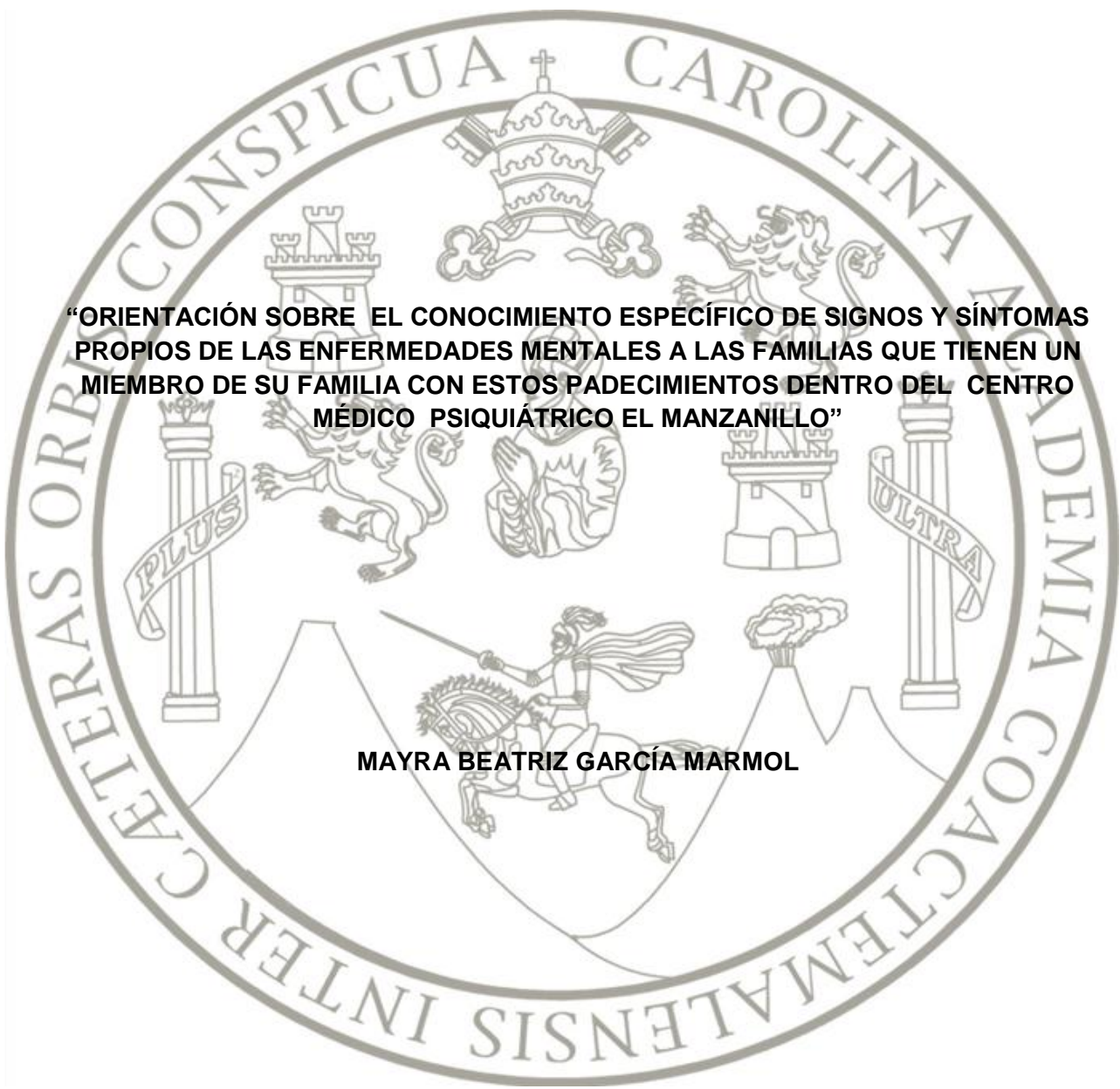


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

DEPARTAMENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO –EPS–



“ORIENTACIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO ESPECÍFICO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS PROPIOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES A LAS FAMILIAS QUE TIENEN UN MIEMBRO DE SU FAMILIA CON ESTOS PADECIMIENTOS DENTRO DEL CENTRO MÉDICO PSIQUIÁTRICO EL MANZANILLO”

MAYRA BEATRIZ GARCÍA MARMOL

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2016

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO –EPS–**

**“ORIENTACIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO ESPECÍFICO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS
PROPIOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES A LAS FAMILIAS QUE TIENEN UN
MIEMBRO DE SU FAMILIA CON ESTOS PADECIMIENTOS DENTRO DEL CENTRO
MÉDICO PSIQUIÁTRICO EL MANZANILLO”**

**INFORME FINAL DEL EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS**

POR

MAYRA BEATRIZ GARCÍA MARMOL

**PREVIO A OPTAR AL TÍTULO DE
PSICÓLOGA**

**EN EL GRADO ACADÉMICO DE
LICENCIADA**

GUATEMALA, NOVIEMBRE DE 2016

CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
UNIVERSIDAD DE SN CARLOS DE GUATEMALA



LICENCIADO ABRHAM CORTÉZ MEJÍA
DIRECTOR

M.A. MYNOR ESTUARDO LEMUS URBINA
SECRETARIO

LICENCIADA DORA JUDITH LÓPEZ AVENDAÑO
LICENCIADO RONALD GIOVANNI MORALES SÁNCHEZ
REPRESENTANTES DE LOS PROFESORES

PABLO JOSUE MORA TELLO
MARIO ESTUARDO SITAVÍ SEMEYÁ
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

M.A. JUAN FERNANDO PORRES ARELLANO
REPRESENTANTE DE EGRESADOS



C.c. Control Académico
EPS
Archivo
REG. 892-2015
CODIPs. 2690-2016

De Orden de Impresión Informe Final de EPS

11 de noviembre de 2016

Estudiante
Mayra Beatriz García Marmol
Escuela de Ciencias Psicológicas

Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO PRIMERO (11°.) del Acta SESENTA Y SIETE GUIÓN DOS MIL DIECISÉIS (67-2016) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 11 de noviembre de 2016, que copiado literalmente dice:

“DÉCIMO PRIMERO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- titulado: **“ORIENTACIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO ESPECÍFICO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS PROPIOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES A LAS FAMILIAS QUE TIENEN UN MIEMBRO DE SU FAMILIA CON ESTOS PADECIMIENTOS DENTRO DEL CENTRO MÉDICO PSIQUIÁTRICO EL MANZANILLO”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

Mayra Beatriz García Marmol

CARNÉ No. 9714000

El presente trabajo fue supervisado durante su desarrollo por el Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera y revisado por el Licenciado Josué Emmanuel Mancilla Barillas. 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 Elaboración de Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional.”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”

M.A. Myner Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO



/Gaby



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



RECIBIDO
 07 NOV 2016

Reg. 892-2015
 E.P.S. 047-2015

FIRMA: *[Signature]* HORAS: 18:00 Registro: 892-015 03 de noviembre del 2016

Señores Miembros
 Consejo Directivo
 Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que se ha asesorado, revisado y supervisado la ejecución del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de

Mayra Beatriz García Marmol, carné No 9714000, titulado:

“ORIENTACIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO ESPECÍFICO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS PROPIOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES A LAS FAMILIAS QUE TIENEN UN MIEMBRO DE SU FAMILIA CON ESTOS PADECIMIENTOS DENTRO DEL CENTRO MÉDICO PSIQUIÁTRICO EL MANZANILLO.”

De la carrera Licenciatura en Psicología

Así mismo, se hace constar que la revisión del Informe Final estuvo a cargo del Licenciado Josué Emmanuel Mancilla, en tal sentido se solicita continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

[Signature]
 Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera
COORDINADOR DE EPS



Expediente



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



Reg. 892-2015
E.P.S. 047-2015

03 de noviembre del 2016

Licenciado
Oscar Josué Samayoa Herrera
Coordinador del EPS
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetable Licenciado:

Tengo el agrado de comunicar a usted que he concluido la **revisión** del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de

Mayra Beatriz García Marmol, carné No 9714000, titulado:

“ORIENTACIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO ESPECÍFICO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS PROPIOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES A LAS FAMILIAS QUE TIENEN UN MIEMBRO DE SU FAMILIA CON ESTOS PADECIMIENTOS DENTRO DEL CENTRO MÉDICO PSIQUIÁTRICO EL MANZANILLO.”

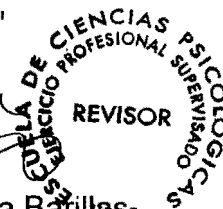
De la carrera Licenciatura en Psicología

Así mismo, informo que el trabajo referido cumple con los requisitos establecidos por este departamento, por lo que me permito dar la respectiva APROBACIÓN.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Josué Emmanuel Mancilla Bañillas
REVISOR



c. Expediente



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



Reg. 892-2015
E.P.S. 047-2015

03 de noviembre del 2016

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas

Respetables Miembros:

Informo a ustedes que he concluido la supervisión del Informe Final de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS- de

Mayra Beatriz García Marmol, carné No 9714000, titulado:

“ORIENTACIÓN SOBRE EL CONOCIMIENTO ESPECÍFICO DE SIGNOS Y SÍNTOMAS PROPIOS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES A LAS FAMILIAS QUE TIENEN UN MIEMBRO DE SU FAMILIA CON ESTOS PADECIMIENTOS DENTRO DEL CENTRO MÉDICO PSIQUIÁTRICO EL MANZANILLO.”

De la carrera Licenciatura en Psicología

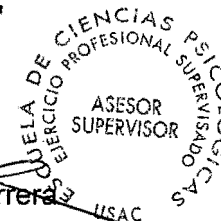
En tal sentido, y dado que cumple con los lineamientos establecidos por este departamento, me permito dar mi APROBACIÓN para concluir con el trámite respectivo.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciado *Oscar Josué Samayoa Herrera*

ASESOR-SUPERVISOR



c. Expediente



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



C.c. Control Académico
EPS
Archivo
Reg. 892-2015
CODIPs.36-2016

De Aprobación de Proyecto EPS

20 de enero del 2016

Estudiante:
Mayra Beatriz García Marmol
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiante:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DÉCIMO OCTAVO (18º.) del Acta CERO DOS GUIÓN DOS MIL DIECISÉIS (02-2016) de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 18 de enero de 2016 que literalmente dice:

“DÉCIMO OCTAVO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el proyecto de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, titulado: **“IMPACTO QUE TIENE LA FALTA DE CONOCIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN EL PROCESO DE APOYO Y RECUPERACIÓN DEL PACIENTE POR PARTE DE SUS FAMILIAS EN EL SANATORIO PSIQUIÁTRICO EN EL MANZANILLO DE SAN LUCAS SACATEPÉQUEZ”**, de la carrera de Licenciatura en Psicología, presentado por:

Mayra Beatriz García Marmol

CARNÉ No. 9714000

Dicho proyecto se realizará en San Lucas Sacatepéquez, asignándose a la Doctora Mirna Roxana Santos, quien ejercerá funciones de supervisión por la parte requirente, y al Licenciado Oscar Josué Samayoa Herrera, por parte de esta Unidad Académica. El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Ejercicio Profesional Supervisado -EPS-, resuelve **APROBAR SU REALIZACIÓN.**”

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”



Licenciado Mynor Estuardo Lemus Urbina
SECRETARIO

gaby

**Centro Universitario Metropolitano -CUM- Edificio “A”
9ª. Avenida 9-45, zona 11 Guatemala, C.A. Teléfono: 24187530**



CENTRO MEDICO PSIQUIATRICO
El Manzanillo

Guatemala 02 de noviembre de 2016

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
EJERCICIO PROFESIONAL SUPERVISADO
COORDINADOR LICENCIADO JOSUE SAMAYOA HERRERA**

Por este medio me dirijo a su persona, para hacer de su conocimiento que la estudiante Mayra Beatriz García Marmol, de la carrera de Licenciatura en psicología, que se identifica con carné universitario 9714000, ha culminado su labor de EPS, cumpliendo a cabalidad todos los requisitos requeridos en la Institución "Centro Psiquiátrico El Manzanillo". Ubicado en el lote No. 9 aldea el manzanillo, San Lucas Sacatepéquez.

Por lo que extendiendo la presente para los usos legales requeridos.

Atentamente,

*Dra. Mirna Roxana Santos Ruano
Médico y Cirujano
Col. No. 10,294*

Dra. Mirna Roxana Santos Ruano

Directora del Centro

PADRINOS

Silvia Patricia Esquit Monroy

Licenciada en Psicología

Colegiado 4,621

Mirna Roxana Santos Ruano

Médico Psiquiatra

Colegiado 10,294

DEDICATORIA

- A DIOS:** Por la vida y por haberme ayudado durante estos años, el sacrificio fue grande pero Él siempre me dio la fuerza necesaria para continuar y lograrlo.
- A MIS PADRES:** Héctor Rolando García, por su confianza y apoyo incondicional, Matilde Mármol de García por darme ánimos y creer en mí.
- A MI HERMANO:** Allan García (QEPD), Porque de él aprendí a perseverar con una sonrisa en el rostro siempre.
- A MIS HIJOS:** David y Gabriel Salazar, por ser la motivación de amor más grande de mi vida.
- A MIS PRIMOS:** Byron Hernández, Jeanette Fuentes, Marvin Fuentes y Sergio Orozco porque son como mis hermanos me apoyan en todo.
- AMIGOS Y AMIGAS:** Especialmente Yasmin Ávila y Silvia Esquit, que nunca me han dejado sola, y a todos los que siempre me dan palabras de ánimo.
- INSTITUCION:** A Dra. Mirna Santos, por la oportunidad de conocerla y darme la confianza de crecer como profesional y como persona en su institución, pero sobre todo de ayudar a quienes necesitan mis servicios.
- FORMADORES:** Por cada corrección y conocimiento, que me hacen ser mejor.

MI PAIS:

Por confiar en los profesionales egresados de sus aulas y permitirnos devolver con buen servicio la oportunidad.

A USTED:

Que me acompaña hoy con todo respeto y cariño.

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de San Carlos de Guatemala, y a la Escuela de Ciencias Psicológicas, por contribuir en nuestra formación y hacerme una profesional.

A la doctora Mirna Roxana Santos Ruano, por su apoyo, disposición y orientación en la realización de la investigación en su Centro.

Al Licenciado Oscar Josué Samayoa, por su profesionalismo y apoyo en general en el proceso.

A quienes me motivaron y apoyaron para alcanzar esta meta.

INDICE

Resumen.....	1
Introducción.....	3
Capítulo I	
Antecedentes	
Ubicación contextual.....	5
Descripción Institucional.....	16
Descripción de la población.....	18
Planteamiento de la problemática.....	24
Capítulo II	
Referente Teórico-Metodológico	
Marco Teórico.....	27
Objetivos.....	41
Metodología.....	42
Capítulo III	
Descripción de la Experiencia.....	48
Capítulo IV	
Análisis de la Experiencia.....	59
Capítulo V	
Conclusiones y Recomendaciones	
Conclusiones.....	77
Recomendaciones.....	79
Bibliografía.....	83
Glosario.....	86
Anexos.....	88

RESUMEN

En Guatemala, el índice de trastornos Mentales que afecta a la población cada vez es en mayor número, hay un alto índice de casos, por el consumo de drogas y el desconocimiento de las raíces, en casos con tendencias hereditarias, también por mal manejo de emociones y situaciones depresivas, por lo que se vio la necesidad de abordar este problema desde diferentes dimensiones y ofrecer apoyo psicológico a la población que lo requiriera, por medio del ejercicio profesional supervisado, que fue efectuado en el departamento de San Lucas Sacatepéquez de Guatemala, Aldea El Manzanillo, en el Sanatorio Psiquiátrico El Manzanillo.

El proceso de realización del ejercicio profesional, fue enfocado a elevar la calidad y claridad de información sobre signos, síntomas, evaluación y abordaje directo, con pacientes que sufren de trastornos mentales, que ya se ven afectados dentro de su familia, trabajo, nivel emocional y nivel social.

Basados en las necesidades de la población, se programó un espacio para que se pudieran dar acciones de atención directa, y familiar según las necesidades de cada persona ingresada en el centro.

La atención psicológica fue brindada exclusivamente a las personas en internamiento psiquiátrico, de un mes en adelante, éste servicio se llevó a cabo dentro de las instalaciones de la institución. La mayoría de los problemas están relacionados a la falta de conocimiento, de diagnósticos claros, y a la falta de información sobre enfermedades mentales, algunas familias sobre todo indígenas con creencias equivocadas orientadas a brujerías o espíritus, en los que ellos tienen sus creencias culturalmente hablando.

En el ejercicio Profesional Supervisado se trabajó con el propósito de instruir y orientar el proceso desde el ingreso del paciente, y cómo se adaptaría a los diferentes tipos de medicamentos administrados, para quitar las diferentes sintomatologías, que van desde depresiones severas hasta estados psicóticos agresivos, así mismo, el proceso de recuperación por medio de psicoterapia y las terapias familiares, para integrarlos en el proceso de tratamiento.

Algunos objetivos estuvieron enfocados, a la realización de actividades de capacitación con familiares de los pacientes, y atención individual dependiendo del caso.

En la ejecución de las acciones de investigación, se realizaron acercamientos con familias para conocer dinámicas de convivencia, se entrevistaron y evaluaron algunas acciones negativas, en el contexto de convivencia, se realizaron actividades para focalizar tipos de familias, miembros con factores de riesgo, otras alteraciones conductuales y costumbres familiares que afectan, así mismo, identificación de otro tipo de patologías familiares hereditarias, o por consumo de alguna sustancia, incluso medicamentos auto administrados.

INTRODUCCIÓN

El ejercicio Profesional Supervisado, fue realizado en el Sanatorio Psiquiátrico El Manzanillo, localizado en el departamento de Sacatepéquez en el municipio de San Lucas Sacatepéquez.

Con el propósito de conocer a la población, y poderles brindar apoyo desde el campo de la psicología.

A partir de la inmersión en dicho centro hospitalario, se observó que la necesidad primordial en la recuperación a largo plazo de los pacientes, está en la calidad de apoyo familiar con que cuentan, por tal motivo se dirigió a la población de pacientes ingresados, con situaciones de crisis y problemas conductuales por causa de trastornos mentales, emocionales, sociales y familiares.

Las condiciones en que vive la mayoría de la población es de niveles medio bajo, pero cuentan con posibilidades de desarrollarse en una forma personal y familiar favorables. Una de las problemáticas que se marcan en éste tipo de familias, es la comunicación ineficaz y desconocimiento de la problemática, en que cada uno de los miembros forma parte.

Para analizar esta problemática, es necesario saber cuáles son los factores que intervienen y desencadena esta serie de conflictos, que al final afectan de sobremanera al paciente en cuestión.

Cualquiera que sea la posición adoptada con respecto al rol de comportamiento, frente al paciente, no la podemos ignorar ya que representa un rol y un estímulo, que puede afectar de sobremanera las respuestas del paciente y sus manifestaciones consientes o inconscientes.

El interés en realizar esta investigación, se dio a partir de encontrar la mayoría de casos de pacientes ingresados con crisis en el sanatorio psiquiátrico, desconocimiento total y parcial de los síntomas y cuadros descriptivos de las enfermedades mentales, y sus procedencias por parte de la familia que vive con el paciente.

Profundizar en la indagación de este tipo de problemática desde la perspectiva de la psicológica, fue de interés académico. Así mismo se tuvo el interés profesional de aportar desde la intervención y el conocimiento de las

condiciones intrafamiliares, herramientas que serán de utilidad a las mismas, para afrontar y fortalecer como personas y como familia, los cambios positivos para ayudar a la recuperación y control del paciente afectado. Fue importante la contribución que se dio, al desarrollo de la comunidad por medio del trabajo realizado durante el Ejercicio Profesional Supervisado, teniendo la satisfacción de que valió la pena toda la labor realizada con el fin de orientar a la población y brindarles acompañamiento psicológico.

CAPÍTULO I

ANTECEDENTES

1.1 HISTÓRICO – ANTROPOLÓGICO

Historia

Cuando los españoles vinieron a Guatemala, era costumbre renombrar a los pueblos que encontraban, o que ellos fundaban, tomando en cuenta tanto los nombres traídos por dichos conquistadores, conservando como segundo nombre el del pueblo en lengua nativa.

Este es el caso de San Lucas Sacatepéquez, que tiene su nombre formado de San Lucas, en honor de uno de los apóstoles de Jesús, y Sacatepéquez que es una composición de las voces Náhuatl Zacat que significa hierba, y Tepet que significa cerro, siendo el significado “Cerro de Hierbas”

Las voces náhuatl, demuestran que antes de la venida de los españoles, estos pueblos tenían relación con los nativos cachiquestes, que poblaban lo que hoy es San Lucas Sacatepéquez.

El pueblo fue fundado entre los pueblos de Sacatepéquez, durante el siglo XVI, por los españoles, sin embargo antes de la venida de los conquistadores, en un lugar cercano a donde se vivió durante la época colonial, existía ya la población, aunque no se ha establecido su nombre.

Entre los años de 1546 y 1548, la población se trasladó, a donde se encuentra actualmente. Pues donde estaba hasta esa fecha era un lugar muy frío, y poco adecuado para vivir. Estas noticias del traslado de la población, se puede establecer a través de un dato muy importante, que brinda el célebre cronista dominico Don Antonio de Remesal, en su “historia de las Indias Occidentales”, donde dice: “En tierra de Guatemala, solo puede saber que es el pueblo de San Lucas, que estaba en un sitio muy malo, una lengua del que ahora tiene, y el padre Fray Benito de Villa Cañas le mudó y trajo muchos indios de Rabinal y los pobló allí.

*Documento realizado por: Christian José Y. Solares
Departamento de Coordinación Catastro IUSI, revisado por: Juan Antonio Soto Paz Jefatura
Catastro IUSI, Municipalidad de San Lucas Sacatepéquez, Administración 2,012 – 2,016.*

Se sabe que en el año 1549, su fundador fue el español Gabriel Cabrera, que probablemente había obtenido, en el repartimiento esta población como pago a sus servicios prestados a la Corona Española.

San Lucas, era en la época colonial un poblado muy importante, al igual que en la actualidad. Los pobladores le daban especial relevancia, a la ornamentación de la iglesia, y este dato histórico importante nos lo relata el cronista José Antonio de Fuentes y Guzmán, al escribir:

“El pueblo de San Lucas que compone su republica de cuatrocientos setenta y cinco vecinos tributarios, de la nación cachiquel, y que en los propios ejercicios que los de Santiago consiguen largo provecho, mantienen una insigne y hermosa iglesia, no menos proporcionado adorno en la ostentación de su principal retablo, y los colaterales que ilustran y llenan el cuerpo de la iglesia; cuya sacristía está colmada de ornamentos, ricos y costosos por la materia y el arte, con remudas de cobres del tiempo, para el vestuario de los altares y sacerdotes. Plata labrada, en lámparas, cruces portátiles y de manga, custodias, cálices, patenas, vinajeras, salvillas, blandones, candeleros, ciriales, vasos de depósito y de comulgatorio, en favor de haber allí ministros aprobados con asistencia continuada, por la razón de haber depósito en este pueblo de visita, en atención a su numeroso pueblo”.

Entre los años de 1768 y 1770, se realizó en el reino de Guatemala una visita pastoral a la diócesis del Arzobispado; doctor Pedro Cortés y Larraz, quien visitó cada una de los curatos e iglesias de dicho reino. En el informe correspondiente, de lo que encontró en cada uno, escribe sobre el pueblo de San Lucas, datos importantes de esta época; la colonia, ya que acababa de llevarse a cabo un censo de la población, para establecer el número de tributarios del pueblo.

Documento realizado por: Christian José Y. Solares
Departamento de Coordinación Catastro IUSI, revisado por: Juan Antonio Soto Paz Jefatura
Catastro IUSI, Municipalidad de San Lucas Sacatepéquez, Administración 2,012 – 2,016.

El panorama de dicho arzobispado sobre el pueblo era básicamente que San Lucas, se encontraba a una legua y media de la cabecera parroquial, tenía 350 familias con 1,048 personas, se hablaba el idioma cachiquel y el sustento se basaba en la producción de maíz y frijol que había en abundancia. Otra actividad importante de los indígenas era la venta de leña a Guatemala todos los días.

San Lucas Sacatepéquez es un municipio del departamento de Sacatepéquez. De acuerdo a la monografía realizada por la administración Municipal del Municipio de San Lucas Sacatepéquez, en el año 2,012 se muestra la siguiente información estadística:

El Municipio de San Lucas Sacatepéquez cuenta con 10,986 habitantes de urbanizaciones, sus habitantes en general son 30,200; cuenta con una extensión territorial de 27.35 KMS².

Cuenta con una altitud de 2,180 metros sobre el nivel del mar, una latitud de 14.60972, una longitud de -90.65694.

Su clima es templado, tiene 9,421 viviendas, su feria titular se celebra el 18 de octubre.

Colinda al Norte con Santiago Sacatepéquez, al Sur con Santa Lucía Milpas Altas y Villa Nueva, al Oriente con Mixco Guatemala, al Poniente con San Bartolomé Milpas Altas.

El Departamento de Sacatepéquez comprende 16 municipios que son: La Antigua Guatemala, Alotenango, Ciudad Vieja, San Miguel Dueñas, Jocotenango, Magdalena Milpas Altas, Pastores, San Antonio, Aguas Calientes, San Bartolomé milpas Altas, San Lucas Sacatepéquez, Santa Catalina Barahona, Santa Lucía Milpas Altas, Santa María de Jesús, Santiago Sacatepéquez, Sumpango y Santiago Domingo Xenacoj. Su cabecera departamental es la Antigua Guatemala.

Cuenta con cuatro aldeas: Chocorral, Manzanillo, Zorzoya y la Embaulad.

Tiene tres caseríos: Chicaman, Chipablo, San José Chiquel.

Posee cinco cantones: Reforma Chichorin, Chirijuyu, Chituc y El Manzanal.

Documento realizado por: Christian José Y. Solares
Departamento de Coordinación Catastro IUSI, revisado por: Juan Antonio Soto Paz Jefatura
Catastro IUSI, Municipalidad de San Lucas Sacatepéquez, Administración 2,012 – 2,016.

Además, posee varios ríos, uno en general tomando nombres según su ubicación geográfica: San Lucas, Las Vigas, San José y Chichorin.

Sus lugares turísticos son: Cerro Alux, Parque ecológico, Mercado y el monumento Al Caminero.

Sus platos típicos son: Pepián, y entre otros aperitivos el atol de elote.

Cuenta con 85 urbanizaciones y su desarrollo comercial está en ocho centros comerciales: El Sauce, Multicentro, Paseo San Ángel, Don Justo, la Cañada, Alux Center, Plaza San Lucas y Las Puertas.

1.2 ASPECTO SOCIO – CULTURAL

Población

La población está formada por ladinos e indígenas, predomina el idioma español. También se habla cachiquel, las religiones que se profesan son: católica; en su mayoría, evangélica, adventista mormona y testigos de jehová entre otras.

Las fiestas Cívicas celebradas en el municipio son: las fiestas del 15 de septiembre, día de la Independencia, el día de la Bandera, el día de la raza, el día de Tecun Umán y día del árbol, su fiesta patronal Celebrada en honor a San Lucas el Evangelista se celebra del 17 al 19 de octubre siendo el 18 de octubre el día principal llevándose a cabo la coronación de la Reina de San Lucas con un baile de gala, quema de torito, danza de moros, convites y juegos tradicionales de lotería, rueda de chicago y otros.

Tradicionalmente se ha convertido en días específicos las actividades a realizar en estas celebraciones:

El 14 de septiembre es la presentación de las candidatas a flor San Luqueña.

09 de octubre que generalmente es domingo, inicio de noviembre a San Lucas Evangelista.

*Documento realizado por: Christian José Y. Solares
Departamento de Coordinación Catastro IUSI, revisado por: Juan Antonio Soto Paz Jefatura
Catastro IUSI, Municipalidad de San Lucas Sacatepéquez, Administración 2,012 – 2,016.*

Segundo domingo de octubre, es la inauguración de la feria con desfile de carrozas.

El 18 de octubre realizan una quema de toritos, baile de disfraces, baile social y baile de los bomberos Voluntarios.

El 20 de octubre, Culminación de la celebración de la feria con un concierto de marimbas actualmente en carroza.

El 01 de noviembre que se celebra el día de todos los santos.

Todo el mes de diciembre celebran a la Virgen de Concepción, y las celebraciones navideñas y de fin de año, con celebraciones religiosas.

En el municipio se realizan algunas celebraciones religiosas católicas, como son la Semana Santa, la Celebración de la Virgen de Dolores, la celebración del Corpus Cristi y en octubre la celebración de la Virgen del Rosario, el 01 de noviembre se celebra el día de todos los santos. El 12 de diciembre se celebra cada año el día de la Virgen de Guadalupe, con la participación del grupo de convite navideño con marimba y presentación del grupo de baile “Sueño Navideño” y actualmente se toman en cuenta los grupos de danza, teatro y música que la Municipalidad de Guatemala prepara durante el año, con la participación de todos los miembros inscritos.

Anteriormente el traje típico, consiste en huipiles de colores, perraje al hombre y un listón en las trenzas para las mujeres, para los hombres utilizan pantalón blanco con una franja de hilo de color rojo, sombrero de petate, ambos sin zapatos o caites, actualmente el vestuario ha cambiado usando los pobladores indígenas el vestuario ladino.

Los habitantes de San Lucas, se destacan en dibujo y pinturas de paisajes, así como danzas, karate, yoga, uso de instrumentos musicales, entre otros, promovidos por la Municipalidad de Guatemala.

Documento realizado por: Christian José Y. Solares
Departamento de Coordinación Catastro IUSI, revisado por: Juan Antonio Soto Paz Jefatura
Catastro IUSI, Municipalidad de San Lucas Sacatepéquez, Administración 2,012 – 2,016.

La casa de la cultura lleva el nombre de la Señora Clemencia Morales Tinoco, quién también se destacó en la escritura como también se destacó el Profesor Noé Solís como escritor. En las artesanías los pobladores realizan muebles de hierro forjado, figuras de cemento y mueblería tallada en madera.

Entre otros personajes destacados se encuentra el párroco de la iglesia católica, el alcalde municipal y la presidenta de la casa de la cultura, quienes son respetados por la población debido a su trabajo en San Lucas Sacatepéquez.

La mayoría de familias son extensas, formadas por el padre, la madre, hijos, primos, tíos y abuelos.

En el caso urbano la mayoría de personas pertenecen a la etnia ladina, pocos son originarios del municipio, más de la mitad pertenecen a la etnia cachiquel.

San Lucas Sacatepéquez ha evolucionado, y se encuentra al igual que la ciudad con conocidas empresas, almacenes, boutiques, clínicas médicas, centros comerciales, salones de eventos, casas de rehabilitación, sanatorio psiquiátrico, hogares de ancianos, etc.

Se conservan las tradiciones en los velorios de novenas, donde se juntan grupos para rezar, jugar cartas y contar chistes y las personas mayores cuentan historias de los antepasados. Entre las tradiciones orales están las leyendas animadas de aparecidos y almas en pena, leyendas del sombrero, la llorona, y el cadejo, inspirándose en las casas, calles e iglesias de la localidad.

Ubicación

San Lucas Sacatepéquez es un municipio del departamento de Sacatepéquez en Guatemala. Tiene una extensión territorial de 24.5 km² y una población total estimada de más de 226,181 habitantes en su totalidad.

*Documento realizado por: Christian José Y. Solares
Departamento de Coordinación Catastro IUSI, revisado por: Juan Antonio Soto Paz Jefatura
Catastro IUSI, Municipalidad de San Lucas Sacatepéquez, Administración 2,012 – 2,016.*

1.3 ASPECTO SOCIO – ECONÓMICO

Salud Pública

Las enfermedades más frecuentes en San Lucas son respiratorias, resfriado común, bronconeumonía, diarrea, faringoamigdalitis bacteriano.

En el Centro de Salud ofrecen el servicio de consulta prenatal y planificación familiar, la mayoría de pobladores que solicitan servicio médico son mujeres y niños, los hombres en menor cantidad (estadística Centro de Salud).

Para poder cubrir todo el municipio, el personal capacitado del Centro de salud realiza visitas a los diferentes lugares Como aldeas, caseríos, conformado por el equipo médico, una enfermera y un técnico en salud.

Cobertura: Según el ministerio de Salud Pública durante 2014, la cobertura fue del 100% la cual fue brindada por los servicios de salud del municipio. Sin embargo de acuerdo a los datos obtenidos en el mapeo participativo la cobertura está entre el 50% y el 60%, ya que existen debilidades en cuanto a medicamento, equipamiento y personal especializado. (SEGEPLAN 2012^a).

Movilidad: Se cuenta con un puesto de salud ubicado en la cabecera municipal, en el se brindan los servicios de psicología, consulta externa y odontología infantil. Las 3 primeras causas de morbilidad son: resfriados comunes, bronconeumonía, diarrea y faringoamigdalitis bacteriana. Existen campañas de prevención del VIH que se imparten a los alumnos de último año de estudios (MISPAS).

Morbilidad y mortalidad: Las principales causas de morbilidad atendidas en el puesto de salud del municipio son las afecciones respiratorias, enfermedades de la piel y el parasitismo intestinal con 2,930,986 personas por morbilidad respectivamente. La morbilidad infantil, en niños de 0 a 4 años de edad, las infecciones respiratorias agudas es la principal causa de las consultas en un 25% seguido de diarrea en un 6.03% y faringitis aguda no especificada en un 4% (MSPAS, 2012).

Mortalidad infantil y materna: El departamento de Sacatepéquez, presenta una tasa del 0% de mortalidad materna, situación que se refleja en el municipio ya que durante de del dos mil doce, no se reportó ningún caso relacionado.

SEGEPLAN 2012^a.

La mortalidad infantil en niños menores a 1 año es de 4.58% y en niños menores a 5 años es de 0.40%. Las mujeres en edad reproductiva de (15-49 años) que recibieron al menos una visita de atención prenatal durante el embarazo fue de 452 durante el año 2012.

Prevención: En el municipio de San Lucas Sacatepéquez, se han realizado jornadas para la prevención de enfermedades de Transmisión Sexual, en las escuelas e institutos públicos, sin embargo estas inducciones carecen de material y equipo didáctico para lograr el impacto requerido.

Medicina tradicional: Durante el año 2012 la atención médica durante el embarazo dio cobertura a 335 mujeres la cual en 301 casos fue impartida por médicos, 30 por comadronas y 4 por personal empírico. De acuerdo a los datos obtenidos por OMP se encuentran aproximadamente 7 comadronas en todo el municipio, aunque este dato no lo refleja el (MSPAS).

Salud alimentaria y nutricional: Según la Secretaria Alimentaria y Nutricional en el año 2012 el municipio de San Lucas Sacatepéquez se encuentra en un estado nutricional del 65% con un retardo en la prevalencia de talla del 34% situándolo en un nivel de vulnerabilidad moderada.

1.4 ASPECTO IDEOLÓGICO – POLÍTICO,,

La elección de las autoridades municipales se realiza cada 4 años por medio de un proceso democrático, eligiendo al alcalde municipal síndico I, síndico II, consejal I, consejal II, consejal III, consejal IV, tesorero municipal y secretario municipal.

Actualmente el Alcalde municipal es el Sr. Yener Haroldo Plaza Nazareno quien invierte en salud, educación, infraestructura y desarrollo del municipio de San Lucas. En general la misión de la municipalidad es “Somos un municipio próspero y desarrollado, a través de la inversión de recursos en la población de los servicios básicos, salud, educativos, e infraestructura con políticas municipales orientadas hacia la concentración de una economía competitiva,

SEGEPLAN 2012^a.
MSPAS 2012

basada en el estímulo de principios y valores que permitan la integración de sus habitantes como unidad generadora del desarrollo”.

La Visión es: Ser una entidad autónoma que promueve el desarrollo del municipio a través de actividades económicas, sociales, culturales, ambientales y educativas las cuales contribuyen a mejorar el desarrollo de necesidades y calidad de vida de los vecinos de este querido municipio además, mejorar la prestación e implementación de los servicios así como la generación de Oportunidades mediante las creaciones de oportunidades mediante la creación de programas que permitan la participación de los habitantes siendo estos poseedores de un nivel competitivo, reafirmando así el compromiso con el municipio para lograr el desarrollo integral, generando equilibrio entre el uso adecuado y racional de sus recursos.”

La Municipalidad de San Lucas cuenta con un edificio amplio en donde fusiona comités de cultura, deportes y asuntos sociales.

También dentro de la municipalidad funcionan comisiones educativas, infraestructuras de ordenamiento territorial, fomento económico, salud y asistencia social, servicios, urbanismo y vivienda, turismo, descentralización, fortalecimiento municipal y participación, ciudadano, finanzas, familia, probidad, la mujer, niñez y seguridad.

La población de San Lucas cuenta también con servicios básicos a sus habitantes como son: Bombero Voluntarios, Juzgados de asuntos municipales, oficina de catástrofes, oficina de Mercadería Municipal, Oficina Municipal de la mujer y Secretaría de las Obras sociales de la esposa del Alcalde SOSEA.

Oficina Municipal de Recursos Naturales y ambiente, Programa del adulto Mayor, oficina de planificación, policía municipal de tránsito, oficina de registro del documento personal de identificación, oficina de Relaciones Públicas y departamento de servicios públicos.

SEGEPLAN 2012^a.
MSPAS 2012

En los últimos cuatro años el consejo municipal ha trabajado con las organizaciones comunitarias y sectoriales lo que ha permitido el desarrollo de la comunidad, se han planificado reuniones mensuales para un mejor servicio. El consejo municipal de desarrollo COMUDE brinda apoyo a través de actividades orientadas al desarrollo de la comunidad.

COCODE (Consejo municipal de desarrollo) trabajan por el bienestar de la población apoyando las infraestructuras del municipio de San Lucas.

La organización que trabaja COMUDE son:

COCODE de aldea El Manzanillo, COCODE de Aldea la Embaulada, COCODE de la Aldea Zorzollá Sector I, COCODE de la Aldea Zorzollá Sector II, COCODE de la Aldea Chocorral, COCODE del casco urbano, COCODE de residenciales Moctezuma, COCODE de Caserío Chimen, COCODE de Caserío el Manzanal, COCODE de Cantón Chichorin y Reforma, COCODE de Caserío San José, COCODE del Cantón La Cruz, COCODE de Caserío Chituc, Asociación de vecinos del casco urbano, Asociación de vecinos del Bosque de Chimen, Asociación de vecinos de Jardines de San Lucas.

Los comités ayudan a organizar los eventos culturales, sociales y políticos, pudiendo mencionar comité de festejos, de energía eléctrica, pro mejoramiento y el comité de la Hermandad de la Iglesia Católica.

1.5 DESCRIPCIÓN DE LA INSTITUCIÓN

Sanatorio psiquiátrico “El Manzanillo”, se encuentra ubicado en el lote No. 9 Aldea El Manzanillo, San Lucas Sacatepéquez, es un Centro de Rehabilitación para personas que necesiten los servicios médicos dentro de los cinco grupos de trastornos siguientes: Trastornos Bipolares, Trastornos de la personalidad, esquizofrenia, trastornos por consumo de sustancias alucinógenas sin incluir heroína y hospitalización en crisis, casa hogar, consulta externa, talleres de crecimiento personal y apoyo familiar.

Es un Sanatorio privado especializado en psiquiatría, autorizado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que llena todos los requisitos sanitarios y administrativos para brindarles al paciente y su familia un ambiente de seguridad, tranquilidad, higiene y atención personalizada.

La idea inicio al desear poner el sanatorio en occidente, ya que la propietaria Dra. Mirna Santos residía en Xela, en ese entonces ella participaba en un programa de psiquiatría comunitaria a través de radio, televisión y algunos medios de comunicación, sin embargo al cotizar precios de terrenos apropiados en lugares como cuatro caminos o entrada a Totonicapán se dio la sorpresa que eran de costos muy elevados y no llenaban las expectativas para dicha construcción. Para entonces el hermano de la propietaria tenía ya dos años de haber comprado un terreno en el municipio de San Lucas Sacatepéquez que llenaba todas las expectativas de área, clima y condiciones ambientales en general deseadas, pero la dificultad era en cuestión de servicios públicos como agua potable, energía eléctrica, teléfono, acceso al lugar ya que solo contaba con camino de terracería. Al final se decidieron en ocupar ese espacio y con la ayuda del Director de Supervisión de Hospitales en el año 2004, se dio inicio a la organización y construcción del lugar, construcción finalizada en un tiempo de 3 meses, iniciando con únicamente 3 camas y sus servicios básicos de infraestructura.

Se inauguró el 29 de enero del 2005, contaba con 3 camas, cortinas, edredones y un par de mesitas de noche. Se hizo el acto de inauguración con 150 personas entre psiquiatras, médicos en general, neurólogos familia, en su mayoría vecinos de San Lucas y La Antigua Guatemala, disfrutaron con un

coctel de frutas y música, el parqueo fue ocupado por 39 vehículos. Inicio labores con dos enfermeros de llamada de emergencia, una secretaria de planta, una psicóloga de llamado y la médica psiquiatra propietaria. El primer ingreso se realizó el día 11 de febrero de 2005, una paciente de xela con trastorno Bipolar. El segundo ingreso fue el día 14 de febrero del mismo año con diagnóstico de Bipolaridad cuñada de un ex presidente del país, hasta la fecha sigue siendo paciente externo. Al tener un mes cumplido de estar funcionando ya tenía ingresado 4 pacientes, todos con diagnóstico de Bipolaridad. El primer psiquiatra que refirió paciente al sanatorio fue el Dra Emilio Quinto, el primer médico que refirió a la 2^a. Paciente fue el Dr. Henry Estok, neurólogo, de allí en adelante fueron llegando pacientes con un promedio de 3 pacientes al mes. Durante ese año solamente tres meses uniendo el tiempo aproximado que no hubo ningún paciente ingresado.

En el mes de diciembre pensaban descansar la temporada navideña, aprovechando la ausencia de pacientes, justo el día 23 de diciembre ingreso un paciente, día 26 ingreso otro paciente y el día 31 ingreso un paciente con RM que hasta la fecha sigue allí siendo el más antiguo.

Misión

Su Misión es brindarle a cada uno de sus pacientes y su familia apoyo personalizado, psiquiátrico, psicológico y médico para que se incorporen en el ambiente familiar funcional y social con seguridad y equilibrio mental, desarrollado en un ambiente con mucha flora y en un espacio agradable parecido al ambiente familiar.

Visión

Su Visión es contribuir al mejoramiento de la salud mental y readecuación familiar para brindar apoyo a muchas familias guatemaltecas que lo necesitan y lo requieran.

Se trabaja en los siguientes programas:

- Mejoramiento de Calidad de vida.
- Trastornos neuróticos
- Esquizofrenia y trastornos afectivos mayores
- Adicción al alcohol y otras drogas (Excepto Heroína).

Ya que la heroína da abstinencia física, ("Euforia", Respiración más lenta, Funcionamiento mental nublado, Náuseas y vómitos, Sedación; somnolencia, Hipotermia (temperatura del cuerpo por debajo de lo normal, Coma o muerte) y depende del tiempo y la cantidad de consumo, puede existir abstinencia severa que necesita ser tratada en unidades de cuidados intensivos.

1.6 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN

El programa del ejercicio profesional supervisado estuvo orientado a trabajar con la población de pacientes con trastornos mentales y sus familias, además de la orientación al personal de enfermeras y médicos que tienen estrecha relación con cada uno de los pacientes.

Se trabajó directamente en el Centro psiquiátrico, dónde se encuentran los pacientes bajo tratamiento psiquiátrico, médico y psicológico.

La población a la que se le prestó el servicio psicológico fue directamente a los pacientes y la familia, que al ingresar a su paciente se notaban cansados, desinteresados, tristes o angustiados.

El factor común de los ingresos es por una descompensación en el estado mental de alguno de los miembros en una familia específica, cuando el individuo pierde conocimiento del entorno, estadios psicóticos, se manifiesta con conductas agresivas hacia los demás, hacia su entorno y autoagresiones; los miembros de la familia se ven involucrados y se perciben amenazados y vulnerables, al perder el control de las manifestaciones de su pariente.

Las familias observan en su pariente esas manifestaciones y como van evolucionando paulatinamente, en ese momento inician la búsqueda de un médico psiquiatra o psicólogo que les oriente y recomiende un lugar para ingresarlo, un centro psiquiátrico de hospitalización y brindarle atención, las familias cotizan en busca de hospitalización o internación con costos bajos y accesibles. En las primeras crisis el 25 % de las personas no conocen diagnósticos e instituciones de atención psiquiátrica

Están también las familias (son la minoría), donde ya conocen el diagnóstico, los síntomas y el tratamiento para el familiar y también es frecuente que ya conozcan varios centros donde acuden a internar a su paciente, es importante mencionar que un 85% de esta población ya conocen el tiempo de internación necesario para compensar al paciente, y los signos previos para evitar la descompensación del mismo.

El 80% de la población indígena desconoce de todas las alteraciones mentales, y cuando se les presenta un caso se interesan en el conocimiento científico,

pero son más propensos a dirigir sus tratamientos a creencias religiosas; por lo que sus familiares se ven con más frecuencia en descompensación.

Dato importante dentro de la población ladina e indígena que requiere el servicio; un 75% es ladina y el 25% restante lo representa los indígenas, también en cuanto a edades son más propensos a ingresar pacientes jóvenes y con diagnósticos duales entre las edades de 15 a 25 años de edad, sobresaliendo en un 80% los ladinos de los indígenas.

Estadísticamente hablando se registra en un tiempo de 3 años de servicio, una incidencia de ingresos por pacientes jóvenes y con una historia de vida en consumo de sustancias, inicialmente alcohol.

Con relación al género se tiene registro de pacientes de género femenino, que padecen trastorno de bipolaridad, Trastorno Obsesivo Compulsivo, depresiones, en un rango de edad comprendida entre los 18 a los 45 años, mientras que en el sexo masculino los trastornos más comunes son por esquizofrenia, consumo de drogas y otras sustancias, depresiones, que se identifican entre las edades comprendidas de los 18 a los 60 años.

En cuanto a la población atendida de la tercera edad, los padecimientos comunes son por esquizofrenia, demencia y Bipolaridad en fase crónica, siendo más elevado el número en el género femenino.

La población repatriada, se registran tres casos, en el tiempo que tiene de servicio el centro; todos los casos fueron con pacientes de mayores a 65 años, de género masculino y con un diagnóstico establecido de bipolaridad; sin embargo los casos de pacientes extranjeros, se registran siete casos, de los cuales cinco pertenecen al género femenino y dos al género masculino, en edades comprendidas de 23 a 45 años de edad, con diagnóstico ya estipulado; dichos pacientes relatan que después de ser diagnosticados en su país de origen, los declaran interdictos y el gobierno les otorga una pensión y manutención que cubre el tiempo de vida. A esto se debe que tomen la decisión de cambiarse de país en búsqueda de tener un mayor valor a la moneda, y cubrir los servicios de tratamiento recomendado, sin tener que

buscar un empleo formal, ya que sus familiares no pueden cuidar y responsabilizarse de ellos en su país por el tipo de vida en el que ellos se mantienen, de esa manera han llegado a Guatemala dónde compran vivienda, los casos en tratamiento dentro del centro actualmente viven en la Antigua Guatemala. Solo uno de los casos anteriores es de procedencia Europea (Alemania), con diagnóstico del trastorno de personalidad “borderline”, persona de 23 años de edad del género femenino, quien solo viajó para recibir opciones de tratamiento ambulatorio en su país, viaja cada seis meses aproximadamente para control psiquiátrico, acompañada de uno de sus progenitores, comentan que es más económico el tratamiento en Guatemala incluyendo el boleto de viaje de la persona que la acompaña ya que ella por sus condiciones de paciente no paga boleto.

Económicamente hablando el 80% de las familias son de estatus medio alto, con posibilidades de internar a sus pacientes en rangos de uno a tres meses según tratamiento requerido. Dentro de las estadísticas hospitalarias, se ve reflejado que las familias ladinas, presentan más posibilidades económicas para brindar un tratamiento de internalización de sus pacientes, sin embargo éstos son los más propensos a necesitar ingresos más constantes, alrededor de dos o más ingresos anuales, el motivo radica en la falta y dificultad de observación, vigilancia y cuidados del paciente en el transcurso de cada día, ya que el trajín, la diversidad de compromisos y responsabilidades les impide dedicar ese tiempo requerido.

Por el contrario, la población indígena registra menos recaídas en su paciente ya que la mayoría cuenta con una persona generalmente de género femenino adulta que tiene el parentesco de mamá, abuela, tía o hermana en la casa que habita el paciente, que se encarga de los cuidados directos y acompañamiento en el avance y rehabilitación del paciente. Además entre las familias indígenas regularmente existen más miembros que apoyan en el tratamiento del paciente, se describen familias de 4 hasta 9 hermanos, además de padres y otros miembros, mientras que en familias ladinas los elementos familiares son menos, alrededor de 2 a 3 hermanos, padres que son adultos y con compromisos laborales formales.

Académicamente hablando se registró que los pacientes en un 75% son población profesional con títulos universitarios, y el 25% que es población del área rural que se encargan de algunos asuntos de sus hogares y actividades comerciales.

Notablemente se registra diferencia, en cuanto al estatus académico y la incidencia de casos de padecimientos de trastornos mentales, en las familias guatemaltecas, ya que se elevan los riesgos, considerando los genes hereditarios en generaciones pasadas, conocimiento, abuso de sustancias y psicofármacos automedicados, que detonen efectos adversarios en su continuo consumo, dato importante que resalta estadísticamente muy concretamente, los profesionales de las áreas médicas en general son vulnerables para adquirir padecimientos de índole mental, ya que tienen accesos fáciles a psicofármacos, los hijos de médicos por costumbre viven entre medicamentos y datos médicos sobre enfermedades y remedios que lejos de evitar su consumo los invite a medicarse tal como lo hacen en su casa. Dentro de los pacientes ingresados en el tiempo de servicio se contabilizan en porcentaje de la siguiente forma: médicos en general, neurólogos, farmacéuticos y personal de enfermería 60%, psicólogos en un 10% y el 30% restante se divide en las profesiones de administradores contables, músicos, actores y personas involucradas en algún tipo de disciplina militar y seguridad en general.

Se pudo visualizar que la mayoría de pacientes vive en hogares disfuncionales, en relación a los roles familiares, más de dos familiares presentan trastornos de conducta que se ven afectados en las relaciones interpersonales y en el círculo familiar, que por desconocimiento no se han realizado los tratamientos adecuados. Se establecen algunos factores presentes como maltratos físicos, psicológicos, adicciones y abuso de alcohol en algunos casos. Nuevamente en éste aspecto se destaca diferencia en la etnia ladina de la indígena, ya que los hogares son disfuncionales por los motivos antes mencionados de calidad de tiempo, atención y dedicación efectiva al paciente, responsabilidades y estatus de vida copiosa socialmente, impide la buena comunicación y cuidados personales directos al paciente que regularmente se queda solo en casa. Las familias indígenas cuentan con más miembros familiares para apoyarse.

Se registró la dinámica de creencias religiosas de la siguiente forma: un 40% de la población pertenece a la creencia religiosa católica, 30% creyentes del cristianismo evangélico, 15% creyentes de la religión mormona, 10% adventista y protestante, 2% realizan rituales a dioses ancestrales de la civilización maya en el área rural del país y 3% no profesan fe religiosa; ateísmo.

Refiriéndome a los grupos étnicos que se atienden en el Centro, un 60% son ladinos, un 40% son indígenas distribuidos en diferentes departamentos de Guatemala. Existe registro estadístico aproximado dentro de los 22 departamentos de Guatemala el porcentaje de la población atendida: ciudad de Guatemala 60%, Petén 2%, Huehuetenango 8%, Quiché 2%, Alta Verapaz 2%, Izabal 0%, San Marcos 1%, Quetzaltenango 2%, Totonicapán 2%, Sololá 2%, Chimaltenango 2%, Sacatepéquez 3%, Baja Verapaz 1%, El progreso 0%, Jalapa 2%, Zacapa 2%, Chiquimula 1%, Retalhuleu 5%, Suchitepéquez 1%, Escuintla 2%, Santa Rosa 0%, Jutiapa 1%; predominante entre las etnias el ladino y el mestizo en un 20%, el caqchikel 15%, mam y quiches 5%.

En cuanto a las condiciones de vivienda de la población es de un 80% estable, cuentan con una vivienda propia, tienen acceso a todos los servicios básicos, cuentan con alimentaciones balanceadas y sobre todo mantienen un presupuesto fijo para la compra y manutención de los diferentes medicamentos psicofarmacológicos recomendados en el tratamiento de sus pacientes, además de la atención psicológica que requieren por lo menos de una sesión al mes.

De acuerdo a la ocupación de las familias de los pacientes en su mayoría son personas con trabajos estables y dueños de empresas o líderes, existen bastantes que son propietarios de viviendas y terrenos. En su mayoría son personas con puestos académicos profesionales a nivel de licenciatura.

Las características generales que presentó la población en su cotidianidad acontecen en su mayoría por el desconocimiento de la raíz, el desarrollo y el tratamiento de las diversas enfermedades mentales que padecen y se intensifica en uno de los miembros en particular. Cuando las personas acuden al Sanatorio en su mayoría es cuando los pacientes están en crisis y en estado

mental inconsciente o con delirios y psicosis. A los tres o cuatro días del inicio de tratamiento los familiares son citados al centro, para hacer ya una historia clínica detallada y completa de la evolución del paciente, en ese momento se confirma que la mayoría de veces los familiares desconocen sobre las enfermedades mentales y sus síntomas, por lo que es necesario iniciar las sesiones familiares para informarles y descubrir probables trastornos en las dinámica familiar que afectan a todos.

Entre los factores de riesgo de recaídas de los pacientes, se encontraron que las familias trabajan diariamente y no tienen tiempo para cuidados especiales de sus pacientes, la administración de los medicamentos con el tiempo se olvida y no cuentan con personas encargadas de realizar esta labor por lo que los pacientes dejan los tratamientos, en otras situaciones complejas las familias no aceptan la enfermedad y se niegan a continuar los procesos recomendados, además se ve con mucha frecuencia que al salir del estado de crisis ya no se continua el control psiquiátrico ni las psicoterapias por lo que el paciente recae y vuelve en crisis en tiempos bastante cortos.

1.7 PLANTEAMIENTO DE LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES

En la etapa de observación y de abordaje en las diferentes áreas del centro psiquiátrico con el ingreso de los pacientes, durante la estancia y el tratamiento pudo identificarse dificultades, necesidades y características como fenómenos particulares del servicio que presta dicha institución a sus usuarios:

1.7.1 Desconocimiento de factores de riesgo genéticos y del entorno familiar, emocional, psicológico y social que maximizan detonantes de los trastornos mentales.

Los problemas de salud mental no se conocen a profundidad en el país, sin embargo se presentan como una mezcla de sufrimientos psicosociales colectivos, derivados no sólo de los problemas propios de la enfermedad mental, sino de una serie de eventos traumatizantes a los que se ha visto expuesta la población, consistentes en pobreza, marginalidad, desastres naturales, violencia, y una situación de creciente inseguridad, violencia social, cultural e intrafamiliar que actualmente resultan ser los problemas más graves a tratar, por la sociedad guatemalteca. Que generan cambios en el funcionamiento individual, familiar, grupal y comunitario en amplios sectores de la población.

Se aumentan los riesgos de este tipo de enfermedades por la historia social, política, cultural y ambiental en general, en sociedades como la guatemalteca, que ha atravesado por conflictos bélicos masivos y niveles de violencia que sobrepasan las cifras mundiales.

1.7.2 Negación a la aceptación del padecimiento de una enfermedad mental, actual o de generaciones pasadas.

Existen problemas de enfermedad mental tales como trastornos del ánimo, trastornos de la personalidad, trastornos neuróticos, esquizofrenia y abuso de sustancias, como los problemas psiquiátricos principales.

Se tiene evidencia a nivel mundial una de cada cuatro personas desarrollará uno o más trastornos mentales o de la conducta a lo largo de su vida y que cinco de cada diez de las causas principales de discapacidad y muerte prematura en el nivel mundial se deben a condiciones psiquiátricas. Los

trastornos mentales y de conducta están presentes en cualquier momento, en aproximadamente en el 10% de la población adulta en el ámbito mundial.

Es importante reconocer que la aceptación de una enfermedad es un proceso que debe vivirse paso a paso, iniciando con el conocimiento de la enfermedad para saber distinguir signos y síntomas y en el futuro ir las tratando de controlar con los requerimientos mostrados, luego debe superarse la etapa de negación ya que al inicio aunque se conozca la enfermedad no se quiere admitir y se genera la esperanza de que sea un error, después se vive el proceso de resignación que es dejarse afligir por la sumisión, en definitiva, claudicar y sentirse incapaz de hacer nada para superarlo. Es la etapa más difícil y que necesita más cuidado y apoyo porque es aquí donde se toman las decisiones erróneas.

1.7.3 Ignorancia de identificación de signos y síntomas para continuar el tratamiento adecuado a una enfermedad mental específica y su acompañamiento familiar recomendado para minimizar las recaídas en pacientes diagnosticados.

Entre los sub-riesgos a los que están diariamente expuestos los pacientes y sus familias en el proceso de rehabilitación ambulatoria en su círculo familiar, pudimos observar en orden de importancia, La discapacidad del mecanismo normal en las funciones ejecutivas, la discapacidad cognitiva que es una anomalía en proceso de aprendizaje entendida como la adquisición lenta e incompleta de las habilidades cognitivas durante el desarrollo humano, que conduce finalmente a limitaciones sustanciales en el desarrollo corriente, ya que el funcionamiento intelectual significativamente inferior a la media, limita y dificulta el desempeño independiente del paciente y amerita un cuidado especial, además de dar lugar a otros aspectos que se tornan limitantes, ya que representan áreas básicas de adaptación del ser humano como son: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, independencia, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

Es importante mencionar que otro factor de riesgo para los pacientes y sus familias, es el control permanente de las visitas al psiquiatra por lo menos una vez al mes para mantener los medicamentos en control en caso de ser necesario cambios o adaptación de las dosificaciones, así mismo el control de ser ingeridos todos los medicamentos en tiempo y horario estricto para evitar recaídas, de suma importancia la guía psicoterapéutica del paciente y toda la familia que convive con él, ya que algunos detonantes se encuentran el manifestaciones conductuales inapropiadas e inesperadas del estrés y, circunstancias que se salgan del control en determinado momento y sometan al paciente a actividades de tensión y ansiedad, con el control estricto se disminuyen las posibilidades de éste tipo de riesgo por tiempos prolongados y así mejora la calidad de vida de todas las personas involucradas.

CAPITULO II

2.1 REFERENTE TEÓRICO – METODOLÓGICO

MARCO TEÓRICO

Desde el abordaje de la rama de la medicina la “psiquiatría” se teoriza lo siguiente: ¿Qué es la psiquiatría? T. B. Ustun, (1999) Afirma: “Es la rama de la medicina que se concentra en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades mentales. Algunas de estas enfermedades son muy graves, como esquizofrenia, enfermedad de Alzheimer y los diversos trastornos del estado de ánimo. Otras pueden ser menos graves, pero aun así son muy importantes, como los trastornos de ansiedad y los trastornos de la personalidad” pag.34.).

La psiquiatría difiere de la psicología, en su orientación médica. Se enfoca principalmente en enfermedad o anomalía, en oposición al funcionamiento psicológico normal; éste es el centro de interés de la psicología, esto significa que se interesa por la conducta externa y explica la compleja conducta del hombre mediante la comprensión de una serie de procesos mentales, es decir, intenta explicar además la cognición humana. (Los umbrales de la psicología científica, Editorial UOC, 2002, pág. 44). Los principales objetivos de la psiquiatría como una disciplina de la medicina, son definir y reconocer las enfermedades mentales, identificar métodos para tratarlas y en última instancia desarrollar métodos para descubrir sus causas y establecer medidas preventivas. Es por tanto una disciplina dedicada a la investigación de anomalías del funcionamiento cerebral que se manifiestan en enfermedades que afligen a los individuos de maneras interesantes e importantes. T. B. Ustun, (1999) Afirma: “En clínica estas anomalías pueden ser evidentes y graves, como el caso de la esquizofrenia, o sutiles y leves, como en el caso de un trastorno de adaptación” pág. 109.). En última instancia, el impulso de la psiquiatría moderna es hacia el desarrollo de una comprensión amplia del funcionamiento normal del cerebro a niveles que van de la mente a la molécula, y determinar el modo en que. T. B. Ustun, (1999) Afirma: “las aberraciones en estas funciones normales (producidas de manera endógena por codificación genética o exógena a través de influencias ambientales) llevan al desarrollo de síntomas de enfermedad mental” pág. 87.).

Donald Andreasen W. Black, Nancy A. C., Afirma: “Durante el siglo XXI, toda la medicina experimentará un cambio de paradigma en el modo en que las enfermedades se clasifican y definen. Los diagnósticos actuales se basan principalmente en síndromes. Dependen mucho de observaciones clínicas de que los signos y síntomas concurren en grupos de pacientes, y de que tienen un curso y una respuesta al tratamiento característicos. El siglo XXI será la “era del genoma”. Gracias a los avances continuos en genómica y biología molecular, se comenzará a definir las enfermedades en términos de sus etiologías más que de sus signos y síntomas” pág. 123.). Mediante este proceso, la clasificación médica tradicional ya sea en pediatría o psiquiatría, se revisará en los decenios por venir, ya que son ciencias en constante cambio.

La mayoría de los trastornos o enfermedades que se diagnostican en psiquiatría son síndromes: conjuntos de síntomas que tienden a concurrir y resultan tener curso y desenlace característicos). T. B. Ustun, (1999 Afirma: “Gran parte de la investigación actual en psiquiatría se dirige a identificar la fisiopatología y etiología de las principales enfermedades mentales” pág.216.).

Donald Andreasen W. Black, Nancy A. C. Afirma: “Motivo importante es diagnosticar: introduce orden y estructura en el pensamiento y reduce la complejidad de los fenómenos clínicos. La psiquiatría es un campo diverso y los síntomas de la enfermedad mental comprenden una amplia gama de anomalías emocionales, cognitivas y conductuales. El uso de diagnósticos introduce estructura a esta complejidad” pág. 220.). Donald Andreasen W. Black, Nancy A. C. Continúa: “Los trastornos se dividen en categorías amplias con base en características en común (p.ej., psicosis, abuso de sustancias, demencia, ansiedad). Dentro de cada clase principal se delinean aún más síndromes específicos (p, ej., al dividir trastornos relacionados con sustancias con base a la sustancia implicada, o al dividir las demencias por subtipo etiológico, como enfermedad de Alzheimer y demencia vascular)” pág. 221.).

La existencia de grupos amplios, subdivididos en trastornos específicos, crea una estructura dentro del aparente caos de fenómenos clínicos, y hace las enfermedades mentales más fáciles de estudiar y comprender.

Los diagnósticos facilitan la comunicación entre médicos, cuando los psiquiatras establecen un diagnóstico específico para los síntomas de un

paciente, como trastorno bipolar I, están haciendo un enunciado característico acerca del cuadro clínico con que ese paciente en particular se presenta. Donald Andreasen W. Black, Nancy A. C. Enuncia: “Un diagnóstico resume información de manera concisa para todos los demás profesionales de la salud que examinen después los registros del paciente o a los que se remita”. Por ejemplo, un diagnóstico de trastorno bipolar I indica que:

El paciente ha tenido al menos un episodio de manía.

Durante ese episodio de manía, el paciente experimentó un grupo característico de síntomas como estado de ánimo exaltado, aumento de la energía, pensamiento acelerado, habla rápida, ideas de grandeza y juicio deficiente. Es probable que el paciente también haya tenido episodios de depresión, caracterizada por tristeza, insomnio, decremento del apetito, sensación de minusvalía y otros síntomas depresivos típicos.

El uso de categorías diagnósticas da a los profesionales de la salud una especie de “taquigrafía” con la que pueden resumir grandes cantidades de información con relativa facilidad” pág. 78.).

Los diagnósticos ayudan a predecir el pronóstico, muchos diagnósticos psiquiátricos se relacionan con un curso y un pronóstico característicos. Por ejemplo, el trastorno bipolar I suele ser episódico, con periodos de alteraciones intensas en el estado de ánimo, alternados con periodos de normalidad completa o casi completa. Así, los pacientes con trastorno bipolar I tienen un pronóstico favorable. Algunos otros tipos de trastornos, como la esquizofrenia o trastornos de la personalidad, suelen tener un curso más crónico. Los diagnósticos son una manera útil de resumir las expectativas del médico acerca de la evolución futura de la enfermedad del paciente.

Donald Andreasen W. Black, Nancy A. C. Afirma: “Los diagnósticos se usan a menudo para elegir un tratamiento apropiado, en la medida que la psiquiatría ha avanzado en sus aspectos científico y clínico, se han desarrollado tratamientos específicos para trastornos particulares o grupos de síntomas. Por ejemplo, suelen usarse fármacos antipsicóticos para tratar la psicosis. Se emplean para enfermedades como la esquizofrenia, en la cual la psicosis suele ser notable, así como en formas de trastornos del estado del ánimo que utilizan carbonato o valproato de litio” pág. 110.).

En la actualidad se dispone de medicamentos específicos, como los inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina para el trastorno obsesivo-compulsivo.

En sí, los diagnósticos tienen varios objetivos, a groso modo podemos mencionar; que se usan para vigilar el tratamiento y tomar decisiones relativas al reembolso de gastos médicos, también son usados por los abogados en juicios por negligencias y por otras causas, también son usados por los epidemiólogos del sistema de salud para determinar la incidencia y prevalencia de diversas enfermedades en todo el mundo, se utilizan para tomar decisiones acerca de la cobertura de seguros y a los mismos pacientes diagnosticados, como respaldo en caso de involucrarse en estados de crisis en problemas legales o accidentes.(Donald Andreasen W. Black, Nancy A. C. 2003, p. 178)

De acuerdo a los médicos y psiquiatras el origen de las enfermedades mentales puede ser:

Investigaciones más recientes señala: “los mecanismos biológicos subyacentes como la base posible para varios trastornos mentales. El aspecto biológico tiene una importancia en el origen de las enfermedades mentales y en especial la edad y el sexo, influyen grandemente. El órgano de lo psíquico es el cerebro, por lo que todo problema psíquico implica alteración de éste órgano (Donald Andreasen W. Black, Nancy A. C, Editorial El mundo Moderno 2003. p.167.).

Neil R. Carlson, Pearson Afirma: “Una alteración frecuente en los trastornos mentales se relaciona con anormalidades en la comunicación neuronal, en determinados circuitos neuronales pueden causar alteraciones histopatológicas detectables a escala tanto celular como tisular, en forma macroscópica, es decir se pueden ver a simple vista, lo cual da lugar a un procesamiento incorrecto de la información. En el caso de la depresión se han encontrado estudios de familias, con un estudio de depresión endógena que sugieren un vínculo entre este desorden y las anormalidades en el sueño MOR” p.48.).

T. B. Ustun, Afirma: “En algunas enfermedades psíquicas como las toxicomanías se han visto problemas de una anormalidad en la plasticidad sináptica. Se trata de que las conexiones neuronales (sinapsis) se alteran por la acción del uso de tóxicos y dan origen a alteraciones de pensamiento, las emociones y el comportamiento. Se ha demostrado un importante componente

genético de riesgo en enfermedades psiquiátricas graves sobre todo en hermanos mellizos” p. 45.).

Se enfoca más en la Heterogeneidad causal, Gaspar Cervera, J. Martínez-Raga que Afirma: “cuando más de una causa, por ellas mismas, puede derivar en el mismo síndrome. Es cierto que es muy complejo” p. 54.).

En general lo que es claro es que los trastornos mentales y del comportamiento se deben esencialmente a la interacción de múltiples agentes de riesgo asociado a factores ambientales en especial de tipo social. Nicole Lipkin, Thomas Nelson, Afirma: “Se ha visto que los estresores sociales como el estrés crónico” p. 62.). . Nicole Lipkin, Thomas Nelson , Afirma: “Con bastante frecuencia, los inflexibles estresores mentales, financieros, sociales, ambientales, interpersonales y tecnológicos que nos acosan las 24 horas del día, los 365 días del año, sobrecargan nuestro sistema incesantemente” p. 63.).
Desencadenan enfermedades mentales con alto riesgo en personas con predisposición genética.

Recaídas en pacientes psiquiátricos:

Los factores de riesgo importantes para recaídas en pacientes diagnosticados con trastornos mentales dependen de cada individuo, se facilita con un grupo de psicofármacos para contrarrestar síntomas similares, sin embargo la experiencia, la familia, las relaciones sociales, el trabajo y otras instancias en el transcurso de la vida, hacen a cada paciente un individuo al que se le brindará un tratamiento individual a todo nivel.

(J. Rodés, J. M. Piqué, Antoni Trilla. 2007. P. 00).

J. Rodés, J. M. Piqué, Antoni Trilla, Afirma: “el abandono de la medicación multiplica por cinco el riesgo de las recaídas y de suicidio y de conductas agresivas y empeora el pronóstico de la enfermedad Mental” p. 65.).

Muchos pacientes no tienen conciencia de su enfermedad, tienden a pensar que están mejor, que no necesitan tomar la medicación, y abandonan el tratamiento”

Por lo tanto las causas generales y más marcadas en pacientes que presentan recaídas pueden mencionarse las siguientes:

-dificultades en la adherencia al tratamiento psicofarmacológico.

Estos pacientes requieren de una persona que los cuide y supervise la administración de medicamentos prescritos.

-El número de intervenciones psicológicas recibidas es limitada.

-El sistema de creencias influye frente a la enfermedad.

-El conocimiento de síntomas y técnicas psicológicas para cambiar ideas y formas de actuar ante situaciones cotidianas.

“Las recaídas tienen un valor a nivel biológico porque hay pérdida de masa encefálica; a nivel psicológico porque el paciente se aleja de la normalidad en la adaptación a su entorno; a nivel social porque se aísla aún más; y a nivel económico porque, al final, acaban recibiendo más medicación para controlar los síntomas”(Benedetto Saraceno, 2003. P. 95.).

-Estabilidad y mejoría del estado de vida del paciente psiquiátrico:

“Una de las conclusiones para éste tema es que el tipo de relación que establecen los familiares y cuidadores con los pacientes afectan la evolución. Los autores han demostrado que la inclusión de las familias de alta enfermedad mental en grupos psicoeducativos mejora la situación. acerca el abordaje terapéutico con los más recientes tratamientos antipsicóticos de larga duración” (.Henry P. y Pirella A., Milano Etaslibri, 1995, p. 104).

Sin olvidar que cada paciente es un individuo, por ejemplo para el tratamiento de la esquizofrenia, han destacado la reciente aportación que supone el palmitato de paliperidona, fármaco desarrollado gracias a las más modernas técnicas de nanotecnología, lo que permite su uso en mantenimiento mediante administraciones mensuales para todos los pacientes, facilitando el seguimiento del tratamiento, previniendo recaídas y ofreciendo al paciente y su entorno mayores posibilidades de recuperación social y personal. La salud Mental es cosa de todos.

La psicofarmacología, tiene una enorme influencia en la psiquiatría de la segunda mitad del siglo XX (sus indiscutibles beneficios terapéuticos, la influencia sobre los métodos etiopatogénicos y planteamientos asistenciales, sobre la construcción nosológica, etc.)(Francisco López-Muñoz, Cecilio Álamo González, 2007, p. 36.).

Rodríguez Seoane, Elena, Ediciones Díaz de Santos, Afirma: “Como en casi todas las enfermedades mentales, las adicciones son un factor de riesgo para las personas con psicosis, y que el 40% de los pacientes tienen una patología dual, que en muchos casos se combina con una morbilidad orgánica causada por el VIH o el virus de la Hepatitis C entre otros. Todos estos factores son también predictores de complicaciones en el seguimiento del tratamiento” p. 31.).

-Cómo influye la familia en el tratamiento del paciente psiquiátrico:

De acuerdo con estos supuestos, las intervenciones terapéuticas desarrolladas en las últimas décadas se han dirigido al control tanto de los factores de estrés como de los factores de vulnerabilidad. Entre las primeras, se encuentran las intervenciones familiares, dirigidas a cambiar los ambientes adversos en el hogar; el entrenamiento en habilidades sociales con los pacientes, para reforzar sus capacidades para enfrentarse a las exigencias y problemas de la vida diaria; la psicoeducación, para dar a conocer la naturaleza del trastorno y modificar las actitudes de los familiares hacia la enfermedad y de los propios pacientes, favoreciendo así un rol activo del paciente en la gestión de su propio trastorno, y mejorar el cumplimiento terapéutico; y más recientemente las terapias psicológicas cognitivo-conductuales, con el fin reducir los síntomas positivos, en interacción con la medicación, de favorecer el desarrollo de las capacidades de afrontamiento y de intervenir sobre las distorsiones del pensamiento y en el procesamiento anómalo de la información. (Ricardo Guinea, 2007, p. 127).

Se acentúa el interés de incluir a los familiares de los pacientes con psicosis en programas específicos de tratamiento; surgen movimientos de defensa de los familiares y el creciente reconocimiento del estrés experimentado por las familias al enfrentarse con la enfermedad, y su influencia sobre el funcionamiento del paciente; y decididamente se apostó por que fueran un aliado en el proceso terapéutico. Si bien la familia no está implicada en la etiología de la enfermedad, se presupone que los intentos de modificar positivamente el clima emocional de la familia también modificarán favorablemente la evolución clínica del paciente concreto.

(Ricardo Guinea, 2007, p. 87).

-Que debe mejorar el paciente y su familia para mantener por más tiempo estabilidad en el paciente psiquiátrico.

Carlos Gómez Restrepo, Guillermo Hernández Bayona, Alejandro Rojas Urrego, Hernán Santacruz Oleas, Miguel Uribe Restrepo, Afirman: “Los principios básicos, comunes a dichos modelos de intervención, en los que se inspiran los tratamientos familiares en las psicosis han sido los siguientes:

Una cooperación positiva y relación de trabajo genuina entre los familiares y los profesionales de la salud mental. Una actitud no culpabilizadora de los terapeutas, asumiendo el deseo que tienen los familiares de ayudar, incluso cuando su manera de manejar los problemas pudiera no parecer acertada; respeto hacia sus propias necesidades y reconocimiento de la sobrecarga que supone convivir y cuidar al enfermo” p. 95

Proporcionar estructura y estabilidad. Un programa terapéutico con contactos regulares y estables, que proporcione a la familia un plan asistencial, que les ayude a disminuir la sensación de descontrol e impredecibilidad que puede generar la psicosis. Del mismo modo, se resalta la necesidad de desarrollar climas familiares igualmente predecibles, estructurados y estables.

Centrarse en el “aquí y ahora”. Todos los programas de tratamiento se dirigen a trabajar con los problemas y con el estrés que encaran las familias día a día; en identificar su manera de enfrentarlos, evaluando sus puntos fuertes y débiles; analizando también cómo son las relaciones mutuas dentro de cada familia, y la forma cómo cada uno percibe los problemas y ensaya una solución. (Pilling Et al. P. 71.).

Utilización de conceptos familiares. Se establecen límites interpersonales e intergeneracionales claros, apoyando a la pareja paterna y promoviendo la separación e independencia del hijo enfermo cuando sea necesario; y se establece una visión de la familia como un todo, analizando el efecto que le producen los distintos problemas que soporta.

Reestructuración cognitiva. Mediante la psicoeducación se proporciona a la familia una explicación de la enfermedad que dé sentido a las conductas y sentimientos del paciente y a las suyas propias. Se pone especial atención en exculpar al paciente de su sintomatología, evitando juicios morales, cualquier

intencionalidad sobre la misma, especialmente sobre los síntomas negativos de abandono, apatía, aislamiento, etc. (Pilling Et al. IMSERSO. P. 23.).

Metodología conductual. El trabajo clínico se centra en la solución de problemas concretos, evaluando los recursos y las necesidades de la familia, estableciendo metas realistas, fijando prioridades, descomponiendo las metas en pequeños pasos sucesivos, estableciendo tareas a realizar en casa y revisándolas en encuentros posteriores, y manteniendo expectativas realistas sobre el paciente y los demás miembros de la familia.

Pilling Et al, Afirma: “Mejorar la comunicación. Se pone especial cuidado en entrenar a las familias en mejorar la comunicación en el hogar, haciendo que las expresiones sean más claras y sencillas y evitando intercambios menos emotivos entre los familiares”, 2002, p. 56.).

Se ha observado, además, en estudios de meta-análisis, que cuando se comparan las intervenciones familiares con otras modalidades de tratamiento, aquéllas son superiores en la reducción de recaídas en los primeros 12 meses de tratamiento; pero, a partir de 1-2 años del comienzo del tratamiento, sólo las intervenciones uni-familiares (pero no las multi-familiares) redujeron las recaídas, en comparación con otros tratamientos. Imsero, Pilling et al., 2002. P. 62.).

Héctor González Pardo, Marino Pérez Álvarez Héctor González Pardo, Afirman: “Tomando en cuenta el programa de apoyo que se dirige a cada paciente en función el más efectivo psicológicamente hablando es:

Psicoeducación: Como se ha señalado previamente, la educación de los familiares de un paciente mental grave, desde los estadios más precoces del trastorno, es un componente esencial para su recuperación. Sin embargo, el tipo y la intensidad del programa psicoeducativo debe adaptarse a la fase de la enfermedad y a la capacidad tanto de la familia como del paciente para interpretar lo que está sucediendo” p. 183.).

Carlos Gomez Restrepo, Guillermo Hernandez Bayona, Alejandro Rojas Urrego, Hernan Santacruz Oleas, Miguel Uribe Restrepo, enunciaron: “Diversos factores influyen en cómo una familia responde ante una enfermedad; entre

ellos: a) el sistema de apoyo social del que disponga la familia; b) la experiencia previa de la familia con la enfermedad y el conocimiento de la misma; c) los patrones de afrontamiento y los recursos de que disponga; d) la calidad de los servicios sanitarios disponibles y el acceso a los mismos; e) el nivel económico; f) el tipo de comienzo de la enfermedad (repentina vs. gradual, público vs. privado, etc.); g) la naturaleza de los síntomas; h) las demandas exigidas a los cuidadores; i) la aceptación o el rechazo del paciente a participar en el plan terapéutico; y j) el curso y el pronóstico de la enfermedad.

La reacción de las familias frente a un trastorno mental generalmente se diferencia de una enfermedad física en diversos aspectos, como son:

1. La incertidumbre respecto a cómo van a reaccionar los demás ante el paciente.
2. La culpabilidad de los familiares de haber causado el trastorno o de no haber sabido prevenirlo.
3. El miedo a que culpabilicen al paciente o a los familiares por haber causado el trastorno.
4. La incertidumbre respecto al pronóstico y devenir del trastorno mental.
5. Posibles conductas del paciente, embarazosas para la familia.
6. Dudas sobre el diagnóstico, que pueden retrasar la aceptación del trastorno y el tratamiento.
7. Frecuentemente, el rechazo del propio paciente a cooperar con el programa de tratamiento y su incapacidad para apreciar los cuidados que recibe de la familia.

Las consecuencias de todo ello, para los familiares de un paciente con un trastorno mental, suelen ser la sensación de aislamiento o de ser diferentes; con el consiguiente retraimiento social; el temor a comunicar a los demás el trastorno; el miedo a pedir ayuda; el aumento del nivel de conflictividad en el seno de la familia; y una serie de reacciones negativas una vez que se confirma el diagnóstico de una psicosis, como son las siguientes:

- Absoluta negación de la enfermedad: "Esto no puede ocurrir en nuestra familia".

- Negación de la gravedad de la enfermedad: "Ella simplemente debe estar pasando por una fase".
- Rechazo a debatir los propios temores.
- Abandono de las funciones sociales habituales.
- Vergüenza y culpa: "¿Qué es lo que hicimos mal?".
- Sensación de aislamiento: "Nadie sabe lo que estoy pasando".
- Resentimiento: "Esto no es justo. ¿Por qué a nosotros?".
- Culpa: "Deberías haberte quedado en casa con los hijos".
- Preocupación por marcharse a otro lado: "Y si dejásemos la ciudad y nos fuéramos a vivir al campo".
- Búsqueda excesiva de posibles explicaciones: "Quizá le castigamos demasiado".
- Incapacidad para pensar o hablar de otra cosa que no sea la enfermedad.
- Ambivalencia extrema hacia el paciente.
- Desacuerdo matrimonial; y eventualmente separación o divorcio.
- Rivalidad entre hermanos y rechazo a hablar o a estar con el afectado.
- Abuso de la bebida o dependencia de los tranquilizantes.
- Insomnio, pérdida de peso, ansiedad" p. 114.).

Así, en los primeros estadios de la psicosis, durante la fase de incertidumbre, malestar o miedo a lo que pueda ocurrir, tanto los pacientes como sus familiares suelen ser especialmente receptivos a la información sobre qué está sucediendo, por qué ocurre y qué puede hacerse para remediar la situación. La normalización de la experiencia, enfatizando que no es un caso extraño sino que dicho trastorno es muy conocido por los profesionales, suele ser tranquilizador. También tranquiliza a los familiares claros mensajes no culpabilizadores por el trastorno y la esperanza de recuperación.

El suministro de información educativa, de forma repetida, es pues esencial durante los primeros estadios de una psicosis, centrando los mensajes en las necesidades de los familiares, que tienen que hacer frente a una enfermedad, generalmente impactante, con tratamientos y procedimientos de cuidado desconocidos, tal vez tras muchos meses o incluso años bregando a solas con una traumática fase prodrómica.

Como referencia de lo anterior se puntualiza la escasa intervención del equipo multidisciplinario en nuestro país, ya que requiere un proceso largo, agotador y disciplinario. (Carlos Gomez Restrepo, Guillermo Hernandez Bayona, Alejandro Rojas Urrego, Hernan Santacruz Oleas, Miguel Uribe Restrepo. P. 201.).

Carmelo Mesa-Lago, Miguel Angel Barrios Escobar, Homero Fuentes Argón, Friedrich-Ebert-Stiftung, Enuncia: “Guatemala, Menos del 1% de los gastos en atención de salud por parte del Ministerio de Salud están dirigidos a la salud mental, lo cual corresponde al mismo porcentaje reportado en el informe anterior. La seguridad social en Guatemala” p. 93.).

Psiquiatría clínica, Carlos Gómez Restrepo, Guillermo Hernández Bayona, Alejandro Rojas Urrego, Hernán Santacruz Oleas, Miguel Uribe Restrepo, Afirma: “Existen 40 establecimientos de salud mental ambulatorios disponibles en el país, de los cuales únicamente uno está dedicado al tratamiento exclusivo para niños y adolescentes. Esto evidencia un avance discreto en comparación al informe anterior. Estos establecimientos brindan atención aproximadamente a 363 usuarios por cada 100,000 habitantes de la población general.

Este dato representa aproximadamente la mitad del mejor estimado reportado en el informe anterior. Los sistemas de registro y reporte epidemiológico de los servicios de salud mental, continúan mostrando importantes dificultades lo que limita la consistencia de los datos. De todos los usuarios atendidos en establecimientos de salud mental ambulatorios, el 58% son mujeres y 14% son niños o adolescentes, aunque el porcentaje representa casi el doble de lo reportado en 2005, el número total de usuarios es prácticamente el mismo. Los usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios son diagnosticados, principalmente, con trastornos neuróticos y Somatomorfos (54%) y trastornos afectivos (24%). En comparación con los porcentajes reportados en el informe anterior, es notorio un aumento en los trastornos neuróticos, probablemente consecuencia de un incremento en el reporte de los mismos. La cantidad promedio de contactos por usuario se calcula en 1.96. Se estima que únicamente el 8% de los establecimientos ambulatorios proporcionan atención de seguimiento en la comunidad, y el mismo porcentaje corresponde a los servicios que tienen equipos móviles de personal de salud mental. En términos

de tratamientos disponibles, la mayoría de los establecimientos ambulatorios (51%-80%) ofrecen tratamientos psicosociales, lo que constituye también un avance en comparación con el reporte previo. Se desconoce el porcentaje de los establecimientos de salud mental ambulatorios que tenían por lo menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos) disponible en el establecimiento o una farmacia cercana durante todo el año, en parte por la dificultad de recopilar información sobre los establecimientos que dispensan medicamentos cercanos a los servicios.

Existe una unidad de tratamiento diurno (UTD) disponible en el país, que atiende exclusivamente a población adulta. El informe anterior incluía también la UTD del Hospital Nacional de Salud Mental la cual (a la fecha de elaboración de este informe) no existe más. Este establecimiento atendía 3.21 usuarios por cada 100,000 habitantes de la población general. De todos los usuarios atendidos en establecimientos de tratamiento diurno, el 62% son mujeres. En promedio, los usuarios pasan 49 días en establecimientos de tratamiento diurno. ” p. 77.).

Existen dos unidades psiquiátricas en hospitales generales disponibles en el país para un total de 0.06 camas por cada 100,000 habitantes.

Se localizaron 11 establecimientos residenciales comunitarios disponibles en el país para un total de aproximadamente 160 camas / espacios por cada 100,000 habitantes. Sin embargo, ninguna de estas camas está reservada exclusivamente, para niños y adolescentes. El 67% de los usuarios atendidos en estos establecimientos son mujeres y, únicamente el 9% son niños.

Psiquiatría clínica, Carlos Gómez Restrepo, Guillermo Hernández Bayona, Alejandro Rojas Urrego, Hernán Santacruz Oleas, Miguel Uribe Restrepo, Afirman: “La cantidad de usuarios en establecimientos residenciales comunitarios corresponde a 0.9 por cada 100,000 habitantes y la cantidad promedio de días pasados en estos servicios es de 74.2. Aunque el informe anterior no reportaba ningún establecimiento residencial comunitario disponible en el país, es importante señalar que los mismos no se encuentran totalmente registrados en el Ministerio de Salud, lo que hace difícil su reconocimiento.

Únicamente el 4% de la formación para los médicos está dedicado a salud mental asistencial individual y comunitaria. ” p. 79.).

Psiquiatría clínica, Carlos Gómez Restrepo, Guillermo Hernández Bayona, Alejandro Rojas Urrego, Hernán Santacruz Oleas, Miguel Uribe Restrepo, Afirman: “Se calcula que 150 personas son miembros de asociaciones de familiares en Guatemala; sin embargo, no existe todavía ninguna asociación de usuarios de servicios de salud mental. El gobierno no proporciona apoyo económico a las asociaciones de usuarios, ni a las de familiares.

La única asociación de familiares reportada en este informe tiene una limitada interacción con los servicios de salud mental y su involucramiento se da básicamente a nivel de actividades” p. 82.).

2.2 OBJETIVO GENERAL

Brindar conocimiento teórico, práctico y psicológico; sobre los procesos adecuados para la recuperación, rehabilitación y readecuación al ambiente familiar, de pacientes con enfermedades mentales, a través de terapias psicológicas, investigación y docencia.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Servicio

- Ejecutar terapias en el área cognitiva, afectiva y volitiva, que conlleve a la integración familiar, social y laboral al paciente.

Docencia

- Promover el involucramiento de la familia en la dinámica de recuperación del paciente.

Investigación

- Identificar el factor de riesgo de las crisis y recaídas de los pacientes en la dinámica familiar.

METODOLOGÍA DEL PROCESO

Fases Metodológicas

Durante la realización del Ejercicio Profesional Supervisado se llevó un proceso metodológico ecléctico. Al inicio del abordamiento fue necesario conocer las características del contexto socio-cultural y la población con la que se estaría trabajando, por lo que se utilizó una metodología cualitativa para la inmersión e investigación en la comunidad, ya que se tenía como objetivo la descripción de las cualidades del contexto de San Lucas Sacatepéquez como tal y sus habitantes.

Ya identificadas las necesidades y características de la población se procedió a trabajar en atención directa, los casos que ya estaban ingresados y con ésta observación se procedió al abordaje, principalmente con base en la metodología de las técnicas de la terapia de apoyo, considerando en algunas pruebas psicométricas el abordaje desde el punto de vista psicoanalítico directamente con el proceso psicoterapéutico de los pacientes.

Con el fin de contribuir en el proceso de psicoterapia y socialización de los pacientes se utilizaron algunas técnicas de la metodología participativa para abrir las puertas al dialogo y a la participación activa de las familias que tienen internados a sus familiares por alguna dificultad mental, promoviendo en las visitas un ambiente de inclusión y libre expresión, fomentando el respeto durante las intervenciones. A lo largo de este proceso se realizaron talleres y charlas con médicos, enfermeras, pacientes y familiares; las actividades fueron realizadas con el propósito de promover los mecanismos de acción de diferentes formas para hacerlo comprender por cada una de las partes solicitantes. En las acciones vivenciales se demostró la asimilación de los temas en cuanto a teoría y práctica, fomentando la conciencia y la búsqueda de soluciones con la ayuda de personas que habían tenido una experiencia similar a la abordada en ese momento.

A partir del contacto con la población se identificó la problemática de la falta de conocimiento y descontrol en la continuidad del tratamiento psicofarmacológico y psicoterapéutico apropiado a cada paciente. Por lo que se tomó como tema de investigación, desde el enfoque de la metodología analítica, según las dos formas de reacción de la conciencia ante la presencia de contenidos se

estudiaron las funciones de: pensamiento, sentimiento, sensación e intuición pudiendo ser una de éstas la predominante. Así mismo también fue de utilidad el enfoque analítico al considerar los logros, dificultades y alternativas durante los meses que se ejecutó el Ejercicio Profesional Supervisado.

Fases metodológicas

Propedéutico

En este primer proceso de inducción, se dio la orientación necesaria sobre los aspectos relevantes a conocer en la visita diagnóstica, se explicó con claridad el proceso para desarrollar adecuadamente el ejercicio profesional a partir de las necesidades de la población, que se visualizaron en la siguiente fase.

Visita Diagnóstica

Se hizo el primer contacto con la institución, para conocer cuales eran las actividades y proyectos a los que se dedicaba el servicio hospitalario en general, se informó sobre los métodos de trabajo que habían implementado. En el primer acercamiento se presentó una carta dirigida a la directora de la entidad solicitando su colaboración y aceptación para ejecutar el ejercicio profesional supervisado en sus instalaciones.

Anteriormente se realizaron varias visitas a la institución y sus alrededores para conocer los datos históricos. El reconocimiento del territorio fue iniciativa propia, dentro del lugar las enfermeras orientaron cada uno de los ambientes con los que cuenta el servicio hospitalario. La directora aportó una entrevista personal para describir la idea original y la construcción así como los objetivos de dicha institución.

Diseño del Perfil

Para el diseño del perfil fue necesario conocer de antemano el contexto histórico donde se desenvolvía la comunidad de los pacientes ingresados y del departamento donde está el Centro hospitalario, se realizaron varias consultas a la municipalidad, biblioteca central del Departamento de San Lucas así como el centro de salud pública y otras instituciones culturales del municipio.

Se programaron algunas sesiones de entrevista con los diferentes turnos de enfermeras, para conocer mejor el servicio prestado y las diferentes manifestaciones de recomendación para mejoramiento y posibles problemas psicosociales que fueran afectando.

Luego se procedió a recopilar toda la información obtenida, para la realización de la estructura y el diseño del plan de abordamiento. En el cual se plasmaron las necesidades de la población, y se propusieron actividades de apoyo y prevención para dichas problemáticas.

Planificación

Al haber obtenido información precisa sobre las necesidades de la población, se programaron actividades de diversa índole y temática para un abordamiento efectivo de las problemáticas, logrando el objetivo de cambio de patrones dañinos; sin perder de vista los factores internos y externos que influían en el logro de los objetivos.

Promoción

La principal promoción se llevó a cabo con los mismos pacientes y las familias que asistieron a la primera reunión informativa, ya que eran los más beneficiados directamente y conocían del problema que necesitaban resolver; por medio de las charlas y la psicoterapia en sí, así como los temas de interés que se abordaron.

Ejecución

Durante el desarrollo del ejercicio profesional supervisado, se promovió la colaboración de la comunidad, con el objetivo de profundizar en los temas de interés y brindar el apoyo necesario para trabajar sin fronteras; procurando el cambio esperado en la población. Para lograrlo se implementó en el transcurso de la realización del ejercicio profesional, una serie de talleres dinámicos y charlas, conjuntamente con la atención directa a la población; por lo que se coordinaron las actividades planificadas con todo el personal de servicio en general, incluyendo la directora del centro. Todas las acciones fueron planificadas y organizadas mensualmente, obteniendo un mejor desempeño en

cada una de las actividades. A lo largo del abordaje se llevó a cabo un proceso de investigación cualitativa sobre el fenómeno del aislamiento o resistencia familiar al abordaje de la problemática de un trastorno mental en sí, en el cual se emplearon técnicas como la entrevista y los testimonios.

Sistematización

Fue un proceso de reconstrucción y reflexión analítica de las experiencias vividas durante la ejecución del ejercicio profesional, se llevó un registro de las actividades que se desarrollaron para poder tener evidencia del proceso que se requirió para llegar a esos resultados.

Monitoreo

Se buscó tener el control de las actividades a través de la supervisión constante. Se hizo un registro ordenado de los avances de las actividades, lo cual permitió detectar dificultades en la ejecución de las actividades y de esta manera solucionarlo. Se presentaron informes mensuales detallados con el análisis de la ejecución del ejercicio profesional supervisado.

Evaluación

Fue una valoración sobre los objetivos que se habían trazado y los logros que se alcanzaron en las diversas actividades, tanto de capacitación como en servicio psicoterapéutico.

La evaluación se dio a través de una actividad colectiva, con el supervisor y otros compañeros, en dos reuniones mensuales donde se indagaban los resultados obtenidos, y se encontraban soluciones en conjunto para casos específicos.

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Técnicas

Observación directa: Consiste en una técnica que se utilizó como medio para conocer las actitudes, comportamiento y desenvolvimiento de la población en su cotidianidad e identificar fenómenos particulares de la población. Fue un instrumento de validación para la fase diagnóstica. Así mismo sirvió para saber el contexto de los sujetos de la investigación.

Entrevista: Las entrevistas fueron un valioso instrumento en las acciones de atención directa con las personas, este recurso fue utilizado en el primer acercamiento con los pacientes que requerían atención psicológica, también se utilizaron las entrevistas abiertas con algunos familiares de los paciente y enfermeras de cada uno de los turnos en la mayor parte del proceso de ejecución del ejercicio profesional se empleó éste recurso.

Diálogos informales: Los diálogos informales se utilizaron en acercamientos con la población, con el propósito que las personas se sintieran escuchadas y valoradas, fue un recurso para ventilar las problemáticas personales y familiares en la comunidad. Los diálogos informales fueron efectuados también con las familias de los pacientes, médicos, psicóloga y enfermeras para conocer los antecedentes históricos, socioculturales y socioeconómicos así como la ideología en general de la población en función.

Grupos focales: Al efectuar actividades colectivas, se buscó una discusión en la que un pequeño grupo de participantes, guiados por el facilitador o moderador, hablaron libre y espontáneamente sobre temas relevantes. Suministró información sobre los conocimientos, creencias, actitudes y percepciones de los participantes.

Talleres: Proporcionaron un espacio donde se presentaron diversos temas de interés, que eran de importancia tanto para los pacientes como para los familiares y los profesionales de la salud. Se realizaron de una forma dinámica de aprendizaje, algunas actividades lúdicas fomentando la participación y la comunicación entre los participantes, lo cual incrementó el nivel de asimilación del conocimiento y posiblemente el despojo de preconceptos erróneos.

Charlas: Este recurso fue utilizado en la exposición de temas de interés para los participantes. El expositor estuvo totalmente preparado sobre el tema a exponer para poder transmitir de una forma entendible el contenido.

Técnicas de relajación: Estas técnicas fueron transmitidas a la población con el fin de enseñarles a relajarse y sentirse bien con sí mismos; también les proporcionó las herramientas necesarias para poder manejar varias de las situaciones estresantes cotidianas, con mayor serenidad y reflexión.

Proyecciones audiovisuales: A través de recursos audiovisuales se realizaron varias actividades como el Cine foro, al proponer a discusión algún tema de relevancia mediante una proyección. Al presentar una película o un documental, se creó la discusión y exposición de diferentes puntos de vista. Otro tipo de proyecciones audiovisuales se llevaron a cabo en las actividades de musicoterapia.

Diarios escritos: Se utilizaron con el fin de documentar cambios y estipulación e rutinas de trabajo que beneficiarían el control de algunas normativas a seguir con el objetivo de mejorar el servicio en general.

Instrumentos

- Test proyectivo del árbol, figura humana y familia
- Test de personalidad MMPI
- Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST)
- Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol AUDIT
- Test para medir nivel de ansiedad
- Índice de gravedad de la adicción para adolescentes TEEN ADDICTION SEVERITY INDEX (T-ASI)
- Historia clínica

CAPITULO III

3.1 DESCRIPCIÓN DE LA EXPERIENCIA

El proceso del Ejercicio Profesional Supervisado, dio inicio con el primer acercamiento a la institución “Centro Médico Psiquiátrico El Manzanillo”, se programó una reunión con la Directora de la institución, para indicarle los objetivos del ejercicio profesional supervisado, lo cual aceptó y dio a conocer cuáles eran sus expectativas en cuanto a la población con la que se trabajaría, y a grandes rasgos expuso la metodología de trabajo de la institución.

También fue de utilidad para visualizar la línea de abordaje a seguir, en la realización del plan de ejecución que se le presentó más adelante.

Se efectuó una visita diagnóstica en el municipio de Mixco, con el fin de conocer el contexto político y socio-cultural en el que se desarrolla la población. Se realizaron las investigaciones pertinentes en las diferentes instancias municipales y culturales del municipio. En esta etapa diagnóstica fue de mucha utilidad la observación de la comunidad para conocer sus necesidades y las problemáticas que están presentes en los hogares de las comunidades como referencia a una parte de la población que requiere los servicios que presta el centro médico.

Se programaron reuniones con las familias de los pacientes que se encontraban en ese momento en hospitalización, para conocer a fondo las necesidades y problemáticas que les afecta en relación al padecimiento de su paciente para brindarles la atención directa necesaria a ellos y al paciente, cómo también para visualizar el enfoque que le daría a los objetivos del ejercicio profesional supervisado. Fue de mucha utilidad visualizar la mayor problemática que afronta la población de esa institución.

A partir de este primer momento, se descubrió una serie de objetivos orientados a contribuir con el desarrollo personal y familiar de la población el abordaje de la problemática, el desconocimiento de enfermedades mentales y sus tratamientos. Se programaron actividades para trabajar con familiares, pacientes, médicos residentes, enfermeras y psicólogas desde las diferentes perspectivas de atención directa, capacitación e investigación; con el fin de brindarle un servicio profesional a la comunidad. Al ser aprobado el plan de

abordamiento, se estableció la fecha en que se inició a trabajar en la institución.

Al llegar se estableció el horario y se asignó un espacio de trabajo para brindar atención directa, que ya es una clínica formal de atención psiquiátrica y una clínica establecida para atención médica en general, así mismo colocaron a disposición mobiliario y un poco de material para uso de la epesista.

3.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Se dio inicio con el acondicionamiento de la clínica designada, se procedió a la movilización de unos muebles y la actualización de algunos documentos en la computadora necesarios para evaluaciones y registro en general. Como paso siguiente se realizó la promoción del servicio de atención psicológica en horarios estables ya que ese servicio lo daba una psicóloga en horarios personales y no al servicio de la institución en sí. Para esto se pegaron unos carteles y se abrió una página de Facebook de la institución, para recomendar el servicio, esto con ayuda de la directora del centro. Luego de la promoción se elaboró un horario para el control de los pacientes y horarios para charlas y talleres al demás personal del centro.

Las primeras citas de los pacientes sirvieron para hacer insight y lograr la empatía, para luego darles una explicación del proceso y de las diferentes etapas de trabajo y técnicas a utilizar en la psicoterapia, con la primera cita a los familiares de los pacientes se abordó el motivo de consulta y se indagó sobre la dinámica familiar y el encuadre terapéutico, y se daba la información del proceso y del requerimiento de futuras citas para continuar con el proceso.

Así mismo se les tomó a detalle información de contacto para invitarlos a algunos talleres como parte de aprendizaje de nuevos conocimientos y unir en actividades a sus pacientes.

Así mismo se citó a las enfermeras de los tres turnos para darles a conocer las fechas de actividades y los diferentes talleres y su participación.

Con los médicos residentes se estableció un horario de actividades en cada uno de los roles de turno que ellos tenían ya establecidos para talleres, pláticas y planificación de las actividades.

La participación de los pacientes en cada una de las terapias fue con mucha motivación, expresaron sentirse apoyados y atendidos, además de útiles y ocupados, la mayoría expresa que al irse a sus hogares continuarían desarrollando las diversas actividades aprendidas, dentro del proceso se pudo registrar una conducta similar en éste tipo de pacientes, que se refiere directamente a la responsabilidad de tomarse por su propia cuenta en los horarios estipulados sus medicamentos, ya que sienten aburrimiento y pereza de hacerlo y ese es su mayor dificultad en la evitación de recaídas.

Por tal motivo una de las recomendaciones más sobresalientes con relación al medicamento es que exista una persona encargada de hacer dicha función, para garantizar por más tiempo la estabilidad de los pacientes y las diferentes disfuncionalidades de nivel relacional en la dinámica familiar.

Por su parte los familiares de los pacientes también se quejan de la misma dificultad, ya que regularmente no hay personas en la casa a cargo del cuidado directo de los pacientes y si organizan el tiempo para asignar a alguien y compartir esta tarea, es el paciente en si quien se molesta y se niega en ocasiones a tomar el medicamento o busca maneras de deshacerse del mismo para no ingerirlo.

Dentro de la atención individual también se abordaron algunas problemáticas de consumo de alcohol, cigarro y algunas drogas, incluso auto medicación dentro de la dinámica familiar, se abordaron problemas de pérdida y duelos no resueltos que también afectan a algunas familias.

En otras familias se abordó problemas emocionales, enfermedades crónicas de alguno de los miembros y también dificultades económicas. Se abordó un caso de violencia sexual por parte del padre a la hija enferma, caso que se refirió al ministerio público del lugar de origen cuando se dio el egreso, se abordó al padre que aceptó su culpa y su arrepentimiento, se le brindó el apoyo psicológico y orientación en el momento para que continuara con la terapia en su lugar de origen y el caso quedó en manos del Ministerio Público.

Se abordó pacientes con adicciones del alcohol se brindó el apoyo y orientación a la familia para ayudarles a comprender aceptar la enfermedad la manera apropiada de continuar el proceso de recuperación.

Cuadro No. 1

Población atendida en acompañamiento terapéutico

POBLACIÓN	MES	Femenina	No. De Sesiones	Masculino	No. De Sesiones	No. Total de Sesiones
ADULTOS	Abril	2	4	2	4	16
	Mayo	2	4	2	4	16
	Junio	3	4	2	4	20
	Julio	3	4	3	4	24
	Agosto	1	4	2	4	12
	Septiembre	2	4	2	4	16
	octubre	3	4	3	4	24
	Noviembre	1	4	4	4	20
	diciembre	3	4	2	4	20
						Total

Fuente: EPS realizado en Centro Médico Psiquiátrico El Manzanillo, año 2015

3.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

En el mes de abril se dio inicio con la indagación para delimitar la información que el personal necesita, seguidamente se realizó un cronograma de actividades tomando en cuenta algunos días de opción, para que las enfermeras pudieran asistir y finalmente se proporcionó la información detallada.

El primer taller se realizó el mes de mayo y se dio el enfoque a la calidad de relaciones interpersonales entre los miembros de la institución como tal.

Al inicio estaban a la expectativa de cómo se iban a desarrollar las dinámicas y se notaban un poco nerviosas, se inició con una actividad rompehielos socializador y se desarrolló el tema con muchas actividades motrices y

participación eficaz de cada uno de los miembros, se reconocieron algunos puntos débiles y se dieron algunas estrategias para mejorar.

El segundo taller se realizó el mes de julio, con el tema de documentación y presentación profesional en el ámbito, donde se dieron las pautas y guía de los formatos establecidos de la forma correcta de describir los diferentes informes que las enfermeras deben llenar con cada uno de los pacientes, se abordó la manera de anotar ordenes médicas desde las vías directas que anotan los diferentes médicos hasta la anotación de órdenes médicas vía telefónica cuando surgen emergencias. Se proporcionó un documento con las normas establecidas, y el orden de la colocación de las diferentes hojas en el expediente de los pacientes, y los parámetros de descripción para seguir uniformemente, y tomando en cuenta hasta los más mínimos detalles como lo son los diferentes colores de tinta que se utilizan dependiendo del registro de hora que tienen los acontecimientos.

También se abordó el tema del servicio de excelencia que se presta y un desglose de la información teórica sobre la realización de una nota de evolución de enfermería y todos los aspectos profesionales que se deben incluir, además una conciencia de dicho documento que es legal y debe cumplir con los parámetros establecidos y el uso adecuado del mismo en las diferentes instancias ya que es el instrumento de comunicación entre los otros profesionales de la salud interesados del paciente. Actividad que se tornó de mucha ayuda y apoyo según lo comentado, se proporcionó el documento impreso para que cada enfermera lo considere como guía en la labor diaria.

El último taller se dividió en fases por lo abundante de información, lo llamamos Descripción de la sintomatología de los trastornos mentales, y las fases se trabajaron de diferentes formas: el inicial como taller en si el mes de septiembre, la segunda fase fue en octubre y fue una lectura con ejercicios escritos de comprensión, la tercera fase fue en noviembre y se graficó con imágenes y cortas descripciones para evaluar por medio de preguntas de subrayado y completación, la última fase se llevó a cabo el mes de diciembre como una charla donde se dieron a conocer dudas y preguntas y se compartió un documento con las descripciones de las enfermedades mentales más comunes.

Fue de mucha utilidad e importancia para ampliación de los conocimientos del equipo de enfermería en el abordamiento de algunas conductas que los pacientes presentan, que depende de la enfermedad y la experiencia de vida de los diferentes pacientes, que las enfermeras habían reportado desconocer y sobre todo brindarle la atención apropiada a cada caso en sus diferentes manifestaciones.

En cada uno de los talleres se dio inicio con actividades de socialización y motivación personal, las enfermeras siempre muy activas y participativas informan que es de mucha utilidad cada uno de los procesos de aprendizaje y capacitación que tienen ya que además de sentirse útiles, mejoran los errores que posiblemente cometen y trabajan en equipo como equipo.

La participación de cada una de las enfermeras, los médicos y los especialistas es de mucho beneficio para los diferentes métodos, técnicas y puntos de vista que favorecen el aprendizaje de todos los que contribuimos en el proceso de capacitación en cada uno de los equipos organizados.

Cuadro No. 2

Talleres realizados con enfermeras

TALLER	ENFERMERAS
Relaciones interpersonales	3
documentación y presentación profesional en el ámbito	3
Nomenclatura médica requerida y estética y redacción en los informes	3
Descripción de la sintomatología de los trastornos mentales	3

Fuente: EPS realizado en Centro Médico Psiquiátrico El Manzanillo, año 2015

Así mismo se abordó a los médicos residentes que dieron a conocer una serie de dudas que tenían en relación al manejo de la conducta en si con los pacientes.

El taller sobre la descripción de conductas y manejo según el diagnóstico del paciente se trabajó con ayuda de algunos libros y sobre todo el DSM-4 para clasificar de manera concreta las diversas sintomatología propia de cada trastorno, unido a dicha información se procedió a realizar un enlace conductual según el contexto de vida y la experiencia de la familia así como las experiencias en los diferentes estadios de la enfermedad, se le explicó a los médicos que las manifestaciones de cada persona dependen de todo un entorno, social, familiar, emocional y de vida, desde el contexto del género que se maneja las manifestaciones cambias, así como la edad, el lugar donde vive el paciente, su raza, su estatus civil y hasta el tipo de alimentación tiene una fuerte influencia en el estado y progreso del paciente para tomarse en consideración en el desempeño de su plan de tratamiento.

Toda la información fue de gran utilidad y se resolvieron una serie de dudas y preguntas abordadas desde los puntos médicos, psicológicos y psiquiátricos.

El taller dos, fue una unión de contenidos teóricos y puestas de casos en el que se describieron los síntomas según los diferentes diagnósticos tomando como punto de partida los pacientes que estaban ingresados y cómo cada uno presentaba síntomas parecidos pero con manifestaciones diferentes, resultó de mucha utilidad realizar una actividad individual de observación evaluación visual de cada uno de los pacientes y luego se realizó una comparación de cada uno de los participantes dónde revisamos como cada persona realiza una observación diferente hasta de la misma persona y eso enriquece en el momento de unir puntos de vista para sacar si un mejor plan de tratamiento.

El taller número tres fue orientada a informar sobre la terapia ocupacional y las utilidades en cada una de las personas, además la forma adecuada de elegir el tipo de terapia ocupacional que es de beneficio para cada paciente.

Se proyectó un video dónde les mostré que es una terapia ocupacional, mostré cuáles son las áreas en que se puede dividir el trabajo de la terapia ocupacional, ejemplo de varias actividades en terapia ocupacional y el rol que puede representar en la recuperación para cada paciente y hasta la

oportunidad de poner su propio negocio cuando esté estable y en función de una reincorporación social y laboral.

El último taller que tenía como título Plan de tratamiento para cada paciente según las necesidades individuales, se realizaron diferentes propuestas de formatos para condensar y comprender la información recopilada.

Cuadro No. 3

Talleres realizados con Médicos residentes

TALLER	MÉDICOS RESIDENTES
Descripción de conductas y manejo según el diagnóstico del paciente	2
Descripción de síntomas según los diferentes diagnósticos	1
Terapia ocupacional y sus objetivos	2
Plan de tratamiento para cada paciente según las necesidades individuales	2

Fuente: EPS realizado en Centro Médico Psiquiátrico El Manzanillo, año 2015

3.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

En el proceso investigativo, se tomó como tema central investigar los factores dentro de la familia que influyen en el origen y la dinámica del deterioro de la salud mental, psicológica, emocional y social en pacientes psiquiátricos hospitalizados en el Centro Psiquiátrico El Manzanillo. Como primero contacto con la problemática se detectaron algunos casos individuales en la observación y primeros acercamientos a los pacientes que viven en dicho centro, por lo que se procedió informarse a profundidad en el proceso de intervención. La problemática es detectada por todo el equipo médico que atiende a la población de pacientes psiquiátricos.

En mayo se empezó con la búsqueda de bibliografía y se realizaron lecturas referentes al tratamiento para pacientes con trastornos mentales con el fin de poder realizar una conferencia al personal y a las familias para darles a conocer cada uno de los aspectos que son importantes para mantener en control y con una oportunidad de vida saludable y tranquila a los pacientes con trastornos mentales como a cada uno de los miembros que integran cada grupo familiar. Así mismo detectar más concretamente los focos más importantes en el apoyo al paciente y las vulnerabilidades latentes de cada uno de los miembros. Se llevaron a cabo dos conferencias a cuatro familias de aproximadamente cinco miembros que conviven con algunos pacientes ingresados y con tratamiento ambulatorio, con el propósito de poder llegar a más personas; en dichas conferencias se pudo recopilar más información relevante para la investigación referente a las diferentes dinámicas familiares y los resultados que cada uno tiene.

Uno de los instrumentos utilizados en el proceso de la investigación fue la entrevista, por lo que se elaboró cuidadosamente el instrumento para indagar los diferentes aspectos ideológicos y socio-culturales de ésta problemática. Las entrevistas se realizaron en las conferencias y en unas salas de espera de la clínica de la Doctora psiquiatra cuando las familias llevan a sus pacientes a sus citas.

A través de los testimonios previos a la entrevista los familiares expresan sus necesidades de conocimiento y orientación en los diferentes cuidados de sus pacientes, así como el manejo de las dificultades en la cotidianidad de la vida en el seno familiar.

Se les explica un poco de las descripciones sintomáticas y conocimiento personal que manifiestan los pacientes para tomar el control y asumir roles que beneficien al paciente sin que se convierta en una dificultad.

En las conferencias se pone de manifiesto algunas actitudes que afectan y perturban las emociones y que ameritan apoyo de otro miembro familiar para salir de los incómodos momentos en que las conductas del paciente no son comprendidas.

Se toma como referencia las manifestaciones de las familias para tomarlas como consideración en el plan de apoyo que se planea en función de brindarles

asesoría y apoyo en el manejo de los pacientes con tratamiento ambulatorio para que se mantengan en control y con una convivencia más saludable.

En el mes de julio se cita a los familiares de los pacientes que se encuentran ingresados, algunos solamente pueden asistir los días domingos que son los días de visita familiar. Se abordan en forma de terapia familiar.

El contenido informativo se aborda dependiendo del diagnóstico específico del paciente en sí. Se da la bienvenida y se inicia explicando los objetivos del proceso, seguidamente se abre una serie de interrogantes derivadas de las inquietudes y consultas directas de cada uno de los pacientes, se distribuye un cuestionario para que cada uno lo llene con algunas interrogantes sobre los intereses que todos tienen para solicitar el apoyo del departamento de psicología, se procede a hacer mención de algunas técnicas que pueden aplicarse de manera rápida y practica como guía para abordar algunas situaciones en casa.

Luego se procede a integrar al paciente para observar la relación familiar y detectar algunos focos de dificultad y fortalezas para utilizarlas en las técnicas que se recomiendan.

Al finalizar se proporciona un documento impreso a la familia del paciente para que se documenten y familiaricen con el conocimiento de los síntomas y signos que son propios del trastorno de su paciente.

Se cierra el taller con un la invitación a asistir una segunda charla.

Se entrevistó a profesionales inmersos en el contexto, quienes coincidieron en su opinión con lo mencionado en las entrevistas realizadas a las familias.

Expusieron que según su criterio los principales problemas del apoyo al paciente es la falta de conocimiento y orientación profesional para seguimiento y control de las diversas situaciones familiares que detonan estrés y angustia en los pacientes.

Ya con la información recopilada se pudo identificar los principales factores que desencadenan la inestabilidad mental, emocional, familiar y social del paciente con padecimiento de algún trastorno mental y su tratamiento adecuado, situándose en primer lugar la falta de conocimiento del padecimiento de una enfermedad mental, segundo lugar el control psiquiátrico, tercer lugar falta de recursos económicos, cuarto lugar falta de miembros familiares dispuestos a

cuidar al paciente, quinto lugar falta de control en la administración correcta y disciplinada de los fármacos. Otros factores son: falta de comprensión y respeto, familias disfuncionales y en algunos casos drogas.

Cuadro No. 4

Población con la que se realizó la investigación

TALLER	FAMILIA	HOMBRES	MUJERES
Trastorno Bipolar	2	2	4
Esquizofrenia	1	2	2
Trastorno obsesivo Compulsivo	1	2	3
Retraso Mental	1	0	1

Fuente: EPS realizado en Centro Médico Psiquiátrico El Manzanillo, año 2015

Las actividades de atención directa, capacitación e investigación fueron realizadas de acuerdo a la planificación, en forma ordenada según los logros que se buscaba alcanzar. El contacto con las personas durante la ejecución del ejercicio profesional supervisado en sus diferentes acciones, deja la satisfacción de haber contribuido con las familias y la comunidad, cumpliendo así con los objetivos que se plantearon inicialmente en el plan de abordaje que se enfocó primordialmente en promover el desarrollo integral de la población y convertirlos en agentes de cambio para ayudar a crear una sociedad mejor.

Como agradecimiento por la colaboración y la hospitalidad de las comunidades, al finalizar se organizó una convivencia dónde se contó con la participación de cuatro enfermeras, un médico residente, una psicóloga y cinco pacientes del centro, se dieron unas palabras de agradecimiento por la activa participación y se repartió una pequeña refacción para convivir con todos un momento.

CAPITULO IV

4.1 ANÁLISIS DE LA EXPERIENCIA

El Ejercicio Profesional Supervisado fue una experiencia enriquecedora de práctica, en un ambiente laboral establecido. Desde el primer contacto con la institución se reconoció la calidez de las personas de San Lucas Sacatepéquez. Se le abrieron las puertas a la pesista para trabajar y se mostró el interés de la población hacia el servicio psicológico, principalmente los pacientes del centro.

4.2 SUBPROGRAMA DE SERVICIO

Conforme se fue dando el contacto de la pesista con las personas de la institución, se mostró la valoración de la psicóloga como profesional, al ver su intervención como una ayuda para lidiar con los problemas emocionales, familiares y sociales que muchas veces no se comentan por temores, por desconocimientos. La población adulta que se acerca al servicio, regularmente, son familias, esposos, hermanos con un paciente que ya viene en una situación de crisis bastante avanzada. Las ocupaciones de cada uno de los familiares interfieren en la dedicación al tiempo que este paciente necesita y que le permita encontrar los lugares apropiados para poder recuperarse. En la observación de las necesidades se detecta que también la economía es de bastante importancia, porque los lugares que se dedican a este tipo de trastornos, tienen costos elevados y regularmente los tratamientos con crisis empiezan con una hospitalización de un tiempo mínimo de 15 días y las familias en muchas ocasiones no tienen los recursos para poder mantener a un paciente interno ese tiempo, además que la medicación psiquiátrica es un producto con precios bastante elevados.

Durante el proceso psicoterapéutico las personas pueden acercarse a la pesista, para contar sus problemas, sintiéndose con la libertad de que no van a ser divulgados a otras personas y con el interés de que pueda abordarse, apoyarse y atenderse en un modo individual, tanto a su paciente como a todos los elementos de la familia. Empezando por desahogar y obtener una baja en

los niveles de ansiedad y permitiendo hacer la elaboración mental necesaria del paciente en el momento que se explora y expresa en todas sus realidades, tanto internas como externas. Al esforzarse por articular y entender su comportamiento y su self, se puede comprender como trabajan sus fenómenos mentales, teniendo en cuenta que toda la situación emocional y conductual es una dinámica, no es simplemente una causa y un efecto de una enfermedad en sí.

Se visualizó el éxito de la terapia que el paciente tiene, en cuanto al proceso individual, sin tener que sentirse parecido a nadie, sin que nadie cuestione cosas del pasado, sin que nadie le teche por estar enfermo, ya que son una de las etapas que deben afrontar para eliminar el sufrimiento, hasta llegar a ser personas útiles, individuales dentro de una familia y posiblemente dentro de un ambiente laboral y social.

La mayoría de los pacientes en las sesiones refirieron que se sienten poco comprendidos. Se les escucho atentamente para conocer la dinámica en que estaban inmersos y a partir de esto ya con una visión más holística de la problemática a evaluar, tomar una dirección con rumbo individual de cada paciente de cómo se debe hacer su plan terapéutico, ya que se nota que no todos los pacientes están dispuestos y abiertos a cambios y sugerencias, pero otros si, entonces es importante tomar en cuenta esa voluntad y esa apertura que van fortaleciéndolos de su YO para poder hacer los cambios necesarios y la aceptación, sobre todo, del tratamiento farmacológico.

Muchas de las familias en el trascurso reflejan, primeramente, el desconocimiento de síntomas y de la evolución en sí de la enfermedad que tiene diagnosticado su paciente. En un 60% los pacientes llegan con sintomatología y sin diagnóstico, por lo tanto es necesario hacer la evaluación correspondiente, psicológica y psiquiátrica, para poder dar un diagnóstico claro y específico para luego explicarles a las familias y al paciente de que se trata su trastorno y cuáles son los tratamientos que se pueden dar.

Muchas de las quejas de los miembros de la familia reflejaban en su discurso que en ciertos momentos se sentían impotentes y que perdían la herramientas que hasta ese instante les había permitido afrontar los acontecimientos ocurridos en sus hogares, y que hay que tener en cuenta que ante una

situación crítica no todas las personas, reaccionan de la misma manera, algunas solían quedar paralizadas, otras seguían actuando en huida hacia adelante sin ningún tipo de guía que permitiera una mínima planificación, todos estos ámbitos se estuvieron trabajando, con la atención directa, el paciente en estado de crisis no tiene conciencia de lo que dice y de lo que hace, esto es uno de los puntos más importantes dentro del trabajo que debe realizarse como familia, porque después de la crisis cuando el paciente ya está de nuevo en el contexto normal la familia le sigue culpando y le sigue haciendo sentir dolor por la forma en que se comportó en agresión, insultos, golpes, berrinches, sin comprender al final que el paciente lo hizo todo de forma involuntaria, y la mayoría de veces no lo recuerda, otro de los aspectos que se aborda en las terapias es la manipulación que ejercían algunos familiares sobre los pacientes, los esposos de manera inconsciente o involuntaria exigen que el paciente actúe en la manera que ellos desean, utilizando sentimientos como arma, amenazas directas o indirectas, infundir sentimientos de culpa o incluso una actitud de víctima en algunos casos, fueron algunas de las estrategias manipuladoras más referidas por los pacientes, de igual manera de los familiares, a menudo no les es fácil reconocer el chantaje emocional dado que este tipo de pacientes tiene como característica principal el ser manipulador, cuando la manipulación era constante e insidiosa podía actuar de una manera devastadora en la base de la relación familiar, y se daba hasta cierto punto un tipo de violencia dentro de la familia, por lo desgastante que las personas optaban, y por darle todos los gustos al paciente que él solicitaba, y así quitarse esa carga emocional de encima y la molestia en que él estuviera insistiendo tantas veces en lo que deseaba, entonces el paciente al ver que sus insistencias servían para tener acceso a todo lo que pedía, lo hacía con más frecuencia y de esa manera se volvía irritable, hasta que la familia decidía ya no darle sus gustos y entonces empezaban las agresiones y falta de respeto, poco a poco en la terapia, se fue dando cuenta de cómo este juego de manipulación hacia que se perdiera el contacto amoroso entre paciente y familia y viceversa, entonces ahí se da una Psicoeducación, para la familia, para cuando el paciente egrese del sanatorio todas estas conductas ya no se

repitan, y la familia ya tengas las herramientas nuevas necesarias para poder evitar que se repita.

Cabe resaltar que es muy importante el temperamento y la personalidad de las familias, ya que el paciente puede tener síntomas obsesivos, agresivos, ideas delirantes, alucinaciones auditivas, alucinaciones visuales, incluso alucinaciones al tacto, pero depende mucho del temperamento del paciente que sus manifestaciones sean pasivas o agresivas, y eso también tiene mucha importancia en la relación familiar, porque si el paciente tiene temperamento fuerte, según Dr. Guillermo Rojas Quiceño, libro: La vida y sus encrucijadas. Un camino hacia el buen vivir. pag. 85 En la construcción de los procesos de convivencia estas personas son vistas con desagrado, antipatía y son seres que rompen o interrumpen los caminos al dialogo, por su forma de ser y actuar. Es clave detectar que entre la familia también existe ese temperamento con los otros miembros, entonces se vuelve un ataque más directo entre unos y otros antes de tomar la decisión de hacer un tratamiento o ingreso médico, toda la asistencia en los casos individuales en su mayoría ha sido con los pacientes directos sin embargo las familias tuvieron alrededor de tres sesiones en el tiempo que su paciente estuvo hospitalizado, en el que refirieron con mucho agradecimiento que les servía mucho la información y las normas que se les dictaban, se les daba impresos para que en la casa ellas pudieran dar un seguimiento y refieren al final de algunos meses o en las citas de los controles psiquiátricos que ha sido de mucha utilidad la información, el conocimiento y el apoyo que la epesista ha brindado para poder mantener el control de las situaciones que antes se salían de las manos

Durante las sesiones se tuvo en cuenta que los pacientes en su mayoría eran gente profesional que se había desempeñado laboralmente la mayor parte de su vida, con bastante éxito. Para no apremiarlos o empujarlos excesivamente hacia un insight sin estar preparados emocionalmente, se mantuvo la paciencia y serenidad al ayudar al paciente a encontrar en sí mismo la fuerza y las posibilidades que le permitieran integrar, de forma estable, aquellos sentimientos penosos hasta ese momento, rechazados o disociados totalmente del resto de su personalidad. Con algunos pacientes se tuvo la dificultad que deseaban únicamente despojarse de sus síntomas y molestias a toda costa sin

ser capaces de considerar sus alteraciones y ansiedades como la consecuencia de algo que había ocurrido en su interior, por lo que tampoco deseaban llegar hasta el fondo de sus dificultades psíquicas, ya que todo esto les demandaba un esfuerzo o mayor sufrimiento al afrontarlo, sus mecanismos de defensa aún estaban muy elevados, se resistían a realizar verdadero trabajo de introspección. Esto después de la crisis, que es aproximadamente de 8 a 15 días en que ya puede trabajarse al paciente de manera consiente.

En la clínica se dieron varios abordajes a través de la terapia de apoyo, del psicoanálisis, dependiendo del paciente, ya que sus técnicas se centran en aumentar la autoestima del paciente durante todo el proceso, por medio del dialogo, aunque en algunos casos se contó con pocas sesiones, pero se emplearon medidas directas para reducir los síntomas para mantener, restaurar o mejorar la imagen que le paciente tenía de sí mismo, ayudándolo a desarrollar sus funciones y habilidades adaptativas. La psicoterapia de apoyo aplica la intervención del terapeuta sobre lo que debe decir, basándose en el desarrollo de la personalidad y la formación de síntomas, ya que estos guían al terapeuta a la hora de determinar el enfoque de una conversación. El estilo de dialogo se emplea con medidas directa para reducir los síntomas y mantener, restaurar o mejorar la autoestima, las funciones del Ego y las habilidades adaptativas.

En la psicoterapia se abordaba más notablemente lo que era el Ego, el Yo y el Súper yo bajo los test proyectivos, ya que desde ahí podíamos enfocarnos a ubicar las raíces del problema y las edades en las que podía haber sufrido alguna alteración y haber provocado el detonante para que iniciara una crisis. A veces simplemente accidentes en la calle sustos o alguna emoción fuerte pudiera alterar el estado de equilibrio del sistema nervioso y dispararse así algún trastorno, que pudiera ser hereditario o pudiera ser temporal.

Utilizando la terapia cognitivo conductual también se le daba el apoyo al paciente en relación a ubicar una serie de ideas irracionales que ellos manejan y poder convertir, a través de esta psicoterapia, todas esas ideas equivocadas y erróneas en algo que es verdadero y que les va a servir de manera positiva para ir mejorando las conductas en relación al rol familiar. Con un poco de dificultad, la población adolescente que se muestra renuente a llevar un

proceso psicoterapéutico, en su mayoría ha sido asistido por que la madre tiene que estar presente y se ve obligada a estar en el proceso. Al hablar ya con las madres se refiere una serie de problemas y conductas no adaptativas pero los adolescentes no sienten que tiene un problema, algunos llegaban únicamente porque las madres los tenían allí y referían que el problema es de la casa y que ellos no están enfermos, no padecen de ningún tipo de consumo de drogas, sino es la familia que los quiere tener encerrados. Es un poco más difícil hacer un rapport y entrar en la información que se necesita para poder abordar los casos cuando son adolescentes, sin embargo si se logra llegar a esas raíces donde el adolescente regularmente refiere que se siente abandonado o incomprendido por los padres.

Hubo un adolescente que estaba en un episodio de crisis agresivo, lo llevaron al hospital mental general Federico Mora, donde únicamente le dijeron que padecía de esquizofrenia y lo medicaron, sin embargo los padres buscando una segunda opinión y seguridad para su hijo lo ingresaron en el centro, donde al inicio fue una situación dificultosa, ya que el joven estaba muy agresivo, con ideas delirantes de matar, degollar y hacerle daño a las personas que estaban a su alrededor, sin embargo a los cuatro días que salió de la crisis con medicamento y estando sujetado por un tiempo, el muchacho tenía una personalidad muy clara, muy social, muy amigable, muy activo, que era todo lo contrario delo que tenía en su crisis. En el transcurso de la psicoterapia pudimos darnos cuenta y detectar que Su trastorno mental era de bipolaridad tipo II, era el primer episodio problemático en el que él estaba inmerso, pero su rol familiar era quien desencadenaba cada uno de los síntomas de la enfermedad que le poseía. Estuvo ingresado por un lapso de tiempo de un mes y durante la hospitalización su enfermedad fue controlada a un 100%, sus emociones fueron controladas aun que si se enojaba fácilmente pero lo lograba controlar, pero cuando tenía las visitas de su madre y su padre, el muchacho reaccionaba siempre de manera agresiva, por lo tanto en ese caso la psico-educación más necesaria era en la familia ya que ellos eran los detonantes por algunos estilos de mala crianza en su hijo los que no permitían que el muchacho se recuperara al 100% aunque su enfermedad mental ya estaba controlada.

Con esta familia se tuvo tres sesiones incluida una psiquiátrica, donde se les explicaba el rol que ellos debían desempeñar como padres y el control que habían perdido por la manera de crianza de sus hijos ya que eran tres varones pero con ellos vivían únicamente dos, los cuales ambos padecían de un trastorno mental que los padres desconocían y que además su mala crianza los llevaban a tener un rol familiar con demasiadas dificultades, llegando hasta el temor de ser asesinados por sus propios hijos, sin embargo la terapia los ayudo a comprender la problemática. Por falta de recursos el paciente fue retirado, sin embargo las sesiones familiares se siguieron dando por un corto tiempo y se mostró cambios positivos dentro del paciente y de la familia. Cuando el paciente estando en la etapa un poco más controlada, la familia dejo de asistir a las terapias y se dio como cerrado el caso.

Lo anterior es uno de los casos, experiencias importantes que se pudieron trabajar dentro de la psicoterapia, dentro de la etapa de la adolescencia. En este centro no aceptan niños por lo que no hubo oportunidad de hacer ningún trabajo con el grupo de niños.

4.3 SUBPROGRAMA DE DOCENCIA

Las acciones de formación fueron trabajadas por medio de entrevistas, talleres, capacitaciones dirigidas, equipo del hospital como enfermeras, médicos residentes, madres y padres de familia. Los temas que se abordaron iban encaminados a las manifestaciones de conducta que sus pacientes tienen. En el caso de las enfermeras se enfocó en educarlas con relación a la sintomatología palpable dentro de los pacientes y la manera de encaminarlos en el tiempo que los profesionales no están con los pacientes. Estos horarios son aproximadamente desde las seis de la tarde donde la enfermera es la que se encarga al cien por ciento del servicio de los pacientes y en esos momentos, los pacientes, aprovechan para pedir cosas, para hacer preguntas, que posiblemente si no se atienden de la manera correcta desencadenen algún tipo de problema. Con los médicos también se abordó talleres para hacer de su conocimiento manifestaciones psicológicas de acuerdo a cada uno de los trastornos. Con ellos se enfocó un poco más la información desde bibliografía

como el DSM-IV-TR, el DSM-V, porque ellos atienden más a lo que son conductas fisiológicas, entonces solo se les enfocó en darles una retroalimentación de las conductas específicas de cada trastorno y además del trato que deben darle a los pacientes en relación a las manipulaciones, ya que ellos desconocen el área de conducta de los pacientes y a veces caen en el juego sin darse cuenta. Con las madres se hizo una entrevista y efectivamente lo que ellas más solicitaban era información de cómo tratar a sus pacientes, como poner las normas en la casa, como administrar el medicamento y mantener controlado a su paciente en la casa. Ellas desconocen del tipo de enfermedad que se padece y como se adquirió, esa información es lo que ellas más solicitan.

Ya que el trabajo de docencia se dio específicamente dentro del centro, la forma publicitaria que utilizamos fue a través de cartas o memorándums donde se hacía ver al personal que día y a qué hora debía presentarse a los talleres para poderlos recibir. Con las madres hubo un poco más de dificultad ya que fue solamente los domingos que ellas podían asistir a las reuniones informativas así que se trabajó los domingos. En estos casos el tiempo fue un poco más extenso y se vio un poco menos de colaboración por que las familias trabajan de lunes a sábado y el domingo es su único día libre. Con todas estas charlas y actividades se realizó la aportación al crecimiento integral de forma personal, familiar, comunitaria y laboral con el objetivo de proveer a los pacientes, a las madres, a las enfermeras y a los médicos diversos temas y herramientas para que ellos pudieran multiplicar su aprendizaje; y en las familias y comunidades ponerlas en práctica cuando padecen de algún paciente con un tipo de trastorno.

Conforme se iba trabajando en los talleres, con las enfermeras sobre todo, se pudo evidenciar como se integraban poco a poco, se sentía un ambiente de confianza en las actividades de grupo que hacían, también ellas expresaban cargas emocionales que a veces les afectaba en el trato directo con pacientes, que se le puso énfasis de cómo manejarlas también. Todas participaron y respondieron de una manera activa retroalimentando todos los temas que se habían trabajado durante los talleres.

Se utilizaron diversas dinámicas, incluso dramatizaciones de como prestar servicios adecuados y de cómo se hace de forma equivocada para que ellas entendieran el rol que desempeñan y la importancia del trabajo que ellas realizan con este tipo de pacientes. Es importante mencionar que la persona como tal en el servicio de enfermería a veces siente un poco tedioso el tener que cuidar de este tipo de pacientes y tener que entablar conversaciones que no entienden en el tiempo que ellas están con ellos y a veces se tornan molestas, irritadas y esto en particular afecta al paciente de una manera bastante grande, ya que se desencadenan desde ahí algunos conflictos que en turnos posteriores afecta el trabajo la manera en que el paciente se comporta dependiendo de la persona que lo atiende.

Cuando se estaban terminando los talleres las enfermeras dieron a conocer lo importante que es conocer detenidamente para comprender las conductas de las personas que atienden y no incluirse dentro de los roles que a los pacientes les afecta. Mostraron interés, mostraron entusiasmo y deseo de seguir aprendiendo ya que se sienten motivadas y desean continuar con los procesos de recuperación tanto con el paciente como la familia. Refieren también, sentirse importantes dentro de la institución porque se les toma en cuenta para que ellas renueven, mejoren y desarrollen su aprendizaje. Algunas de ellas tienen experiencia de diez doce años en el trato de pacientes psiquiátricos y refieren que se torna a veces aburrido su trabajo y sin querer responden mal, o tratan de una manera diferente a los pacientes y afecta en sus turnos mientras el paciente está ingresado.

Con el personal médico se pudo trabajar también talleres un poco más individuales y personales. Ellos tienen un conocimiento amplio de las enfermedades médicas y también muestran interés por aprender acerca de las conductas de los pacientes, ya que ellos pueden medir fisiológicamente la inestabilidad de un paciente cuando tiemblan sus manos, cuando tiene efectos secundarios de un medicamento, cuando tienen incontinencia, cuando tienen descontrol hormonal, cuando sube o baja el azúcar en un paciente, la presión arterial, la temperatura y sintomatología de enfermedades comunes, las pueden comprender de una manera muy clara. Sin embargo cuando hablamos de conductas de trastornos psicológicos se quedan cortos con esa información

y solicitan de los psicólogos para que se les apoye en este punto y no caer en el juego de algunas manipulaciones, que es lo que acostumbran los pacientes a realizar con el personal que no tiene la experiencia y la capacidad de comprender el por qué tienen conductas repetitivas, concurrentes, alucinaciones, que tipo de alucinaciones y por qué las muestran, y el avance en sí de la psicoterapia con los pacientes ya que ellos enfocan más su atención en lo enteramente fisiológico.

En el Centro Psiquiátrico El Manzanillo el médico residente es contratado para darle cierto apoyo a la psicóloga, ya que cumplen roles y turnos de horarios diferentes, entonces el médico se ve en la necesidad de abordar a los pacientes cuando la psicóloga no está, así el poder resolver algunos conflictos que se desarrollen en su turno y que no perjudiquen el proceso que el paciente ya trae con las psicoterapias, tanto individuales como familiares.

Los temas que se trabajaron con ellos fueron estrictamente de trastornos, sintomatología, signos, características de la esquizofrenia, la bipolaridad y sus tres tipos, que son la mayoría de pacientes que el centro atiende. Trabajamos un poco de drogadicción, tabaquismo, utilización de drogas en vario niveles, trabajamos también autoestima, valores personales, un poco de los métodos de crianza familiar para que cuando ellos tuvieran entrevistas con padres o familiares pudieran abordarlos sin mayor dificultad. Se trabajó también un taller de autoestima pero dirigido a elevar la autoestima en el personal del Sanatorio en sí, tomando en cuenta la influencia que tiene la manera de pensar, sentir y actuar, que de alguna manera una baja autoestima puede afectar la relación que se tenga con el tipo de paciente psiquiátrico que estamos atendiendo.

A lo largo de los talleres se puede decir que la mayor dificultad que se encontró fue la de horario, ya que resultó un poco complicado que todas las personas estuvieran en todos los talleres por el rol de turnos que cada uno tiene. La medida que tomo la epesista a partir de esa dificultad de horarios fue subdividir en grupos a las personas, aunque los talleres fueran repetitivos para que las personas pudieran estar enteradas de toda la información. Además se trabajó todo el material de manera escrita? para que las personas pudieran retroalimentar y retomar los temas que no habían podido estar presentes o

escuchar del todo en su casa, siempre con actividades de completación para poder saber si lo comprendieron.

En los talleres con familiares se trabajó tema informativo de forma lúdico para poder hacer un rapport adecuado y estos les sirvió para poder salir de la rutina, liberar estrés de la vida cotidiana. A demás de dejarles un aprendizaje de la actitud que se debe tomar ante los conflictos, buscar soluciones en lugar de hacerlos más grandes y a través de la comunicación mejorar la dinámica familiar. Desde los primero talleres con los padres de familia se tuvo mucha afluencia, sobre todo madres y hermanos preocupados por algún paciente en sí.

La dificultad era el tiempo, cuando la madre podía el padre no y viceversa. Sin embargo se hizo talleres incluso vía telefónica para poder brindar la información que las madres necesitaban y poder enseñarles cómo llevar la dinámica en su casa con su paciente, ya llevando un tratamiento ambulatorio psiquiátrico. Las familias expresan sus experiencias en casa, situaciones que no sabían cómo manejar, para que se les ayudara dentro del grupo de concejo aun dentro de los mismo padres que se juntaban de dos pacientes, regularmente, y como los habían vivido. Aportaban lo que cada uno había hecho en las mismas situaciones y lo que no les había funcionado para poder identificar de qué manera con su paciente si se podía aplicarse y tener los resultados esperados.

Se tuvo la satisfacción de haber obtenido un impacto positivo en la población, ya que las personas reportaban que los talleres habían sido de ayuda, de conocimiento, para poderlo poner en práctica y que los roles familiares mejoraran. Todos se mostraron agradecidos y entusiasmados por todo el ejercicio profesional supervisado que se tuvo durante los siete meses de ejecución con cada uno de los grupos de población que se atendió.

Los talleres iban espaciándose dentro de lapsos intercalados de quince días para que todos pudieran asistir. La población siempre estuvo pendiente de cuando eran las próximas fechas de talleres y eso demostró un buen trabajo y desempeño realizado dentro del equipo del hospital. Con las madres se trabajaron temas de abordajes sobre vida cotidiana, autoestima, valores personales, valores morales y luego una descripción de la sintomatología de

las enfermedades, encaminado al paciente que ellos tenían, al diagnóstico que ellos ya tenían, para hacerlo individual, directo y que no titubearan ni perdieran la atención en otras sintomatologías que no les iba a servir a ellos.

Otro de los aspectos que se pudo observar a partir de la interacción que se daba en los talleres era que muchas veces la poca capacidad para resolver problemas y las frustraciones los llevaba a la violencia, a la incomprensión y en todo caso al enclaustramiento de estos pacientes, con disfuncionalidades. Las madres por ser un grupo reducido lograron expresar con confianza, contar sus experiencias; hubo llanto, hubo una serie de emociones y manifestaciones de parte de los familiares que se sentían aturdidos, incomprendidos también e impotentes al no saber por qué sus familiares estaban actuando de esa manera tan extraña, algunas veces violenta, agresiva y como poderlos ayudar.

Para finalizar, fue de mucha ayuda la colaboración de la epesista, con relación a la calidad de servicio que se presta en la institución y al tratamiento ambulatorio que ya pueden llevar en su casa con una confianza un poco más desarrollada y con algunas herramientas para que se evite detonar crisis en el paciente y volverlos a ingresar, por lo menos prolongarles una estadía en su casa con su medicación correcta de un tiempo más largo de manera que puedan vivir tranquilos, comprendidos y cómodos dentro de la familia en la que viven estar personas, con la ayuda de la investigación, la información y el tiempo dedicado a cada uno de ellos.

4.4 SUBPROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

Desde el primer contacto con los pacientes se empezó a detectar cuales eran las necesidades de ellos, a partir de esto se pudo ver de qué manera se les podría brindar apoyo psicológico, tanto a los pacientes, como a personas de la comunidad de San Lucas. Se tuvo también, algunas opiniones en el pueblo, en lugares como el mercado, donde se abordó a las personas para saber que opinaban en relación a las enfermedades mentales, cuantas personas conocían que estuvieran padeciendo este tipo de males. Así mismo las personas referían que desconocen mucho sobre estas enfermedades y que no

conocen lugares donde los atiendan, no saben que son personas que al medicarse pueden llegar a una normalidad de un 80%.

Pudimos también observar dentro de las entidades de la comunidad sus culturas, toda la población celebra muchas actividades sobretodo religiosas, aunque la religión cristiana está ubicada un 60% dentro de la población. Pudimos también constatar información a través de la municipalidad de San Lucas de la cantidad de población que tienen el municipio, fechas exactas de las festividades, el ambiente, la economía, el tipo de actividades que ayudan a la comunidad a mantenerse unida, la mayoría de la gente se conocen y comparten en familia. Todas estas actividades son formas momentáneas en que las personas utilizan para liberarse de sus preocupaciones de sus problemas familiares, lo cual les proporciona recreación necesaria para disminuir un poco el estrés que manejan y así poder seguir adelante con sus vidas diarias.

La religión es determinante, ya que el catolicismo se vive en varias celebraciones. Pero también las iglesias cristianas tienen activamente sus iglesias en muchos puntos estratégicos

En el centro psiquiátrico se hicieron las reuniones para conocer la opinión de los familiares de algunos de los pacientes que están allí. En las primeras reuniones se pudo constatar la preocupación de las familias por el trato que deben brindarle a sus parientes, la falta de comprensión que tienen acerca de los síntomas y como detectar cuando el paciente ya está en episodios próximos a psicosis, les cuesta mucho determinar esos episodios. Algunas de las familias, cuando se enteran de la enfermedad de sus pacientes se asustan y consideran que no es posible que vivan en sus casas y que si se puede tomar como referencia lugares para poderlos poner a vivir ahí y que reciban sus tratamientos de manera adecuada. Pero las posibilidades económicas o los lugares tan escasos, se ven en la necesidad de costos altos que les impide tenerlos internados en un lugar, por lo que no les queda más que irse acoplado a las recomendaciones médicas y psicológicas para poderle brindar a su familiar el tratamiento adecuado y así mismo adecuarlo a la vida de cada uno de ellos para poderle dar un mejor tratamiento.

Cabe mencionar también que las dificultades que los pacientes presentan se ven envueltas en emociones, porque ellos mismos no comprenden toda la serie de manifestaciones que tienen y se sienten incomprendidos, no saben en realidad que hacer, como reaccionar ante la preocupación de sus familias. Pudimos constatar también en esta reunión que cada problemática es diferente de acuerdo al rol, a las costumbres, la cultura, la educación y los valores que en cada hogar se acostumbra. La religión también es de suma importancia para este tipo de enfermedades y trastornos ya que se involucra mucho la creencia de mensajes director de la biblia como mensajes divinos que confunden al final a las familias de los pacientes ya que sus delirios regularmente van encaminados a lo religioso, a los ángeles, a demonios, a destrucciones del mundo y ese tipo de ideas. Armas, utilización de bombas, matar personas, guerras; son las ideas que más predominan en los diferentes trastornos. Es importante mencionar que cada familia es un mundo, un problema, una situación diferente y que aunque la enfermedad del paciente sea la misma de otras familias el tratamiento cambia, cambia por la dinámica, la cantidad de familiares y por el rol que cada uno desempeña en ese hogar.

Sumado a toda esta manifestación de dificultades en los hogares de las familias con trastornos mentales, también tenemos la utilización de drogas el mismo desconocimiento cuando los pacientes son jóvenes buscan en las drogas el evitar sentir agobio, ansiedad, desesperación, y equivocadamente van destruyéndose hasta que las familias toman cartas en el asunto y los pueden poner en tratamiento. También tenemos como factor de problema la falta de comunicación, violencia, alcohol en las familias, desintegración familiar. Cuando son esposos, o es el esposo el que apoya a la esposa enferma o viceversa. También las enfermedades suelen poseerla los hijos, en algunos otros son la personas de la tercera edad, y así para cada paciente las manifestaciones son distintas y el tratamiento también es diferente y pues la terapia psico-educativa que las familias necesitan, también es una para cada familia.

Al tener contacto con el equipo que son las enfermeras del establecimiento nos presentaron sus inquietudes ante la problemática de la comprensión que debe tener la familia y el trato de tienen que tener con su paciente cuando lo

llevan hacia el hogar nuevamente, ya con un tratamiento farmacológico establecido, se pudo discernir que las causas más comunes en que el paciente recaiga en sus crisis es la falta de disciplina para tomarse el medicamento porque lo olvidan, porque lo utilizan en horarios inapropiados, otra dificultad que puede notarse es que la familia va perdiendo el interés con su paciente conforme lo va viendo más independiente y no tienen el cuidado de observarlo de una manera clara cuando el paciente comienza a tener síntomas extraños, la gente lo va viendo tan normal que cuando se viene a dar cuenta el paciente ya tiene más de una semana de haber dejado de tomar su medicamento y las conductas empiezan a ser más difícil de controlarse, aunque vuelvan a dar el medicamento, las dosis del medicamento ya no son las mismas en requerimiento a lo normal y entonces pasa el lapso a cuestión de un mes en que el paciente se vuelve a descompensar y de nuevo se ven en la necesidad a consultar de emergencia al psiquiatra para volver a readecuar las dosis del medicamento y en algunas ocasiones hasta el cambio por que el medicamento se ha vuelto ya inmune por descuido y por mala utilización del mismo.

También en la entrevista que se realiza a los médicos que están encargados de esta área, suele coincidir que sus quejas o malestares en relación al manejo del paciente son muy parecidas, la familia tiene mucha importancia en el progreso, en el control y en mantener al paciente estable es complicado, ya que este tipo de paciente con trastorno mental son personas con edades avanzadas, el problema principal con edades avanzadas, es que ya todos tenemos normalizados que una conducta adulta debe tener independencia el poder tomar decisiones específicas de manera individual y estas personas no cuentan con la suficiente madurez para poder tomar estas decisiones entonces es donde se complica el manejo para este tipo de pacientes, con el paciente joven lo que surge es precisamente la inmadurez de ellos porque dentro de la enfermedad, las normas de la casa y la disciplina para poder llevar el control de su medicamento se complica aún más porque el adolescente, el joven no tiene la madurez suficiente para comprender su enfermedad y se da cuenta que está cometiendo errores al desobedecer o al no cumplir con las normas establecidas, en su naturaleza de enfermedad, aunque como persona se sienta en dificultad, en amenaza porque dentro de él también está el deseo

de ser independiente, de madurar y de ser una persona normal y hasta cierto punto no comprende todavía la gravedad de su situación y la gravedad en que puede caer su enfermedad mental, así como es de dos armas por ser joven tener la oportunidad de recuperarse muy bien en un 80% para poder vivir normal, también si se descuida tienen la facilidad de caer en una enfermedad más crónica a una temprana edad.

Cabe mencionar también en cada una de las posiciones del departamento médico que se encarga de darle tratamiento a los trastornos mentales, también coincidentemente todos caemos en la cuenta que las emociones son muy importantes en el trastorno del paciente tanto propias como de las personas que lo rodean, así que el factor emocional el rol del hogar incluye mucho de causas y efectos en el control de cada una de las enfermedades, por lo tanto se llega a la conclusión tanto de la dirección del establecimiento como de todos, médicos psicólogas, médicos residentes y todo el personal que sirve en el sanatorio que el servicio psicológico tiene un papel muy importante, entonces el mantenimiento del contacto con la epesista que dirige, que orienta y que da el apoyo necesario a cada una de las partes del equipo se vuelve una necesidad fundamental.

Para poder identificar cuáles eran las causas principales para que los pacientes recaigan dentro del proceso de tratamientos en las enfermedades mentales, la epesista tuvo su primer encuentro con la directora del centro que es médico psiquiatra, a quien se le realizó una entrevista que contenía diez preguntas para poder identificar la raíz y lo que más dificultad presentaba en el tratamiento de los pacientes a los que ella dirigía su servicio.

Los primeros acercamientos con ella fueron para hacer la descripción demográfica e inicio del centro hospitalario en sí, quien fue ella la fundadora directa de dicho Centro, para luego ir enfocándose en los pacientes directamente y las dificultades y el desarrollo que se iba teniendo con cada uno de ellos. Luego se estructuró una entrevista en la que se le abordaba desde diferentes puntos de vista a su profesión en sí y a otros colegas que se dedican al mismo tipo de pacientes para indagar y poder sacar la problemática en la que era más factible trabajar, apoyar y brindar el servicio en la investigación del EPS.

Lo que resumimos en las entrevistas a los psiquiatras dentro de su servicio de trabajo pues se agrupan algunos factores que todos mencionan en la recaída de los pacientes con quien ellos trabajan. La principal es falta de medicación, la disciplina de la medición y el control mensual que los pacientes deben tener. Las familias dejan de asistir al psiquiatra por diversos motivos, el principal es el económico, y luego ven que los pacientes se están estables y se pueden mantener sin necesidad de controles psiquiátricos, por lo tanto dejan dos, tres, cuatro meses de asistir al psiquiatra y entonces se pierde la continuidad de las dosis y de los tipos de medicamentos que los pacientes requieren. Cuando el paciente empieza a decaer y empieza a tener sintomatología, solo entonces recurren de nuevo al psiquiatra y las dosis obviamente del paciente ya han subido o han cambiado de medicación. Entonces la problemática principal según el servicio de ellos, es la falta de perseverancia y constancia dentro de la familia para asistir a sus controles.

Pudimos enfocar que otro factor de riesgo para recaídas en pacientes con trastornos psiquiátrico es el rol familiar. Los detonantes al nivel conductual dentro de un miembro familiar, porque recurrentemente no solo un miembro es el que padece algún trastorno, regularmente hay dos, tres o cuatro miembros que también poseen la enfermedad, pero por tener sintomatología menos detectable no es necesario hospitalizarlos o acudir a una consulta psiquiátrica, sin embargo dentro de la dinámica que viven si hay quien afecta uno con otro la crisis o los síntomas, en este caso, del miembro más vulnerable.

Como tercer factor pero no menos importante, es la información definitivamente que las familias desconocen. Cómo tratar a los pacientes, cómo medicarlos, de qué manera lograr que cuando ellos ya no quieren tomarse el medicamento, se convenzan de que son necesarios y ante todo el tiempo y la atención que necesitan los pacientes, las personas trabajan y no hay quien los cuide, entonces eso hace difícil el manejo de estos pacientes, y como repiten la mayoría de los psiquiatras, el servicio al final es prolongar episodios psicóticos dentro de sus pacientes en la medida de lo posible para que puedan ellos tener una vida un poco más tranquila.

Los psiquiatras abordan sus terapias desde la forma fisiológica u orgánica. Operan a nivel de estructura psico-neurológicas enfocados en la corrección de

determinados síntomas, utilizan procedimiento de índoles material y cuantificables, solo pueden ser aplicados por psiquiatras y neurólogos. La mayoría de los psiquiatras que abordan la problemática mental en este Sanatorio ubican su terapia centrada en el cliente o terapia de apoyo, son terapias breves de cuarenta y cinco a una hora, en el tiempo que puedan enfocar a una familia y desde ahí medicar las ansiedades, los delirios, las depresiones que pueda presentar el paciente. Para luego trasladar la información al servicio psicológico y ellos ya se encargan de la psicoterapia en sí al lapso de unos cinco o siete días que el paciente ya no esté en crisis para empezar a abordar la psicoterapia directa con ellos.

En resumidas cuentas el tratamiento psiquiátrico va directamente ligado a la rama de la farmacología en sus tres tipos de fármacos: los antipsicóticos, que son para tratar síntomas de tipo paranoide o esquizofrénicos; los antidepresivos, para tratar cuadros depresivos y maniacos y los ansiolíticos, para disminuir la ansiedad. En general estos son los fármacos que ellos más utilizan.

En cuestión de valores y ética, los psiquiatras, mencionan que la farmacología surge a partir de los efectos secundarios que esos medicamentos generan en los pacientes. En varios países se ha legalizado el derecho de rechazar los tratamientos. Los medicamentos antipsicóticos generan trastornos de tipo autonómico, motor, cardiaco, distonias, especialmente disquinesias; los antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos que causan trastornos secundarios como los de origen autonómico, somnolencia, debilidad, fatiga y perdida de reflejos, inclusive conductas coléricas, groseras, hasta tentativas de suicidio; y estos son los efectos que el psiquiatra está controlando constantemente ya que puede mejorar la sintomatología que trae el paciente pero agravar, en sus efectos secundarios, en otras situaciones.

CAPITULO V

5.1 CONCLUSIONES

Conclusiones Generales

- Se tuvo un impacto positivo en las personas que brindan el servicio, las familias y pacientes involucrados a partir del abordaje que se dio durante el Ejercicio Profesional Supervisado, contribuyendo con el fortalecimiento emocional y el crecimiento integral de la población atendida.
- La experiencia profesional que se tuvo fue enriquecedora, ya que se dio el abordaje desde diferentes campos de acción para encaminar a la población hacia un desarrollo personal integral, cumpliendo las expectativas de un profesional de la psicología.
- La formación teórica práctica que se dio a lo largo de la carrera durante los cinco años, tiene algunas deficiencias, ya que muchas veces los catedráticos no vinculan lo teórico con la aplicación correcta a la práctica, sobre todo en términos de psiquiatría.
- El Ejercicio Profesional Supervisado fue de ayuda para la realización profesional de la epesista, dándole la oportunidad de ser conocida como psicóloga en la población, abriéndole puertas en el campo laboral.
- La experiencia del contacto con la población, concientizó a la epesista de la necesidad que se tiene de un servicio profesional enfocado en el bienestar integral de los afectados en este tipo de servicio psiquiátrico.

Servicio

- Las dificultades familiares son diversas y numerosas, muchas veces los causantes de conflictos y detonantes de crisis emocional, psicológicas y conductuales que no les permite desarrollarse de forma saludable.
- La autoestima de todos los miembros involucrados es baja, se ve reflejada en el deterioro de los roles y en ocasiones en su aspecto físico, emociones y valoración personal, lo que causa repercusiones a nivel psicológico.

- Las familias nucleares de los pacientes atendidos se muestran con cambios positivos a raíz de participar en la intervención psicológica.

Docencia

- Las capacitaciones y talleres le brindaron a la población un espacio para expresarse libremente, opinar y compartir sus experiencias que son útiles para hacer empatía y comprenderlos.
- Los talleres, brindaron información y aprendizaje lúdico, donde se divertían y tomaban confianza mientras que adquirían conocimiento importante para su desarrollo.
- Las entrevistas con su utilidad en doble vía dando y recibiendo información para brindar apertura al conocimiento mutuo.

Investigación

- Por medio de las acciones de la investigación se evidenció que la mayoría de las familiar carece de información directa sobre su caso específico y cómo tratarlo.
- Se vive en una cultura de silencio, dónde se ha aprendido que las manifestaciones extrañas de conducta se debe esconder y tenerle miedo por lo tanto hasta que se dan manifestaciones de agresividad incontrolables se busca la ayuda y la información.
- La comprensión de los mecanismos de efectos que se obtienen de los medicamentos psiquiátricos en el sistema nervioso y su implicación en el tratamiento de por vida en el paciente es información que se dio a los familiares.

5.2 RECOMENDACIONES

Recomendaciones Generales

- Se deben tomar en cuenta algunos aspectos en los cuales el enfoque debe profundizar, entre éstos: Dar importancia de abordar la salud mental desde otras perspectivas más holísticas, la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas de salud mental, la inexistencia del componente de salud mental en las acciones de salud general, la importancia del trabajo sectorial para dar respuesta a problemas de salud mental, la descentralización de los servicios, las nuevas estrategias para la reinserción social del paciente con discapacidad mental, la necesidad de la permanente vigilancia los derechos humanos de los enfermos mentales y la necesidad de formación y capacitación de los recursos humanos de la red de servicios, para atender las necesidades de salud mental de la población.

Servicio

- Abordar los problemas de falta de conocimiento en las familias que tienen un familiar con padecimientos psiquiátricos para que se les facilite la aceptación y comprensión de signos y síntomas a tratar.
- Orientar al equipo médico integral para que cada uno dentro de su campo brinde el mejor servicio de atención a los pacientes y sus familias.
- A los pacientes y sus familias con quienes se trabajó se les recomienda que continúen su proceso psicoterapéutico y psiquiátrico para no perder los avances obtenidos y generar un cambio positivo y permanente en sus vidas.

Docencia

- Implementar talleres para el equipo de enfermería, médico y servicio en general en el sanatorio para mantener la calidad y la atención necesaria a las personas ingresadas.
- Permanecer en constante dialogo con la familia directamente y orientarles en las diferentes formas de abordar los tratamientos sugeridos.
- Mantener al servicio permanente por lo menos tres profesionales de la psicología para apoyar en los diferentes modelos de terapia sugeridos a pacientes, familiares y equipo de servicio.

Investigación

- Desarrollar líneas de trabajo con el fin de brindar el apoyo y las herramientas necesarias a las familias con necesidades de orientación en casos de tener familiares con trastornos mentales.
- Abolir la cultura de temor y silencio, creando espacios seguros para solicitar la orientación y ayuda que necesitan las personas con enfermedades mentales.
- Generar líneas de acción que potencien y posibiliten la recuperación de los miembros de la familia.
- Mantener constante dialogo informativo a los pacientes en si para hacerles conciencia de la importancia que tiene para ellos medicarse diariamente y sus efectos contrarios de no administrarse el medicamento y las terapias.

5.2 RECOMENDACIONES

Recomendaciones Generales

- Se deben tomar en cuenta algunos aspectos en los cuales el enfoque debe profundizar, entre éstos: Dar importancia de abordar la salud mental desde otras perspectivas más holísticas, la promoción de la salud mental, la prevención de los problemas de salud mental, la inexistencia del componente de salud mental en las acciones de salud general, la importancia del trabajo sectorial para dar respuesta a problemas de

salud mental, la descentralización de los servicios, las nuevas estrategias para la reinserción social del paciente con discapacidad mental, la necesidad de la permanente vigilancia los derechos humanos de los enfermos mentales y la necesidad de formación y capacitación de los recursos humanos de la red de servicios, para atender las necesidades de salud mental de la población.

Servicio

- Abordar los problemas de falta de conocimiento en las familias que tienen un familiar con padecimientos psiquiátricos para que se les facilite la aceptación y comprensión de signos y síntomas a tratar.
- Orientar al equipo médico integral para que cada uno dentro de su campo brinde el mejor servicio de atención a los pacientes y sus familias.
- A los pacientes y sus familias con quienes se trabajó se les recomienda que continúen su proceso psicoterapéutico y psiquiátrico para no perder los avances obtenidos y generar un cambio positivo y permanente en sus vidas.

Docencia

- Implementar talleres para el equipo de enfermería, médico y servicio en general en el sanatorio para mantener la calidad y la atención necesaria a las personas ingresadas.
- Permanecer en constante dialogo con la familia directamente y orientarles en las diferentes formas de abordar los tratamientos sugeridos.
- Mantener al servicio permanente por lo menos tres profesionales de la psicología para apoyar en los diferentes modelos de terapia sugeridos a pacientes, familiares y equipo de servicio.

Investigación

- Desarrollar líneas de trabajo con el fin de brindar el apoyo y las herramientas necesarias a las familias con necesidades de orientación en casos de tener familiares con trastornos mentales.
- Abolir la cultura de temor y silencio, creando espacios seguros para solicitar la orientación y ayuda que necesitan las personas con enfermedades mentales.
- Generar líneas de acción que potencien y posibiliten la recuperación de los miembros de la familia.
- Mantener constante dialogo informativo a los pacientes en si para hacerles conciencia de la importancia que tiene para ellos medicarse diariamente y sus efectos contrarios de no administrarse el medicamento y las terapias.

5.3 BIBLIOGRAFIA

Libros y documentos

- Berke y Hyman , en estudios del 2000.
- Centro de Investigaciones Económicas Nacionales –CIEN-(2015). Diagnóstico de la pobreza en Guatemala.
- CEPAL-(2015-2016) Estudio Económico de América Latina y el Caribe.
- Conocer la enfermedad mental, Rodríguez Seoane, Elena, Ediciones Díaz de Santos, 2012.
- Diagnóstico y propuesta de reforma, Carmelo Mesa-Lago, Miguel Angel Barrios Escobar, Homero Fuentes Argón, Friedrich-Ebert-Stiftung, Guatemala, 2000.
- Dobles, I. & Baltodano, S. (2010). Psicología. Dominación, compromiso y transformación social. San José: Editorial Universidad de Costa Rica.
- Documento realizado por: Christian José Y. Solares Departamento de Coordinación Catastro IUSI, revisado por: Juan Antonio Soto Paz Jefatura Catastro IUSI, Municipalidad de San Lucas Sacatepéquez, Administración 2,012 – 2,016.
- Eduard Vieta, jefe del Servicio de Psiquiatría del Hospital Clínic de Barcelona.
- Eguiluz, L. (2001). La teoría sistémica. Alternativas para investigar el sistema familiar. México: Universidad Nacional Autónoma de México y Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Familia y enfermedad mental: Su contribución para la recuperación clínica, Serafín Lemos Giráldez, Universidad de Oviedo.
- Fundamentos de psicología fisiologica,Neil R. Carlson, Pearson educación 1996, pág. 48
- Héctor González Pardo, Marino Pérez Álvarez - 2007 - La invención de trastornos mentales.
- historia de la psicofarmacología,Francisco López-Muñoz, Cecilio Álamo Gonzalez, Edición Médica Panamericana,2007.

- Imsero, secretaria del estado de servicios sociales familia y discapacidad, Henry P. y Pirella A., Milano Etaslibri, medicina 1995.
- J. Rodés, J. M. Piqué, Antoni Trilla. Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA, 2007
- La salud mental es cosa de todos, Imsero, Pilling et al., 2005.(IMSERO)
- Las diversas caras de los trastornos mentales, historias clínicas de trastornos mentales y del comportamiento, en personas adultas, comentados según las descripciones de la CIE-10. Editorial medica Panamericana, T. B. Ustun, 1999.
- Liberación de los pacientes psiquiátricos, Benedetto Saraceno, Editorial Pax Mexico, 2003. P. 95.
- libro: Trastorno límite de la personalidad: Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica, Gaspar Cervera, J. Martínez-Raga, Ed. Médica Panamericana 2005
- Lider; lo que no te deja dormir, Nicole Lipkin, Thomas Nelson Inc. 2015, pag. 62.
- Los umbrales de la psicología científica, Editorial UOC, 2002
- Minuchín, S. (1983). Familias y terapia familiar. México: Gedisa Mexicana.
- Modelo de atención a las personas con enfermedad mental grave, Imsero 2007. Ricardo Guinea.
- Moreno, F. (2005). Los problemas de comportamiento. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona, servei de publicacions, primera edició.
- MSPAS 2012
- Pinsker, H. (2002). Introducción a la psicoterapia de apoyo, Bilbao, p. 18.
- Programa Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Dr. Víctor Aparicio, Asesor Sub-regional de Salud Mental (OPS/OMS). Dra. Jodi Morris, Sede Central de la OMS, Representación OPS/OMS Guatemala.

- Psiquiatría clínica, Carlos Gomez Restrepo, Guillermo Hernandez Bayona, Alejandro Rojas Urrego, Hernan Santacruz Oleas, Miguel Uribe Restrepo, Edi. Médica Panamericana.
- Richardson, R. (1993). Vivir feliz en familia. Soluciones positivas para el entorno familiar. Barcelona, España: Paidós, 1ª. Edición en Español.
- Se realizaron cinco charlas similares con la participación de cinco familias de los pacientes que se encontraban en ese momento ingresados, todas en el mismo orden y contexto con la única variable del tipo de trastorno ya que era relativo al padecimiento del paciente en sí.
- SEGEPLAN 2012ª.
- Texto introductorio de psiquiatría, Donald W. Black, Nancy A. C. Andreasen, Editorial El mundo Moderno 2015.
- Vallés, Miguel S. (1997). Técnicas cualitativas y cuantitativas de investigación social. España: Editorial Síntesis, S.A.

Páginas Web

- http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/13/13_3725.pdf
- <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/DSM%205%20%20Novedades%20y%20Criterios%20Diagn%C3%B3sticos.pdf>
- <http://www.librosmedicospdf.net/posts/psiquiatria/272/Psiquiatr-a-Din-mica-Joan-Coderch.html>
- <http://www.neurologia.com/pdf/Web/42S03/uS03S045.pdf>

5.4 GLOSARIO

1. **Acting-out:** Actos impulsivos, violentos, agresivos, delictivos; el sujeto pasa de una representación, de una tendencia, al acto propiamente dicho.
2. **Agresividad:** Es una tendencia a actuar o a responder de forma violenta.
3. **Borderline:** Es un vocablo inglés que se usa para designar el trastorno límite de la personalidad (o TLP, por sus siglas). Como tal, es una patología que se sitúa en el límite entre la neurosis y la psicosis, de allí que la palabra usada para denominarlo en español traduzca, literalmente, 'límite', 'línea fronteriza'.
4. **Contexto:** Una realidad altamente específica y no comparable a otros en la cual los fenómenos que se suceden están profundamente influidos y determinados. Es un conjunto de circunstancias: lugar y tiempo, cultura del emisor y receptor, que permite su correcta comprensión.
5. **Delirio:** Confusión mental caracterizada por alucinaciones, reiteración de pensamientos absurdos e incoherencia.
6. **Dicigóticos:** Mellizos.
7. **Dinámica:** Forma de suceder una cosa, conjunto de fuerzas que actúan en un sentido.
8. **Endógena:** Algo que se origina o nace en el interior, o que se origina en virtud de causas internas. En Medicina, una enfermedad es endógena cuando es producida por causas genéticas o por alteraciones metabólicas independientes de la misma enfermedad.
9. **Exógena:** es utilizado para hacer referencia a algo que es originado en el exterior de una cosa, en contraposición a endógeno. se forma en el exterior, o en virtud de causas externas.
10. **Esquizofrenia:**
 1. f. Med. Grupo de enfermedades mentales correspondientes a la antigua ademenia precoz, que se declaran hacia la pubertad y se caracterizan por unadisociación específica de las funciones psíquicas, que conduce, en los casos graves, a una demencia incurable.
11. **Etiología:** es la ciencia centrada en el estudio de la causalidad. En medicina (patogénesis) se refiere al origen de la enfermedad.

12. Fisiopatología: es el estudio de los procesos patológicos (enfermedades), físicos y químicos que tienen lugar en los organismos vivos durante la realización de sus funciones vitales.

13. Inclusión: Integrar a la vida comunitaria a todos los miembros de la sociedad, independientemente de su origen, de su actividad, de su condición socioeconómica o de su pensamiento.

14. Prodrómica: Designa la fase inicial o de debut de una patología.

15. Psicosis: Enfermedad mental, caracterizada por delirios o alucinaciones.

16. Psiquiátrico: 1. adj. Pertenciente o relativo a la psiquiatría.
2. m. Hospital o clínica donde se trata a los enfermos mentales.

17. Rapport: Es cuando dos o más personas sienten que están en “sintonía” psicológica y emocional (simpatía), porque se sienten similares o se relacionan bien entre si. La teoría rapport incluye tres componentes conductuales: atención mutua, positividad mutua y coordinación.

18. Self: Sinónimo de sí mismo. Verdadero self/falso. El self falso está representado por toda la organización que se construye sobre la base de una actitud social cortés, de buenos modales y cierta contención. El self verdadero es espontáneo y los acontecimientos del mundo se han acordado a esta espontaneidad a causa de la adaptación producida por una madre suficientemente buena.

19. Somatomorfos: Es el nombre de un grupo de afecciones en las que el dolor físico y los síntomas que siente la persona están relacionados con factores psicológicos. Estos síntomas no pueden vincularse con una causa física específica.

20. Trastorno Bipolar:

Trastorno afectivo caracterizado por la alternancia de una fase maníaca y otra depresiva, o por la presencia de una o más fases solo maníacas o solo depresivas.

5.5 ANEXOS

Cuestionario a familias

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE EPS**

A continuación se le presentan una serie de enunciados e interrogantes con el fin que los responda de forma clara y legible.

1. Conoce usted que es una enfermedad mental?
2. Conoce el nombre de la enfermedad que padece su familiar?
3. Conoce algún antecedente familiar que presentara síntomas de padecimiento de alguna enfermedad mental?
4. Describa detalladamente los síntomas que observa anormales en el familiar que refiere?
5. Describa desde que edad observa cambios y conductas diferentes en su familiar?
6. Qué es lo que más le preocupa de la enfermedad que presenta su familiar?
7. Qué quisiera saber al respecto a la enfermedad que tiene su familiar?
8. Qué es lo que más le preocupa del futuro de su paciente?
9. Qué condiciones quiere usted que mejore su paciente dentro de la relación familiar?
10. Que espera usted del tratamiento que se brinda en el Centro Psiquiátrico para su paciente?
11. En que está usted dispuesto a colaborar en la terapia de su paciente?
12. Cuáles son las dificultades más grandes que observa en la recuperación de su paciente?
13. Cuáles son las fortalezas de su paciente?
14. Cuáles son las debilidades de su paciente?
15. Cuáles son las fortalezas de la familia con quien vive el paciente?

Cuestionario a profesionales

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE EPS**

A continuación se le presentan una serie de enunciados e interrogantes con el fin que los responda de forma clara y legible.

1. Usted en su experiencia considera que es un factor determinante en el trastorno de sus pacientes la falta o ausencia de información de las enfermedades psiquiátricas?
2. Según su experiencia cuál es el factor de mayor riesgo de recaídas en sus pacientes con trastornos psiquiátricos?
3. Cuál es la recomendación que con más frecuencia que enfatiza a las familias encargadas de un paciente psiquiátrico?
4. Cuál es la recomendación que con más frecuencia que enfatiza al paciente en sí?
5. Cuáles son las dificultades más habituales con relación al trabajo que realiza en salud mental?
6. Qué opina de la importancia, los aportes y las limitaciones que las instituciones encargadas le brindan a la salud mental en Guatemala?

Cuestionario a personal de enfermería

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
DEPARTAMENTO DE EPS**

A continuación se le presentan una serie de enunciados e interrogantes con el fin que los responda de forma clara y legible.

1. Qué tipo de enfermedades atiende por lo general en esta institución en su labor de enfermera(o)?
2. Cuántos pacientes atiende con regularidad cada mes?
- 3.Cuál es la queja o pesar de la mayoría de los familiares que ingresa a sus pacientes?
- 4.Cuál cree usted que es la necesidad principal de los pacientes psiquiátricos?
5. Cómo considera usted que se puede apoyar a las familias de los pacientes psiquiátricos?
- 6.Cuál cree usted que es la necesidad más grande que tienen las familias de los pacientes psiquiátricos?