.58
Regañan	791	20.32
Gritan	528	13.57
Pegan	939	24.13
Encierran	52	1.34
Quitan Privilegios	101	2.60
Otros	213	5.47
Total	3,892	100.01

12.- ¿Cómo considera usted que sea la forma correcta de resolver problemas o diferencias en el hogar?

Dialogar: _____ Gritar: _____ Pelear: _____ Agredir verbalmente: _____ Agredir físicamente _____ Agredir psicológicamente _____

Respuestas		%
Dialogar	3,089	99.04
Gritar	10	0.32
Pelear	11	0.35
Agresión Verbal	3	0.10
Agresión Física	2	0.06

Agresión Psicológica	4	0.13
Total	3,119	100.00

13.-¿De qué manera cree usted que se corrige a los hijos? Palos:_____Cinchos:_____Manos:_____ Correas:_____ Otros:_____

Respuestas		%
Palos	33	1.02
Cinchos	735	22.71
Manos	211	6.52
Correas	34	1.05
Otros	2,224	68.71
Total	3,237	100.01

Estructura Familiar

14.- ¿Qué integrantes de su familia viven con usted? Papá:_____ Mamá:_____ Cónyuge: _____
Hijos:_____Padrastró:_____Madrastro:_____ Hermanos:_____ Abuelos:_____ Suegros:_____ Cuñados:_____Tíos:_____ Sobrinos:_____
Otros:_____

Integrada	%	Desintegrada	%	Extensa	%	Total	Total %
1,529	49.03	652	20.90	938	30.07	3,119	100.00

NIVEL SOCIO-ECONOMICO

Economía

15.- ¿Recibe ayuda de algún organismo privado o público? Si: _____ No:_____

Si	%	No	%	Total	Total %
123	3.94	2,996	96.06	3,119	100.00

15.1.- En caso positivo ¿de qué forma la recibe? Económica:_____ Atención en salud:_____ Otra:_____

Económica	%	Atención en Salud	%	Otra	%	Total	Total %
89	72.36	28	22.76	6	4.88	123	100.00

16.- ¿Tiene usted apoyo económico de algún pariente o familiar? Si: _____ No:_____

Si	%	No	%	Total	Total %
574	18.40	2,545	81.60	3,119	100.00

25.- Su ingreso económico mensual se encuentra ubicado: Menos de Q.400_____ De Q401 a Q600:_____ De Q601 a Q800:_____ De Q801 a Q1000:_____ De Q1001 a Q1500:_____ De Q1501 a Q2000:_____ De Q2001 a

Q3000:_____ De Q3001 a Q4000:_____ De Q4001 y más:_____

Respuestas		%
Menos Q400	251	8.05
Q401 a Q600	335	10.74
Q601 a Q800	318	10.20
Q801 a Q1000	339	10.87
Q1001 a Q1500	601	19.27
Q1501 a Q2000	406	13.02
Q.2001 a Q3000	360	11.54
Q.3001 a Q4000	118	3.78
Q4001 y más	181	5.80
Otros	210	6.73
Total	3,119	100.00

26.- ¿Su ingreso económico, le permite hacer ahorros? Si: _____ No:_____

Si	%	No	%	Otros	%	Total	Total %
934	29.95	2,040	65.41	145	4.65	3,119	100.01

Estructura Comunitaria

17.- ¿Hay personas que ayudan o que prestan un servicio de salud en su comunidad? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
1,850	59.31	1,269	40.69	3,119	100.00

18.- ¿Existe un comité o asociación en su comunidad? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
1,447	46.39	1,672	53.61	3,119	100.00

Empleo

19.-Actualmente ¿cuál es su situación laboral? Empleado: _____ Desempleado: _____

Empleado	%	Desempleado	%	Total	Total %
2,111	67.68	1,008	32.32	3,119	100.00

20.- ¿Qué tipo de trabajo posee? Formal: _____ Informal: _____

Formal	%	Informal	%	Total	Total %
---------------	----------	-----------------	----------	--------------	----------------

1,586	75.13	525	24.87	2,111	100.00
-------	-------	-----	-------	-------	--------

Vivienda

21.- ¿De qué está construida la casa en donde vive? Block: _____ Lámina: _____ Madera: _____ Otro: _____

Respuestas		%
Block	2489	60.21
Lámina	662	16.01
Madera	274	6.63
Otros	709	17.15
Total	4,134	100.00

22.- ¿El lugar en dónde vive es considerado cómo? Barrio: _____ Asentamiento: _____ Residencial: _____
 Colonia: _____ Cantón: _____ Aldea: _____ Parcelamiento: _____ Finca: _____ Caserío: _____ Otro: _____

Respuestas		%
Barrio	581	18.63
Asentamiento	17	0.55
Residencial	144	4.62
Colonia	1,223	39.21
Cantón	308	9.87
Aldea	310	9.94
Parcelamiento	2	0.06
Finca	14	0.45
Caserío	20	0.64
Zona Central	500	16.03
Total	3,119	100.00

23.- Su vivienda es: Propia: _____ Alquilada: _____ Otra: _____

Propia	%	Alquilada	%	Otros	%	Total	Total %
2,171	69.61	793	25.42	155	4.97	3,119	100.00

Violencia

27.- ¿Con qué frecuencia se dan los actos de violencia en su comunidad? Diario: _____ Cada semana: _____ Cada 15 días: _____ Cada mes: _____ Nunca: _____

Respuestas		%
Diario	665	21.24
Cada Semana	441	14.08
Cada 15 Días	244	7.79
Cada Mes	722	23.06
Nunca	1,059	33.82
Total	3,131	100.00

28.- ¿Qué tipo de violencia puede observar entre sus vecinos? Violaciones: _____ Asaltos: _____

Secuestros: _____ Violencia Intrafamiliar _____ Asesinatos: _____ Linchamientos: _____ Otros: _____

Respuestas		%
Violaciones	136	3.54
Asaltos	1,607	41.85
Secuestros	117	3.05
Violencia Intrafamiliar	508	13.23
Asesinatos	567	14.77
Linchamientos	53	1.38
Otros	852	22.19
Total	3,840	100.00

29.- ¿Usted fue afectado por el conflicto armado interno? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
386	12.38	2,733	87.62	3,119	100.00

NIVEL FISICO GENERAL

Enfermedad, Tratamiento y Nivel de Salud

30.- ¿Cómo considera en general su salud? Muy buena: _____ Buena: _____ Regular: _____ Mala: _____

Respuestas		%
Muy buena	192	6.16
Buena	1,430	45.85
Regular	1,403	44.98
Mala	94	3.01
Total	3,119	100.00

31.- ¿Tiene usted limitaciones de salud o alguna enfermedad que le provoque alguna discapacidad física o le esté afectando actualmente? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
854	27.38	2,265	72.62	3,119	100.00

32.- ¿Ha recibido algún tratamiento para su enfermedad? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
605	70.84	249	29.16	854	100.00

Atención recibida, Accesibilidad a servicio de salud, Inversión económica y Tiempo en salud

33.- Cuando usted está enfermo físicamente ¿a dónde acude para recibir ayuda? Comadróna: _____ Curandero: _____
 Centro de Salud: _____ Clínica Privada: _____ Puesto de Salud _____ Hospital Público: _____ IGSS: _____ Sanatorio: _____
 Otros: _____

Respuestas		%
Comadróna	19	0.61
Curandero	10	0.32

Centro de Salud	637	20.41
Clínica Privada	1311	42.01
Puesto Salud	133	4.26
Hospital Público	474	15.19
IGSS	262	8.39
Sanatorio	54	1.73
Otros	221	7.08
Total	3,121	100.00

34.-Para costear sus gastos, en caso de enfermedad, ¿usted qué hace? Usa sus ahorros: _____ Presta dinero: _____ Usa de su sueldo: _____ Tiene seguro médico: _____ Tiene dinero destinado para enfermedades: _____ Otro: _____

Respuestas		%
Ahorros	386	12.59
Presta Dinero	495	16.15
Sueldo	1580	51.55
Seg. Medico	141	4.60
Destinado	32	1.04
Otro	431	14.06
Total	3,065	100.00

35.-Cuando se enferma, ¿cuánto tiempo necesita para trasladarse al lugar en donde está la persona que lo atiende? 1-3 horas: _____ 4-7 horas: _____ 8-12 horas: _____ 1 día: _____ 2-3 días: _____ 5 días o más: _____

Respuestas		%
1-3 horas	2912	98.08
4-7 horas	34	1.15
8-12 horas	8	0.27
1 día	7	0.24
2-3 días	6	0.20
5 días o más	2	0.07
Total	2,969	100.00

NIVEL PSICOPATOLÓGICO

Trastorno del Sueño

36.- ¿Tiene usted alguna dificultad para dormir durante toda la noche? Sí _____ No _____

Si	%	No	%	Total	Total %
511	16.38	2,608	83.62	3,119	100.00

Insomnio

37.- ¿Se despierta varias veces por la noche? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
453	14.52	58	1.86	511	16.38

38.- ¿Se siente descansado después de dormir? Si: _____ No:_____

Si	%	No	%	Total	Total %
221	7.09	290	9.30	511	16.38

39.- ¿Le cuesta conciliar el sueño al acostarse? Si: _____ No:_____

Si	%	No	%	Total	Total %
390	12.50	121	3.88	511	16.38

Sonambulismo

40.- ¿Camina dormido por la noche? Sí: _____ No:_____

Si	%	No	%	Total	Total %
20	0.64	491	15.74	511	16.38

45.- ¿Sabe usted si habla dormido? Sí:_____ No:_____

Si	%	No	%	Total	Total %
136	4.36	375	12.02	511	16.38

Terror Nocturno

41.- ¿Su sueño es interrumpido por pesadillas? Sí:_____ No:_____

Si	%	No	%	Total	Total %
229	7.34	282	9.04	511	16.38

Narcolepsia

42.- ¿Frecuentemente le da sueño irresistible aunque esté en alguna actividad? Sí:_____ No:_____

Si	%	No	%	Total	Total %
165	5.29	346	11.09	511	16.38

Ritmo Circadiano

43.- ¿Tiene sueño durante el día y por la noche no duerme? Si: _____ No:_____

Si	%	No	%	Total	Total %
239	7.66	272	8.72	511	16.38

Bruxismo

44.- ¿Le han comentado que cuando usted duerme rechina los dientes? Sí:_____ No:_____

Si	%	No	%	Total	Total %
70	2.24	441	14.14	511	16.38

Hipersomnia

46.- ¿Duerme más de nueve horas diarias? Sí:_____ No:_____

Si	%	No	%	Total	Total %
51	1.64	460	14.75	511	16.38

Trastornos de la Alimentación

47.- ¿Frecuentemente se ha preocupado mucho por su apariencia física, tanto que tiene problemas en el consumo de sus alimentos? Sí: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
312	10.00	2,807	90.00	3,119	100.00

Bulimia

48.- ¿Está satisfecho(a) con su peso actual? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
106	3.40	206	6.60	312	10.00

49.- ¿Se siente culpable cuando usted ha comido mucho? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
244	7.82	68	2.18	312	10.00

51.- ¿Usted hace ejercicio más de cuatro horas diarias? Sí: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
45	1.44	267	8.56	312	10.00

52.- Después de que usted come ¿se provoca el vomito? Sí: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
46	1.47	266	8.53	312	10.00

53.- ¿Utiliza usted laxantes de dos a tres veces por semana? Sí: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
31	0.99	281	9.01	312	10.00

Anorexia

48.- ¿Está satisfecho(a) con su peso actual? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
106	33.97	206	66.03	312	100.00

50.- ¿Usted constantemente hace dietas para bajar de peso? Sí: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
140	4.49	172	5.51	312	10.00

54.- ¿Ha tenido ausencia de su ciclo menstrual durante tres meses seguidos o más? Sí: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
33	1.06	229	7.34	262	8.40

Trastornos por Abuso de Sustancias

55.- ¿Usted consume o ha consumido alguna de las siguientes sustancias? Tabaco _____ Alcohol _____ Drogas _____ Ninguna _____

Respuestas		%
Tabaco	339	10.48
Alcohol	268	8.28
Drogas	11	0.34
Ninguna	2617	80.90
Total	3,235	100.00

56.- ¿Con qué frecuencia consume usted éstas sustancias? Diario _____ Semanalmente _____ Quincenalmente _____ Mensualmente _____

Respuestas		%
Diario	230	40.85
Semanal	92	16.34
Quincenal	68	12.08
Mensual	173	30.73
Total	563	100.00

57.- ¿Con frecuencia ha tenido momentos durante los cuales ha hecho cosas que luego no recuerda haber hecho? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
74	2.37	194	6.22	268	8.59

Alcoholismo

58.- ¿Con frecuencia ha estado en riñas o lo han detenido estando ebrio? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
30	0.96	238	7.63	268	8.59

59.- ¿Continúa bebiendo a pesar de saber que esto le causa problemas de salud físicos o mentales? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
161	5.16	107	3.43	268	8.59

60.- En los momentos en que usted ha tomado alcohol, ¿terminó bebiendo más de lo que planeó cuando comenzó? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
142	4.55	126	4.04	268	8.59

61.- Cuando usted asiste a una reunión, ¿creé que es indispensable que haya alcohol? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
29	0.93	239	7.66	268	8.59

64.- ¿Creé usted que el consumo de drogas o alcohol le ayuda a superar sus problemas? Siempre: _____ Casi siempre: _____
Algunas veces: _____ Nunca: _____

Respuestas		%
Siempre	0	0.00
Casi siempre	6	0.19
Algunas veces	15	0.48
Nunca	247	7.92
Total	268	8.59

Drogadicción

62.- ¿Ha consumido usted alguna droga? Si _____ No _____

Si	%	No	%	Total	Total %
11	0.35	3,108	99.65	3,119	100.00

62.1 Si su respuesta fue afirmativa, especifique: Thiner/pegamento: _____ Marihuana: _____ Cocaína: _____ Otra: _____

Respuestas		%
Thiner/Pegamento	0	0.00
Marihuana	11	0.35
Cocaína	6	0.19
Otros	2	0.06
Total	19	0.60

63.- ¿Alguna vez ha querido dejar de consumir drogas, pero no ha podido? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
9	0.29	2	0.06	11	0.35

64.- ¿Creé usted que el consumo de drogas o alcohol le ayuda a superar sus problemas? Siempre: _____ Casi siempre: _____
Algunas veces: _____ Nunca: _____

Respuestas		%
Siempre	0	0.00
Casi siempre	6	0.19
Algunas veces	15	0.48
Nunca	247	7.92
Total	268	8.59

Trastorno Psicótico

93.- ¿Ha experimentado sensaciones extrañas como escuchar que le hablan cuando está solo o tener algún tipo de visión?
Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
190	6.09	2,929	93.91	3,119	100.00

94.- ¿Creé usted ser mucho más importante de lo que piensan los demás? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
88	2.82	102	3.27	190	6.09

95.- ¿Ha notado alguna interferencia o algo raro en sus pensamientos? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
87	2.79	103	3.30	190	6.09

96.- ¿Alguna vez ha tenido la impresión de que alguien lo espía, conspira contra usted o que tratan de hacerle daño? Si: _____
No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
118	3.78	72	2.31	190	6.09

97.-Frecuentemente habla en exceso: Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
75	2.40	115	3.69	190	6.09

98.- ¿Se ha sentido demasiado activo o inquieto físicamente? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
114	3.66	76	2.44	190	6.09

99.- ¿Oye voces sin saber de donde vienen o que otras personas no pueden oír? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
103	3.30	87	2.79	190	6.09

100.- ¿Alguna vez ha creído que le envían mensajes especiales a través de la radio, el periódico o la T.V.? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
67	2.15	123	3.94	190	6.09

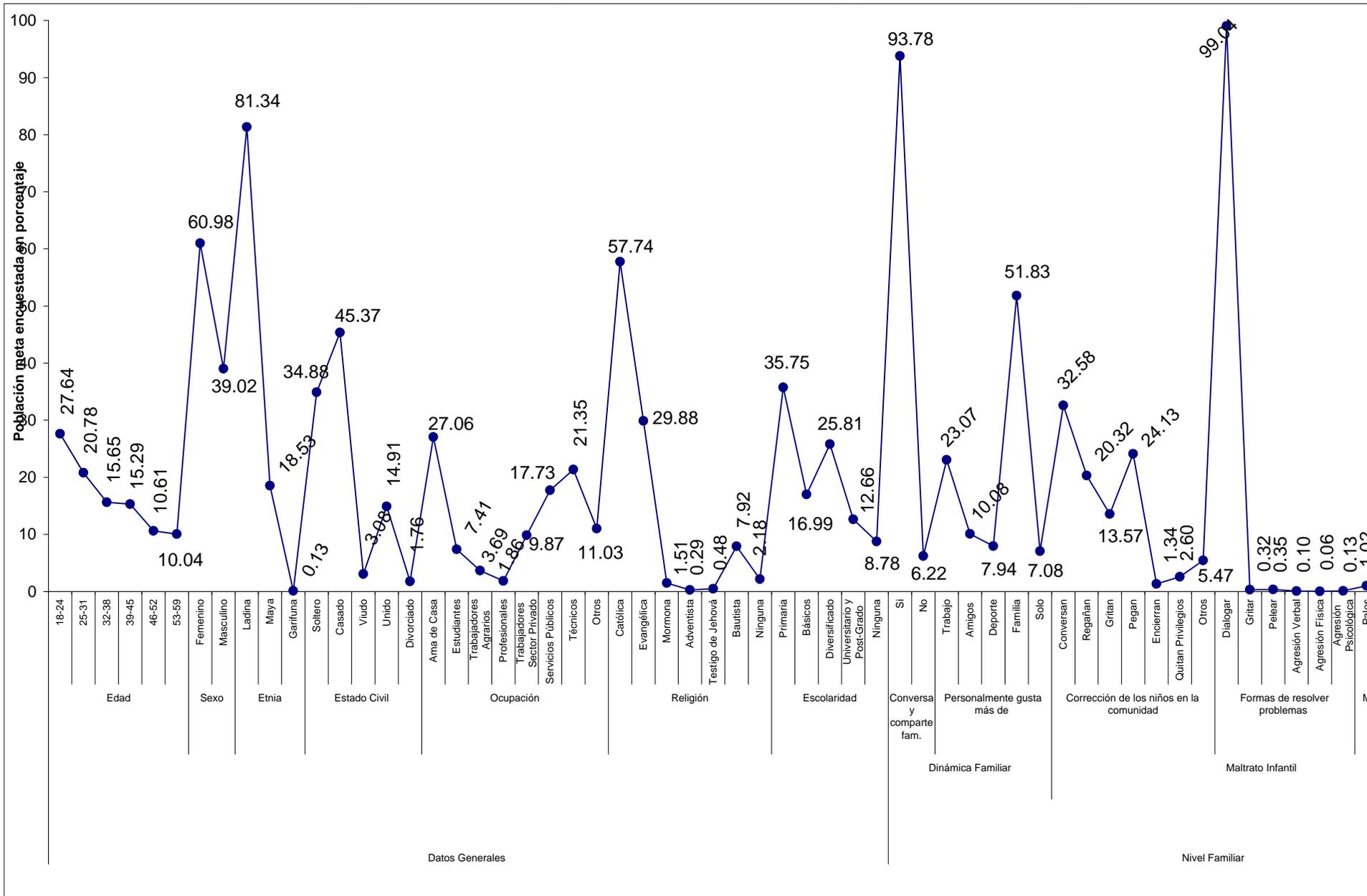
101.- ¿Ha tenido momentos durante los cuales se ha descontrolado y hecho cosas que luego no recuerda? Si: _____ No: _____

Si	%	No	%	Total	Total %
77	2.47	113	3.62	190	6.09

RESUMEN

El presente estudio de Salud Mental, avalado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (M.S.P.A.S.), específicamente por el Programa Nacional de Salud Mental (P.N.S.M.) y la Universidad de San Carlos de Guatemala por medio de la Escuela de Ciencias Psicológicas, surge a raíz de la necesidad de conocer por primera vez cómo está la salud mental en Guatemala, dado que la población ha pasado por opresión, violencia y sufrimiento durante el conflicto armado y no así persisten éstas mismas secuelas aún más en la actualidad, donde se vive cotidianamente la violencia y dificultades económicas por mencionar algunas. Por ello esta investigación establece las bases teóricas para realizar futuros estudios específicos que permitan la atención necesaria y prevenir patologías en la población, dada la falta de atención en salud mental a nivel nacional. Dentro de la misma se describe tanto cuantitativa como cualitativamente los resultados obtenidos durante este proceso, en base a los objetivos planteados, siendo así que se obtuvieron los productos que los satisfacen: En primer lugar se construye el Perfil Inicial en Salud Mental del guatemalteco; se identifican las regiones y departamentos más necesitados de atención en salud, utilizando para ello un instrumento que integra la cotidianidad del individuo: familia, economía, salud física y emocional, aplicándolo a 3,119 unidades de análisis entre las edades de 18 a 59 años, distribuidas a nivel nacional. Como segundo producto se diseña la Guía de Orientación en Servicio y Docencia, como resultado de la aplicación de una guía metodológica dirigida a 14 especialistas y 4 supervisores del área de EPS. Y en tercer lugar, estos resultados permiten tener una visión y realizar un juicio analítico acerca del estado de salud mental en Guatemala, emitido como parte de las conclusiones de nuestro estudio.

PERFIL INICIAL EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO



Fuente: Datos tomados de la encuesta, elaboración propia, año 2005.

Fuente: Dat

PERFIL INICIAL EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO

PERFIL INICIAL EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO

L EN SALUD MENTAL DEL GUATEMALTECO