

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

ATENCION PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA CLINICA
EN GUATEMALA

"Estudio Descriptivo/Documental de la atención de los procesos psicopatológicos que presenta la población que solicita el servicio en las instituciones de psicopedagogía y de salud mental en la Ciudad de Guatemala.

TESIS

PRESENTADA AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO

DE LA

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

POR

MELISSA MARIA ETELVINA HERNANDEZ PINEDA

PREVIO A OPTAR EL TITULO DE PSICOLOGA
EN EL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADA.

GUATEMALA, NOVIEMBRE 1993.

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
Biblioteca Central

PROPIEDAD DE LA BIBLIOTECA CENTRAL-USAC
DEL DEPARTAMENTO LEGAL
DEL PRESTAMO EXTERNO

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS
DE GUATEMALA



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS 7M-S, M-3
CIUDAD UNIVERSITARIA ZONA 12
TELÉFONOS 760790-94 Y 760965-06
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

DL
13
T(656)

TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Walter René Soto Reyes
D I R E C T O R

Licenciado Abraham Cortez Mejía
S E C R E T A R I O

Licenciado Luis Mariano Codóffer Castillo
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRÁTICOS



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIO "A-1" 4º A-3
CIUDAD UNIVERSITARIA ZONA 12
TELÉFONOS: 780790-84 Y 780983-98
GUATEMALA CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Académico
CIEPs.
archivo

REG. 572-89

CODIPs. 595-93

DE IMPRESION TRABAJO DE INVESTIGACION

26 de octubre de 1993

Señorita Estudiante
MELISSA MARIA ETELVINA HERNANDEZ PINEDA
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto DECIMO TERCERO (13o.) del Acta TREINTA Y OCHO NOVENTA Y TRES (38-93) de Consejo Directivo, de fecha 25 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"DECIMO TERCERO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación: "ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA CLÍNICA EN GUATEMALA, -Estudio descriptivo/documental de la atención de los procesos psicopatológicos que presenta la población que solicita el servicio en las instituciones de psicopedagogía y de salud mental en la ciudad de Guatemala.", de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA, realizado por:

MELISSA MARIA ETELVINA HERNANDEZ PINEDA.

CARNET No.82-10418

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado José Roberto Pérez Pivaral y revisado por el Doctor Guillermo Enrique Meneses Recinos.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESION** del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS

Licenciado Abraham Cortez Rodríguez
SECRETARIO





ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIO 145, 14-3
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELEFONOS: 780780-84 Y 780985-88
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

CIEFPS. 357-93

REG. 572-89

INFORME FINAL

Guatemala, 18 de octubre de 1993

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
EDIFICIO

SEÑORES:

Atentamente me dirijo a ustedes para informarles que el DOCTOR GUILLERMO MENESES REYNOS, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION titulado "ATENCION PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA CLINICA EN GUATEMALA, -Estudio descriptivo/documental de la atención de los procesos psicopatológicos que presenta la población que solicita el servicio en las instituciones de psicopedagogía y de salud mental en la ciudad de Guatemala-", correspondiente a la Carrera de LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado por la estudiante:

NOMBRE

CARNET No.

MELISSA MARIA ETELVINA HERNANDEZ PINEDA

82-10418

Agradeceré se sirva continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

LIC. WALDEMAR ZETINA CASTELLANOS
COORDINADOR CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA

WZC/tnideh.
c. archivo





ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-S, M-3"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 780790-84 Y 780985-88
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

Guatemala, 13 de octubre de 1993

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Señores Miembros:

Les informo que he revisado el Informe Final de la Tesis titulada: "ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA CLÍNICA EN GUATEMALA", -Estudio descriptivo/documental de la atención de los procesos psicopatológicos que presenta la población que solicita el servicio en las instituciones de psicopedagogía y de salud mental en la ciudad de Guatemala-, realizada por la estudiante: MELISSA MARIA ETELVINA HERNANDEZ PINEDA, carnet No. 82-10418. Y viendo que reúne todos los requisitos para ser presentada en el examen público, doy mi aprobación.

Este trabajo laborioso y meritorio, servirá para una mejor evaluación de los recursos en el área urbana, en lo que respecta a atención en problemas de salud mental, por lo tanto resulta recomendable su revisión para cualquiera que quiera tener una visión general de los aspectos tratados en la misma. Por otra parte, los datos están archivados en el sistema computarizado, los cuales podrían utilizarse para otras futuras investigaciones.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAR A TODOS"

Dr. Guillermo Meneses Recinos
Colegiado No. 19019

Revisor

Guatemala. 21 de septiembre de 1992

Señores Miembros
Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Presente

Señores Miembros del Consejo Directivo:

Tengo el agrado de informarles que como parte del trabajo profesional de investigación denominado tesis conjunta, he finalizado la asesoría de la tesis titulada: **ATENCIÓN PSICOLÓGICA Y PSIQUIÁTRICA CLÍNICA EN GUATEMALA** -Estudio descriptivo/documental de la atención de los procesos psicopatológicos que presenta la población que solicita el servicio en las instituciones de psicopedagogía y de salud mental en la ciudad de Guatemala-, realizada por la estudiante: MELISSA MARIA ETELVINA HERNANDEZ PINEDA, carnet No. 82-10418.

El trabajo desarrollado pone de manifiesto la importancia que tiene para la población guatemalteca, disponer de servicio de atención que le permita preservar o recuperar su salud mental, como parte integral de su bienestar e interacción individual y familiar en la sociedad.

Así mismo, evidencia lo trascendente de la comunicación entre el psicoterapeuta y la persona atendida, en el marco de los programas de servicio en las instituciones estatales, autónomas como la Universidad de San Carlos de Guatemala, o centrales como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Los resultados obtenidos del estudio, constituyen un estímulo poderoso para esforzarnos como responsables de esos programas de servicio en cuanto a mejorar su cobertura y efectividad en la atención clínica. Esfuerzo que la autora de la tesis ha puesto de manifiesto al dedicarse a tiempo completo en el desarrollo de su tesis: Revisión de la literatura pertinente, trabajo de gabinete, comunicación directa con los profesionales de la psicología y psiquiatría, responsables de brindar esa atención y de dirigir los programas a su cargo, y finalmente, en la elaboración del informe final, que ha requerido minuciosidad en el procesamiento sistemático de los datos y en el análisis e interpretación de los mismos, por lo específico, complejo y extenso de la información obtenida, por medio del instrumento aplicado.

.../

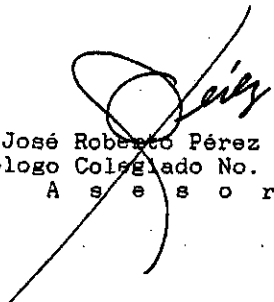
Guatemala. 21 de septiembre de 1992
Señores Miembros Consejo Directivo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Tesis: Atención Psicológica y
Psiquiátrica Clínica en Guatemala
...2

Así también, es necesario dejar constancia del interés y participación manifiestos del Dr. Guillermo Meneses Recinos, Médico Psiquiatra, colegiado No. 1909, Revisor de la tesis, quien en todo momento, ha estado dispuesto en hacer realidad el concepto de tesis conjunta.

Y para los trámites correspondientes al proceso de graduación profesional, en mi calidad de Asesor, doy por aprobado el Informe Final, tomando en cuenta que llena los requisitos teórico-metodológicos y técnicos establecidos para el efecto.

Atentamente.

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"



Lic. José Roberto Pérez Pivaral
Psicólogo Colegiado No. 469
A s e s o r



ESCUELA DE
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS "M-S, M-S"
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12
TELÉFONOS: 760790-84 Y 760986-06
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

cc.: Control Acad.
DEDIPs.
archivo

REG. 572-89

CODIPs. 479-92

DE APROBACION DE PROYECTO Y NOMBRAMIENTO
DE ASESOR

15 de octubre de 1992

Señorita Estudiante
MELISSA MARIA ETELVINA HERNANDEZ PINEDA
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Señorita Hernández

Transcribo a usted el Punto DECIMO SEXTO (16o.), del Acta TREINTA Y TRES NOVENTA Y DOS (33-92), de Consejo Directivo de fecha 21 de septiembre del año en curso, que literalmente dice:

"DECIMO SEXTO: El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Proyecto de Investigación: " ATENCION CLINICA PSICOLOGICA Y/O PSIQUIATRICA EN LA CIUDAD DE GUATEMALA - Estudio descriptivo de la forma en la cual son tratados los procesos psicopatológicos de las personas que son atendidas a nivel público y privado.", de la Carrera: Licenciatura en Psicología, presentado por:

MELISSA MARIA ETELVINA HERNANDEZ PINEDA

CARNET No. 82-10418

El Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia satisface los requisitos metodológicos exigidos por el Departamento de Investigaciones en Psicología, resuelve aprobarlo y nombrar como asesor al Licenciado José Roberto Pérez Pivaral."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAR A TODOS "


Licenciado Abraham Cortez Mejía
SECRETARIO



/Lillian

DEDICATORIA

Acto que dedico

A Dios

Que la luz de nuestro ser ilumine eternamente como las estrellas del universo.

A mis queridos Padres y Hermana

Por su amor y comprensión.

Lic. Ricardo Hernández Polanco

Doris Pineda Yacoletty de Hernández

T. S. Suyapa Hernández Pineda

A mis Padrinos

Por su cariño y apoyo.

Lic. Miguel Angel Ponce Dávila

Licda. Carmen Yolanda Chavarria Argueta
de Ponce

A la Universidad de San Carlos de Guatemala y en especial a la Escuela de Ciencias Psicológicas. como muestra de mi agradecimiento en el momento de culminar mis estudios.

A mi Asesor y Revisor

Por sus valiosas orientaciones y apoyo en todo momento. a quienes les estoy muy agradecida por su calidad, asesoría y revisión que me brindaron.

Lic. José Roberto Pérez Pivaral

Dr. Guillermo Enrique Meneses Recinos

A mis amigos

Porque sigamos compartiendo nuestra amistad y que el camino, nos guíe hacia el conocimiento verdadero del hombre.

Prólogo

Este trabajo pudo llevarse a feliz término, debido a todas las personas e instituciones que de una u otra forma participaron en el, y a quienes deseo expresar mis agradecimientos en forma especial a: Lic. José Roberto Pérez Pivaral y Dr. Guillermo Enrique Meneses Recinos, Docentes Esc. de Psicología, Usac., z.12, Ing. en Sistemas Elder Sandoval Molina; Dr. Guillermo Antonio Chávez Meza, Director Eps Hospitalario, Dr. Edgar Rodolfo de León Bérillas, Docente Centro de Investigaciones, Dr. Carlos Enrique Mazariégos Morales, Secretario y Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco, Decano, Fac. Medicina, Usac., z.12, Licda. Eugenia Toralla, Coordinadora, Centro de Servicio Psicológico "Mayra Vargas Fernández", Esc. de Psicología, Usac., z.12, Licda. Rósalía Juárez Estrada, Jefe y Lic. Leonel Ardón Rodríguez, Unidad de Salud, Usac, z.12, Dr. Octavio Aguilar, Jefe Psiquiatría y Licda. María Teresa Gaitán Juárez, Jefe Psicología, Hospital General, z.1, Dr. Julio Brañas, Jefe Unidad Salud Mental y Licda. Rosalina Morán de Chacón, Jefe Psicología, Hosp. Roosevelt, z.11, Licda Ester Polo de Sánchez, Jefe Psicología y Dr. Luis Felipe Alvarado Arévalo, Jefe Clínica Medicamentos, Hospital Nacional de Salud Mental, z.18; Licda. Irma Elizabeth García, Jefe Psicología, Hospital de Infectología y Rehabilitación Infantil, z.11, Licda. Ileana Godoy Calzia y Dr. Ricardo García Manzo, Jefe Unidad Salud Mental, Sanatorio Antituberculoso San Vicente, z.7, Dr. Carlos Layle Romero, Jefe Sección Salud Mental y Lic. Sergio Arguello Reyes, Clínica de Salud Mental Infantil, z.1, Lic. Gabriel Ramírez Cordón, Centro de Salud No. 21, z.3, Licda Ofelia Paiz Madrid, Centro de Salud, z.6, Lic. Mario Alejandro Saucedo Leiva, Centro de Salud No. 3, C.A., z.7,

Licda. Edina Recinos Díaz, Centro de Salud Santa Elena III, z.18, Lic. Juan Francisco Lux Castro, Clínica Periférica Paraíso II, z.18, Lic. Jorge Mejía Santos, Clínica Periférica 10. de Julio, z.19, Licda. Vilma Ovalle, Centro de Salud No. 13, JRB., z.21, Licda. Raquel Alarcón, Centro de Salud El Milagro, Mixco z.6, Lic. Edgar Rolando Valle, Centro de Educación Especial "Alida España de Arana", z.3, Licda. Eleonora Campos, Centro Psicopedagógico, Instituto Neurológico de Guatemala, "Dr. Roberto Rendón Maldonado", z.11, Lic. José Ronaldo De La Roca Hernández, Hospital Nacional de Ortopedia y Rehabilitación "Dr. Jorge Von-Ahn", z.3, Lic. Salvador Chinchilla, Coordinador, Centro del Adolescente El Camino, z.1, Lic. Roberto Mazariegos Ríos, Coordinador Académico, Centro de Recuperación del Enfermo Alcohólico "Patronato Antialcohólico", z.12, Licda. Margarita vda. de Figueroa, Liga Higiene Mental Guatemalteca, z.1, Lic. Walter René Soto Reyes, Licda. Isabel Howard, Licda. Bárbara de Salvatierra, Licda. Sara Pereira y Dr. Ismael Salazar, Iges, z.9, Licda. Carmen Molina de Rímola, Clínica z.1, Lic. Jorge Luis Escobar Campollo, Clínica z.1, Lic. Claudio Thomas, Clínica z.1; Lic. Víctor Hugo Lemus, Hospital Roosevelt, Dr. Rodolfo Kepfer, Clínica, z.9; Lic. Erick Fon-An, Clínica z.10, Lic. Carlos Arriola, Director Instituto de Psicología "Dr. José Pacheco Molina", Universidad Landívar z.1, Licda. Josefina Antillón, Decano Fac. Psicología, Universidad del Valle y a la Dirección del Departamento de Estadística, z.1 y de Salud Mental de la Dirección General de Servicios de Salud, z.3.

Presentación

El interés de conocer en la práctica la forma en que se deben tratar los trastornos psicopatológicos de las personas que solicitan el servicio de atención clínica, me llevó a investigar: Primero, lo que dicen los teóricos en los tratados de psicopatología y psiquiatría, los cuales describen que la atención psicológica y psiquiátrica es extensa y muy importante por el proceso de investigación y tratamiento que debe desarrollarse en la atención clínica. Y segundo, en la práctica, donde el conocimiento y el trato en la relación psicoterapeuta-paciente, es indispensable para poder resolver las demandas de atención clínica en salud mental que presenta la población que solicita el servicio en las instituciones estatales ministeriales y en la Universidad de San Carlos de Guatemala.

En este sentido, el propósito del estudio se orienta hacia conocer a través de la experiencia clínica del psicólogo y del psiquiatra guatemalteco, cuales son los procedimientos que ellos utilizan en el tratamiento de los trastornos psicopatológicos en la relación psicoterapeuta-paciente con las personas que solicitan el servicio de atención clínica en las diferentes instituciones que brindan este servicio.

Para cumplir este propósito consideré que el abordaje del problema se justificaba principalmente porque los estudios realizados hasta la fecha acerca de la atención psicológica y psiquiátrica clínica a nivel institucional en Guatemala son escasos; y estos sólo tocan aspectos particulares de algunos problemas de salud mental que presenta la población que solicita, o necesita el servicio. Estos estudios, no son representativos de la problemática de salud mental del guatemalteco, que es tan importante

conocer, tanto para el psicólogo o psiquiatra, quienes además de informar, deben educar, orientar y motivar la salud mental en la población de las instituciones responsables de brindar dicha atención.

Se consideró importante investigar lo que dicen los teóricos en los tratados de psicopatología y psiquiatría, los cuales describen que la atención psicológica y psiquiátrica es extensa y esencial para el proceso de investigación y tratamiento que deben desarrollarse en la atención clínica, donde el conocimiento y el trato en la relación psicoterapeuta-paciente, es indispensable para contribuir, en parte, a resolver la demanda de atención clínica psicopedagógica y de salud mental.

Es necesario que en los cursos de implementación teóricos y prácticas que recibe el estudiante de psicología que está en la etapa de formación clínica, sea orientado con mayor énfasis en los aspectos que se relacionan más con la problemática real de salud mental que presenta la población que solicita, o necesita, el servicio. Además, que tome conciencia de su papel ante esta problemática, la que no le debe ser ajena y en consecuencia, que participe en el desarrollo de la planificación, proyección, supervisión y evaluación de programas de atención en salud mental.

Este estudio permitirá dar a conocer a las instituciones, si los programas de atención clínica en salud mental que brindan sus dependencias, satisfacen la demanda de este servicio en cantidad y calidad de la población que la solicita, o la necesita.

Es importante, que los profesores conozcan como se proporciona el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica en las dependencias que la brindan a la población que lo solicita, o la necesita; lo cual le permitirá evaluar, si los procedimientos aplicados a través de la relación psicoterapeuta-paciente en la atención de salud mental, dan una respuesta efectiva a la demanda de

atención en salud mental.

En Guatemala se presenta en la población una diversidad de trastornos psicopatológicos, a los que se les debe proporcionar atención adecuada. Por ello, se considera importante conocer los resultados de esta investigación, la que permitirá tener una referencia general de cómo es atendida esa población, tanto por los psicólogos como por los psiquiatras que laboran en las dependencias que brindan este servicio para su tratamiento. Es importante además, conocer el escaso recurso profesional, tanto de horario, como de instituciones existentes en relación a la demanda de la población. También, es importante enfatizar la necesidad de formar cualitativa y cuantitativamente recursos humanos, ampliar los horarios y crear más servicios de atención clínica en salud mental para la población. Por otra parte, se necesita una mayor promoción del servicio para la prevención de los trastornos psicopatológicos para así, evitar el deterioro psicobiosocial del individuo, la familia y por ende de la sociedad guatemalteca.

Lo anterior evidencia esta importancia tan trascendente para mi formación como psicóloga, por lo que formulé los objetivos siguientes que me permitieron tener los criterios para la investigación:

Conocer como el Psicólogo o Psiquiatra brinda la Atención Clínica Psicopedagógica y de Salud Mental, a través de la Relación Psicoterapeuta-Paciente; así como también, la Psicopatología que presenta la población que necesita o solicita el servicio en las dependencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en la ciudad de Guatemala.

Conocer las dependencias que prestan el servicio clínico psicopedagógico, y de salud mental, en la Universidad de San Carlos de Guatemala y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la ciudad de Guatemala, en sus diferentes aspectos como: nombre de la institución, tipo

de institución, servicios que presta, divulgación, procedimientos y requisitos de ingreso, tipo de servicio y tipo de programas.

Conocer las características generales de la población que es atendida en el servicio clínico psicopedagógico y de salud mental, por la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en los aspectos como: número de población atendida en 1991 y 1992, edad, sexo, escolaridad, grupo étnico, procedencia, condición socioeconómica y ocupación.

Conocer al personal profesional que presta el servicio clínico psicopedagógico, y de salud mental, en la Universidad de San Carlos de Guatemala y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en los aspectos como: número de psicólogos y psiquiatras, experiencia o especialización, profesional entrevistado, cargo, edad, sexo, años de graduado.

Conocer como se realiza la relación psicoterapeuta-paciente en las atención clínica psicopedagógica, y de salud mental, en la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en cuanto a los aspectos como: situación de ingreso al servicio, criterios para asignar psicólogo o psiquiatra, procedimientos en la primera consulta, consultas previo al diagnóstico, criterios para elaborar el diagnóstico, tiempo para cada sesión, intervalo de tiempo entre cada consulta, clasificación diagnóstica, tests, diagnósticos de los trastornos psicopatológicos, modalidad psicoterapéutica, total de sesiones, corrientes seguidas, psicofarmacología, tratamientos complementarios, pronóstico, egreso y seguimiento.

Estos Objetivos conjuntamente con el planteamiento del problema y la conformación de su respectivo marco teórico, me permitió formular una hipótesis de trabajo en torno a la proporción de atención clínica y la respuesta que las

instituciones dan a la población que tienen los servicios en el campo psicopedagógico y de salud mental.

Los indicadores de las variables de la hipótesis me permitieron también la estructuración de un cuestionario guía como instrumento de recolección de datos (se hizo principio del estudio una exploración de campo inicial).

Este instrumento se aplicó por medio de entrevistas en 16 instituciones de la ciudad capital y a 22 profesionales de la Psicología y la Psiquiatría.

La obtención de los datos llevó dos meses de tiempo y lo exhaustivo de los resultados me llevó a un arduo trabajo de análisis en 18 matrices (cuadros de doble entrada) para finalmente redactar el presente informe final, en el cual se expone lo más significativo del estudio.

A continuación, se presenta lo referente al problema abordado.

Capítulo I

INTRODUCCION

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1 Necesidades de salud y materiales de la población que solicita atención clínica en salud mental en la ciudad de Guatemala

La población guatemalteca, al igual que otros países similares al nuestro, está sujeta a una serie de desajustes originados por las dificultades que encuentra para adaptarse al medio familiar, social y cultural. Así vemos por ejemplo, a la persona que solicita atención clínica psicológica y psiquiátrica, con su complejo socio-cultural; su angustia, frente a sus propios trastornos; el problema económico que representa para ella dichos trastornos; la situación de su familia que depende afectivamente, socialmente o económicamente de ella; la frustración de sus deseos de superación; el temor al psicólogo o psiquiatra y a sus procedimientos psicoterapéuticos; la falta de comunicación con los demás, hace que cambie de conducta y comience a mostrar mal carácter u otro tipo de trastorno; la necesidad de ser reconocido y tener éxito laboral, provoca en la persona frustración y angustia. También se presentan trastornos en niños y adolescentes, debido a alguna dificultad escolar, o en la relación con sus compañeros o con la maestra. Los padres, muchas veces no prestan atención a la falta de interés que tiene el niño en el estudio o a las muestras de rechazo de no querer asistir a la escuela.

Las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales en que vive el hombre, lo pone cada día en

confrontación consigo mismo por sus propias opiniones acerca del mundo. El desempleo, la falta de vivienda, de educación, de recreación y otros servicios que le son necesarios para el bienestar y desarrollo humano. Todo esto, agudiza aún más los trastornos psicopatológicos existentes, ante la imposibilidad de encontrar una solución personal, familiar y del grupo social al que pertenece.

La población guatemalteca que solicita el servicio de atención clínica psicológica y psiquiátrica, unos originarios de la ciudad capital y otros del interior del país de varios departamentos, presentan una serie de esos trastornos, los cuales deben ser atendidos de preferencia en el área rural o urbana donde viven. El tratamiento efectivo para el individuo debe ser que él afronte las situaciones familiares, sociales y culturales que le causan conflicto, recibiendo la atención en donde pertenece junto a las personas con las cuales tiene su vida de relación, que forman parte de su mundo diario.

La teoría psicoanalítica en la interpretación de los procesos psicopatológicos, permite al psicoterapeuta conocer y manejar los mecanismos de defensa que utiliza la persona en la relación terapéutica, familiar, social y cultural; y persigue que el individuo logre hacer conciencia de su propia problemática y de los componentes que dificultan su relación consigo mismo y con los demás para que pueda adquirir una conducta que le permita recuperar su salud y su estabilidad mental personal como principio.

Y estas personas, las que en última instancia su límite de la realidad ya no les es suficiente para tomar la conducta adecuada en la vida diaria que les exige el medio externo y la propia demanda y forma de ser, cuando ya es probablemente tarde, busca ayuda de atención clínica en salud mental. Algunos de los problemas que probablemente empeora y aumentan los trastornos que presentan, es la no búsqueda de atención a tiempo y la falta de servicios de atención clínica en salud.

mental en los hospitales departamentales. Al no haber un servicio de atención clínica en salud mental en las áreas en donde las personas están viviendo y enfrentando estos problemas, aumenta el riesgo de los trastornos psicopatológicos.

Ante esta problemática existente puede verse, en términos generales, cual es la respuesta que da el Estado a la atención clínica psicológica y psiquiátrica en Guatemala a través de los lineamientos de carácter legal vigentes en la Constitución de Guatemala de 1985, lineamientos que se han venido modificando desde la Constitución de Guatemala de 1945, 1956 y 1965; en el Plan Nacional de Salud y en el Código de Salud, los cuales se describen a continuación:

1.1.2. Constitución de la República de Guatemala

En la Constitución de la República de Guatemala de 1945 en el Artículo 77, el cual dice así: "Corresponde al Estado velar por la salud física, mental y moral de la infancia, creando los institutos y dependencias necesarios y adecuados. Las leyes de protección a la infancia son de orden público, y los establecimientos oficiales destinados a tal fin, tienen carácter de centros de asistencia social y no de caridad."

Las políticas de atención en salud del Estado se enfocaron hacia dar protección y atención a la niñez guatemalteca; probablemente por la necesidad de un servicio de atención en salud mental; ya que los servicios hospitalarios, también presentaban, además de los problemas de salud orgánica, problemas de salud mental, los cuales debían ser atendidos, en ese entonces.

En la Constitución de la República de Guatemala de 1956 en el Artículo 40 que dice así: "En Guatemala todos los seres humanos son libres, e iguales en dignidad y derechos. Nadie puede ser sometido a servidumbre ni a otra condición

que menoscabe su personalidad. El Estado protege la vida, integridad corporal y la seguridad de la persona humana. dará protección especial a las personas que por sus condiciones físicas o mentales se encuentren en posición de notoria desventaja. El Estado estimulará la iniciativa privada para todos los fines de asistencia y mejoramiento sociales y otorgará las más amplias facilidades para su desarrollo."

El Estado se preocupa por proteger a las personas que presentan desventajas mentales como un derecho del guatemalteco de recibir asistencia social; y en el Artículo 92 se menciona: "El Estado velará por la salud física, mental y moral de la infancia, y dictará las leyes y creará las instituciones necesarias para asegurar su protección. Se declaran de utilidad pública y gozarán del apoyo del Estado, los centros de asistencia social, creados y costeados por la iniciativa privada. Las leyes de protección a la infancia son de orden público y los establecimientos destinados a tal fin, tienen el carácter de centros de asistencia social."

En los artículos mencionados de esta Constitución, el Estado se preocupa no sólo de la protección de la niñez guatemalteca, sino también de velar por la salud de las personas que se encuentren en desventaja física o mental, emanando órdenes para dictaminar sobre leyes y creación de instituciones de protección, declarando de utilidad pública dichos centros que contarán con el apoyo del Estado y a la vez los creados y costeados por la iniciativa privada.

En la Constitución de la República de Guatemala de 1965 en el Artículo 87 "El Estado velará por la salud física, mental y moral de los menores de edad; dictará las leyes y creará las instituciones necesarias para su protección y educación. Se declara de utilidad pública y gozarán del apoyo del Estado, los centros de asistencia social establecidos y costeados por entidades particulares. Las leyes de protección a los menores de edad son de orden

público. Se instituye la adopción en beneficio de los menores de edad. Los adoptados adquieren la condición legal de hijos de sus adoptantes."

En este artículo de la Constitución de 1965, se puede observar que especifica que el Estado velará por la salud mental "de los menores de edad", no enunciando la protección de la personas en desventaja física o mental.

En la Constitución de la República de Guatemala de 1985, (actualmente en vigencia) en relación a la protección de brindar atención en salud mental, sólo se refiere en el Artículo 53 en velar por la rehabilitación de los minusválidos y a las personas con limitaciones mentales, el cual dice así: "Minusválidos. El Estado garantiza la protección de los minusválidos y personas que adolecen de limitaciones físicas, psíquicas o sensoriales. Se declara de interés nacional su atención médico-social, así como la promoción de políticas y servicios que permitan su rehabilitación y su reincorporación integral a la sociedad. La ley regulará esta materia y creará los organismos técnicos y ejecutores que sean necesarios."; y en el Artículo 94 en donde está: "Obligación del Estado, sobre salud y asistencia social. El Estado velará por la salud y la asistencia social de todos los habitantes. Desarrollará, a través de sus instituciones, acciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, coordinación y las complementarias pertinentes a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social.

1.1.3 Plan Nacional de Salud

En el Plan Operativo Nacional de 1988, El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en el Inciso 3 "Áreas de Control de Enfermedades Transmisibles y Vigilancia Epidemiológica", Subinciso 3.7 "Atención y Formación en Salud

Mental, en el cual responsabiliza al Departamento de Salud Mental de la Dirección General de Servicios de Salud, el seguimiento y atención en salud Mental para las áreas de salud de Escuintla, Santa Rosa, El Progreso, Jalapa, Zacapa, Chimaltenango, Quetzaltenango, Chiquimula y Baja Verapaz, para fortalecer los servicios; desarrollo de criterios, diagnóstico estándar en psiquiatría; desarrollo de tratamiento estándar. Seguimiento del sistema de información estadística para evaluar prioridades de atención en diferentes comunidades, sobre salud mental del niño, adolescente y adulto. Evaluación de programas determinando incidencias y prevalencia de enfermedades mentales y realizar estudios de investigación sobre entidades dinámicas mencionadas en Paltex en áreas ya capacitadas"; en el Inciso 6 "Formación de Recurso Humano y Educación para la salud mental", Subinciso 6.12 "Atención Primaria en Salud Mental, en el cual es responsable el Departamento de Salud Mental de la Dirección General de Servicio de Salud en las actividades y metas de capacitación en el programa de atención primaria en salud mental al personal del área de salud de Chimaltenango; capacitación en el programa de atención primaria en salud mental al personal del área de salud de Quetzaltenango y capacitación en el Programa de atención primaria en salud mental al personal de Chiquimula"; en el Subinciso 6.13 "Asesoría y Consultoría en Salud Mental, el Departamento de Salud Mental en el Hogar "Elisa Martínez" dará consultoría de salud mental para sólo el personal. Consultoría de casos clínicos. Consultoría centrada en problemas del consultante; en el Hogar "Rafael Ayau" dará consultoría en salud mental para todo el personal. Consultoría de casos clínicos. Consultoría en problemas del consultante; en la Prisión de Mujeres al personal técnico, consultoría de casos clínicos. Consultoría centrada en problemas del consultante y la detección de las necesidades del adolescente en salud mental, por medio de la comisión

intersectorial, salud, educación, universidad. Reuniones de trabajo. Visitas a centros"; y en el Subinciso 6.14

"Formación de Salud Mental, el Departamento de Salud-Mental realizará visitas a los centros de salud zona 6, 10. de Julio, San Rafael, La Laguna, Colonia Centro América zona 7. 20 Visitas de coordinación y asesoría a los programas de residencia en psiquiatría en el Hospital Nacional de Salud Mental".

En este Plan de Salud Operativo de 1988, se indica la necesidad de capacitar y formar al personal de salud que atiende a la población de algunos sectores institucionales nacionales y de algunos departamentos del interior de la república para que puedan dar una mejor respuesta a las demandas de atención en salud mental que se presenta en esas instituciones nacionales, mencionadas anteriormente en los artículos, así como también dar la asesoría y consultoría necesarias para el mejor desarrollo de la atención clínica al personal que brinda esta atención en salud mental.

No obstante, se tiene contemplado en el Plan Nacional de Salud de 1988, varias áreas de salud mental en los departamentos mencionados, que serían abiertas para brindar atención en salud mental, las políticas vigentes en la actualidad, redujeron la cobertura de los centros hospitalarios de esas áreas que funcionarían para la atención primaria en salud mental. Este corte de atención, como consecuencia, viene a aumentar el número de personas que asiste al Hospital Nacional de Salud Mental y debilita y empobrece la calidad de vida del guatemalteco.

En el Plan del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Nuestro Compromiso con la Salud Pública de Guatemala, 1991, no se menciona nada en relación a la salud mental, tan sólo aspectos generales como en los postulados de trabajo: "se reconoce que la salud es un derecho fundamental de todo ciudadano guatemalteco sin discriminación alguna. Reconocen

que la responsabilidad de brindar salud a los guatemaltecos no compete solo al Ministerio de Salud Pública, razón por la cual realizarán esfuerzos de coordinación en todos los niveles con el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Organizaciones no gubernamentales, sector privado y otros sectores."

Tampoco, se menciona claramente las estrategias de atención primaria en salud a todos los niveles y ni las áreas de acción hospitalaria. Lo que se logró en el año 1988, en relación a la cobertura y atención a nivel primario en salud mental para algunos departamentos del interior del país, ahora por razón presupuestaria, ya no funcionarán; lo cual es adverso a lo que se pretendía atender. De esta forma, la problemática continuará empeorando y excediendo la demanda de servicios de atención en salud mental; ya que las instituciones se han reducido, la capacitación, la consultoría y la asesoría para formar y capacitar al personal de atención primaria en salud mental, también se han reducido.

1.1.4 Código de Salud

En el Artículo 2, "El Estado en cumplimiento de sus obligaciones de velar por la salud de los habitantes, desarrollará a través de sus órganos centrales y descentralizados, acciones de protección, promoción, recuperación, rehabilitación y las complementarias pertinentes, a fin de procurarles el más completo bienestar físico, mental y social."

En el Artículo 3, "El Organismo Ejecutivo, desarrollará las acciones a que se refiere el artículo anterior, a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y sus dependencias, de conformidad con lo dispuesto en el presente código."

En el Artículo 138, "Las acciones de rehabilitación

tenderán a restablecer en las personas sus capacidades normales para reintegrarse a la comunidad con participación activa. Y para tal efecto, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social promoverá el establecimiento de centros y servicios de rehabilitación somática, psicológica, social y ocupacional para las personas que sufran de cualquier tipo de invalidez. También promoverá programas de cualquier y toda clase de acciones permanentes para prevenir la invalidez."

En el Artículo 140, "La Dirección General de Servicios de Salud, procurará por sí mismo o mediante acciones coordinadas con otras instituciones públicas o privadas, la rehabilitación física y mental de las personas que presenten una disminución de sus capacidades físicas e intelectuales como consecuencia de afecciones invalidantes."

En el Artículo 142, (especifico en salud mental) "El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, fomentará la investigación y estudio de los problemas de salud mental que afecten a la población y dará las normas para la prevención y el control de las enfermedades y alteraciones mentales. El Ministerio emitirá un reglamento que desarrolle la presente norma."

En el Artículo 145, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por conducto de sus dependencias, en coordinación con otros organismos interesados, desarrollará acciones que tiendan a suprimir o disminuir las causas que interfieren el normal desarrollo físico, mental y social de los menores."

En estos Artículos 2, 3, 138, 140, 142 y 145, se menciona la importancia que tiene el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de la Dirección General de Servicios de Salud y centros de este Organismo de promover el establecimiento de acciones de protección, a fin de procurarles a las personas el más completo bienestar físico como también el mental; así como también crear las dependencias necesarias para el desarrollo de acciones que

tienda a suprimir o disminuir las causas que condicionan la salud física y mental.

1.1.5 Tipos de Servicio de Atención Clínica en Salud Mental

Con base a estos lineamientos legales anteriormente mencionados, que el Estado da como respuesta a la problemática en referencia, se han creado instituciones que como parte de su organización cuentan con programas de atención clínica psicológica y psiquiátrica a la población. Estas instituciones por diversos motivos, que se analizarán más adelante, se ubican principalmente en la ciudad capital, pueden ser a nivel autónomo del gobierno, como es el caso de la Universidad de San Carlos de Guatemala con sus distintas unidades académicas y dependencias administrativas; o a nivel central del gobierno como el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social con sus respectivas dependencias.

Seguidamente, se describen las características más generales de estas instituciones respecto a: Nombre de la institución, ubicación en las diferentes zonas urbanas y atención que presta, partiendo en la mayoría de ellas que hay estudiantes de psicología ubicados, que prestan el servicio de atención clínica en salud mental, además de los profesionales.

Esta descripción permitirá evidenciar de que forma es abordada institucionalmente, la problemática que presenta la población de escasos recursos económicos, de clase o estrato social social medio, medio bajo y bajo.

En Primera instancia, se encuentra un centro de atención psicológica que pertenece a una unidad académica y los centros de práctica de esa unidad académica, lo mismo que una dependencia administrativa de la Universidad de San Carlos de Guatemala. Que como Universidad participa en la atención de la problemática de salud mental del guatemalteco,

porque tiene conocimiento de las necesidades de atención clínica, psicológica y psiquiátrica que se presentan en la sociedad guatemalteca y además, en correspondencia a lo establecido en la constitución vigente del país, en su Artículo 82, que "en su carácter de única Universidad estatal, le corresponde con exclusividad dirigir, organizar y desarrollar la educación superior del Estado y la educación profesional universitaria estatal, así como la difusión de la cultura en todas sus manifestaciones. Además proveerá por todos los medios a su alcance la investigación en todas las esferas del saber humano y cooperará al estudio y solución de los problemas nacionales".

La problemática de salud mental de la población guatemalteca, además de recibir una atención directa por parte de la Universidad de San Carlos, es estudiada en sus diferentes programas de investigación académico-científicos y forma parte de los programas de docencia universitaria, a través de los cuales se forma al profesional universitario conjuntamente con la investigación y el servicio para capacitarlos en la prestación de esa atención directa que la universidad brinda.

La unidad académica responsable, tanto de la formación del psicólogo, como uno de los profesionales integrantes del equipo multidisciplinario responsable de la atención de salud mental del guatemalteco, como de la investigación de esta problemática y de la prestación del servicio, a través del estudiante practicante de la Escuela de Psicología, por medio de los centros de práctica o en forma especial a nivel institucional, el Centro de Servicio Psicológico "Mayra Vargas Fernández", que forma parte de sus programas de extensión y servicio, es la Escuela de Ciencias Psicológicas.

Es importante señalar que la atención que ella brinda, tanto en sus centros de práctica como en el Mayra Vargas, es posible debido a la participación del estudiante de la carrera de licenciatura en psicología y de los estudiantes de

las carreras técnicas de Profesorado en Educación Especial, Terapeuta del Lenguaje, Terapeuta Ocupacional y Recreativo, Orientador Vocacional y Laboral y Profesorado de Enseñanza Media en Psicología, con el apoyo docente de los profesionales supervisores responsables de la orientación y valuación del trabajo realizado. Todo ello, bajo la dirección del Consejo Directivo de la Escuela que tiene un carácter paritario docente-estudiantil.

Los Estudiantes de Psicología de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, prestan este servicio de salud mental en El Centro de Servicio Psicológico "Mayra Vargas Fernández", que atiende a niños con problemas de aprendizaje y deficiencia mental. Da orientación psicopedagógica a padres de familia y a maestros pre-primaria y primaria; en La Unidad Popular de Servicios Psicológicos, que atiende problemas psicopatológicos en niños, adolescentes, adultos, y ancianos. Ambos en el edificio M- 3 y M-5 de la Escuela de Ciencias Psicológicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, ciudad Universitaria z. 12; en el Departamento de Psicología de La Unidad de Salud, de la División de Bienestar Estudiantil, Edificio de Recursos Educativos, Universidad de San Carlos de Guatemala, ciudad Universitaria z. 12, que atiende sólo a los estudiantes de la San Carlos, con problemas psicopatológicos, de orientación vocacional y de rendimiento académico y que en tal sentido, pertenece a una dependencia administrativa de la Universidad; en el Instituto de Cancerología "Dr. Bernardo del Valle", 6 av. 6-58, z. 11, que atiende a personas con cáncer; y en El Hospital de Amatitlán, en el Municipio de Amatitlán, la Unidad de Psicología, atiende problemas de salud mental.

En los Hospitales de Antigua, Sacatepéquez y Escuintla, Escuintla, prestan servicio estudiantes de Ejercicio Profesional Supervisado de quinto año de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de

Guatemala, atienden problemas de salud mental.

Anteriormente, los estudiantes de psicología, también prestaban servicio de atención clínica en el "Hogar Rafael Ayau", 4 av. entre 15 y 16 c., z. 1, que atendía problemas de orientación y salud mental de los niños y adolescentes huérfanos.

En el Departamento de Quetzaltenango, se encuentra en el Centro Universitario de Occidente Cuncoc en la división de Humanidades, la Carrera de Psicología, en la cual por medio de sus estudiantes se presta servicio de salud mental a la población de esa región.

También los estudiantes de Psicología, prestan servicio de atención clínica en salud mental en algunos hospitales y centros del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, que constituyen la segunda instancia de esta descripción:

El Hospital General "San Juan De Dios", Avenida Elena entre 9 y 10 c., z. 1; El Hospital Roosevelt, Calzada Roosevelt, z. 11. Estos dos hospitales son de carácter general y atienden en sus departamentos y unidades de salud mental, problemas psicopatológicos con criterios propios de consulta externa; El Hospital Nacional de Salud Mental, final Colonia Atlántida, z. 18, ciudad Guatemala, que atiende a personas con problemas de salud mental y es el único hospital de esta especialidad a donde son referidas todas las personas a nivel nacional; El Hospital de Infectología y Rehabilitación Infantil, 9 Av. 7-01, z. 11; El Sanatorio Antituberculoso San Vicente; Finca La Verbena, z. 7. Estos dos hospitales, atienden problemas de carácter específico; Clínica de Salud Mental Infantil, Centro de Salud No. 1, 9 c. 20-64, z. 1; El Centro de Salud No. 21, 26 c. 5-43, z. 3; El Centro de Salud Colonia Los Cipresales, z. 6; El Centro de Salud No. 3, 31 av. "C" entre 10 y 11 c., z. 7, Colonia Centroamérica; El Centro de Salud Santa Elena III, Santa Elena III, z. 18; La Clínica Periférica Paraíso II, 26 c. y

11 av., Paraíso II, z. 18; La Clínica Periférica 10. de Julio, 15 c. y 6 av., Colonia 10. de Julio, z. 19; El Centro de Salud No. 13, 23 av. 11-00, z. 21, Colonia Justo Rufino Barrios; y El Centro de Salud El Milagro, Colonia El Milagro, z. 6 de Mixco. Los centros de salud, atienden problemas de salud en general y cuentan al igual que los dos hospitales con una sección de Psicología para la atención de salud mental.

De la misma forma la Municipalidad capitalina, cuenta con un servicio de atención clínica en salud mental en El Dispensario Municipal No. 3, Avenida Centroamérica 18-56, z. 1; y en El Dispensario Municipal No. 4, 3 c. 15-52, z. 6; en La Cruz Roja de Guatemala, en la 3 c. 8-40 z. 1, atiende problemas mentales. Además de lo anterior, El Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, institución semiautónoma del gobierno, Unidad de Psiquiatría, 7 Av. y 11 c. z. 9; y en los servicios de atención en salud mental en sus otras dependencias, El Hospital General del Igss, 9 c. 7-55, z. 9; El Servicio de Pediatría, 9 c. y 7 av. z. 9; El Hospital de Gineco-Obstetricia, 14 av. 4 c., z. 12, Colinas de Pamplona; El Hospital de Rehabilitación, en el mismo lugar que el anterior; La Policlínica del Igss, 7 av. y 17 c., z. 1; El Hospital de Infectología, Finca La Verbena z. 7; El Hospital General de la Zona 6 "Dr. Juan José Arévalo Bermejo", 19 av. 1-74 z. 6; La Unidad Periférica zona 5, 27 c. 13-26 z. 5 y La Unidad Periférica zona 11, 9 c. y 9 av. z. 11.

En una tercera instancia, ubicamos a los estudiantes de tres universidades privadas que prestan servicio de salud mental en sus respectivas dependencias.

Los estudiantes de Psicología de la Universidad "Mariano Gálvez", prestan el servicio de atención clínica en salud mental en el Hospital "Itzamná", Calzada Roosevelt, z. 7; los estudiantes de Psicología de La Universidad "Rafael Landívar" en el Instituto de Psicología "Dr. José Pacheco Molina", 14 c. 3-14 z. 1; los estudiantes de Psicología de Universidad

"Francisco Marroquin", en su Campus Central, z. 10.

Como cuarta instancia y final, se ubican las instituciones de carácter privado que prestan atención clínica psicológica y psiquiátrica en salud mental. Este servicio está restringido a un nivel de la población que cuenta con recurso económico para pagar este servicio y que las cuotas van en su escala mínima, menos de Q.30.00, escala intermedia más de Q.30.00 y en su escala mayor más de Q.80.00 por consulta, además de las evaluaciones correspondientes.

Entre estos servicios están todas las clínicas particulares de los psicólogos y de los psiquiatras y también, El Centro del Adolescente El Camino, 14 c. 1-20 z. 1; El Centro de Recuperación del Enfermo Alcohólico "Patronato Antialcohólico", Avenida Petapa, 23 c. 18-08 z. 12; La Liga de Higiene Mental Guatemalteca, Edificio Tecún Umán, Sto. nivel Oficina No. 51; El Centro Psicopedagógico, Instituto Neurológico de Roberto Rondón Maldonado, frente al Hospital Roosevelt, z. 11, que atiende a niños con problemas de deficiencia mental.

Al respecto de la concentración de los servicios de atención en salud mental en la ciudad capital, que además de lo establecido en la Constitución República de Guatemala, el Plan Nacional de Código de Salud, (ya mencionados con anterioridad) se reconsideren las perspectivas de no centralizar el servicio en la capital y capacitar a todos los miembros que inicio tienen que estar involucrados en la educación y atención primaria en salud mental de como deben ser tratados los trastornos psicopatológicos. Capacitación que se necesita para crear en cada institución de salud de la capital y más tarde, en los departamentos del interior del país para formar el recurso humano y se genere el espacio físico para que las personas puedan ser atendidas y prevenidas en todos los niveles en el lugar donde viven.

En cuanto a los lineamientos legales, la Dirección General de Servicios de Salud a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, responsabiliza al

Departamento de Salud Mental el papel de velar para que las personas reciban un servicio de atención en salud mental a tiempo y accesible en las áreas de su localidad.

En cuanto a la cobertura de la necesidad de atención que demanda la población, en las estadísticas presentadas en los hospitales en donde hay atención en salud mental, los trastornos son serios y urge la solución. Las estadísticas muestran grupos de población presentan similares trastornos en la misma área, lo cual nos da una pauta de que estos trastornos están sucediendo en la nación y que esto se conoce por las personas que asisten a buscar ayuda y también las personas que no han podido por alguna razón solicitar el servicio, necesitan orientación para buscarla o bien para ayudar a otra persona con problemas de salud mental, previniendo que se empeore la vida propia y la de los demás. Aunado a lo anterior, existe el problema de que las horas contratadas para los psicólogos y psiquiatras que brindan el servicio de salud mental en las instituciones, no son suficientes para atenderlas y por tal razón, los tienen que remitir al Hospital Nacional de Salud Mental.

Esta problemática evidenciada, requiere para su abordaje efectivo de una atención clínica en salud mental profesional científica psicológica y psiquiátrica, en la cual el psicoterapeuta debe fomentar, preservar y restablecer la salud mental, los valores absolutos que aseguran la conservación del valor de la persona, su integridad y productividad física y espiritual. La solución a estas condiciones es básica para que el hombre pueda ajustarse a su medio, confiar en sí mismo y restaurar la estima familiar y social.

Por lo anterior, es importante tomar en cuenta que la persona que solicita el servicio de atención clínica en salud

mental psicológica y psiquiátrica como parte de la población analizada al inicio, cuando asiste a su primera consulta presenta un proceso de alteraciones normales o psicopatológicas que lo sitúa, por sí mismo en condiciones diversas en el servicio que estas instituciones le brindan. Por lo que es importante destacar en ese sentido, el aspecto central que se abordará en este estudio, el cual está referido a la interacción dinámica que se establece entre la persona que solicita o es referida al servicio psicológico y psiquiátrico clínico y el profesional psicólogo o médico psiquiatra, quien es la persona directamente responsable de brindar dicha atención.

A continuación se exponen los aspectos más importantes de esta interacción a la cual denominaremos:

1.1.6 Relación Psicoterapeuta-Paciente

Aquí se exponen los aspectos más importantes que deben tomarse en cuenta para que una relación psicoterapeuta-paciente se de adecuadamente como: la situación del momento, en el cual la persona que necesita atención clínica psicológica y o psiquiátrica tiene sus propios conceptos en relación a este servicio; lo que contribuirá a la elección del psicólogo o psiquiatra y el motivo por el cual consulta. Y en esta interrelación psicoterapeuta-paciente se necesita conocer y manejar los aspectos que intervienen en la primera entrevista y las subsiguientes, en donde factores como: la empatía, el rapport, la ansiedad, la resistencia, la transferencia y la contratransferencia y el insight son elementos indispensables que hay que conocer y manejar para que la relación entre ambos sea favorable.

1.1.6.1 Situación del Momento

Pocas personas parecen darse cuenta hasta qué punto

tienen tendencia a favorecer o no ciertas opiniones, convicciones, actitudes, prejuicios, nociones preconcebidas, estereotipadas y conceptos anticipados acerca de quiénes son las personas, los grupos y qué es la atención clínica en salud mental. Tales conceptos anticipados no pueden reducirse en número o influencia porque se tiene poco o nada de conocimiento de esta interrelación psicoterapeuta-paciente; ni tampoco el evitar enfrentar los problemas como una respuesta defensiva podrá eliminarlos o apartarlos a un lado.

Es importante que el psicoterapeuta conozca la naturaleza del estímulo, la posición, localización y la actitud general que toma la persona hacia el problema que presenta para que el diagnóstico inicial sea lo más acertado posible; ya que algunas se mantienen alertas de sus funciones corporales y otras niegan los signos de trastorno. En este caso, el psicoterapeuta debe diferenciar cuando el problema es sólo somático o también es psicopatológico. Algunas personas creen que tener un trastorno es signo de debilidad o falta de masculinidad o feminidad; y ni pensar que se les acuse de estar "chiflado", por lo que prefiere no buscar la ayuda de atención clínica psicológica y psiquiátrica. A veces las personas han tenido malas experiencias e identifican al terapeuta con un padre muy severo o dominante. En este aspecto, el terapeuta debe orientar la relación psicoterapeuta-paciente, a modificar esa imagen que tiene formada el paciente.¹ Al respecto de esta identificación que se da en la relación psicoterapeuta-paciente, Freud en 1900 le llamó transferencia a la tendencia por parte del paciente, sin tener advertencia de ellos, a seguir usando en situaciones de su vida, pautas y modos de reaccionar en su

¹ KAPLAN, Stanley M. "Capítulo I, Atención Clínica". En: Charles K. Hofling, *Tratado de Psiquiatría. Traducción Dr. Luis Augusto Méndez. México, Interamericana, S. A. 1968. 545 p. (pp. 1-23)*

infancia en relación con figuras autoritarias: padres, maestros, etcétera.²

1.1.6.2 Elección del Psicólogo o Psiquiatra

El psicólogo o psiquiatra no debe perder de vista que la persona inicia su relación con él, aún antes del primer contacto personal. Generalmente, cuando la persona acude a la consulta, ya tiene ciertas nociones y prejuicios acerca del psicólogo o psiquiatra que dependen de circunstancias tales como: el que consulte por su propia iniciativa, por presión de sus familiares, por referencia de un profesional o la institución donde labora, que el psicólogo o psiquiatra le haya sido recomendado por alguien en quien realmente confía y el que las opiniones acerca del terapeuta escuchadas a otros pacientes hayan sido favorables o desfavorables.

El que un paciente pueda establecer una buena relación con determinado psicólogo o psiquiatra y no con otro, depende en gran parte de factores engranados en la personalidad de ambos.³

Si la persona que solicita el servicio de atención clínica en salud mental tiene el recurso económico para pagar por la consulta o las consultas subsiguientes que sean necesarias, tiene también, la oportunidad de escoger a su psicólogo o psiquiatra; tomando en cuenta la reputación de éste en la comunidad en que vive, la experiencia, la cercanía del consultorio y los honorarios del servicio de atención clínica en salud mental. Los rasgos autoritarios del psicólogo o psiquiatra tienen un atractivo especial para personas débiles y sumisas, en tanto que personas

² DE LA FUENTE Muniz, Ramón. "XVI. El Examen Psicológico". En su: *Psicología Médica*. México, Fondo de cultura económica. 1978. 444p. (pp. 353-363)

³ DE LA FUENTE, R., op. cit No. 2

autoritarias fácilmente entran en conflicto con el psicólogo o psiquiatra, cuya personalidad es también autoritaria. La posibilidad de satisfacer en la relación psicoterapeuta-paciente necesidades de aceptación y de afecto es percibida por algunas personas, que entonces se inclinan por el psicólogo o psiquiatra, cuya personalidad es genuinamente cálida, en tanto que esas mismas personas se sentirán frustradas por un psicólogo o psiquiatra friamente objetivo. Personas obsesivas y puntillosos sienten preferencia por el psicólogo o psiquiatra de carácter perfeccionista, que impresiona por su pulcritud, orden, exactitud y que interroga minuciosamente y toma notas abundantes. Ciertas personas vanidosas y superficiales son fácilmente seducidas por el psicólogo o psiquiatra que adopta posturas magistrales y que habla en tono académico, en tanto que otros más sensibles se sienten atraídos por el que se expresa en forma modesta. Generalmente lo que la persona busca y lo que encuentra o no en la relación psicoterapeuta-paciente es aceptación, simpatía, autoridad, o magia, pero algo más que un diagnóstico y una explicación. Por otra parte, la experiencia demuestra que las personas mejoran o no mejoran, no sólo por lo que el psicólogo o psiquiatra les formula, sino porque encuentran o no, en la relación con él, algo que consciente o inconscientemente necesitan.* Los pacientes varones muestran interés en la fuerza, la posición, o el éxito económico del psicoterapeuta, en tanto que con un psicoterapeuta femenino se interesan más por sus sentimientos maternos, su capacidad de seducción y por si es o no dominante. Las pacientes femeninas reaccionan, por regla general, en sentido inverso. Les interesa la actitud del psicoterapeuta masculino en relación con el papel de las mujeres en la sociedad, si se deja o no seducir, qué clase de

* DE LA FUENTE Muniz, Ramón. "XVI. El Examen Psicológico". En su: *Psicología Médica*. México, Fondo de cultura económica. 1978. 444p. (pp. 353-363)

padre es, y cómo es su esposa. La paciente femenina se interesa en la carrera de la terapeuta femenina, así como en su actitud como mujer y como madre.²

Las personas que solicitan la atención clínica en salud mental en las instituciones autónomas y estatales de la ciudad de Guatemala, que brindan este servicio gratuito, no tienen la oportunidad de elegir al psicólogo o psiquiatra porque les son asignados. El riesgo es que si el psicólogo o psiquiatra no llena las expectativas del paciente, se puede dar un rechazo o una resistencia a la atención y si el psicólogo o psiquiatra no está preparado para manejar la relación psicoterapeuta-paciente adecuadamente, probablemente el paciente hasta puede abandonar el servicio.

1.1.6.3 Motivo de Consulta

Es importante saber qué llevó a la persona a solicitar el servicio de atención clínica en salud mental, ya que cuando asiste a la primera consulta, sufre angustia, despersonalización, depresión y dudas; lo que puede confundir el diagnóstico inicial principal. La naturaleza del problema que se presenta con frecuencia, en sí mismo, sirve de guía al psicoterapeuta en la búsqueda a través de la historia de la vida y de la situación actual para llegar a los factores que contribuyen en el problema y después poner los criterios para las formulaciones que permitan encontrar las causas sobre la etiología. Las dificultades para identificar el problema que se presenta surgen cuando las quejas sirven para ocultar la verdadera situación del problema. Una es la idea que tiene de sí mismo el paciente, lo cual también influye en la idea de aceptación o negación del problema. Otro es el diagnóstico dado por la persona o la institución que lo

² MACKINNON, Roger y Michels, Robert. *Psiquiatría Clínica Aplicada*. México, Interamericana, 1973. 432p. (pp. 3-59)

refirió. O si el diagnóstico es dado por las clasificaciones nosológicas más utilizadas y por último es importante verificar si el diagnóstico del problema es dado por el psicoterapeuta que lo refirió o por el psicoterapeuta que lo está tratando, según su concepción propia o teórica.

1.1.6.4 Primera Consulta; Impresión que se forma el Paciente del Terapeuta

El tratamiento comienza en la sala de espera con la primera persona que puede ser una secretaria, enfermera o una trabajadora social que forme parte del equipo multidisciplinario capacitado de la institución que brinda el servicio. Es el primer contacto que tiene la persona con la clínica y con la relación que tendrá en la primera entrevista y en las siguientes. Si la atención que recibe de esta primera persona es indiferente a los sentimientos del individuo, puede aumentar el temor o la resistencia que éste tiene acerca de los síntomas que le obligan a ir a consulta.⁶ Por lo tanto, se considera desde la primera entrevista inicial en la relación psicoterapeuta-paciente y aun desde la primera persona que atiende al paciente antes que el psicoterapeuta, una relación terapéutica porque en esa primera vez, es el primer contacto que tiene el paciente, quien debe empezar a comprender y sentir que su problema será atendido y lo que lo animará a iniciar también su cambio en relación a las ideas que tiene acerca del psicoterapeuta, de su problema y de la atención en salud mental.

La experiencia real de la primera consulta o algunas subsecuentes que corresponde a una situación llena de incertidumbre, representa un momento crítico para la persona

⁶ KAPLAN, Stanley M. "Capítulo I, Atención Clínica". En: Charles K. Hofling, *Tratado de Psiquiatría*. Traducción Dr. Luis Augusto Méndez. México, Interamericana, S. A. 1963. 545p. (pp. 1-23)

que está solicitando la atención clínica en salud mental. La ansiedad que se presenta en estas situaciones de crisis es en parte irracional porque el hecho de que la persona pasa a una situación que no le es familiar y en la que para ella existe, aunque sea supuesto, algún riesgo; ya que tan sólo el hecho de tener que decirle al otro (psicoterapeuta) frente a frente el motivo por el cual le consulta, se corre el peligro y la desconfianza de si hay o no confidencialidad por parte del psicoterapeuta. Otra fuente de tensión es la relación entre el psicoterapeuta y el paciente que configura según éste un vínculo entre superior y subordinado. El psicoterapeuta debe trabajar la transferencia del paciente dándole confianza, tranquilidad y comprensión para que sienta que no es una competencia entre los dos sino una conversación de ayuda mutua.⁷

Las experiencias del paciente en su primera entrevista con el psicólogo o psiquiatra son particularmente significativas para el curso posterior de su relación con él. La expresión facial, los modales, el tono de la voz, la prudencia, la oportunidad de sus preguntas, la paciencia para escuchar, por parte del terapeuta, contribuye a que la persona que llega al consultorio tenso y angustiado se tranquilice y se sienta inclinado a confiar. En tanto que otro que llegó sereno y optimista puede abandonar el consultorio lleno de dudas o recelos, si su experiencia con el psicoterapeuta es contraria a la anterior.

1.1.6.5 Primera Consulta; Impresión que se forma el Terapeuta del Paciente

En la primera consulta se observa el aspecto físico y mental del paciente, la hora que llega, si asiste solo o

⁷ NAHOUN, Charles. *La Entrevista Psicológica*. Argentina, Kapeluz. 1978. 169p.

acompañado; ya que la apariencia física refleja como se siente y qué fenómenos influyen sobre sus síntomas.*

Si el paciente llega temprano, se encuentra ansioso; si llega tarde, va en actitud hostil; y si llega a la hora, se trata de una persona "perfeccionista". Si llega acompañado, puede tener temor o necesidad de ayuda. El apretón de manos húmeda y sudosa, da la impresión que está asustado. El que evita el contacto con el psicoterapeuta, puede tener dificultades con sus relaciones interpersonales. El que da un apretón de manos fuerte, puede tener temores ocultos. El traje arrugado, el pelo sin cepillar, da la impresión de desorganización temporal o de ineficacia reducida en la personalidad. El vestido y la apariencia en conjunto puede reflejar ansiedad, depresión, temor. La postura, la expresión facial, el tono de la voz, la cantidad de habla, la velocidad de los movimientos, distracción constante contribuye a formar el cuadro heterogéneo para percatarse del estado emocional del paciente.* Lo habitual es que cuando psicoterapeuta-paciente se encuentran por primera vez, el primero tiene ya una imagen del segundo y esa imagen es más o menos distorsionada.

1.1.6.6 Entrevista Clínica; Definición y Dinámica

En la entrevista el término se relaciona a "diálogo", "interrogatorio" y en si encierra los dos atributos, pero es algo más que ello, es una conversación seria, que propone un fin determinado. Entre sus funciones están las de obtener datos, informar y motivar, lo que se logra mediante consulta o conferencia directa, en la que la persona cuenta al

* KAPLAN, Stanley M. "Capítulo I, Atención Clínica". En: Charles K. Hofling, *Tratado de Psiquiatría*. Traducción Dr. Luis Augusto Méndez. México, Interamericana, S. A. 1965. 545p. (pp. 1-23)

* KAPLAN, S., op cit No. 8

psicoterapeuta su historia o versión sobre un grupo de hechos o contesta preguntas concernientes a un problema que se investiga. La entrevista es una técnica valiosa para conseguir información sobre procesos, resultados, actitudes y sentimientos. Es un procedimiento esencial en la exploración de las causas de las relaciones propias de cada persona como de las relaciones interpersonales.¹⁰

Los datos que se comunican en la entrevista clínica psicoterapéutica son los datos introspectivos que comprenden el informe del paciente acerca de sus sentimientos y experiencias que suele expresarse verbalmente y los datos inspectivos que comprende la conducta no verbal del paciente y del entrevistante, respuestas emocionales del paciente como llorar, reír, sonrojarse, inquietarse, etcétera.¹¹

El primer paso de la entrevista es permitir que la persona exprese el problema como él lo ve, como lo siente, las actitudes que toma respecto a éste y las razones que lo llevaron para concertar la cita. La conducta de la persona que solicita atención clínica, proporciona indicadores de la relación interpersonal con el entrevistador, quien evalúa lo que dice y lo que no dice, cuando se bloquea, cuando se pone tensa, inquieta o cambia de conversación. Las personas suelen sentir problemas emocionales en divulgar a un extraño aspectos de su vida personal, de los cuales está a la defensiva o inconscientemente falsea, debido al grado de confianza que tenga en el terapeuta. El psicoterapeuta debe saber qué y cuándo decirle algo al paciente para que vaya tomando consciencia de su problemática, cuando guardar alguna situación que pueda bloquear el proceso terapéutico, qué observar, cuando insistir en direcciones, cuando tranquiliza

¹⁰ BORDEN, George A. y M., John D. *La Comunicación Humana, el Proceso de Intercambio*. Argentina, El Ateneo, 1982. (pp. 5-13).

¹¹ MACKINNON, Roger y Michels, Robert. *Psiquiatría Clínica Aplicada*. México, Interamericana. 1973. 432p. (pp. 3-59)

al entrevistado y cuando detenerse.¹²

1.1.6.7 Comunicación; Empatía y Rapport

La empatía en la primera impresión determina el grado de "comunicación" que se va a establecerse entre el psicoterapeuta y el paciente. La empatía al programar la entrevista hay que ponerse en lugar de la otra persona, la facultad de ver los problemas bajo el punto de vista de otra persona, apreciarlos como otro lo haría; y el rapport para mantener la cooperación, la confianza, la dependencia y la comprensión de la persona. Se entiende por rapport la disposición espontánea de participación del paciente de acuerdo a la confianza y seguridad que le proyecte el psicoterapeuta. El rapport deberá fomentarse desde el inicio de la consulta y mantenerlo durante el desarrollo de la misma, dado que se busca la identidad y autenticidad del paciente para que su evocación sea sincera y libre de toda presión.¹³

El paciente informa al terapeuta de sus problemas, de su historia y de su vida actual. La comunicación puede ser verbal como reportando, describiendo o con asociación libre. La comunicación también se presenta a través de las expresiones faciales y otros actos motores; el paciente puede morderse las uñas, arrugar la cara, menearse en la silla, agitar un pie, jalarse una oreja. El relato de sueños también proporciona un nivel de comunicación en el cual el paciente, en ese momento, no participa con conocimiento total del contenido de su comunicación. La palabra, es el medio básico. La elección de palabras del paciente, el ritmo de su

¹² GARFIELD, Sol. "Capítulo IV, La Entrevista Clínica".
En su: *Psicología Clínica*. México, El Manual Moderno,
1982. 469p. (pp. 78-101)

¹³ MILLIKEN, Mary Elizabeth. *Relaciones Humanas con el Paciente*. Argentina, AID. 1970.

discurso, el estilo, el método de expresarse, el énfasis o la carencia de él, todo puede comunicar al terapeuta información importante. Las pruebas psicológicas, ciertas drogas y el hipnotismo son medio de estimular la comunicación cuando el paciente tiene dificultad para verbalizar.¹⁴ Como dice Raik, el psicoterapeuta tiene que oír con un tercer oído para saber cuando el paciente no puede explicar el problema porque le es difícil exponerlo. El psicoterapeuta al tratar al paciente como persona, hablarle con honestidad y franqueza, le permitirá no sentirse ansioso, ni deprimido. Le ayudará a que exprese con soltura y confianza las ideas, los sentimientos, las creencias y las formas de pensar, que para sí mismo es fundamental e importante.

El psicoterapeuta debe fomentar el rapport y la empatía desde el inicio de la entrevista y durante el desarrollo de las siguientes consultas para que el paciente se identifique consigo mismo y el psicoterapeuta y las intervenciones verbales sean auténticas.

En cuanto a la forma de brindar la atención clínica psicológica y psiquiátrica, podemos reconocer una serie de mecanismos para divulgar dónde y cómo se presta el servicio. Algunas instituciones dan información a través de los medios de comunicación de panfletos, formatos, mosquitos, bolantes, radio, televisión y prensa. Otras, a través del Departamento de Trabajo Social, en sesiones periódicas con la población, informa acerca del servicio, los días y horario en que pueden ser atendidos. Hay instaladas en cada institución una cartelera informativa del servicio y que está a disposición de quien lo requiera.

1.1.6.8 La Ansiedad y el Insight

El paciente se enfrenta con una situación desconocida,

¹⁴ NAHOUM, Charles. *La Entrevista Psicológica*. Argentina, Kapeluz. 1978. 169p.

ante la cual no tiene todavía establecidas pautas de reacción adecuadas, y la situación no organizada implica cierta desorganización de la personalidad de cada uno de los participantes; esa desorganización se manifiesta como la ansiedad. Durante la entrevista puede incrementar tanto esta ansiedad como sus mecanismos defensivos, porque lo desconocido que enfrenta no es sólo la situación externa nueva, sino también el peligro de lo que desconoce de su propia problemática y personalidad. En algunos casos, esa ansiedad se halla delegada o proyectada en otra persona, que es quien a nombre del paciente solicita la entrevista y manifiesta interés en que la misma se lleve a cabo. Si existe como en este caso, una persona ajena al paciente interesada en la atención psicoterapéutica, hay que entrevistarla también, ya que ella puede estar aumentando o manteniendo la ansiedad del paciente porque probablemente el problema también puede estar ligado a ella. La ansiedad del paciente es uno de los factores más difíciles de manejar, porque ella es el motor del interés en la investigación y del interés en penetrar en lo desconocido por parte del mismo.

Para que una persona asista a una consulta debe haber llegado a una cierta percepción o insight de que algo no anda bien, de que algo ha cambiado o se ha modificado, o bien se percibe a sí mismo con ansiedad o temores. La ansiedad o los temores pueden ser tan intensos o intolerables que recurre a la consulta con una negación y resistencia sistemática, de tal manera que, lógicamente busca asegurarse de que no pasa nada, logrando así que el psicoterapeuta no reconozca nada anormal en él.

La ansiedad es un estado emocional grave siendo el síntoma más corriente de los trastornos psicológicos. Afecta tanto la psique como el cuerpo. Incluye respuestas fisiológicas características, afectos subjetivos, pensamientos y fantasías, modos de relaciones interpersonales y estilo de acción manifiesta. Se producen alteraciones en

el pulso, la presión arterial, el ritmo de respiración, la función gastrointestinal, el control de la vejiga, la función endocrina, el tono muscular, la actividad eléctrica del cerebro y otras funciones fisiológicas"¹⁵

1.1.6.9 La Resistencia

La resistencia es una actitud del paciente que se opone a los objetivos del tratamiento. La psicoterapia orientada hacia la comprensión necesita la exploración de síntomas y patrones de conducta, y esto provoca ansiedad. Por consiguiente, el paciente se siente motivado a resistir a la terapéutica, con objeto de mantener represión, eludir la comprensión y evitar ansiedad. La resistencia en el paciente debe interpretarse según su origen; Freud dice que la resistencia de represión resulta de los intentos del ego de eludir impulsos amenazantes manteniéndolos fuera de la conciencia; la resistencia de transferencia donde el paciente utiliza actitudes transferenciales inadecuadas para obtener la prueba del afecto psicoterapéutico o espera una cura mágica de su poder omnipotente; la resistencia de ganancia secundaria se refleja en la negativa del paciente de renunciar a los beneficios secundarios que acompañan a su problema; la paciente con un síntoma de conversión de dolor de espalda está legítimamente incapacitada para llevar a cabo sus tareas domésticas, que detesta, mientras siga con el problema y, al mismo tiempo, recibe atención y simpatía; la resistencia del superego se manifiesta en la necesidad inconsciente de castigo del paciente; y la resistencia de repetición-compulsión como una manifestación de un aspecto biológico del organismo; los pacientes conservan patrones fijos de mala adaptación de conducta. Son ejemplos de

¹⁵ MACKINNON, Roger y Michels, Robert. *Psiquiatría Clínica Aplicada*. México, Interamericana. 1973. 432p. (pp. 3-59)

resistencia algunas conductas como el silencio, según el tono emocional, tal como lo revela la comunicación no verbal podría el paciente sentirse impotente y estar buscando orientación, o podría ser una manifestación de la desconfianza o de una obstinación de reserva. El paciente que habla con locuacidad se servirá acaso de las palabras como medio tanto de evitar la pugna con el psicoterapeuta, como para substraerse a sus propias emociones. La censura o la corrección de pensamientos constituye una resistencia universal, las interrupciones en el curso libre del lenguaje, los cambios abruptos de tema, las expresiones faciales y otras formas de conducta motora. La intelectualización es una forma de resistencia estimulada por el hecho de que la psicoterapia es una terapéutica de "conversación" que se sirve de construcciones intelectuales al tratar de colaborar con el psicoterapeuta aprendiendo el "lenguaje" y los conceptos del psicoterapeuta con el propósito de ganar su aprobación.¹⁸

1.1.6.10 La Transferencia

Las actitudes transferenciales del paciente hacia el psicoterapeuta son formas para establecer relación con la figura nueva, que le es significativa en su vida.

La transferencia se refiere a la actualización en la entrevista de sentimientos, actitudes inconscientes, por parte del paciente, que corresponden a pautas que éste ha establecido en el curso del desarrollo, especialmente en la relación interpersonal con su medio familiar. Se distingue entre transferencia positiva y negativa, pero ambas son siempre coexistentes. Integran la parte irracional e inconsciente de la conducta y constituyen aspectos de la

¹⁸ MACKINNON, Roger y Michels, Robert. *Psiquiatría Clínica Aplicada*. México, Interamericana. 1973. 432p. (pp. 3-59)

misma no controlados por el paciente. La observación de estos fenómenos nos pone en contacto con aspectos de la conducta y de la personalidad del paciente que no entrar entre los elementos que él puede referir o aportar voluntariamente o conscientemente, pero que agregan una dimensión importante al conocimiento de la estructura de su personalidad y el carácter de sus conflictos.

Con la transferencia el paciente aporta aspectos irracionales o inmaduros de su personalidad, su grado de dependencia, su omnipotencia y su pensamiento mágico. En ellos es donde el psicoterapeuta podrá encontrar lo que el paciente espera de él. Su fantasía de la entrevista, su fantasía de ayuda, es decir, qué cree él que es ser ayudado y estar sano, incluidas las fantasías patológicas de curación, que con mucha frecuencia consisten en el logro de aspiraciones neuróticas. Otro factor importante que es el de la resistencia a la entrevista o a ser ayudado o curado, hay la intensión de satisfacer anhelos frustrados de dependencia o de protección.¹⁷

La transferencia es un proceso mediante el cual el paciente transporta inconsciente e inapropiadamente a otras personas de su vida corriente a aquellos patrones de conducta y reacciones emocionales que tuvieron su origen en personas significativas en su niñez. El carácter relativamente anónimo del psicoterapeuta y su papel de progenitor substitutivo facilitan este traspaso hacia él. Las reacciones reales y apropiadas del paciente para con su psicoterapeuta no son transferencia.

Los factores reales relativos al psicoterapeuta podrán ser puntos de partida de la transferencia inicial. La edad,

¹⁷ MACKLEOD, John A. "Capítulo 13, Medidas del Tratamiento Psiquiátrico". En: Charles K. Hofling. *Tratado de Psiquiatría*. Traducción Dr. Luis Augusto Méndez. México, Interamericana, S. A. 1965. 454p. (pp. 345-372)

el sexo, la manera personal y los antecedentes sociales y étnicos, todo ello influye sobre la rapidez y la dirección de las respuestas del paciente. El psicoterapeuta varón es probable que provoque reacciones competitivas en los pacientes varones y respuestas eróticas en las pacientes femeninas. Su juventud y aspecto influyen también sobre la transferencia inicial. Entre los fenómenos clínicos pueden reconocerse algunos patrones corrientes de transferencia como el deseo de afecto, respeto y la satisfacción de las necesidades con ellos. El paciente busca pruebas de que el psicoterapeuta puede quererle, le quiere o le querrá. Las demandas de tiempo especial o las atenciones financieras, las píldoras, los cerillos, los cigarrillos o un vaso de agua, todos ellos podrán constituir ejemplos corrientes de semejantes pruebas concretas.

El psicoterapeuta tiene que estar alerta de que no aparezcan en él manifestaciones de transferencia porque puede obstaculizar el restablecimiento de la persona que solicitó la consulta.

1.1.8.11 La Contratransferencia

Los psicoterapeutas tienen dos clases de respuestas emocionales para con sus pacientes. Hay primero las reacciones al paciente tal como es realmente. Al psicoterapeuta podrá agradarle al paciente, sentir simpatía por él, o bien experimentar rechazo o antagonismo de su parte, sin implicaciones de contratransferencia, a condición que se trate de reacciones que el paciente provocaría en la mayoría de las personas. Las respuestas de contratransferencia son específicas del psicoterapeuta individual y son inapropiadas. En esta situación, el psicoterapeuta responde al paciente como si se tratara de un personaje importante del pasado de psicoterapeuta. Cuanto más intensas sean las pautas neuróticas del psicoterapeuta, y

cuanto más se parezca el paciente a dichos personajes, tanto mayor será la probabilidad de respuesta contratransferencial. El psicólogo o psiquiatra clínico que tuvo relaciones competitivas intensas con su hermano tiene más probabilidades que otros psicoterapeutas de reaccionar con respuestas irracionales a pacientes varones de su propia edad.

El psicoterapeuta podrá hacerse dependiente del afecto y el elogio de su paciente, como fuentes de su propio bienestar o, inversamente, podrá sentirse frustrado y enojado cuando el paciente sea hostil o crítico.

El psicoterapeuta podrá buscar inconscientemente el afecto del paciente, aceptando regalos o favores. Hay manifestaciones más sutiles de este problema, tales como ofrecer una seguridad excesiva, ayudar al paciente a obtener una vivienda, aplazamientos de servicio en filas, etc., allí donde esta asistencia no es necesaria y sirve como de soborno para obtener el afecto del paciente. El desviarse uno de su rutina, modificar las horas o los honorarios, proporcionar tiempo extra y mostrarse excesivamente amable, todo esto son formas de cortejar el favor del paciente.

Al psicoterapeuta podrá servirle de ostentación para provocar el afecto o la admiración de sus pacientes, el exhibir sus conocimientos o su posición social o profesional en un grado inapropiado.

Todas las personas de las artes curativas reaccionan a la necesidad del paciente de dotarlas de poder mágico. La relación entre el psicoterapeuta-paciente vuelve a despertar el deseo del primero de ser omnisciente y omnipotente. Si el psicoterapeuta adopta semejante papel, el paciente no puede dominar sus sentimientos básicos de impotencia e inferioridad.

Desanimado por el progreso lento de la psicoterapia, el psicoterapeuta podrá exagerar sutilmente y deformar material de las sesiones con objeto de impresionar a sus colegas. Podrá ejercer presión sobre el paciente para que mejore, con

el fin de realzar su prestigio y reputación.

El desear ser el hijo o el hermano menor del paciente tiene lugar con pacientes de cierta edad.

En la medida que el psicoterapeuta no se da cuenta de sus conflictos no resueltos, dificultará la relación con el paciente y la terapia en si; ya que confundirá los síntomas del paciente con los de él, lo cual no le sirve de nada al paciente ni al psicoterapeuta, porque este segundo no podrá llevar al paciente, ni a la terapia al objetivo primordial, que el paciente logre superar su problema por si mismo y no tener otra relación en la psicoterapia donde trasladará su mundo en el cual vive a la clínica del terapeuta. Si el terapeuta se diera cuenta de que su contratransferencia es de beneficio para él, aprovechando la terapia con el paciente, para resolver indirectamente, sin afectar la relación del paciente. O bien, sin necesidad de contratransferenciar, logrando superar sus conflictos al momento de darse cuenta, por medio del paciente, de reacciones que para él también habían estado inconscientes. Si se está preparado en relación a lo que conlleva también esta relación psicoterapeuta-paciente, ambos pueden crecer y caminar juntos en una relación que también no debe ser una comunicación de una sola persona, sino que es una relación donde hay intercambio y conocimiento de dos: psicoterapeuta y paciente.

El psicoterapeuta debe manejar la transferencia y contratransferencia según la personalidad del individuo.

En relación a la orientación psicoterapéutica, podemos señalar que esta se orienta en varias escuelas o corrientes psicológicas. Siendo las más utilizadas: la Psicoanalítica, también llamada Psicodinámica; la Fenomenológica centrada en el cliente; la Gestaltista y la Conductista, también conocida como Análisis Experimental de la Conducta.

Se puede observar que la población guatemalteca que ha solicitado atención psicológica y psiquiátrica clínica presenta una psicopatología diversa y que van desde los

trastornos menores como: insomnio o irritabilidad hasta los trastornos mayores como: las psicosis; según los estudios realizados al respecto, los cuales se describen en los antecedentes, evidenciando que las instituciones que lo brindan, necesitan del recurso humano, físico, docencia e investigación y económico para satisfacer la demanda de atención clínica en salud mental. La cual necesita también que las instituciones que se encargan de dar este servicio, cuenten dentro de sus programas de atención en salud mental con las técnicas e instrumentos mínimos como se describe en el capítulo de la Psicopatología, donde entra a jugar un papel muy importante "la asesoría y consultoría de casos clínicos en la capacitación y formación de recurso humano y de los profesionales que brindan la atención en esas instituciones para que puedan atender adecuadamente dicha demanda; fortaleciendo los servicios en el desarrollo de criterios de diagnóstico estándar en psicología y psiquiatría; en el desarrollo de tratamiento estándar; en el seguimiento del sistema de información estadística para evaluar prioridades de atención en diferentes comunidades, sobre salud mental del niño, adolescente y adulto; evaluación de programas determinando incidencias y prevalencia de enfermedades mentales y realizar estudios de investigación sobre entidades dinámicas mencionadas"¹⁸.

1.2. Marco Teórico

1.2.1 Antecedentes

¹⁸ Guatemala. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Plan de Salud Operativo Nacional*. Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, 1988. Inciso 6. Subinciso 3.7 e Inciso 6, subincisos 6.12, 6.13 y 6.14 (ver pags. 6 y 7)

1. TESIS, Título: "INCIDENCIA PSICOPATOLOGICA EN PACIENTES COMPRENDIDOS ENTRE 12 Y 81 AÑOS DE EDAD DEL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS", NECESIDAD DE CREAR LA SECCION DE PSICOLOGIA EN EL MISMO", por Cojulón de Carlos, Consuelo, et al., 1975.

Llegaron a la conclusión de que la alta incidencia de enfermedad psicosomática presentada en 267 pacientes atendidos de 12 a 81 años, reclama una sección de psicología por los resultados observados en el proceso de rehabilitación del paciente; ya que toda persona que llega al Hospital General, buscando solucionar su padecimiento, recibe una atención parcial, pues se tiende a no ver de manera global al ser; así en este Hospital, no existe una integración multiprofesional y el paciente es tratado como objeto no pensante, ni emotivo, ocasionando esto poca comunicación entre personas solicitantes y tratantes.

Al respecto, en relación a la atención clínica, la población que asiste a este Hospital en busca de la atención clínica en salud mental, se encuentra con el problema de que es atendido muy superficialmente. Las condiciones de atención en salud mental con que cuenta el Hospital es todavía muy escaso y el conocimiento en el trato de este tipo de problema no se ha tomado en cuenta, debido también a que la sección de psicología se empieza a establecer en el Hospital, dado la demanda de personas que asisten a solicitar el servicio, el cual evidencia la necesidad de atender estos problemas por personal especializado en atender trastornos mentales. Se hace necesario crear la sección de psicología para atender este servicio de atención en salud mental.

2. TESIS, Título: "ESTUDIO DE CLASIFICACIONES DE DIAGNOSTICO UTILIZADAS EN EL HOSPITAL DE SALUD MENTAL "DR CARLOS FEDERICO MORA", por Alvarado Barrios, José Carlos, et al., 1979.

En el Hospital de Salud Mental, localizado al final de

la zona 18, Colonia Atlántida, se consultaron 555 pacientes atendidos de agosto de 1978 a julio de 1979, se encontraron 677 diagnósticos (algunos tienen 2 o más diagnósticos). Confirmaron su hipótesis: "La clasificación de enfermedades mentales tiene su fundamento en la etiología, patología y sintomatología; sin embargo, en el Hospital "Dr. Carlos Federico Mora", no se ha estandarizado su uso, ya que cada profesional diagnostica de acuerdo con su particular inclinación hacia una determinada escuela o tendencia". Las estadísticas mostraron que un 29%, utiliza la clasificación de la Organización Mundial de la Salud; en un 11%, la clasificación Rusa y en un 60% de la muestra no codificables. La Mayoría de los trastornos psicológicos que se presentaron fueron las PSICOSIS no atribuibles a padecimientos físicos (esquizofrenias, trastornos afectivos mayores, estados paranoides); NEUROSIS y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD. El diagnóstico que refieren, ninguno utiliza debidamente la nomenclatura con su respectivo código; por lo que se recomienda la clasificación de la O.M.S., por ser aceptada mundialmente y por sus aspectos de orden jurídico-legal y también para ser utilizada en las estadísticas.

Al respecto, en relación a la atención clínica en salud mental, no existía una clasificación de diagnóstico oficial para codificar los trastornos mentales que la población presentaba. La existencia de tres clasificaciones, debido a que los profesionales manejan una de estas tres y los otros, otra clasificación, es un problema para la atención clínica en salud mental, ya que se corre el riesgo de que un paciente sea diagnosticado con un problema que no concuerda con los síntomas que realmente presenta, porque el profesional se está basando en su criterio de clasificación que utiliza, lo que dificulta el diagnóstico y tratamiento; lo que es una desventaja para la población que solicita el servicio porque esto distorsiona el diagnóstico y el tratamiento adecuado que se debe seguir.

3. TESIS, Titulo: "INCIDENCIA PSICOPATOLOGICA EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL, NO 1", por Veliz Cruz de Urrutia, Emma Elida, 1979.

En el estudio realizado con una muestra de 250 niños de 4-14 años de 1976 a octubre 1978. muestra la incidencia de una variada psicopatología, que requiere no sólo un estudio cuidadoso para diagnosticarla, sino además la creación de más centros adecuados para su tratamiento global. Una persona considerada como un ente psicobiosocial necesita que sus trastornos y expresiones se traten en forma multiprofesional, por lo que consideraron la necesidad de conocer la incidencia psicopatológica que se presenta desde la niñez y, hacer conciencia en como la falta de atención psicológica en esa etapa hace mas agudo el problema en la edad adulta.

En este trabajo se evidenció la necesidad de conocer mejor los trastornos que presentaba la población infantil que solicitó el servicio en el Centro de Salud No. 1; debido a la falta de instrumentos adecuados de diagnóstico, existía una variable psicopatología que necesitaba ser definida con un diagnóstico apoyado en la clasificación oficial que estuviera vigente en esa época, lo cual evidencia también que no existía una y por lo tanto el problema de atender los trastornos infantiles no era adecuado y la demanda de atención de este servicio clínico en salud mental para niños, era necesario contar con más centros asistenciales de este tipo para poder dar solución a la problemática que demandaba la población que solicitaba el servicio.

4. TESIS, Titulo: "ESTUDIO DEL DIAGNOSTICO DE CASOS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL No. 1 DURANTE EL AÑO 1979", por Mejía Cárdenas, Mabelle, et al., 1979.

La investigación muestra según hipótesis que "La carencia de un diagnóstico preliminar y dentro del proceso, dificulta la orientación y tratamiento de los niños atendidos en el Centro de Salud Mental, en 1979" que la población

atendida de 37 niños que hacen 48.68% de la totalidad de 7 a 17 años, la mayoría de los expedientes de "casos" atendidos, el 55% no contaron con ningún tipo de diagnóstico. El resto del 45% solo contó con impresión clínica. No aparece ningún plan terapéutico escrito. La carencia de diagnóstico preliminar imposibilitó, no sólo la elaboración de un plan de tratamiento adecuado, sino que el 62.16% asistió al mismo con frecuencia de 0-9 sesiones; hecho que dificultó el proceso de diagnóstico-tratamiento.

Este estudio muestra la importancia de llevar una historia clínica en el expediente de cada paciente que sirve como un instrumento auxiliar. Cuando el psicólogo o psiquiatra de planta no preste el servicio, otro psicoterapeuta no podrá continuar el tratamiento del paciente; ya que como existen conocimientos diversos para realizar el diagnóstico y tratamiento de acuerdo a la corriente que sigue cada uno, el paciente no podrá ser atendido hasta que llegue el que lo está tratando; porque solo él conoce que tiene y que terapia le aplica.

La falta de un expediente de cada paciente, no permite a otro psicoterapeuta y ni aún a la institución misma, que pueda en un momento determinado estudiar los casos que son atendidos; ya que no existen expedientes en donde se pueda leer que problemática presenta la población y cómo va su desarrollo en el tratamiento, el cual también debería ser escrito para poder estudiar los tratamientos efectivos o que otro psicoterapeuta pueda continuar el tratamiento; lo cual evitaría que la población fuera tratada en una forma variada.

5. TESIS, Título: "CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA RELACION MEDICO PACIENTE; Un estudio de la "opinión del paciente semiprivado y público en los Hospitales Roosevelt y General del Igss de Guatemala", por Figueroa G., Edduyn, A., 1979.

La opinión de los pacientes de los Hospitales Roosevelt

y General del Igss de Guatemala, calificaron las relaciones con el psicoterapeuta como aceptables. Existe cierto grado de satisfacción en la calidad de la relación humana. Es necesario mejorar la calidad de servicio del personal de atención clínica y especialmente el psicoterapeuta que tiene contacto directo con la persona, quien debe conocer los conceptos clínicos mentales para lograr una buena relación empática. En esta relación se persigue que el individuo se sienta atendido y comprendido y el tratamiento sea de beneficio para ambos. Para el psicoterapeuta porque presta sus conocimientos en la solución de los trastornos mentales, y para el paciente porque le permite integrarse nuevamente a su vida en una forma adecuada.

Este estudio muestra que a la relación psicoterapeuta-paciente en la atención clínica de salud mental, no se le da mucha importancia, debido a que no se considera necesario para la rehabilitación de las personas que solicitan el servicio. También como el personal que presta servicio de salud no tiene conocimiento de que esta relación es indispensable para la recuperación del paciente, no se percatan que es necesario establecer una relación de persona a persona en forma empática para que el paciente se sienta atendido, comprendido y acepte el tratamiento y al psicoterapeuta, y confíe en la institución que le brinda el servicio de salud mental.

6. TESIS, Título: "TRASTORNOS PSIQUICOS QUE SE PRESENTAN EN LA PRACTICA MEDICA, SU INCIDENCIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN LA CLINICA DE MEDICINA DE LA EMERGENCIA DE ADULTOS DEL HOSPITAL GENERAL "SAN JUAN DE DIOS", por García Lemus, Rubén, 1980

El estudio realizado muestra que el diagnóstico y tratamiento psicológico que se presenta en 1,785 casos atendidos de 14 a 30 años en la práctica de medicina, se ha tomado a la ligera por el personal médico y paramédico de la

emergencia de adultos del Hospital General "San Juan de Dios", dándole poca importancia. Recibiendo las personas que requieren este servicio una inadecuada atención por parte de éstos. La muestra evidencia que los pacientes que consultan recibieron tratamiento farmacológico 1,423 (79.7) y que el sistema de salud pública, tal como funciona en la actualidad no le da importancia a los trastornos psíquicos que se presentan en la práctica de medicina, como problema de salud integral. Los casos de trastornos psíquicos son tratados en el mismo lugar, sin ser referidos a un profesional capacitado en las ciencias psicológicas.

En este estudio la atención clínica se brinda en la práctica de Medicina, donde los pacientes no pueden ser vistos desde el punto psicológico. El personal médico y paramédico no cuenta con capacitación y entrenamiento de atención en la relación psicoterapeuta-paciente; por lo tanto, la atención es impersonal, dado que también la demanda de personas que asiste a este servicio, necesita ser atendidas a la vez. Los médicos no tienen conocimiento de la necesidad integral de atención en salud mental que debe recibir el paciente, quien tampoco es referido al servicio psicológico profesional especializado. Lo que hacen los médicos en estos casos es recetar fármacos para ayudar al paciente. Por esto se hace necesario que el personal involucrado en la atención en salud y salud mental debe estar capacitado para brindar un servicio adecuado.

7. TESIS, Título: "LA IMPORTANCIA DEL RAPPORT ENTRE EL PACIENTE Y EL MEDICO", por Estrada Ortiz, Hilda Argentina, et al, 1980.

El estudio realizado en el Centro de Salud No 4, colonia 10. de Julio, z. 19 a 76 personas de 15 a 62 que fueron atendidas, se mostró la necesidad de establecer el rapport, ya que se logra un cambio de actitud emocional y mental, donde el ambiente es un factor importante para la atención y

la eficacia del tratamiento. Es fundamental que el psicoterapeuta maneje las relaciones humanas para lograr una buena relación de rapport. Es necesario que el personal médico, paramédico y administrativo se implemente en este aspecto, que el es canal que tiene contacto directo con cada una de las personas que asiste al servicio.

Esta investigación evidencia la necesidad de establecer una relación adecuada entre psicoterapeuta-paciente; ya que es un factor importante que debe estar presente en la primera entrevista con el paciente para que se sienta atendido y comprendido y pueda tener la confianza de exponer su problemática con la certeza de que será escuchado y ayudado. En la medida que la relación sea positiva el paciente logrará conocer mejor los aspectos que lo llevaron a la consulta y el psicoterapeuta podrá ayudarlo mejor al conocer y saber llevar una relación de rapport, eficaz, empática.

8. TESIS, Título; "EL LENGUAJE DE LOS SINTOMAS EN EL DIAGNOSTICO PSICOTERAPUTICO DEL GUATEMALTECO", por Sagastume Turcios, Floridaalma, et al., 1984.

El estudio realizado en el Centro de Desarrollo Empresarial, situado en la 12 c. 4-10, z. 1 a 5 pacientes de 15-45 años, quienes tuvieron varias sesiones psicoterapéuticas, llegaron a las conclusiones de que el conocimiento de los síntomas nos da capacidad para elaborar un diagnóstico más acertado. La interpretación profunda y correctamente del lenguaje de los síntomas nos ayuda a dar un mejor tratamiento; aprobando su hipótesis que "en las enfermedades psíquicas regularmente el síntoma que presenta un paciente ante el psicoterapeuta, contiene un mensaje que es necesario interpretar correctamente; mensaje que un paciente envía por medio de los síntomas internos y externos, en el momento de la consulta clínica, se tendrá mejor información para hacer un diagnóstico más acertado, porque se encontrarán los orígenes inconscientes de la enfermedad que

el paciente está sufriendo y como consecuencia, se podrá aplicar un mejor tratamiento".

En este trabajo se recomienda el estudio del lenguaje de los síntomas que presenta el paciente; ya que representa un mensaje donde a través de su expresión física, mental y verbal enviará mucha información, la cual hay que codificar para poder hacer el diagnóstico diferencial de los verdaderos signos que están ocultos en toda una serie de mensajes que da a la vez, los cuales también son a la vez síntomas que tienen que ver con la situación actual de su trastorno y que también causa en el paciente síntomas diferentes que esconden el verdadero trastorno. Por eso, es conveniente que en una siguiente sesión que sería la segunda entrevista, se diera un diagnóstico inicial, ya que el paciente se sentirá más tranquilo y podrá hablar mejor del motivo que le aqueja

9. TESIS, Título: "ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD MENTAL EVALUACION PROMOCION ATENCION PRIMARIA EN SALUD MENTAL EN ESCUINTLA, GUATEMALA DE JUNIO A JULIO 1987", por Mazariegos Mazariegos, Irving Arturo, 1987

El estudio de la aplicación de un programa piloto de salud mental, realizado en cuatro distritos del área de salud de Escuintla (Escuintla, La Democracia, La Gomera y Santa Lucía Cotzumalguapa) se evaluaron 285 diagnósticos para tener idea de la patología mental y de la aceptación del programa en ese departamento. La población aceptó el programa de atención primaria en sus comunidades, aunque la afluencia de pacientes en unos distritos y la baja en otros fue debido a la actitud subjetiva de rechazo del personal de salud, así como la poca estimulación por parte de los jefes de distrito hacia el personal en los de poca afluencia. Se detectaron los síntomas de depresión y la ansiedad; le sigue la psicosis y se observa elevado número de epilépticos. Casi no hay casos de drogadicción.

El programa piloto de salud mental aplicado en cuatro

distritos de Escuintla, llegaron a la conclusión de que una atención subjetiva por parte del personal que brinda el servicio no ayuda a que la comunidad confíe en el programa, lo que también no resuelve que la población asista por atención, y esto agudiza que los problemas que presenta la población sean atendidos con el tratamiento adecuado. Los diagnósticos de los trastornos que presenta la población son serios para ser un departamento donde la calidad de vida es un poco más tranquila.

10. TESIS, Título: "DIAGNOSTICO EXPLORATORIO DE LOS PROBLEMAS PSICOLOGICOS MAS FRECUENTES PRESENTADOS EN EL CENTRO DE SALUD DE LA ZONA 5, DISTRITO II, EN EL AÑO 1990", por Aguilera Garrido, Emma Nayeth, 1991

Se realizó un estudio para comprobar si los síndromes contemplados en el Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria (TAP) son los problemas más frecuentes observados, o si existían otros que no han sido tomados en cuenta en este Manual. Se llegó a la conclusión, según el Manual Tap, se presentan cuatro problemas más frecuentes en los 100 casos atendidos de 5 a 70 años, siendo estos trastornos los rasgos de personalidad obsesivo-compulsiva, las psicosis, la dificultad para relacionarse con los demás y los problemas familiares. Pero según el criterio de síntomas del DSM-III, no son suficientes para tomarse como fidedigno y que el Manual Tap no contiene otros criterios diagnósticos de otros problemas que se presentan en la consulta.

El estudio llegó a la conclusión que el Manual de Psiquiatría para Trabajadores de Atención Primaria en Salud (TAPS), no es suficiente para realizar los diagnósticos de los problemas que presenta la población que solicita el servicio de atención en salud mental. Hay otros trastornos que no pueden ser detectados con este Manual, lo cual dificulta y limita que las personas que están aprendiendo a usar este Manual, sólo den un diagnóstico de los trastornos

que enumera el mismo. Esto dificulta que los diagnósticos sean fidedignos para dar el tratamiento adecuado. La población que asiste al servicio, también evidencia tener varios trastornos serios que deben ser atendidos inmediatamente. La falta de un instrumento de diagnóstico adecuado y de capacitación para el personal que se está entrenando para ayudar en la comunidad, no podrá hacer mayor cosa, porque se le enseña a diagnosticar sólo cierto tipo de problemas, no teniendo capacitación en el conocimiento y manejo de los otros trastornos que presenta la población.

11. DOCUMENTO, Título: "GUATEMALA, PLAN NACIONAL DE SALUD MENTAL", por el Dr. Augusto Aguilera, et al., 1980

En abril de 1975 se aprobó el proyecto de salud mental, el cual contiene los motivos u orígenes de los trastornos a resolver y las bases para enfrentarlo, que permita el desarrollo gradual de la psiquiatría y la salud mental en Guatemala.

Los índices señalan la presencia de tensión y angustia en la población. El estudio científico y sistemático de las enfermedades mentales y sus características, es casi nulo. Los datos no son suficientes, válidos y confiables. Tal situación puede favorecer el aumento de los trastornos mentales en la población y es necesario estudiarlo. La demanda de servicio sobrepasa la capacidad y como el personal de salud mental no está implementado, su funcionamiento no es satisfactorio porque es escaso. La actitud hacia el enfermo y la enfermedad es negativa. Se recomienda que es urgente proceder a su reorganización, integración y coordinación y a su mejoramiento en general, así como buscar las bases legales para llevar a cabo la transformación de las dependencias del Ministerio, encargadas de la atención en salud mental. También recomienda establecer un diagnóstico actual de salud mental en el país, prioridad en la atención de los servicios psicológicos y psiquiátricos, sectorización, planificación

de los pacientes y sistemas de referencia, aumento de cobertura en los niveles primario y secundario, sin descuidar el terciario, capacitación de personal adaptando métodos modernos de atención, extensión de salud mental a todo el país en aspectos de prevención primaria, actualización de reglamentos, normas y el trabajo en equipo multidisciplinario, educación a la comunidad dirigida al objetivo de borrar los prejuicios y actitudes negativas, propiciar una demanda racional de los servicio y administración de las dependencias de trabajo en equipo, compartiendo la misma orientación y filosofía.

Este documento muestra que la atención clínica en salud mental no está siendo satisfecha por la falta de varios recursos materiales, físicos e implementación en el campo de la salud mental. Se necesita conocer las estadísticas reales de los trastornos que muestra la población para poder trazar un plan adecuado de diagnóstico y de tratamiento, así como de una organización y administración para poder brindar una atención equitativa a la demanda y de educación para que la población cambie de opinión acerca de la salud mental.

12. ESTUDIO, Título: "LA PSICOPATOLOGIA ATENDIDA EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL DE GUATEMALA, AÑO 1990", por Licda. Ester Polo de Sánchez y Dr. José Rómulo Sánchez López.

Dentro de las cinco primeras causas de patología estudiada, se encuentra la esquizofrenia, las psicosis sin especificar, los trastornos neuróticos y las psicosis afectivas. Sugiere que hay alto riesgo y deterioro en las familias guatemaltecas en cuanto a relación de parejas, padres e hijos, de tipo económico, político y social que dañan profundamente la personalidad del individuo. Se puede inferir que la población joven recibe el peso mayor cuando se incorpora a la población económicamente activa con presiones de tipo laboral, familiar, ideológico y social. El estudio

muestra un 51% de sexo masculino y un 49% de sexo femenino, mínima diferencia que determinan y condicionan que la salud mental es similar para ambos sexos. El Hospital Nacional de Salud Mental atiende el mayor número de pacientes y existen graves problemas como acinamiento, promiscuidad, marginalidad, migraciones, problemas económicos, etcétera que inciden en forma drástica en la salud mental y hay una marcada concentración de población en el departamento de Guatemala, siendo más elevada en algunas regiones del país que tiene un mayor acceso y cultura, mientras el resto se les hace más difícil por problemas económicos y geográficos el traslado para consultar y posiblemente otros tratan de resolver sus trastornos de forma tradicional y en su propia comunidad.

Recomiendan definir políticas y formular programas de carácter nacional que tiendan a resolver la problemática ambiental tanto en lo físico como en la interrelación familiar, laboral, política y los factores socio-económicos que determinan las condiciones de salud mental de la población. Por la alta concentración y marginalidad de la población en la ciudad de Guatemala, con los problemas inherentes a ellos, se requieren servicios primarios en salud mental distribuidos en las distintas zonas y debido a la alta prevalencia de enfermedad en el interior de la república, es indispensable desconcentrar los servicios por regiones para facilitar el acceso a un sistema preventivo y curativo formalmente, estableciendo programas de docencia en servicio en el interior del país para el equipo de salud, a fin de que estén en capacidad de determinar la problemática y resolver los casos accesibles a su grado de conocimiento, refiriendo los casos que ameriten de atención especializada. Reiniciar los programas de atención primaria en salud mental para que la comunidad tenga participación activa en la solución integral de sus problemas. Continuar el estudio profundizando en el conocimiento de la psicopatología, sus

causas, efectos, prioridades, grupos de riesgo, etcétera, de tal manera que se tenga un conocimiento más completo de la realidad de la salud mental del país.

En el Hospital Nacional de Salud Mental, la demanda que tiene de servicio en salud mental, no permite atender a cada uno con la regularidad de sesiones que se necesita para poder tener una información más completa del problema que presenta y de la relación con los demás para dar un diagnóstico y un tratamiento adecuados. Dependiendo de la gravedad del trastorno, así es el número de sesiones con las que hay que contar para trabajar con cada persona o grupo, según la psicoterapia que utilice. Debido a que sólo este Hospital Nacional de Salud Mental funciona para tal efecto, la demanda de población del interior también necesita atención en salud mental, lo que hace que se siga acinando este Hospital y no pueda brindar un servicio completo; ya que no se cuenta en el Hospital Nacional de Salud Mental con suficiente personal adiestrado para satisfacer la demanda de población que asiste a solicitar el servicio. El recurso de diagnóstico es muy limitado el cual cuenta sólo con los instrumentos de la Sección V de la ICD y el DSM-III. Probablemente es una limitación también sólo que el personal contratado tiene pocas horas para atender tanta población que necesita ser atendida unas tres veces inicialmente para obtener un diagnóstico también inicial, la cual hay que darle psicoterapia a la vez, que se necesita algunas sesiones para trabajar con algún otro instrumento de diagnóstico, más otros trámites de papeleo y control necesario en la relación psicoterapeuta-paciente; que el tiempo que se le brinda a cada uno no es suficiente para poder atender las necesidades que solicita la población; lo que demanda que las políticas de atención en salud mental deberían reanudar los centros de salud en el interior de la capital para resolver en alguna forma la demanda, empezando a dar salud mental preventiva y aprender a captar los trastornos serios para que

sean remitidos a donde reciban atención especial para que la problemática actual no se deteriore cada día más por la falta de recursos para poder satisfacer este servicio.

13. ESTUDIO CIENTIFICO-LITERARIO, Titulo: "LA SALUD MENTAL DEL PSICOLOGO", por De La Roca Hernández, José Ronaldo. 1984.

El estudio refiere que la salud mental es la capacidad de resolver problemas en situaciones de tensión, en la adquisición de automotivación, disciplina, autoestima y el planteamiento de una filosofía de la vida, que permita visualizar y planificar el futuro y lograr la autorealización. Socialmente posee buenas relaciones interpersonales y respeta otras expresiones individuales. En lo funcional tiene adaptabilidad dinámica y constructiva al medio, superación de frustraciones, formación de hábitos que permitan al individuo su supervivencia, maduración y despliegue de sus facultades que lo vuelven creativo.

Para la Organización Mundial de La Salud -OMS-, la salud mental es una conjugación de los factores psíquicos, sociales y físicos. En relación consigo mismo y con su grupo social, el potencial óptimo del ser humano se expresa correcta y creadora, paralela a una actividad constante para resolver los conflictos que se establecen por la interacción externa-interna. La solución de un conflicto abre las perspectivas de un nuevo diálogo, otros conflictos y búsqueda de nuevas soluciones.

La salud mental del psicólogo es un factor importante y expresa De La Roca que ningún psicólogo y ningún psicoterapeuta, goza de salud mental. Esta se basa en que no es algo que se toma o no se toma. La salud mental es un proceso continuo y cambiante de superación, y por lo tanto, un continuo quehacerse, un ideal siempre más allá. La carrera profesional- quizá le ayude a conocer y valorar sus propias potencialidades y limitaciones, quizá le ayude a

vislumbrar otras alternativas y planear estrategias de desarrollo: y cuando haga conciencia de las causas que lo limitan a desarrollarse como persona, que lo enferman, empezará a tener salud mental. Y seguirá teniendo salud mental mientras siga en esa actitud de enfrentamiento, de superación, de logros; aunque tal esfuerzo se exponga a bloqueos, frustraciones, tensiones de diversa índole. Un psicólogo terapeuta puede crecer y hacer esto, aprendiendo de la experiencia y vivencia del otro.

Casi desde el inicio de la psicología como ciencia y profesión se ha definido por los profanos que el psicólogo es una persona "que estudia la mente" y que por medio de pruebas y pláticas "cuasi" misteriosas se dedican a "curar" los problemas de la gente (confundiéndolos con astrólogos, yoguis, adivinos, etcétera). Una clínica llena de pacientes de prestigio y reconocimiento social y profesional parece ser el arquetipo del psicólogo un "non plus ultra" de la profesión. Los que "curan" a las personas son los psicoterapeutas, aunque algunos de ellos son psicólogos, los llamados psicólogos clínicos, es decir, aquel individuo con una preparación y fundamentación técnico científica rigurosa, generalmente adquirida en las aulas universitarias. Un psicoterapeuta debe gozar de salud mental para poder trabajar con sus pacientes en la obtención de un estado similar.

En referencia a la relación psicoterapeuta-paciente en la atención clínica se debe contar con salud mental para poder ambos resolver conjuntamente los problemas que presenta la población. El psicoterapeuta debe estar preparado y capacitado para no confundir las limitaciones que debe darse en la comunicación psicoterapéutica, tiene que estar seguro de los objetivos de las sesiones de terapia para que también no lo comprometa y lo involucre la problemática del paciente y pueda ayudarlo en una relación de ayuda mutua, adecuada y satisfactoria.

14. ESTUDIO, Título: "EL PSICODIAGNOSTICO: Un análisis de su práctica y capacitación", por Fernández Santos, Agustín. 1991.

El estudio llegó a la conclusión de que la demanda creciente en el área del psicodiagnóstico ha incidido en una hiperproducción de instrumentos y en un reduccionismo progresivo de la labor del psicólogo, que confirma el estereotipo social que sobre él se tiene: el de pasador de tests. El presente artículo pretende analizar dicha labor entre una muestra de 75 psicólogos del área de San Salvador: su formación, instrumentos que usa, marcos conceptuales teóricos que sustentan, etcétera. Se encontró que existe un mimetismo y conservadurismo grande en el uso de pruebas para realizar el psicodiagnóstico, una preparación deficiente para efectuar dicha labor y una falta de clarificación sobre su naturaleza. La mayoría de los psicólogos está trabajando en el área educativa y clínica y bajo marcos teóricos: humanistas, psicodinámicos y conductistas. Se siente la necesidad de un cambio en la formación universitaria a este respecto, tanto en lo metodológico como en el contenido que se brinda a fin de preparar psicólogos capaces de crear instrumentos nuevos que respondan a las necesidades actuales de nuestra sociedad y que sepan adaptar los ya existentes con verdadera ética profesional.

El estudio muestra que la atención clínica en salud mental se basa para el diagnóstico y el seguimiento de la historia clínica en la utilización de tests para estudiar los casos que se presentan a solicitar la atención de salud mental. La relación en el trabajo clínico se establece a través de las pruebas psicológicas, se conoce al individuo a través de este recurso diagnóstico, olvidando las otras técnicas necesarias en la relación psicoterapeuta-paciente; lo que dificulta el conocimiento más amplio que da otro tipo de recurso para la obtención de información del problema.

En resumen de los antecedentes, puede decirse que la atención clínica en salud mental se encuentra con el problema que es atendida escasamente y superficialmente, lo que hace necesario implementar una sección de psicología para atenderlos por personal especializado. La falta de una clasificación oficial dificulta que la problemática sea diagnosticada con un solo criterio para evitar dividir la personalidad y pueda verse integralmente. Esta falta de unificación diagnóstica también hace ver una variabilidad de trastornos, lo que dificulta planificar un tratamiento adecuado y acertado. La falta de un expediente clínico en el servicio dificulta poder estudiar el diagnóstico, tratamiento y seguimiento en la recuperación del trastorno para llevar el control si los signos que presenta durante el tratamiento son los que dice el diagnóstico y si la terapia es efectiva. Es importante tomar en cuenta que en toda atención clínica es necesario que se de una buena relación psicoterapeuta-paciente, ya que de esta depende que pueda la persona confiar en el psicoterapeuta y en el tratamiento y el objetivo que se persigue en la atención clínica en salud mental, es resolver el problema y devolverle al individuo la salud mental. El estudio del lenguaje de los signos y síntomas que presenta el paciente es importante saber diferenciarlos para poder dar el diagnóstico adecuado para poder planificar el tratamiento a seguir. Es importante y necesario la capacitación en salud mental en lo que se refiere a la utilización de instrumentos de diagnósticos; ya que la implementación de una clasificación que solo permita evidenciar ciertos trastornos dificulta no poder diagnosticarlo y quizá necesite darle un diagnóstico diferencial relacionado con el verdadero trastorno. Por eso se hace necesario el diseño de un instrumento que diagnostique todos los trastornos que hasta ahora se hayan descrito y que en las estadísticas de las muestras realizadas en todos estos estudios de la población que solicita el servicio en una y otra forma presentan los

trastornos descritos en las clasificaciones del DSM-III y en el ICD. Desde 1975 el Hospital Nacional de Salud Mental, ha venido realizando proyectos de capacitación para poder implementar un equipo multidisciplinario que pueda trabajar con las comunidades, centros de salud del interior del país y de la capital para satisfacer la demanda de población que presenta trastornos de atención en salud mental primaria, secundaria y terciaria; por eso es que los recursos humanos, físicos y materiales no han podido cubrirse y esto ha limitado que la población pueda ser atendida a tiempo y con la debida regularidad, ya que el personal que brinda este servicio no es suficiente, otros no están preparados, se atienden demasiados pacientes y esto limita que se les pueda dar la próxima cita pronto, el recurso de diagnóstico, pruebas psicométricas y técnicas de psicoterapia es escaso y no hay implementación de estos instrumentos, lo que limita capacitar al personal que a la vez pueda capacitar al personal de las comunidades para poder realizar un trabajo de educación multidisciplinario que donde se integren todas las disciplinas. La dificultad que presenta la utilización de solo tests psicométricos para dar el diagnóstico hace que la psicología clínica en salud mental pierda su realidad en dar criterios tan limitados acerca de la personalidad del individuo y el recurso de otras técnicas de exploración para diferenciar el problema que presenta. Es importante que el psicoterapeuta este implementado, capacitado y seguro de la responsabilidad que conlleva el trato y resolución en una relación psicoterapeuta-paciente donde la salud mental en ambos es un factor importante que debe recuperarse y mantenerse en cada proceso de las actividades diarias tratando de ir superando en la medida que se hacen presentes con una actitud de confianza y decisión de querer resolver las dificultades tomando alternativas adecuadas que permitan crecer y desarrollarse en mente y cuerpo sano.

1.2.2 Psicopatología

1.2.2.1 Concepto de Psicopatología

Estudia la psique enferma. Los mismos síntomas, manifestaciones psicopatológicas aisladas, no se repiten exactamente iguales en una persona y en otra, aunque guardan la uniformidad, permite hacer ciencia de la psique enferma que trata de delimitar los síntomas mediante la observación y la descripción introspectiva. Representa una totalidad en la cual adquieren sentido y especificidad los diversos síntomas. El hombre es la unión de lo psíquico y lo somático. En la Psicopatología como ciencia "positiva", el conocimiento de la existencia del hombre enfermo nos hace recuperar aquello que podemos perder una y otra vez: El hombre mismo.

1.2.2.2 Evolución Histórica de los Conceptos Psicológico Médicos

1. El Hombre Primitivo

Las ideas animistas del hombre primitivo de su propia inmortalidad y la creencia en seres poderosos que manejan la naturaleza a su control son parte de la respuesta del hombre primitivo a su problema existencial y el origen de sus prácticas mágicas y religiosas.

El totemismo implica la creencia de que cada miembro del clan está mágicamente aliado con una especie de animal o de planta y que de esta relación depende su bienestar.

El rito se practicaba en ocasión de cambios importantes en la vida de los individuos: nacimiento, pubertad, matrimonio y defunción. Otros ritos servían con el propósito de superar las crisis colectivas como las epidemias y el hambre o bien el de promover las buenas relaciones entre los espíritus y los miembros del grupo.

Las teorías del hombre primitivo acerca de las

perturbaciones mentales giraron en torno de sus conceptos mágico-animistas. Si se pensaba que un espíritu maligno se había apoderado de la persona, se recurría al exorcismo, los encantamientos y la administración de algunos cocimientos y menjerges; en casos extremos los brujos y los chamanes a cuyo cargo estaba el tratamiento, empleaban la flagelación y el hambre como recursos más enérgicos.

Por algunos escritos se infiere que el pensamiento de los antiguos chinos, de los hebreos, caldeos, asirios y egipcios, fue igualmente mágico y animista y que las perturbaciones mentales eran entre ellos atribuidas a demonios que se apoderaban de los individuos. En el Ayur-Veda (1400 a.c.) el sistema médico más antiguo de la India, se establece una clasificación de enfermedades mentales debidas a posesión demoniaca. Conceptos semejantes se encuentran en el Talmud y en el Antiguo Testamento. En el papiro Ebers (1500 a.c.) se mencionan ciertos trastornos mentales relacionados con espíritus malignos.

2. Las Civilizaciones Griega y Romana

De la mitología griega se han extraído imágenes como la de Edipo (de la tragedia de Sófocles, en que Edipo, rey de Tebas, mata sin saberlo a su padre y se desposa con Yocasta, su madre) o la de Narciso (el joven que se enamoró de su propia imagen reflejada en el estanque) porque son observaciones reales y penetrantes acerca de la conducta y de las aspiraciones humanas.

Para los griegos la vida era natural y lo natural era respetable; cuyas normas éticas y estéticas principales eran la moderación, la mesura, el equilibrio y la dignidad. No se consolaron cultivando esperanzas de inmortalidad ni creyeron en un dios moralmente interesado en su destino y en quienes el sentimiento de pecado no fue un regulador importante de la conducta, tal como ocurrió en la civilización judío-cristiana.

Es posible que el hombre común atribuyera a los dioses del Olimpo una participación en su vida y que ocasionalmente hiciera uso de una las instituciones religiosas, el oráculo, que como el de Apolo en Delfos ofrecía, por medio de sus sacerdotes, consolación y consejo a quienes lo solicitaban.

HIPOCRATES (460-370 a.c.) llamado el padre de la medicina, expresó que el cerebro es el órgano del pensamiento y su creencia de que las enfermedades de la mente tienen, como cualquier otro padecimiento, causas naturales. Enfatizó que las enfermedades mentales lo son del cerebro y las clasificó en tres categorías: manía, melancolía y frenitis. Confiando más en la capacidad recuperativa del organismo que en los medicamentos, prescribió a los enfermos melancólicos una vida tranquila, sobria y sin excesos, dieta vegetal y sangrías.¹

PLATON (429-347 a.c.) enseñó que el equilibrio entre el cuerpo y el alma es el elemento importante en la salud y que los desórdenes mentales pueden deberse a trastornos morales y corporales. Expresó que cuando las pasiones no son inhibidas por las altas facultades, como ocurre en el estado de sueño, los deseos tienden a ser satisfechos en las fantasías: "en todos nosotros, aun en los hombres buenos, hay una naturaleza de bestia salvaje que persiste en el sueño". Las ideas de Platón acerca de los sueños se anticipan a la teoría de Freud.

Platón expresó que los enfermos mentales que cometen actos criminales no son responsables de sus actos y hace una de las primeras referencias a la protección para el enfermo mental. En la República dice: "si alguien está insano, no se permita que se le vea abiertamente en la ciudad, que sus parientes lo vigilen en casa de la mejor manera y que paguen

1 LEWIS, N. D. C., *A Short History of Psychiatric Achievement*. Norton, Nueva York, 1941; p. 37.

una multa si son negligentes"²

ARISTOTELES (324-322 a.c.) a pesar de su método, la lógica deductiva, representó un obstáculo para el desarrollo de la ciencia. Pensó que siendo la mente de naturaleza inmaterial, no podría ser atacada por ninguna enfermedad.

ASCLEPIADES (124-96 a.c.) distinguió entre las ilusiones, los delirios y las alucinaciones y se opuso a las sangrías y a las restricciones mecánicas.³

ARETEO (ca. 30-90 d.c.) describió las fases maniaca y melancólica de las psicosis como expresiones de una misma enfermedad y que ciertas enfermedades físicas tienen causas psicológicas cuando hace mención de los trastornos de la mente y de la emoción como una de las causas de la parálisis: "los afectos del alma tales como la sorpresa, el miedo, la depresión del espíritu y, en los niños, los sustos, el gozo grande e inesperado ha ocasionado parálisis, aun la muerte, del mismo modo que la risa sin restricción".⁴

GALENO de Pérgamo (fl. ca. 130-200 d.c.) señaló diversas causas para las enfermedades mentales: lesiones en la cabeza, alcoholismo, miedo, la adolescencia, cambios menstruales, reveses económicos y fracasos amorosos.⁵

3. La Edad Media

La iglesia se ocupaba de cuidar las almas, y la nobleza

² **PLATON**, *The Republic*. The Modern Library, Nueva York, 1931.

³ **ZILBOORG**, G. y Henry, G. W., *A History of Medieval Psychology*, Norton, Nueva York, 1941.

⁴ **ARETEO**, *The extant Works of Aretaeus the Cappadocian*; citado por E. L. Maigetta en "Historical Notes on Psychosomatic Medicine", *Recent Developments in Psychosomatic Medicine*. Lippincot, Filadelfia, 1957; p. 44.

⁵ **GUTHRIE**, D., *A History of Medicine*. Lippincot, Filadelfia, 1946.

feudal de preservar el orden civil y de proteger a los siervos, a cambio de los servicios que recibían de ellos. Sin embargo, esta aparente tranquilidad estaba empañada por la angustia teológica, la escasez y las epidemias que se extendían a través del continente, segando millones de vidas.

En Europa, hubo reacciones mentales colectivas, producto de las condiciones sociales y culturales de esa época: las procesiones de flagelantes, las cruzadas, la histeria colectiva, la posesión por el demonio y la brujería.

El estudio de la mente quedó en el campo del clérigo y del filósofo y se desvió hacia las especulaciones metafísicas y el método se limitó al estudio del cuerpo.

Durante la primera parte de la Edad Media, el tratamiento fue la oración, el exorcismo o el uso de reliquias y untos sagrados.

SAN BASILIO (329-380 d.c.) estableció un monasterio en Cesárea donde a los enfermos mentales se les daba un tratamiento humano.

SAN JERONIMO (342-420 d.c.) estableció que los enfermos mentales recibieran la misma atención que los físicamente enfermos.

SAN BENITO (480-543 d.c.), los miembros de la orden atendían a los enfermos mentales en su monasterio de Monte Cassino.

Cuando los métodos suaves resultaban ineficaces, se recurrió a métodos más drásticos tales como los azotes, el hambre, las cadenas, la inmersión en agua fría y otras torturas.

Los brujos y los heréticos eran fruta podrida que había que separar para proteger al resto.

4. El Renacimiento

Humanismo y protestantismo, prepararon el terreno para el racionalismo, sistema de pensamiento que se desarrolla en

torno de la idea que el Universo y toda la experiencia humana son susceptibles de ser comprendidos cuando se usa la razón, es decir, cuando se piensa lógica y objetivamente.

PARACKLSO (1493-1541) afirmó que las enfermedades mentales pueden tener causas psicológicas y recomendó en un tratamiento el uso del "magnetismo corporal". Aunque rechazó las teorías demonológicas, estaba convencido de que la luna y otros astros ejercen sobre el cerebro una influencia sobrenatural. De él proviene el término "lunáticos" para referirse a los enfermos mentales.

SAN VICENTE DE PAUL (1576-1660) declaró que las enfermedades mentales no son diferentes de las enfermedades corporales y que ambas clases de enfermos requieren la misma ayuda.

El primer asilo para enfermos mentales en Europa se fundó en Valencia en 1409 y otros más se establecieron en Zaragoza en 1425, en Sevilla en 1435, en Valladolid en 1436 y en Toledo antes de 1500. El más famoso asilo en Europa fue el de Santa María de Bethlehem, fundado en Londres por Enrique VIII en 1547 y que se hizo proverbial por sus condiciones deplorables y por la práctica permitida a sus guardianes de exhibir a los enfermos con fines de lucro. El Hospital de SAN HIPOLITO fue establecido en México en 1566 por Bernardino Alvarez, dedicada al cuidado de los enfermos mentales; fue el primer hospital para la atención de los trastornos mentales que se estableció en América.^e En 1641, La Maison Charenton para el cuidado de dementes fue fundada en los suburbios de París. El primer hospital de Estados Unidos fue construido en Williamsburg, Virginia, en 1773.

5. La Reforma Humanitaria

FELIPE PINEL (1745-1826) director del hospital de la

^e RAMIREZ Moreno, S., "History of the Psychopathic Institution on the American Continent", *American Journal of Psychiatry*, 1942; p. 194.

Bisetre en Paris, logró permiso de la comuna para remover las cadenas de algunos enfermos mentales, convencido de que tratados con bondad esos enfermos son más fáciles de manejar que cuando se les trata como criminales o bestias peligrosas. Se permitió a los enfermos circular libremente en los patios, se les alimentó se les trató con suavidad.⁷

WILLIAM TUKE (1732-1822) estableció en Inglaterra el "York Retreat", una institución campestre donde los enfermos mentales vivían, trabajaban y descansaban en una atmósfera tranquila y comprensiva.

DOROTEA DIX (1802-1887) impresionada por las condiciones prevalentes en la cárceles y en los asilos de Norteamérica, sometió al Congreso un memorándum en que relataba las condiciones deplorables de los enfermos mentales. Directa o indirectamente, intervino en la creación de 32 nuevos hospitales mentales y logró reformas legislativas orientadas hacia una protección efectiva del enfermo mental.

6. El Enfoque Taxonómico-organicista

EMILIO KRAEPELIN (1855-1926) elaboró una clasificación de las enfermedades mentales.⁸ Cuando los estudios anatómo-patológicos no mostraban lesiones cerebrales que explicaran los síntomas, lo cual ocurría señaladamente en los casos diagnosticados como esquizofrenia, psicosis maniaco-depresiva y neurosis, Kraepelin proponía como explicaciones etiológicas cambios metabólicos, desórdenes sistémicos de la economía corporal o bien defectos hereditarios. Por otra parte, las modernas investigaciones genéticas⁹ no justifica

⁷ **SELLING, L. S.**, *Men against Madness*. Garden City, Nueva York, 1943; p. 65.

⁸ **KRAEPELIN, E.**, *Clinical Psychiatric; A text book for Students and Physicians*. Macmillan, Nueva York, 1902.

⁹ **MEYERSON, A.**, "The Relationship of Hereditary Factors to Mental Processes", en *The Inter-Relationship of Mind and Body*. Williams & Wilkins, Baltimore, 1939.

la atribución a la herencia de un papel preponderante en la mayor parte de los trastornos mentales.

Hay quienes confiando en que llegará a explicarse toda la patología mental por la demostración de lesiones o defectos en alguna parte del organismo, particularmente en el cerebro o en las glándulas de secreción interna, restan importancia a la comprensión y explicación psicológica. Los partidarios extremistas de este punto de vista piensan que la razón por la cual las psicosis funcionales, las neurosis y las perturbaciones del carácter parecen tener causas psicológicas y no orgánicas es porque los métodos actuales de investigación no son lo suficientemente refinados.

Las limitaciones del punto de vista orgánico y descriptivo se hacen más aparentes en cuanto al material de estudio deja de ser el que llena las salas de los manicomios y el médico se encuentra ante los problemas que le plantean los enfermos neuróticos: personas cuya conducta es desajustada o antisocial y las víctimas de alteraciones funcionales o estructurales, consecutivas a perturbaciones emocionales. sin duda alguna mucho más numerosas y más susceptibles de ser ayudadas por el médico que muchos psicóticos, y cuya patología no puede entenderse en términos de lesiones, sino en términos de personalidad, carácter y relaciones interpersonales. Por otra parte, aun aquellos padecimientos mentales que resultan de lesiones del cerebro requieren para su comprensión el estudio de la personalidad y de las situaciones externas que rodean al individuo, ya que las defensas mentales puestas en juego por cada sujeto cuando es víctima de traumas, infecciones o procesos degenerativos, así como el contenido de sus síntomas y la evolución de su padecimiento dependen en mayor o menor grado de ellas.

7. El Enfoque Psicoanalítico

Algunos filósofos como Spinoza, Nietzsche, Schopenhauer y algunos literatos como Shakespeare y Balzac bien sabían que

lo irracional no sólo determina la conducta de los enfermos mentales, sino que también en grado importante, la de los individuos normales; pero en cuanto a los médicos y los psicólogos, puede decirse que sólo consideraban como objetivos válidos para la investigación, los procesos mentales conscientes.

Freud, conserva al hombre para su estudio en su escenario natural: la sociedad y la cultura en que vive. Su método, el estudio minucioso de cada enfermo y aplicando la técnica de las asociaciones libres del pensamiento para comprender los procesos mentales normales y sus desviaciones patológicas.

En ciertos momentos, los enfermos encontraban dificultades para decir todo lo que acudiera a su mente, a pesar de sus deseos. Esta observación condujo a Freud a su teoría de la represión. Pensó que fuerzas poderosas impiden al enfermo recordar ciertas experiencias emocionales cargadas y esas fuerzas son las responsables de que esas experiencias hayan sido y permanezcan olvidadas. La resistencia no duraba indefinidamente. Después de algún tiempo, el material olvidado aparecía en la conciencia y en todos sus casos observó que este material era incompatible con las pretensiones éticas y estéticas del individuo y que su retorno a la conciencia se acompañaba de estados de angustia, de pena, etcétera. Cuando la memoria era recordada por el enfermo, el síntoma desaparecía. El concepto de depresión implica el concepto de conflicto mental y por lo tanto representó un paso importante hacia la nutrición de una psicología dinámica en la que los motivos y las tendencias ocuparon lugar más prominente.

1.2.2.3 Corrientes de la Psicopatología.

1. El Psicoanálisis, La Interpretación

La finalidad del tratamiento consiste en hacer

conscientes los procesos inconscientes. "Lo que era ello tiene que transformarse en yo". Las pulsiones autónomas y contradictorias tienen que ser afrontadas, vividas y estructuradas. En el momento que son conocidas dejan de llevar esa vida inconsciente, anárquica y patógena para funcionar de acuerdo al principio de realidad. Se le pide al paciente que hable de los temas que le preocupan. A través de los sueños y actos fallidos se accesa a lo reprimido. Durante el relato se le hace algunas interpretaciones para explicarle cuáles son las motivaciones inconscientes. La relación que establece el paciente se conoce como la transferencia en la que puede darse también una "neurosis de transferencia" o una resistencia. El paso de la neurosis a la salud es también el resultado de una acción sobre el mundo exterior encaminada a cambiar el medio neurotizante que el paciente se había construido.

2. Las Bases Neurológicas, La Explicación

Es el conocimiento del cuerpo. Según esta dirección somaticista, la verdadera causa de los trastornos psíquicos habría que buscarla en el cuerpo. Del conocimiento de la filosofía corporal habría que esperar la explicación definitiva de la existencia de manifestaciones psicopatológicas. Se incluyen la reflexología y el conductismo. La interpretación aumenta el campo de lo psíquico para captarlo mejor, la explicación abandona la psique para trasladar el centro de gravedad de su interés al organismo. El hombre es, la unión de lo psíquico y lo somático.

3. La Fenomenología, La Descripción

Hacer filosofía es conocer al hombre, ese desconocido y la forma de conocerlo es enfrentarse con la existencia sin prejuicios y describirla tal como es. El conocimiento de la existencia del hombre enfermo nos hace recuperar aquello que podemos perder una y otra vez: El hombre mismo.

1.2.2.4 Tratados de Psicopatología y Psiquiatría

A. Psicopatología de Las Funciones de MONEDERO, Carmelo

Capítulo VI: LA PERCEPCION

La forma o a estructura total de la percepción influye decisivamente en la cualificación y cuantificación de los elementos o sensaciones. CARUSO: Señalaba que la percepción no es nunca una reproducción real del objeto exterior, sino que es el resultado del encuentro de una subjetividad.

Capítulo VII: LA IMAGINACION

El mundo imaginario no produce exactamente ninguna realidad, sino que es una elaboración individual, en la que juega un papel esencial la realización de deseos inconscientes.

Capítulo VIII: LA MEMORIA

La capacidad de actualizar vivencias anteriores y de fijar otras. El hecho de que unas vivencias se fijen, conserven o evoquen está en íntima relación con los intereses conscientes o inconscientes de cada persona.

Capítulo IX: LA AFECTIVIDAD

La manera en que el hombre se siente afectado por los diversos acontecimientos de su vida.

Capítulo X: LOS INSTINTOS, LOS IMPULSOS Y LA VOLUNTAD

Comportamiento instintivo todas aquellas actitudes que conducen a la realización de una finalidad biológica. Impulsa toda tendencia a la acción que se le impone a un individuo y que está desprovista de una finalidad biológica. Un acto voluntario es la decisión consciente referente a unos fines previamente propuesto.

Capítulo XI: EL PENSAMIENTO Y LA INTELIGENCIA

Al conjunto de actividades cognoscitivas superiores que tienen una cohesión interna y se encaminan a un fin determinado. El concepto de pensamiento hace referencia al funcionamiento básico del pensamiento humano y el de

inteligencia a un tipo especial de rendimientos o ciertos tipos de comportamiento.

B. Psicopatología de KOLB, Lawrence

Trastornos de la personalidad

La personalidad del enfermo determina la manera en que va a responder al estrés y cuáles serán las definiciones específicas de las expresiones sintomáticas de su enfermedad. Patrones rígidos y desadaptativos que causa déficit en la capacidad adaptativa o un sentimiento subjetivo de malestar. Las manifestaciones psicopatológicas no presentan alteraciones regresivas en la conducta, el afecto o el pensamiento como las psicosis, ni en forma de las defensas psicopatológicas fijas y exageradas del psiconeurótico. Se presenta en forma de síntomas somáticos que expresan angustia u otro afecto, a través de una alteración en las funciones psicofisiológicas.

Los síntomas como reacciones psicobiológicas

Son el resultado de muchas fuerzas, algunas provenientes del exterior, pero la mayoría proveniente del interior del paciente. Representa la tentativa del paciente frente a las dificultades para mantener su existencia. Los síntomas pueden ser no sólo la expresión de una enfermedad mental, sino también, un intento del paciente por combinarla.

Trastornos de los aspectos motores de la conducta

Incluye una implicación de afecto y deseo. Caen en el campo denominado conación, tendencia o impulso hacia la acción (la actividad intencionada de la personalidad). Carece del grado de conciencia que suele asociarse a la idea de voluntad o volición.

Alteraciones en la actividad

Exceso de actividad (manía), disminución de las actividades (depresión) y desorden de la actividad (esquizofrenia y paranoides).

Trastornos de la percepción

El impulso al llegar al cerebro produce una imagen sensorial, cuya interpretación y significado dependerá de las experiencias e interpretaciones previas de la persona. En la ilusión la imagen símbolo de un objeto real se malinterpreta. En las alucinaciones, son percepciones que ocurren cuando no existe impulso creado por la estimulación de un receptor.

Trastornos del pensamiento

La unión entre una y otra idea por medio de la imaginación, la concepción, la inferencia y otros procesos y la formación de nuevas ideas por estos mismos procesos (complejos, impulsos, coercitivos y otras motivaciones afectivas y conativas), que actúan sin que la conciencia tome cuenta de la realidad. Las asociaciones de ideas ya no son lógicas.

Trastornos de la afectividad

Determina la actitud general de rechazo o aceptación ante cualquier experiencia, promueve cualquier tendencia en armonía con dicha experiencia e inhibe cualquier impulso que no esté de acuerdo con la misma.

Trastornos de la conciencia

En los trastornos de la apercepción el paciente tiene dificultad para entender las preguntas y las situaciones y experiencias poco habituales que implica preocupación intensa y otros trastornos de la atención, así como en estados tóxicos y orgánicos.

Trastornos de la orientación

Alteración de la memoria, de la extensión o exactitud de las percepciones o la atención. Síntomas de la insuficiencia cerebral aguda, en los que se alteran los mecanismos fisiológicos esenciales para la memoria, la atención y la percepción.

Trastornos de la memoria

La memoria es influida por el afecto y tiende a modificarse según los intereses de las necesidades

emocionales del sujeto. Se tiende a olvidar las impresiones sensoriales generalizadas, las subordinadas, los que han llegado a conceptualizar como medio de retener mayores acúmulos de información o memoria, a los condenados y fundidos que mantienen una memoria activa, operante y eficiente. Pérdida de la memoria y falsificación de la memoria o paramnesia.

Demencia

Pérdida permanente e irreversible de la eficiencia intelectual, autocrítica defectuosa, trastornos en la capacidad para hacer diferenciaciones finas, trastornos en las decisiones que implican valores morales delicados e incapacidad para emplear ideas abstractas. Pobreza en la iniciativa, una restricción de los intereses y un embotamiento de las preocupaciones normales; las impresiones se reciben y se asimilan con lentitud, con dificultad, y a menudo de manera inexacta. Incapacidad para aprovechar la experiencia. La capacidad y la aptitud para aprender se reducen.

C. Psiquiatría de EY. Henry

SECCION I ENFERMEDADES MENTALES AGUDAS

Capítulo I: Las "reacciones neuróticas (Psicosis emocionales)

Reacciones ansiosas desencadenadas por un shock emocional. Estos estados siguen a traumatismos brutales y graves (neurosis de guerra), en sujetos predispuestos o "neurópatas" por acontecimientos penosos menos dramáticos (manifestar la brusca descompensación de un precario equilibrio afectivo y ciertos paroxismos de angustia son las manifestación psicósomática de afecciones viscerales o trastornos distónicos neurovegetativos ansiógenos).

Capítulo II: Las crisis de manía

Se denomina manía a un estado de hiperexcitación de las funciones psíquicas caracterizado por la exaltación del humor.

y el desencadenamiento de las pulsiones instintivoafectivas. La liberación desordenada y excesiva de la energía se manifiesta por igual en los dominios psíquico, psicomotor y neurovegetativo.

Capítulo III: Estados depresivos y crisis de melancolía

En psiquiatría el término "depresión" puede referirse a un síntoma, a un síndrome y a una entidad nosológica. El elemento semiológico elemental es un aspecto fenomenológico caracterizado por un trastorno, un descenso del humor (timia) que termina siendo triste. Hay dos fenómenos más: la inhibición de las actividades mentales y físicas y el dolor moral y las "vivencias" depresivas.

Capítulo IV: Las psicosis periódicas maniaco-depresivas

Tendencia "ciclotímica" a producir accesos de manía o de melancolía.

Capítulo V: Psicosis delirantes agudas

Eclosión súbita de un delirio transitorio, polimorfo. Constituyen verdaderas experiencias delirantes. El delirio es vivenciado como un dato inmediato de la conciencia modificada, como una "experiencia" que se impone al sujeto (intuiciones, ilusiones, alucinaciones, sentimientos de extrañeza, de misterio, etcétera).

Capítulo VI: Psicosis confusionales

Las confusiones mentales, se caracteriza por: 1. La obnubilación de la conciencia, que puede ir desde el simple embotamiento hasta un estado de estupor próximo al coma; 2. La desorientación temporoespacial en diversos grados y 3. El delirio onírico, modalidad de experiencia psíquica vecina a la de los sueños.

Capítulo VII: Epilepsias

Definición fisiológica: La descarga en masa de un grupo de neuronas cerebrales, o de su totalidad, momentáneamente afectas de una sincronía excesiva. Definición neurológica: Manifestaciones convulsivas de esta hipersincronía, o sus equivalentes. Definición psiquiátrica: Aspectos de

desestructuración de la conciencia, en relación con las crisis y accidentes comiciales; y las modificaciones de la personalidad que eventualmente están asociadas a estos trastornos.

Capítulo VIII: La estructura de las psicosis agudas y la destrutturación del campo de la conciencia

"Experiencias" que va del pensamiento vigil (y razonablemente ordenado con relación al sistema del yo) al pensamiento del durmiente que ensueña, constituyen modalidades de los imaginario que escapan al principio de realidad para someterse aún más al principio de placer. Las psicosis agudas manifiestan fabulaciones, alucinaciones, ilusiones, sentimientos e ideas delirantes, un trastorno basal, un "estado primordial" de trastornos de la actualidad de la experiencia o "vivencia" se aproximan mas o menos a modificaciones del campo de la conciencia que alteran los datos fundamentales de la experiencia, como sucede en el sueño, en las fases hipnagógicas o los estados crepusculares de la conciencia.

SECCION II ENFERMEDADES MENTALES CRONICAS

Capítulo I: El desequilibrio psíquico

Personalidad variable de un sujeto a otro, determinadas anomalías como la inadaptación a la vida social, la inestabilidad de la conducta y la facilidad del pasar a la acción, asociadas eventualmente a trastornos diversos: depresión, excitación, boufées delirantes, perversiones sexuales, toxicomanía, etcétera.

Capítulo II: Las neurosis

Son enfermedades de la personalidad caracterizadas por conflictos intrapsíquicos que inhiben las conductas sociales. Producen una perturbación del equilibrio interior del neurótico que una alteración de su sistema de la realidad. Constituyen las formas de enfermedades mentales crónicas "menores", que desestructuran menos profundamente que las

psicosis (delirios crónicos y esquizofrenia) el sistema del yo en sus relaciones con la realidad.

Capítulo III: Neurosis de angustia

Los comportamientos neuróticos, en los que los síntomas neuróticos más destacados están constituidos por las manifestaciones de una angustia permanente, determinada por el desequilibrio hormoneurovegetativo. Fisiopatológico por un terreno ansioso (distonía neurovegetativa, síndromes funcionales diversos, espasmos, trastornos cenestopáticos, etcétera). Psicopatológico, por un perpetuo estado de alerta y de miedo.

Capítulo IV: Neurosis fóbica

La sistematización de la angustia sobre personas, cosas, situaciones o actos, que se convierten en el objeto de un terror paralizador. En tanto que síntoma, la fobia es un medio específico intenso, cuyo estímulo es proyectado al exterior para disminuir la angustia.

Capítulo V: La Histeria

Es una neurosis caracterizada por la hiperexpresividad somática de las ideas, de las imágenes y de los afectos inconscientes. Sus síntomas constituyen las manifestaciones psicomotrices, sensoriales o vegetativas de esta "conversión somática".

Capítulo VI: La neurosis obsesiva

El carácter forzado (compulsivo) de los sentimientos, de las ideas o de las conductas, que se imponen al sujeto y que le llevan a una lucha inextinguible, sin que, no obstante, é mismo deje de considerar irrisorio este parasitismo incoercible: Incoercibilidad, automatismo, lucha y conciencia de la enfermedad.

Capítulo VII: Las psicosis delirantes crónicas

"Ideas delirantes" permanentes que constituyen lo esencial del cuadro, las creencias y las concepciones a través de las cuales se expresan los temas de la ficción delirante (persecución, grandezas, etcétera), fenómenos

ideoafectivos en que el delirio toma cuerpo (intuiciones, ilusiones, interpretaciones, alucinaciones, exaltación imaginativa y pasional, etcétera). Está activamente prendido en las relaciones permanentes que unen la persona a su mundo. Está incorporado a la personalidad del delirante. Los delirios crónicos son enfermedades de la personalidad, modalidades delirantes del yo alienado; ya que se conducen y piensan en función de su concepción delirante.

Capítulo VIII: Las psicosis esquizofrénicas

Alienación mental caracterizada por un proceso de disgregación mental. Que ha sido llamado alternativamente "demencia precoz", "discordancia intrapsíquica" o "disociación autística de la personalidad"

Capítulo IX: Las demencias

Un debilitamiento psíquico profundo, global y progresivo, que altera las funciones intelectuales basales y desintegra las conductas sociales. Afecta la personalidad hasta en su estructura de "ser razonable", en el sistema de sus valores lógicos, de conocimiento, de juicio y de adaptación al medio social.

Capítulo X: Los estados de retraso mental

Son insuficiencias congénitas del desarrollo de la inteligencia. Enlentecimiento, después a una detención de esta evolución en un nivel más o menos deficitario, sin que la noción de edad mental implique, sin embargo, una correspondencia real con un niño de la misma edad.

2.2.5 Clasificaciones de los Trastornos Psicopatológicos

a. Clasificación Internacional de Enfermedades ICD-9-CM

Revisión histórica

La Organización Mundial de la Salud (OMS) dirige actividades para el desarrollo de una clasificación de los trastornos mentales (Sección V), la revisión de la

Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9) y algunos cambios de la ICD-8.

En los Estados Unidos se ha realizado un extenso trabajo para preparar la ICD-9-CM (modificación clínica) para conseguir una especificidad adicional necesario para los clínicos, los asistentes sociales, los epidemiólogos, los planificadores de programas, los expertos en registros médicos y los encargados de programas comunitarios, ambulatorios y hospitalarios. Las experiencias dirigidas del uso de la ICD-9, la ICD-9-CM y el DSM-III en los Estados Unidos serán de incalculable valor por lo que intervendrán en el desarrollo de a ICD-10 (español CIE 10).

Propósito y empleo del ICD-9-CM

La ICD es una clasificación estadística, no sólo de los trastornos mentales sino también de otras enfermedades y estados patológicos, y complicaciones del embarazo, el alumbramiento y el puerperio, de anomalías congénitas, de causas de morbilidad y mortalidad perinatal, de accidentes, intoxicaciones y violencia y de síntomas, signos y estados definidos patológicos. Se emplea en la clasificación de la información sobre morbilidad y mortalidad con fines estadísticos. También se emplea como nomenclátor de las enfermedades en los registros de índices médicos para facilitar la recogida de información médica para diferentes objetivos.

V. Trastornos Mentales

Psicosis

La función mental interfiere con la introspección y la capacidad para afrentar algunas demandas ordinarias de la vida o para mantener un adecuado contacto con la realidad.

Trastornos neuróticos

Trastornos mentales sin base orgánica demostrable. El

paciente puede tener una introspección considerable y una apreciación de la realidad no alterada ya que, en general, no confunde sus experiencias subjetivas mórbidas y fantasías con la realidad externa. El comportamiento puede estar afectado en extremo, aunque permanece dentro de límites socialmente aceptables, pero la personalidad no está desorganizada.

Trastornos de la personalidad

Conducta inadaptada, arraigada. Se reconoce en la adolescencia o antes y continúan durante la mayor parte de la vida adulta, aunque se vuelven menos obvios en la edad media y en la vejez. La personalidad es anormal ya sea en el equilibrio de sus componentes, su calidad y expresión, o en el aspecto total. A causa de esta desviación o psicopatía el paciente sufre o hace sufrir a otros y hay un afecto adverso sobre el individuo o la sociedad.

Retraso mental

El desarrollo de la mente es incompleto o que la detiene. Se caracteriza por subnormalidad de la inteligencia. El retraso mental a menudo involucra trastorno psiquiátrico, con frecuencia puede desarrollarse como consecuencia de algún traumatismo y de enfermedad somática.

b. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-III-R

Las nosologías psiquiátricas

Las más importantes aparecen en los tratados de psiquiatría. Hay diferencias entre las publicaciones, aunque hayan sido escritas en la misma época. La nosología refleja el conjunto de conocimientos, en un momento determinado, modulado por las concepciones teóricas de cada autor. La nosología de Kraepelin de finales de siglo XX ha constituido el hilo director. Otras nosologías se han elaborado con fines administrativos para estadísticas sobre salud pública y para la información de los organismos intergubernamentales, como la Organización Mundial de la Salud (OMS). Utilizan la

Clasificación Internacional de las Enfermedades (International Classification of Diseases o ICD-9-CM modificación clínica) y el DSM-III-R. El proyecto CIE-10 (oficial 1990) incorpora aspectos del DSM-III. La preparación del DSM-IV influirá en el CIE-10.

Evaluación multiaxial

Evaluación que se registra en cada uno de los cinco ejes. Información para la planificación del tratamiento y la predicción de la respuesta individual. Permite una evaluación biopsicosocial

Ejes

Eje I: Trastornos Mentales y Códigos V (estados no atribuibles a trastornos mentales, que merecen atención o tratamiento). Eje II: Características de la personalidad o el uso habitual de mecanismos de defensa particulares. Eje III: Estados y Trastornos Somáticos: La alteración somática puede tener etiología (trastornos neurológicos asociados a demencia) y, en otros puede relacionarse con el tratamiento general del paciente (diabetes en un niño con trastornos de conducta). Eje IV: Intensidad del estrés psicosocial: La escala codifica la intensidad global de un estímulo que provoque estrés psicosocial, presentado en el año anterior a la evaluación actual. y Eje V: Evaluación del sujeto: Juicio sobre la Escala de Evaluación Global (GAF).

Arboles de decisión para el diagnóstico diferencial

Cuando una de estas características sobresale en el contexto del cuadro clínico, se formulan una serie de preguntas para confirmar o descartar diferentes categorías diagnósticas. Se procede en sentido descendente a lo largo del árbol de decisión hasta llegar a una hoja.

Las categorías diagnósticas

Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia

Trastornos que aparecen normalmente en la infancia, la

ninez y la adolescencia.

Trastornos y síndromes mentales orgánicos

"Síndrome mental orgánico", signos y síntomas psicológicos o conductuales sin etiología (Ejemplo: Síndrome ansiedad). "Trastorno mental orgánico", síndrome mental orgánico del que se conoce su etiología (Ejemplo: delirium por abstinencia alcohólica). La sintomatología comprende anomalías psicológicas o conductuales asociados a una disfunción cerebral transitoria o permante.

Trastornos por uso de sustancias psicoactivas

Los síntomas y los cambios conductuales de inadaptación asociados al uso más o menos regular de sustancias psicoactivas que afectan al sistema nervioso central.

Esquizofrenia

Síntomas psicóticos durante la fase activa de la enfermedad y en un deterioro del nivel previo de actividad con una duración mínima de seis meses con ideas delirantes, alucinaciones, alteraciones del contenido y curso del pensamiento.

Trastorno delirante (paranoide)

Ideas delirantes no extrañas pero persistentes, que no se deben a ningún otro trastorno mental.

Trastornos psicóticos no clasificados en otros apartados

Trastorno psicótico que no pueden clasificarse ni como trastorno mental orgánico, ni como una esquizofrenia, ni como un trastorno delirante o un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos.

Trastornos del estado de ánimo

Alteración del estado de ánimo que se acompaña de un síntoma depresivo maniaco parcial o completo, no debido a ningún otro trastorno mental o físico.

Trastorno por ansiedad

Síntoma de ansiedad y conductas de evitación.

Trastornos somatoformes

Síntomas físicos que sugieren una alteración somática.

No existen hallazgos orgánicos demostrables o mecanismos fisiológicos conocidos y hay pruebas de que los síntomas se encuentran ligados a factores o conflictos psicológicos.

Trastornos disociativos

Alteración de las funciones integradoras de la identidad, la memoria y la conciencia. La alteración puede ser repentina o gradual, transitoria o crónica.

Trastornos sexuales

Las PARAFILIAS, respuesta de activación a objetos o situaciones sexuales que no son habituales. Las DISFUNCIONES SEXUALES, inhibiciones del deseo sexual y de los cambios psicofisiológicos que caracterizan el ciclo de la respuesta sexual. Generalmente, existe una clase residual para los trastornos del funcionamiento sexual que no se pueden clasificar en ninguna de estas categorías.

Trastornos del sueño

Los trastornos del sueño que no son crónicos (duración superior a un mes). Las DISOMNIAS, alteración predominante depende de la cantidad, calidad y horario del sueño. Las PARADOMNIAS, alteración predominante tiene que ver con fenómenos anormales que ocurren durante el sueño.

Trastornos facticios

"Factio", significa no real, no genuino o no natural. Síntomas físicos o psíquicos que se producen intencionalmente y sólo puede ser referida por un observador exterior. La conducta que parece encontrarse bajo el control voluntario se utiliza para conseguir fines que se han adoptado involuntariamente.

Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros partados

Deseo de llevar a cabo algún acto que es dañino para el propio individuo o para los demás; sensación creciente de tensión o de activación antes de llevar a cabo el acto y la experiencia de placer, gratificación o liberación en el momento de consumir el acto.

Trastornos adaptativos

Reacción desadaptativa ante un estrés psicosocial identificable.

Factores psicológicos que afectan el estado físico

Factores psicológicos que contribuyen a la iniciación o la exacerbación de una enfermedad física.

Trastornos de la personalidad

Conductas o rasgos de la vida inmediata del sujeto, se hacen patentes al inicio de la edad adulta causando deterioro significativo en la actividad social, laboral o una perturbación subjetiva asimismo.

Códigos V para factores no atribuibles a trastornos mentales y que merecen atención o tratamiento

Estados o alteraciones que merecen atención o tratamiento, pero que no son atribuibles a trastorno mental detectable.

Códigos adicionales

NOTA: Aunque se distingue entre los ejes I y II con el fin de mantener la compatibilidad con la ICD-9-CM, los códigos de los ejes son iguales.

1.2.2.6 La Exploración Clínica Psicológica con Tests (Pedro Jerez)

Conceptos generales

Se necesita dilucidar para el diagnóstico y el pronóstico, la situación concreta de una persona enferma y orientar el adecuado tratamiento. Cómo conocer su estructura psicológica, y a qué se deben sus modos más habituales de conducta?, qué busca y de qué huye?, cuáles son sus motivaciones y cómo estructura sus defensas?, dónde se encuentran los puntos focales de conflicto?, qué partes son las que aún se conservan sanas y cuáles, en cambio, son más susceptibles de compensación?, cómo se relaciona con los demás, consigo mismo, con su cuerpo y esquema corporal, con el otro pensamiento?, qué grado hay de control frente a la

realidad, frente a los propios impulsos y reacciones del humor: los reprime, los somatiza, los desplaza...? La elaboración de todo este material constituirá una adecuada exploración de la personalidad en sus aspectos manifiestos y sobre todo latentes.

La palabra "Tests" tiene que ver con su acepción psicométrica como instrumento de medida. Para el clínico los puntajes o cifras nunca tienen un valor taxativo o categórico, sino únicamente estimativo y cualitativamente orientador en orden a la situación actual del sujeto; han de integrarse como índices y signos interpretativos. No importa tanto el dato resultante cuando la etiología subyacente.

Los test clínicos parten de una concepción dinámica del ser humano como un todo estructural y unitario en el que cualquier alteración en cualquiera de sus partes repercute y resuena en el resto, según ecos y características propias en cada sujeto considerado como individuo. No se basan en un dato o conjunto de datos (Psicología Psicométrica), ni en el estudio de un cuadro sintomatológico (Gnosología fenomenológica), ni siquiera en la observación de unas respuestas comportamentales (conductismo) sino que además deben de encarar la exploración de la estructura y la etiología o génesis dinámica de la conducta del individuo concreto que vive en su medio y reacciona a sus necesidades internas y a las influencias del entorno. Las reacciones o respuestas presuponen, pues, por una parte, la configuración estructurada de los estímulos significativamente percibidos (Gestalt). Y por otra, la motivación dinámica de necesidades íntimas (Escuela Psicodinámica y Psicoanalítica), que originan deseos, tensiones y, en último caso una actividad capaz de satisfacerlos principio del placer conforme a las bases reales ofrecidas por el medio principio de realidad hábilmente manejadas por el yo, cuando éste es fuerte y capaz, o que le hace sucumbir cuando sobrevive la enfermedad; es decir, la desadaptación y pérdida de

información básico estructural.

En los Tests Psicométricos, el material está plenamente estructurado, así como el rendimiento de unos cuantos factores (razonamiento abstracto, relación espacial, fluidez verbal, inteligencia general, etcétera). En los Test Proyectivos, en cambio, nada hay, muy escasamente preestablecido. Se le presentan al sujeto materiales lo menos estructurados posible, de modo que sea el sujeto quien lo organice conforme él lo perciba e interprete; es decir, conforme a sus propios procesos perceptuales de interpretación de la realidad y por lo mismo sin que deje de proyectar en esa tarea su modo peculiar de ser.

I. Test de Aptitudes y Funcionamiento Intelectual

Indicativos parciales de rasgos y factores, en orden a rendimiento actual, preferencias y aptitudes profesionales, factores defectivos de inteligencia. Resultado número global (C. I. o coeficiente intelectual), el porqué de un determinado rendimiento, el tipo de pensamiento (abstracto, concreto, creador, reproductivo, etcétera), las funciones conservadas y hasta prevalentes y las disminuidas o ausentes, los factores etiológicos de influencia orgánica e emocional, trastornos y sintomatología más significativa (déficit, inhibición neurótica, índices patológicos de angustia, lesión orgánica, etcétera), tipo preferente de habilidades o aptitudes (importante para orientación profesional o rendimiento laboral), modos de interpretación de la realidad, sentido y control de la misma, factores intelectuales de control frente a impulsos y reacciones del humor (importante sobre todo en depresivos frente al riesgo de autoagresión, por ejemplo)

I.1 Tests Factoriales y de Aptitudes Mentales

Aplicación individual y colectiva, de papel y lápiz y la corrección se hace con plantillas. Construidos sobre

elementos que plantean una serie de problemas de tipo aritmético: analogías de palabras o términos; series de números, letras o dibujos; concepción espacial de formas y volúmenes; principios mecánicos y físicos; tareas burocraticoadministrativas, atención y concentración comprensión y fluidez verbal, etcétera. Requiere un nivel de cultura no inferior al medio y una edad superior a once años. Su utilidad diagnóstica para orientación escolar, evaluación de rendimientos y de aprendizaje, selección profesional o aptitudes vocacionales. Entre estos tests mencionaremos: el D.48, DAT, DECATTEST, PMA, APT, AMPE, B.53, TEI de M. Yela, SET, CGT y OTIS.

I.2 Tests Escalas de Inteligencia

La aplicación individual. Aplicados a personas con niveles culturales elevados, o con escasa o nula instrucción (analfabetos, débiles mentales). La edad mínima de aplicación dos años. Construidos sobre elementos manipulativos y ejecutivos, y otros en combinación con elementos verbales. Aportan apreciaciones de la edad mental del sujeto, algunas dimensiones de la personalidad, expresión de elementos visuales y motores: atención, concentración, coordinación; algunos rasgos emocionales y psicopatológicos. Entre estas escalas están: Escalas de Desarrollo GESSSELL y de Brunet, Escala de TERMAN MERRILL, Matrices Progresivas de RAVEN, BETA, Escala PINTNER-PATTERSON, Escala de ALEXANDER, GOODENOUGH, Escalas de WESCHLER.

II. Tests Proyectivos

Lo percibido por cada uno, aún siendo objetivamente idéntico para todos, queda interpretado conforme al eco o resonancia peculiar de los registros aprendidos por cada individuo, configurando pautas de conducta de matices diversos, según la carga afectiva que el estímulo real y simbólico haya provocado en el interior del sujeto, o que

éste coloca proyectivamente sobre aquél.

Son los propios objetos internos en tensión y conflicto quienes fundamentalmente provocan la proyección hasta el punto que la percepción del mundo y de las cosas viene condicionados en gran parte por la proyección de los propios afectos sobre ese mundo y esas cosas. Entre estos tests se mencionan:

II.1 Tests Proyectivos Estructurales

II.1.1 Tests Proyectivos Estructurales Gráficos

Tests de MACHOVER, figura humana de Karen; LA FAMILIA; TRES FIGURAS; TDSH, dibujo en 8 hojas de L. Caligor; ARBOL, de K. Koch; HTP (House, Tree, Person) de Buck y WARTGG (WZT)

II.1.2 Tests Proyectivos Estructurales fundamentalmente Manipulativos, no verbales

Tests del MOSAICO de Margaret Lowenfeld; del MUNDO de Lowenfeld-Buler; la ALDEA de Artus-Mabile y PIRAMIDE DE COLORES de Heiss y Hiltmann

II.1.3 El Psicodiagnóstico de RORSCHACH de Rorschach, Herman

II.2 Tests Proyectivos Temáticos

II.2.1 Temas Incompletos e Inducidos

Fábulas de DUSS; de Frustración de Rosenzweig; de Frases Incompletas de Sacks y Lévi y de Asociación de Palabras de Jung.

II.2.2 Test de Dibujo y Color

II.2.3 Test de Interpretación Lúdica y Escénica

II.2.4 Interpretación de Fotografías y Grabados

El T.A.T. (Test de Apercepción Temática); PHILLIPSON de relaciones objetales; el C.A.T. (Test de Apercepción Infantil); El F.A.T. (Test de Aptitudes Familiares) de Lackson y de ZSONDI.

III Test Proyectivos Psiconeurológicos

Su destino específico sería el estudio de los trastornos psiconeurológicos, aunque no de modo exclusivo ni excluyente (alteraciones orgánicas, perturbaciones neuróticas). Estos incluyen los Tests MIOKINETICO de Mira y López; de RETENCIÓN VISUAL de K. L. Benton; de las FIGURAS COMPLEJAS de A. Rey; de LATERALIDAD; de PSICOMOTRICIDAD, batería de Stambak; del ESQUEMA CORPORAL (Dauvat-Hmeljak-Stambak-Berges) y GESTALTICO VISOMOTOR de L. Bender.

IV CUESTIONARIOS

El M.M.P.I., elaborado en la Universidad de Minesota por S. R. Hathaway y S. C. Mackinley, trata de indagar a través de 550 frases características de la personalidad: Hipocondriasis (HD), Depresión (D), Histeria (Y), Desviaciones psicopáticas (Pd), Masculinidad-Feminidad (M-F), Paranoia (Pa), Peicastenia (Pt), Esquizofrenia (Sc), Hipomanía (Ma) e Introversión social (Si). Da tres formas: individual, colectiva y reducida. El SDS de Zung, se compone de una lista de 20 ítems que incluye características comunes y específicas de la depresión. Es una escala autoaplicada. El CPL de H. G. Gouch, compuesto de 480 ítems distribuidos en 18 escalas, trata de explicar más que los aspectos psicopatológicos, los socialmente aceptables y más valiosos de la personalidad de un individuo: seguridad en sí mismo, equilibrio, sentido social, responsabilidad, eficiencia intelectual y motivaciones. El CEP de J. L. Pinillos, indaga aspectos de la personalidad a través de las escalas básicas (estabilidad emocional, extraversión social y paranoidismo) y dos escalas secundarias (sinceridad y números de interrogantes). El BELL de H. M. Bell, para explorar la capacidad de adaptación: Familia corporal, social, emocional, profesional, hostilidad, masculinidad-feminidad. Tiene dos formas una para estudiantes y otra para adultos. El Bernreuter de R. G. Bernreuter, a través de 12 ítems, las

áreas de exploración se configuran en torno a: Tendencias neuróticas, seguridad en sí mismo, introversión-extraversión, dominancia-sumisión-sociabilidad y confianza.

1.2.2.7 Las Psicoterapias (Luis Fernando Crespo Gutiérrez)

I. Psicoterapias Individuales

A. Psicoanálisis

Investigación de procesos psicológicos que determinan la concepción de la vida psíquica y una psicoterapia de los síndromes psiquiátricos y psicosomáticos.

Permite que el paciente alcance por sus propios medios el mejor desarrollo de su economía psíquica. El Psicoanálisis es una experiencia de maduración del individuo cuyo desarrollo había quedado detenido y que permite al analizado una vida más completa y rica, desarrollando su talento y capacidad innatos para una actividad productora y unas relaciones objetales maduras.

Las reglas técnicas del método psicoanalítico son: Metodología, los horarios fijos, el tiempo semanal, el horario estricto, el diván, asociación libre, transferencia y contratransferencia, la interpretación y el análisis de los sueños.

Los objetivos que el Psicoanálisis se propone alcanzar son: la suavización del super-yo, el fortalecimiento del yo y la integración en el yo de las fuerzas pulsionales a niveles satisfactorios. Indicado en las neurosis leves y en las medianamente graves.

B. Psicoterapias Analíticas

B.1 Psicoterapias Analíticas

Las psicoterapias breves se limitan a uno a cuatro meses de duración, y se propone resolver un objetivo concreto. También se llaman "focales".

Las psicoterapias de larga duración puede durar meses a años como un psicoanálisis. Las sesiones una a dos por semana. Las entrevistas se hacen cara a cara para establecer la transferencia. Se puede aplicar en psicóticos.

B.2 Psicoterapia Junguiana

Estudio de la vida inconsciente colectiva (arquetipos), y al de símbolos y su valor arquetipo.

Jung propone educar y transformar (individualizar) su personalidad mediante el descubrimiento de sus expresiones simbólicas. Jung distingue cuatro planos de acción psicoanalítica: el de la liberación catártica, el de la transferencia, el de la educación y de la metamorfosis de la personalidad.

La principal herramienta es la interpretación de los sueños que permite una comprensión de los problemas inconscientes del paciente. La psicoterapia se realiza cara a cara. El proceso de individuación tiene varias fases: en la primera el paciente toma conciencia de la Persona o máscara social y de su Sombra, que sería el ello freudiano. Posteriormente integra el Anima o Animus, arquetipo del sexo opuesto. Seguidamente asume el arquetipo del espíritu, el de Sabio en el hombre, el de la Magna Mater en la mujer.

B.3 Psicoterapia Adleriana

Comprende un sistema filosófico y un método de diagnóstico y tratamiento. Recurre a la Biología con el concepto de la "inferioridad del órgano". También ante la constitución enfermiza, la debilidad y la fealdad. Busca su compensación en lo social y "el sentimiento de sociabilidad". La sociedad no se halla hostil frente a las necesidades vitales del individuo, es un requisito indispensable para la existencia de éxito.

Para Adler el hombre puede hacerse entender por los otros mediante su comportamiento. Los sentimientos no serían

la causa de su comportamiento, sino instrumentos necesarios a éste. Conserva la noción freudiana del dinamismo psíquico, pero rechaza sus fuentes, es decir, la teoría de la libido y la de las relaciones objetales. Su método es una "pedagogía psíquica" encaminada al intento de adaptar el yo neurótico a su mundo y a sus valores.

C. Psicoterapias Intermedias

Van desde el tratamiento del apoyo a la psicoterapia más profunda y penetrante.

C.1 Psicoterapia no directiva de Rogers

"El paciente es una fuerza básicamente creadora, y positiva, sofrenada y torcida por artefactos. Curar al paciente es liberar esa fuerza, ayudándole a eliminar las barreras que la sofocan, conseguir que acepte su propia realidad y se atreva a ser quien es". El terapeuta trata de comprenderle "comprensión empática" y le ofrece su propia autenticidad. La psicoterapia "centrada en el cliente" hace accesible su propia realidad, ponerla en sus manos, incrementar su autoposesión: liberarle. Toma del psicoanálisis sus teorías del inconsciente, sus constataciones sobre la maduración progresiva del yo y finalmente, su hipótesis de trabajo: la capacidad del enfermo para reemprender su desarrollo, frenado por las resistencias neuróticas.

El terapeuta no juzga, no trata de dar seguridad, no explora ni hace interpretaciones, no da consejos; trata de participar en la experiencia inmediata del cliente, y sus respuestas deben adaptarse a su pensamiento dándole la característica solución rogeriana, que refleje, resuma o acentúe los elementos inherentes a la comunicación verbal del cliente, la respuesta-reflejo "reiteración" o reflejo simple; "reflejo del sentimiento" o reflejo propiamente dicho y "elucidación" o deducción intelectual. Método intenso, largo

y laborioso de una nueva actitud silenciosa del médico ante el enfermo y su mundo, una actitud de respeto.

C.2 Analisis Existencial

Consiste en replantear la pregunta del ser. El paciente debe ser consciente de su responsabilidad, aprovechar el tiempo de que dispone, aprender a renunciar, ordenarse una vez hecha la elección de su escala de valores.

El hombre debe encontrar razones de vivir, no solamente de ocupar su tiempo, sino dar a la existencia un enraizamiento, una expansión, un carácter que sobrepase el de la simple necesidad.

Es ontológica en el sentido de que esclarece las posibilidades esenciales de la existencia humana, analizando las estructuras de la condición existencial del hombre (Storch). El carácter de algunas experiencias cruciales y el análisis indagador de las perturbaciones y de los estados del alma; permite descifrar los enigmas de la existencia. Toma en cuenta el conjunto de hechos que permiten comprender al hombre "en situación", toma datos de la Psicopatología, de las técnicas proyectivas (Rorschach), de la Sociología, del Psicoanálisis y de las filosofías existenciales.

II. Psicoterapias de Grupo

A. Los Grupos analíticos o de Psicoterapia Profunda

El comportamiento de los grupos se rige por procesos inconscientes. La base de la vida grupal no es la descarga de las tensiones somáticas, sino la necesidad de otros y la sensación de que otros nos necesitan. Los tipos de psicoterapia están de grupo de apoyo, sugestivas o superficiales (directivas de Salvson) y una psicoterapia analítica que manipula el material inconsciente, las intermedias, las de apoyo que aspira a una curación sintomática. La técnica se desarrolla a través de la

comunicación verbal (también los silencios), el individuo es el objeto del tratamiento y el grupo mismo es el agente terapéutico principal. Comprenden seis procesos dinámicos: actitudes de transferencia, catarsis, autocomprensión, fortalecimiento del yo, examen de la realidad y sublimación. De una a dos sesiones semanales de una hora y cuarto a una hora y media. En los grupos abiertos, cuando uno de los participantes se va, se sustituye por otro. En los grupos cerrados se programan para un tiempo limitado un año o un curso. Trata de reorganizar y reestructurar la personalidad llegando a los fundamentos inconscientes de la vida.

B. Los Grupos de Terapéutica de Grupo Directiva o de Apoyo

Ayuda al paciente animándolo, fortaleciéndolo, procurando desarrollar sus mecanismos de adaptación, apoyando su yo, sin pretender penetrar en su personalidad ni modificarla. Conduce a una mejoría de la conducta y a un conocimiento más realista de la propia persona y del mundo exterior. Se aplica mínimo de las asociaciones libres que se estimulan respecto a un tema sugerido. La catarsis es asimismo dirigida, inducida y aun impuesta. Tiene por objeto reformar los mecanismos del yo, fortaleciendo los controles internos para restablecer el equilibrio y la adaptación al principio de realidad. Los métodos verbales o de actividad (grupos didácticos, inspiradores, de restablecimiento, de relaciones, de discusión, emocionales, permisivos, etcétera).

C. Grupos Intermedios

Resultado de combinar los principios del Psicoanálisis y las terapéuticas de grupo directivas y de actividad.

El tratamiento se efectúa indistintamente en el propio domicilio familiar, en el lugar de trabajo del paciente, de forma más convencional en la consulta o en el hospital. Se utilizan en la terapia familiar, análisis existencial. El terapeuta no interviene directamente en las etapas

tranquilizadora y de reeducación, comienza la fase analítica que expresan libremente los sentimientos y las incidencias que acaecen.

1.3. Hipótesis

Por el tipo de problema abordado y el modelo teórico-metodológico adoptado para realizar esta investigación, que constituye un trabajo de carácter documental/descriptivo, formular una hipótesis que permita visualizar con claridad y precisión la interacción de los componentes causales, sus consecuencias y condiciones intervinientes o interrecurrentes y ambientales, resulta sumamente complejo, en cuanto a su exposición y de igual forma, su verificación. No obstante, se consideró necesario formular una **Hipótesis de Trabajo** en correspondencia con los objetivos del estudio, de tal manera que permitiera tener una orientación definida en cuanto a delimitar con alguna precisión, el desarrollo del trabajo de campo, a la vez, evidenciara tres de los aspectos más importantes del problema objeto de estudio: las Instituciones que brindan el Servicio de Psicopedagogía y de Salud Mental en la ciudad de Guatemala; la Población a la que se brindan dichos servicios y el Personal Profesional (Relación Psicoterapeuta-Paciente), a cargo de los mismos.

La premisas y postulados de esa hipótesis de trabajo, se fundamentaron inicialmente tanto en los estudios de carácter teórico, previo a la formulación del problema y del marco teórico, como en una exploración preliminar de campo, que se realizó con profesionales, y a la cual ya se hizo mención con anterioridad. De igual forma se fundamentaron en las experiencias que como estudiante de psicología se adquirieron en las actividades de práctica a lo largo de la carrera en: el Hogar "Rafael Ayau", z. 1, "Casa del Niño" No. 3, z. 1, Centro de Salud "Santa Marta", z.19 y Hospital Nacional de Antigua Guatemala, Sacatepéquez.

1.3.1 Hipótesis de Trabajo

"Los procedimientos de Atención Psicológica y Psiquiátrica Clínica, que forman parte de los Programas de Servicio Psicopedagógico y de Salud Mental, de las Instituciones que los brindan, constituyen una respuesta profesional, efectiva y congruente, a la Población guatemalteca que necesita o solicita ese servicio; en cuanto a atender en forma técnica y especializada los Trastornos Psicopatológicos que dicha población presenta. Esos procedimientos de atención los llevan a cabo los Psicólogos y Psiquiatras Clínicos, a través de la Relación Psicoterapeuta-Paciente.

1.3.1.1 Variable Independiente

"Procedimientos de Atención Psicológica y Psiquiátrica Clínica."

1.3.1.1.a Indicadores de Variable Independiente

- 1 Programas de Servicio
- 2 Instituciones
- 3 Medios de divulgación
- 4 Requisitos de ingreso a la institución
- 5 Horarios de atención
- 6 Procedimientos de referencia
- 7 Número de Población atendida en 1991 y 1992
- 8 Número de Personal Profesional
- 9 Procedimientos de evaluación y diagnóstico
- 10 Procedimientos psicoterapéuticos

1.3.1.2 Variable Dependiente

"Respuesta profesional efectiva y congruente, a la población guatemalteca que necesita o solicita el servicio".

1.3.1.2.a Indicadores de Variable Dependiente

- 1 Evidencia del motivo de consulta
- 2 Evidencia de la respuesta del paciente a la primera consulta
- 3 Instrumentos de evaluación y diagnóstico clínico
- 4 Clasificación diagnóstica (códigos)
- 5 Características de la población atendida
- 6 Tiempo asignado para cada sesión psicoterapéutica
- 7 Intervalo entre cada sesión psicoterapéutica
- 8 Tipo de psicoterapia seguida
- 9 Terapias complementarias (incluye farmacología)
- 10 Criterios para egreso, control y seguimiento

1.3.1.3 Variable Interviniente o Interrecurrente

"Relación Psicoterapeuta-Paciente"

1.3.1.3.a Indicadores Variable Interviniente o Interrecurrente

- 1 Evidencia del establecimiento de rapport y empatía
- 2 Evidencia de relación entre el motivo de consulta y la impresión clínica por parte del psicoterapeuta
- 3 Evidencia de la relación entre evaluación, diagnóstico y motivo de consulta
- 4 Evidencia de la respuesta del paciente de acuerdo a la elección de psicoterapeutas: Psicólogo o Psiquiatra
- 5 Evidencia de la relación entre evaluación, diagnóstico y tipo de psicoterapia seguida

La operativización de las variables se realizó en la inclusión de sus indicadores respectivos en la construcción del cuestionario-guia, instrumento de recolección de datos, el cual se describe conjuntamente en la muestra seleccionada, en el capítulo siguiente, lo mismo que los procedimientos que permitieron la verificación de la hipótesis formulada y los objetivos del estudio.

Capítulo II

TECNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Técnicas de Muestreo

Por el carácter descriptivo de este estudio, y porque su objetivo de investigación lo constituye la atención psicológica y psiquiátrica clínica de las dependencias de salud mental y psicopedagógica de la ciudad capital, las cuales son especiales en cuanto a su naturaleza, propósito de sus programas, organización y personal profesional responsable del servicio a la población, no se hizo un muestreo aleatorio de las mismas, sino que se seleccionaron aquellas dependencias ubicadas principalmente en la ciudad capital, que corresponden a la Universidad de San Carlos de Guatemala y al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, y que a la vez constituyen las dos principales instituciones de orden público que prestan este servicio en Guatemala.

Por las razones expuestas anteriormente, la técnica de muestreo utilizada es la que se denomina: Muestreo no aleatorio de juicio o intencional¹ para el cual se siguieron los siguientes criterios:

1. Que estas dependencias presten el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica según el caso, a los sectores o grupos mayoritarios de la población guatemalteca.
2. Que la institución a la que pertenezcan, sea estatal de tipo autónoma como la Universidad de San Carlos de Guatemala, o a nivel central como el Ministerio de Salud

1 LEVIN, Jack. "7 Muestras y población". En su: *Fundamentos de Estadística en la Investigación Social* 2a. ed. México. Harla. 1977. 305p. (pp. 94-95)

Pública y Asistencia Social. Y que el desarrollo de sus programas de salud mental y psicopedagógica, lo realicen como parte de esa institución como es el caso de un Centro de Servicio Psicológico, perteneciente a una Unidad Académica y de una dependencia administrativa de la Universidad de San Carlos. Y de igual forma los hospitales nacionales, centros de salud y clínicas periféricas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

3. Que el servicio de atención clínica en salud mental y psicopedagógica contemple la divulgación, la referencia, la consulta, la evaluación diagnóstica y el tratamiento psicoterapéutico.
4. Que el servicio se preste en forma gratuita o a un costo mínimo accesible a los sectores mayoritarios de la población.
5. Que los psicólogos y psiquiatras, a cargo del servicio, pertenezcan a una sección, unidad o departamento de esas dependencias y cuyo objetivo sea proporcionar salud mental a las personas que solicitan el servicio.
6. Que los profesionales psicólogos y psiquiatras, a cargo del servicio de salud mental y psicopedagógica, cuenten con los recursos mínimos para el efecto.
7. Que el personal profesional sea especializado en el campo psicológico o psiquiátrico clínico, o bien, cuente con una experiencia profesional mínima de 2.5 a 3 años, que lo capacite para prestar dicho servicio; ya sea que su especialización o experiencia la haya obtenido o realizado en el país o en el extranjero.

2.2 Muestra

La muestra del estudio quedó constituida finalmente por las siguientes dieciséis dependencias: El Centro de Servicio Psicológico "Mayra Vargas Fernández" de la Escuela de Ciencias Psicológicas y La Unidad de Salud de la División de

Bienestar Estudiantil, ambos ubicados en la Universidad de San Carlos de Guatemala, ciudad Universitaria, zona 12. El Hospital General "San Juan de Dios", z. 1; El Hospital Roosevelt, z. 11; El Hospital Nacional de Salud Mental, z. 18; El Hospital de Infectología y Rehabilitación Infantil, z.11; El Sanatorio Antituberculoso San Vicente, z. 7; La Clínica de Salud Mental Infantil No. 1, z. 1; El Centro de Salud No. 21, z. 3; El Centro de Salud, z. 6; El Centro de Salud No. 3, Col. Centro América, z. 7; La Clínica Periférica Paraíso II, z. 18; El Centro de Salud Santa Elena III, z. 18; La Clínica Periférica 1o. de Julio, z. 19; El Centro de Salud No. 13, Col. Justo Rufino Barrios, z, 21 y El Centro de Salud El Milagro, z. 6 de Mixco. (El último centro, aunque no pertenece a la ciudad capital, se seleccionó porque asisten a el diferentes grupos de población de la zona 19) Todas pertenecen al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

2.3 Técnicas e Instrumento de Recolección de los datos

La recolección de los datos para la investigación se hizo a través de entrevista estructurada aplicada a los psicólogos y psiquiatras que prestan el servicio de atención clínica en salud mental y psicopedagógica en esas dependencias, arriba mencionadas, previo envío de una carta de solicitud de autorización dirigida a las autoridades de las mismas. Luego se procedió a planificar las entrevistas de acuerdo a la calendarización programada para que los psicólogos y psiquiatras informaran de los procedimientos de atención clínica en salud mental y psicopedagógica que brindan estas dependencias a la población. Las entrevistas para la recolección de los datos fueron aplicadas por una estudiante de psicología, pendiente del trabajo de tesis por graduarse, en las fechas que se calendarizó para cada institución.

La entrevista estructurada se aplicó por medio de un cuestionario-guia que, como instrumento para la recolección de los datos, fue diseñado especialmente para este estudio, fundamentándose en el marco teórico de la investigación, orientándose hacia los objetivos e hipótesis de la misma y confrontándose, en el inicio de su elaboración con la opinión de 22 profesionales con experiencia y especialización en el campo de la salud mental y psicopedagógica; todo lo cual permitió evidenciar preliminarmente tres aspectos esenciales en la atención psicológica y psiquiátrica clínica. Estos tres aspectos, son los que constituyen las tres partes básicas en las que se estructuró el instrumento y que además, concuerdan con los tres aspectos que con mayor profundidad se abordan en el planteamiento del problema y en el marco teórico y, que conforman la parte esencial de los objetivos y de la hipótesis, los cuales son los siguientes : La institución o dependencia que presta el servicio, la población atendida y la relación psicoterapeuta-paciente. Este último, constituye el aspecto medular de la atención psicológica y psiquiátrica clínica. (Cada una de las partes del instrumento contiene un aspecto de los señalados, con sus indicadores respectivos, ver anexo 1: cuestionario-guia)

Una vez elaborado el instrumento, se consideró importante ponerlo a prueba, aplicándolo en forma piloto a cuatro psicólogas y a un psiquiatra del Departamento de Psiquiatría del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Además, previo a esta prueba piloto, se consultó con una psicóloga de la Universidad de San Carlos y un psiquiatra del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para obtener su opinión en torno a la forma de las preguntas formuladas y a la terminología técnico-clínica empleada.

Los resultados obtenidos en la prueba piloto, permitieron operar las modificaciones pertinentes para su elaboración final.

Durante la aplicación definitiva del instrumento, la

investigadora de este trabajo, tuvo la oportunidad de conversar con los profesionales entrevistados sobre la posibilidad de utilizar el cuestionario-guía, una vez finalizada la investigación, para confirmar los resultados obtenidos en la misma, respecto de la organización y desarrollo de los programas de atención psicológica y psiquiátrica clínica en sus respectivas instituciones, pudiéndose con ello seguidamente, orientar las modificaciones pertinentes, de acuerdo con los diversos aspectos que se exponen en él.

4.4 Técnicas de Análisis Estadístico de los Datos

Para el análisis estadístico de los datos se utilizaron matrices (cuadros de doble entrada), para presentar los resultados obtenidos en cuanto a los indicadores nominales y cuantitativos en cifras absolutas y relativas (porcentajes), con los respectivos códigos que permiten identificar los diferentes ítems del cuestionario-guía.

Así mismo, se elaboraron gráficas para apoyar y visualizar el análisis cuantitativo y cualitativo de los datos presentados, todo lo cual permitió el logro de los objetivos de la investigación y la correspondiente verificación de la hipótesis, al someter dichos datos a su correspondiente análisis teórico-metodológico: cuantitativo y cualitativo.

Capítulo III

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados obtenidos de la aplicación del cuestionario-guía (descrito en el capítulo anterior), entrevistas y observaciones realizadas en dos dependencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala y en catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, además del estudio de la literatura y documentación pertinente, es objeto, en este capítulo, de un análisis descriptivo-interpretativo.

En forma inicial, el análisis cuantitativo se expone en 18 matrices (cuadros de doble entrada), cada una con su respectiva identificación, las que presentan las características de las instituciones, población atendida, personal profesional y los procedimientos de los servicios de atención en salud mental, distribuidos en la forma siguiente:
Cuadros 1 al 3

Presentan aspectos de las Instituciones de Salud Mental como: nombre de la institución, tipo de institución, servicios que presta, divulgación, procedimientos y requisitos de ingreso, tipo de servicio y tipo de programas.
Cuadros 4 al 6

Presentan características de la Población atendida en salud mental como: número de población atendida en 1991 y 1992, edad, sexo, escolaridad, grupo étnico, procedencia, condición socioeconómica y ocupación.
Cuadros 7 y 8

Presentan aspectos del Personal Profesional de los servicios de atención en salud mental como: número de psicólogos y psiquiatras, experiencia o especialización, cargo, edad, sexo y años de graduado.

Cuadros 9 al 18

Presentan aspectos de los Procedimientos de los servicios de atención en salud mental, a través de la Relación Psicoterapeuta-Paciente como: Situación de ingreso al servicio, criterios para asignar psicólogo o psiquiatra, procedimientos en la primera consulta, consulta previo al diagnóstico, criterios para elaborar el diagnóstico, tiempo para cada sesión, intervalo de tiempo entre cada consulta, clasificación diagnóstica, tests, diagnósticos de los trastornos mentales, modalidad psicoterapéutica, total de sesiones, corrientes seguidas, psicofarmacología, tratamientos complementarios, pronóstico, egreso y seguimiento.

En segunda instancia, el análisis cualitativo, apoyado en el análisis anterior: amplía, profundiza, compara o diferencia y describe cada una de las características objeto de estudio que son presentadas en los cuadros ya indicados, y de acuerdo a los diversos componentes teórico-metodológicos del proyecto de tesis, en especial, el marco teórico, los objetivos y la hipótesis de trabajo.

Por razones de esa sistematización metodológica, se ha considerado pertinente que en la interpretación de los resultados, por hacerse en forma separada, específicamente de cada uno de los 18 cuadros, no se enfatiza en dicho análisis en señalar pormenorizadamente a que aspectos del cuadro se refiere. Además, por la importancia que tiene toda la información obtenida en el trabajo de campo para las decisiones que se tomen posteriormente, no se ha omitido ningún dato, y por ello el análisis interpretativo es bastante extenso.

A continuación se presentan los 18 cuadros con su correspondiente interpretación.

INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

Cuadro No. 1

Instituciones de la Universidad de San Carlos de Guatemala y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social que prestan atención psicológica y psiquiátrica clínica en la ciudad de Guatemala.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	Tipo de Inst.		Horario de clínica Ps. y Psq. *	Servicios de atención que presta					Número Profesionales que prestan atención ps. y psq. clínica			
		A	E		a	b	c	d	e	Psicólogo	Psiquiatra		
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS												
1.1	Censeps. z.12	A	-	8-17**	X	-	-	-	-	10		-	
1.2	Unidad de Salud, z.12	A	-	8-16	X	X	X	-	-	4		-	
2	MINISTERIO DE SALUD												
2.1	H. General. z. 1	-	E	8-12	X	X	X	-	-		5	1	
2.2	H. Roosevelt. z.11	-	E	8-12	X	X	X	-	-		3	1	
2.3	H.N. Salud Mental, z.18	-	E	8-12	X	X	-	-	-	11		14	
2.4	H. Infectología, z.11	-	E	8-12	X	X	-	-	X	1		-	
2.5	S. San Vicente, z. 7	-	E	***8-20	X	X	-	-	X	1		1	
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	-	E	7-13	X	X	-	X	-		3	2	
2.7	C. de Salud No.21, z. 3	-	E	8-12	X	X	-	-	-	1		-	
2.8	Centro de Salud, z. 6	-	E	8-12	X	X	X	X	-	1		-	
2.9	C. S. No.3 C.A., z. 7	-	E	8-12	X	X	X	-	-	2		-	
2.10	C.S. Sta. Elena III, z.18	-	E	8-12	X	X	-	-	-	1		-	
2.11	C. P. Paraiso II, z.18	-	E	8-12	X	X	X	X	-	1		-	
2.12	C. P. 1o. de Julio, z.19	-	E	8-12	X	X	X	X	-	1		-	
2.13	C.S. No.13 J.R.B., z.21	-	E	8-12	X	X	-	X	-	1		-	
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	-	E	8-12	X	X	-	-	-	1		-	
TOTAL		2	14	8	4	16	15	7	5	2	14	33	19

Fs. = Psicológica, psicología Psq. = Psiquiátrica. Psiquiatría

Censeps. = Centro de Servicio Psicológico "Mayra Vargas Fernández"

H. = Hospital N. N. = Hospital Nacional

S. = Sanatorio

C.S.M. = Clínica de Salud Mental C. S. = Centro de Salud

C. P. = Clínica periférica

Inst. = Institución

A = Autónoma E. = Estatal

Horario* = De lunes a viernes (y sábados en Censeps de 8:00-12:00)

8-17** = 8:00 - 12:00 y 13:00 - 17:00

8-20*** = 8:00 - 12:00 y 16:00 - 20:00

a = Psicología, Psiquiatría o Psicopedagogía

b = Medicina, Cirugía, Obstetricia, Pediatría y Laboratorio Clínico

c = Odontología

d = Trabajo Social

e = Infectología

Fuentes: Entrevistas cuestionario-guía aplicado en 1992.

INSTITUCIONES DE SALUD MENTAL

Análisis cuadro No. 1

La población guatemalteca que solicita el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica, es atendida a través de las instituciones de psicopedagogía y de salud mental, como respuesta a la problemática que ésta presenta.

1. TIPO DE INSTITUCION

1.1 Así vemos a una institución autónoma como: la Universidad de San Carlos de Guatemala con personalidad jurídica, que se rige por sus propias leyes y estatutos; por medio de sus dos dependencias, el Centro de Servicio Psicológico "Mayra Vargas Fernández" (Censeps) de la Escuela de Ciencias Psicológicas y la Unidad de Salud de la División de Bienestar Estudiantil, ambas en la ciudad universitaria, zona 12, elabora, dirige, organiza y desarrolla programas de psicopedagogía y de salud mental.

La Universidad de San Carlos de Guatemala, es una institución de formación de recurso humano, que proporciona los conocimientos teóricos y prácticos para brindar el servicio de psicopedagogía y de salud mental; por lo que a través de la investigación, le permite implementar nuevas técnicas con bases científicas para dar una mejor atención a la población que la solicita, o la necesita.

1.2 Por medio de una institución estatal a nivel central como: el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de sus catorce dependencias, el Hospital General "San Juan de Dios", zona 1; Hospital Roosevelt, zona 11, Hospital Nacional de Salud Mental, zona 18; Hospital de Infectología, zona 11; Sanatorio San Vicente, zona 7; Centro de Salud Mental Infantil, zona 1; Centro de Salud No. 21, zona 3; Centro de Salud, zona 6; Centro de Salud No. 3, Colonia Centro América, zona 7; Centro de Salud Santa Elena III, zona 18; Clínica Periférica Paraíso II, zona 18; Clínica Periférica 1o. de Julio, zona 19; Centro de Salud No. 13,

Justo Rufino Barrios, zona 21 y Centro de Salud El Milagro, zona 6 Mixco, sus acciones están dirigidas a la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, a fin de procurar la salud mental de la población que solicita este servicio

2. HORARIO DE ATENCION CLINICA

2.1 Con ocho horas de atención, el Censeps, brinda el servicio psicopedagógico a la población de 8:00 a 12:00 y de 13:00 a 17:00 de lunes a viernes y sábados de 8:00 a 12:00.

Este horario de atención, favorece a la población que solicita el servicio de atención en psicopedagogía, dando la oportunidad a los padres y maestros en función de sus compromisos, escoger la hora que pueda asistir y llevar a sus niños.

2.2 Con ocho horas de atención, la Unidad de Salud, brinda el servicio de atención en salud mental a la población de 8:00 a 16:00 de lunes a viernes.

El horario de atención en salud mental es adecuado para la población estudiantil universitaria, porque le permite escoger la hora más conveniente para asistir al servicio.

2.3 Con cuatro horas de atención, catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, brindan el servicio de salud mental a la población de lunes a viernes de 8:00 a 12:00. El Sanatorio San Vicente, atiende también de 16:00 a 20:00.

Este horario de atención en salud mental de cuatro horas, es una limitante para la población que solicita, o necesita el servicio de atención en salud mental, porque sólo puede asistir y recibir el servicio por las mañanas y no le permite elegir otra hora que le sea más conveniente.

3. SERVICIOS QUE PRESTAN

3.1 El servicio que presta el Censeps se centra en la

atención psicopedagógica a la población infantil, padres de familia, maestros de educación pre-primaria y primaria.

La población que solicita este servicio de psicopedagogía, se ve beneficiada porque la atención que recibe es adecuada y completa. Pero siendo la única dependencia de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos que atiende a la niñez guatemalteca, sólo brinda atención psicopedagógica; lo cual es una limitante para la población infantil que presenta otros trastornos mentales que también es de importancia atenderlos.

3.2 Además del servicio de atención en salud mental, la Unidad de Salud, brinda también los servicios de atención médica, odontológica y laboratorio clínico, para atender a la población estudiantil de la Universidad de San Carlos de Guatemala.

Estos programas están orientados a atender la salud mental incluyendo acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud integral de la población estudiantil universitaria.

3.3 Los servicios de Psicología y Psiquiatría, Medicina, Cirugía, Obstetricia, Pediatría y laboratorio clínico, lo brindan las catorce dependencias hospitalarias, centros y clínicas periféricas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Con el servicio odontológico cuentan los Hospitales General y Roosevelt, los Centros de Salud zonas 6, 7, las Clínicas Periféricas Paraíso II y 10. de Julio. Con servicio de Trabajo Social, cuentan los Centros de Salud Infantil, zona 6, Justo Rufino Barrios y las Clínicas Periféricas Paraíso II, 10. de Julio. Y el de Infectología en el Hospital de Infectología y el Sanatorio San Vicente.

Los programas de las dependencias del Ministerio de salud Pública y Asistencia Social, sus acciones están orientados a la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación para brindar atención en salud integral, incluyendo la salud mental.

4. PERSONAL PROFESIONAL

4.1 Diez psicólogos laboran de tres y cuatro horas en el Censeps en diferentes jornadas matutina y vespertina de lunes a viernes y sábados, quienes prestan servicio psicopedagógico a la población infantil que lo necesita. Así mismo, proporciona asesoría docente a los estudiantes practicantes de Psicología y carrera técnicas y a maestros de educación pre-primaria, primaria y personal que trabaja con niños. Además, asesora y promueve investigación en psicopedagogía. De acuerdo al número de psicólogos y a las horas en que laboran los profesionales, los programas de servicio directo que brindan, se proyectan a un número determinado de personas, para ofrecer una atención adecuada.

4.2 Cuatro Psicólogos laboran ocho horas en la Unidad de Salud, de lunes a viernes, para brindar el servicio de salud mental a la población estudiantil universitaria. Este número de profesionales es sumamente limitado para atender la demanda de salud mental de la población estudiantil que solicita el servicio, si se considera que excede a los 60,000 estudiantes.

4.3 Once psicólogos y once psiquiatras, laboran en el Hospital Nacional de Salud Mental. Cinco psicólogos y un psiquiatra en el Hospital General. Tres psicólogos y un psiquiatra, laboran en el Hospital Roosevelt. Tres psicólogos y dos psiquiatras, laboran en la Clínica de Salud Mental Infantil. Un psicólogo y un psiquiatra, laboran en el Sanatorio San Vicente. Un psicólogo labora en el Hospital

de Infectología, los Centros de Salud zonas 3, 6, 7, 18, 21 y 6 de Mixco y las Clínicas Periféricas Paraíso II, z.18 y 10. de Julio, z.18.

El número de psicólogos y psiquiatras que laboran en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, no es suficiente para atender la demanda de la población que es bastante numerosa, puesto que estos profesionales cuentan solamente con cuatro horas para prestar el servicio de salud mental. En los Centros de Salud y Clínicas Périfericas zonas 1, 3, 6, 7, 18, 21 y 6 de Mixco, los psicólogos además de prestar el servicio de salud mental, también tienen el compromiso con el Ministerio de Educación de dar apoyo motivacional y asesoría para capacitar a los maestros en detección temprana de trastornos psicopatológicos en la población escolar que cubre cada centro.

A manera de resumen tenemos que, la Universidad de San Carlos de Guatemala, a través de sus dos dependencias: el Censeps, con ocho horas diarias, de lunes a viernes de atención psicopedagógica, de lunes a viernes y cuatro horas los días sábados, y con diez psicólogos de tres y cuatro horas; el servicio que brindan se proyecta a un número determinado de personas. Y la Unidad de Salud, con ocho horas diarias de atención, de lunes a viernes, presta los servicios de medicina general, odontología, laboratorio clínico y de salud mental, con cuatro psicólogos brindan salud mental, lo cual es sumamente limitado para atender la demanda estudiantil que excede a los 60,000 estudiantes. También el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a través de sus catorce dependencias estatales, con cuatro horas diarias, de lunes a viernes, de atención en salud mental, brinda además los servicios de medicina general, odontología, trabajo social e infectología, con un total de treinta y tres psicólogos y diecinueve psiquiatras es insuficiente para atender la demanda de la población, que es mayor. Además, brindan apoyo motivacional y asesoría a maestros de educación escolar.

DIVULGACION EN SALUD MENTAL

Cuadro No. 2

Forma de divulgar y promocionar el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica a la población por la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	Forma de divulgar y promocionar el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica en la ciudad de Guatemala						
		Escritos	televisivos	radiales	otros *			
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS							
1.1	Censeps, z.1	X		X		X	X	
1.2	Unidad de Salud z.12	X		X		-	X	
2	MINISTERIO DE SALUD							
2.1	H. General, z. 1	-		-		-	X	
2.2	H. Roosevelt, z.11	-		-		-	X	
2.3	H.N. Salud Mental, z.18	X		X		-	X	
2.4	H. Infectología, z.11	X		X		-	-	
2.5	S. San Vicente, z. 7	-		-		-	X	
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	X		-		-	X	
2.7	C. de Salud No.21, z. 3	-		-		-	X	
2.8	Centro de Salud, z. 6	-		-		-	X	
2.9	C. S. No.3 C.A., z. 7	X		-		-	X	
2.10	C.S.Sta.Elena III, z.19	-		-		-	X	
2.11	E. P. Paraíso II, z.19	-		-		-	-	
2.12	C. P. 10. de Julio, z.19	X		-		-	X	
2.13	C.S. No.13 J.R.B., z.21	-		-		-	X	
2.14	C.S.El Milagro Mix, z. 6	-		-		-	X	
TOTAL		2	5	2	2	1	2	12

ps. = psicológica
 psq. = psiquiátrica

Otros * = (pláticas, seminarios, cursos, comunidad)

Fuente: Entrevistas cuestionario-guía aplicado en 1992.

DIVULGACION DE SALUD MENTAL

Análisis cuadro No. 2

La divulgación del servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica a través de medios de comunicación escritos, televisivos, radiales y otros (pláticas, seminarios, cursos, comunidad), forman parte de los procedimientos de los Programas Psicopedagógico y de Salud Mental, de las dependencias que brindan ese servicio, tanto en la Universidad de San Carlos de Guatemala, como en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; esta divulgación se realiza en la forma siguiente:

1. MEDIOS ESCRITOS

1.1 A través de medios escritos como: trifoliales, panfletos y carteles, el Censeps de la Escuela de Ciencias Psicológicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, por su parte, proporciona atención psicopedagógica a la población infantil del país, principalmente del área urbana; a- Niños con problemas de aprendizaje escolar (de 6 a 14 años), tales como: dificultades en lectura, escritura y aritmética, bajo rendimiento escolar, repitencia de grados; b- Niños con retraso mental (de 5 a 15 años); c- Padres de familia; d- Maestros de educación pre-primaria y primaria y e- Personas vinculadas con el desarrollo y la educación del niño. Con horario de lunes a jueves de 8:00 a 12:00 y de 14:00 a 17:00. Sábados de 8:00 a 12:00. La atención es gratuita.

Esta divulgación escrita, de la atención psicopedagógica, está dirigida en relación al tipo de necesidades que presenta un sector de la población alfabetada del área urbana de la ciudad y el interior del país que solicita el servicio; y se realiza con el propósito de promover la salud mental de los niños, de cada uno de los miembros de la familia y de la comunidad en general. Cuenta con actividades definidas, orientadas por un equipo multidisciplinario integrado por psicólogos, psiquiatras,

maestros de educación especial, terapeuta del lenguaje, terapeuta ocupacional, médico pediatra y neurólogo.

Los medios escritos, como estos, tienen la ventaja que son de fácil y rápida distribución y, por el material con que se elaboran, son relativamente de bajo costo; para la población, son gratuitos.

Estos medios escritos, también tienen la limitación de ser perecederos, o sea de muy fácil deterioro.

La divulgación escrita además, presenta la dificultad que sólo puede ser distribuida a la población que sabe leer, lo que limita su campo de efectividad a solamente la población alfabetizada que solicite este servicio.

Por aparte, la demanda de atención, procedente de la población que recibe esta información, es considerable; y en consecuencia, las personas que solicitan el servicio es mayor a la población que puede ser atendida por este centro; el cual, de acuerdo a su naturaleza académica, cuenta con un número de personal y una infraestructura, acorde a su función y objetivos.

1.2 A través de medios escritos como: panfletos y carteles, la Unidad de Salud de la Universidad de San Carlos de Guatemala, proporciona atención en salud mental, orientación vocacional y de rendimiento académico, dirigida a la población estudiantil de la Universidad de San Carlos. Con horario de lunes a viernes 8:00 a 16:00. Esta divulgación tiene el propósito de facilitar al estudiante universitario, la comprensión de su conducta y sus emociones; y a su vez, comprender a los demás, para vivir una vida plena y productiva.

Estos medios escritos son de fácil distribución y la elaboración del material es de bajo costo. Son gratuitos.

Estos medios escritos tienen la limitación de ser distribuidos solamente para informar a los estudiantes de la Universidad de San Carlos, porque sus actividades de

servicio están determinadas por la organización, infraestructura y objetivos de la institución y por ende son exclusivas para esta población.

El estudiante universitario, por medio de la divulgación, tiene pleno conocimiento de los Programas de Atención en Salud Mental que se brindan como apoyo a sus estudios académicos.

1.3 A través de medios escritos como: volantes, en el Hospital Nacional de Salud Mental y en el Hospital de Infectología, al igual que en el Centro de Salud Mental Infantil, en el Centro Salud No. 3 y en la Clínica Periférica 10. de Julio, informan a la población que necesita, o solicita, la atención médica que la institución ofrece por medio de un departamento, sección o unidad de psicología y psiquiatría respectivamente.

En relación con estas dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, son muy pocos los medios escritos que necesitan utilizar, debido sobre todo a que, la población llega a ellas, principalmente, a solicitar consulta externa médica. Los médicos que los atienden, por su parte, los refieren al departamento, sección o unidad de psicología, o psiquiatría, cuando consideran necesario este servicio.

2. MEDIOS TELEVISIVOS

2.1 A través de medios televisivos, el Censeps, la Unidad de Salud, el Hospital Nacional de Salud Mental y el Hospital de Infectología, divulgan la atención psicopedagógica y de salud mental respectivamente, en los diferentes programas a que son invitados para tratar temas relacionados con problemas de aprendizaje y aspectos diversos de la salud mental, con el propósito de que la población a quien se dirigen estos programas, tengan información, orientación o conocimientos específicos acerca de esta problemática y a donde puede acudir para recibir ayuda.

Como ventaja de estos medios televisivos, se puede decir que son vistos y escuchados por personas que no necesariamente saben leer; pero a la vez, presentan la desventaja de que el acceso a este recurso, no está al alcance económico de toda la población y que también hay grandes áreas del país que carecen del servicio eléctrico o que por la distancia de la ciudad capital, no reciben la señal televisiva y aunque en algunas regiones se cuenta con repetidoras, no es suficiente.

Los temas tratados en estos programas televisivos, debido a las invitaciones, son específicos, y se limitan a abordar aspectos particulares. La hora y la regularidad en que se transmiten dichos programas, limita también que lo vean solamente aquellas personas interesadas en temas científicos, además el número de los programas es reducido.

A través de estos medios televisivos, se promocionan los servicios de psicopedagogía y de salud mental, al mismo tiempo que se informa o expone el tema.

3. MEDIOS RADIALES

3.1 A través de medios radiales, el Censeps, divulga y promociona el servicio de atención psicopedagógica por medio de la Radio Univesitaria: 92.3 FM, es la frecuencia.

Estos medios radiales, presenta entre muchas dos ventajas sobre los medios escritos y televisivos, una, que son comprendidos por personas a las que no se les requiere que sepan leer. Y de igual forma, otra, que por medio de radios portátiles, pueda ser radiada a todo el territorio nacional.

Así, un mayor número de personas, tienen conocimiento de la institución y de los servicios que presta.

4. OTROS MEDIOS DE DIVULGACION

A través de otros medios de divulgación como: pláticas, seminarios, cursos, talleres, comunidad, la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud y Asistencia Social, divulgan y promocionan sus servicios de atención psicopedagógica y de salud mental en forma directa, e indirecta, por intermedio de la población que es atendida en las dos dependencias de la Universidad de San Carlos, y en los hospitales, centros y clínicas periféricas de ese Ministerio.

La ventaja de estos medios de divulgación y promoción es que a través de las pláticas y charlas a la población que asiste a estas actividades, el contacto y comunicación es directa de persona a persona. Es indirecta cuando estas mismas personas lo comunican después a su familia, vecinos o amigos.

La limitación de esta forma de divulgación es que se enteran sólo se enteran las familias, vecinos o personas cercanas a la población que asiste al servicio.

Esta forma última de divulgación y promoción del servicio de atención psicopedagógica y de salud mental: directa e indirecta, aunque la realizan la mayoría de las instituciones investigadas, ofrece también otra limitación: no es ni sistemática, ni permanente; y muchas veces, obedece principalmente a la organización o invitación a las actividades que se programen, ya sea en eventos académicos, científicos o culturales. De igual forma, depende del tiempo, interés y conocimiento que los profesionales, u otro personal del servicio, le proporcionen.

A manera de resumen puede decirse que a través de los medios divulgativos: escritos, como trifoliales, panfletos y carteles; televisivos; radiales (sólo Censeps); y los otros medios, como pláticas, seminarios, cursos, talleres, comunidad, la Universidad de San Carlos de Guatemala, promueve el servicio de atención psicopedagógica y de salud mental. Mientras que, de las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, doce utilizan más otros medios, por estar vinculadas especialmente a la atención a la comunidad. Cinco utilizan los medios escritos como: volantes y sólo dos utilizan los medios televisivos.

PROCEDIMIENTOS DE ATENCION CLINICA

Cuadro No. 3

Procedimientos para brindar la atención psicológica y psiquiátrica clínica a la población por la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la ciudad de Guatemala.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	Procedimientos ingreso al servicio				Requisitos ingreso al servicio				servicio de atención		Tipo programas que presta la institución %				
		1	2	3	4	a	b	c	d	G	P	p	c	t	pc	
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS															
1.1	Censeps, z.12	X	X	-	-	X	-	X	-	X	-	50	25	25	-	
1.2	Unidad de Salud, z.12	X	X	-	-	-	-	-	X	X	-	70	15	15	-	
2	MINISTERIO DE SALUD															
2.1	H. General, z. 1	X	X	X	X	X	-	-	-	X	-	25	25	25	25	
2.2	H. Roosevelt, z.11	-	X	-	-	X	X	-	-	-	X	31.5	52	-	16.5	
2.3	H.M. Salud Mental, z.18	-	-	-	X	X	X	X	-	-	X	5	85	5	5	
2.4	H. Infectología, z.11	X	X	X	X	X	-	X	-	X	-	40	60	-	-	
2.5	S. San Vicente, z. 7	-	X	X	X	X	-	-	-	X	-	45	45	10	-	
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	X	-	-	-	-	-	X	X	X	-	45	55	-	-	
2.7	C. de Salud No.21, z. 3	X	-	X	-	-	-	X	-	X	-	70	30	-	-	
2.8	Centro de Salud, z. 6	X	X	X	-	X	-	X	-	X	-	-	20	-	80	
2.9	C. S. No.3 C.A., z. 7	X	-	-	-	-	X	X	-	-	X	40	30	30	-	
2.10	C.S.Sta.Elena III, z.18	-	-	X	-	-	-	-	-	X	-	37.5	25	-	37.5	
2.11	C. P. Paraíso II, z.18	-	-	-	X	-	X	X	-	-	X	30	30	-	40	
2.12	C. P. 1o. de Julio, z.19	-	X	X	-	X	X	-	-	-	X	-	75	-	25	
2.13	C.S. No.13 J.R.B., z.21	X	-	-	X	-	-	X	-	X	-	-	20	-	80	
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	X	-	X	-	-	-	X	-	X	-	75	25	-	-	
TOTAL		10	8	8	6	8	5	10	2	11	5	31.7	41.2	5	22.1	

- Ps./psq. = Psicológica/Psiquiátrica
 1 = Solicitar cita entrevista inicial
 2 = Completar requisitos de ingreso
 3 = Exámenes previos médicos y psicológicos
 4 = Otros (Consulta externa, hospitalizados)
 a = Documentos
 b = Pagos
 c = Acompañante
 d = Otros (niños, universitarios)
 G = Gratuito
 P = Pagado
 p = Preventivo
 t = tratamiento
 r = Rehabilitación
 pc = Participación comunitaria

Fuente: Entrevistas cuestionario-guia aplicado en 1992.

PROCEDIMIENTOS DE ATENCION CLINICA

Análisis cuadro No. 3

Los procedimientos de atención clínica psicológica y psiquiátrica clínica, de las dependencias de la Universidad de San Carlos y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, forman parte de los programas de servicio; y constituyen el primer contacto de la población con el centro, para luego ser referida al departamento, sección o unidad de salud mental, quienes lo prestan en la siguiente manera:

1. PROCEDIMIENTOS Y REQUISITOS DE INGRESO

1.1 Los procedimientos y requisitos de ingreso que establece el Censeps a la población, para brindar el servicio psicopedagógico, es solicitar la primera entrevista con el psicólogo. A la vez, se le solicita a los padres, presentar la partida de nacimiento de los niños. Si son referidos por los maestros u otra institución, se les solicita, presentar una carta de "Referencia Escolar". El servicio es gratuito.

1.2 En la Unidad de Salud, a la población estudiantil se le solicita presentar el carnet de ser estudiante de la Universidad de San Carlos, en los procesos regulares de primer ingreso tiene que presentarse a exámenes médicos previo a la primera entrevista con el psicólogo. El servicio que prestan es gratuito.

1.3 En las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la solicitud de la entrevista inicial con el psicólogo o psiquiatra, es después de que ha sido referido por consulta externa, que es el primer contacto que tiene la población con la institución. En el Departamento de Admisión, se le inicia el expediente, y le solicitan a la población documentos como: cédula de vecindad o partida de nacimiento y persona responsable, si es menor de edad. Carta de referencia si va de otra institución o escuela. El servicio es gratuito.

Los procedimientos y requisitos de ingreso, que establecen las instituciones que brindan el servicio de

atención en salud mental a la población, proporcionan al psicólogo o psiquiatra una breve descripción inicial de la condición general del paciente, lo cual permite en principio, establecer una relación psicoterapeuta-paciente adecuada.

2. TIPO DE PROGRAMAS

2.1 Dentro de los programas de atención que presta el Censeps, el de servicio se desarrolla, en un 50% preventivo; tomando en cuenta que las actividades están orientadas principalmente a la población infantil escolar que presenta problemas de aprendizaje escolar. De tratamiento en un 25% y de rehabilitación en un 25%, se atiende a la población, de acuerdo a la naturaleza de los problemas propios que presentan en cada caso.

2.2 En los tipos de programas de atención que presta la Unidad de Salud, la mayoría están orientados a la prevención, en un 70%; donde la población estudiantil, recibe orientación vocacional, rendimiento académico y motivacional. En cuanto al tratamiento en un 15%; y de rehabilitación en un 15%, es mínimo, puesto que sus actividades específicas se dedican mayormente a la prevención.

2.3 El tipo de programas de salud mental con que cuentan las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es en su mayoría de tratamiento en un 41.2%; puesto que la población llega a estas instituciones, principalmente, por consulta externa y es referida al servicio psicología y psiquiatría para recibir terapia de apoyo. Es preventivo en un 31.7%, porque algunas acciones de estas dependencias están orientadas al trabajo de prevención de enfermedades, actuando en muchos casos antes de que estas aparezcan y en consecuencia, pueden evitarlas. Le sigue la participación o atención comunitaria en un 22.1%, en donde las dependencias que la realizan, están orientadas al trabajo con la comunidad para informar, educar, orientar y motivar la salud mental. Y por último, está la rehabilitación en un 5%:

lo cual es mínimo en relación a los otros tipos de programas, porque en su mayoría responden tanto a la naturaleza de las necesidades o problemas de salud mental que presenta la población que solicita el servicio, como a las características propias de esas dependencias.

En resumen, puede decirse que los procedimientos establecidos por el Censeps y la Unidad de Salud es solicitar entrevista inicial, documentos de identificación, acompañante para los menores y carta de referencia; el servicio es gratuito y sus programas están orientados a la población infantil en un 50% preventivo, 25% de tratamiento y 25% rehabilitativo; para la población estudiantil universitaria en un 70% preventivo, 15% de tratamiento y 15% rehabilitativo. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través de sus catorce dependencias solicitan documentos de identificación, acompañante para los menores y carta de referencia; el servicio es gratuito y sus programas están orientados a la población, en un 31.7% preventivo, 41.2% de tratamiento, 5% rehabilitativo y en un 22.1% de participación comunitaria. En estos procedimientos se proporciona inicialmente una breve descripción general del paciente, lo cual permite en principio, establecer una relación psicoterapeuta-paciente adecuada. Es a través de estos programas de salud mental que responden a las necesidades que presenta la población que solicita, o necesita el servicio.

POBLACION ATENDIDA EN SALUD MENTAL

Cuadro No. 4

Población atendida por la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la ciudad de Guatemala.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	Número de Población atendida en 1991	Tipo de programas que presta la institución %				Número Profesionales que prestan atención ps. y psq. clínica		
			p	c.	t	pc	Psicólogo	Psiquiatra	
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS								
1.1	Censeps, z.12	3,731	50	25	25	-	10	-	-
1.2	Unidad de Salud, z.12	2,000	70	15	15	-	4	-	-
2	MINISTERIO DE SALUD								
2.1	H. General, z. 1	4,000	25	25	25	25	5	1	
2.2	H. Roosevelt, z.11	2,535	31.5	52	-	16.5	3	1	
2.3	H.M. Salud Mental, z.18	17,967	5	85	5	5	11	14	
2.4	H. Infectología, z.11	-	40	60	-	-	1	-	
2.5	S. San Vicente, z. 7	2,800	45	45	10	-	1	1	
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	-	45	55	-	-	3	2	
2.7	C. de Salud No.21, z. 3	100	70	30	-	-	1	-	
2.8	Centro de Salud, z. 6	450	-	20	-	80	1	-	
2.9	C. S. No.3 C.A., z. 7	300	40	30	30	-	2	-	
2.10	C.S.Sta.Elena III, z.18	88	37.5	25	-	37.5	1	-	
2.11	C. P. Paraíso II, z.18	-	30	30	-	40	1	-	
2.12	C. P. 10. de Julio, z.19	-	-	75	-	25	1	-	
2.13	C.S. No.13 J.R.B., z.21	279	-	20	-	80	1	-	
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	-	37.5	25	-	37.5	1	-	
TOTAL		28,519	31.7	41.2	5	22.1	14	33	19

ps. = Psicológica

psq. = Psiquiátrica

p = Preventivo

t = tratamiento

r = Rehabilitación

pc = Participación comunitaria

Fuente: Entrevistas cuestionario-quiz aplicado en 1992.

POBLACION ATENDIDA EN SALUD MENTAL

Análisis cuadro No. 4

La atención psicológica y psiquiátrica clínica está dirigida de acuerdo a los programas de servicio que tienen las dependencias Universidad de San Carlos y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en correspondencia con las necesidades que presenta la población que solicita o necesita esta atención, la cual presentó las características siguientes:

1. POBLACION ATENDIDA

1.1 La población total atendida durante el año 1991 en el Censeps, en cuanto a atención psicopedagógica, fue de tres mil setecientas treinta y una personas (3,731), la mayoría maestros de educación primaria, a la cual se le proporcionó: servicio psicopedagógico escolar y especial a la población infantil; orientación psicopedagógica a padres de familia, a maestros de educación pre-primaria y primaria; y a personal que trabaja con niños. Los programas de servicio directo que brindan, se proyectan a un número determinado de personas, para ofrecer una atención adecuada. Desarrollando como ya se indicó un 50 % actividades de tipo preventivo, puesto que las actividades están orientadas a la población infantil escolar que presenta problemas de aprendizaje. Un 25 % en los programas de tratamiento; y 25 % en los de rehabilitación. Los estudiantes practicantes, atienden a la población bajo supervisión profesional en los problemas propios de cada caso.

1.2 La población total atendida durante el año 1991 en la Unidad de Salud, en cuanto a atención en salud mental, es de dos mil personas (2,000), se brindó el servicio de salud mental a la población estudiantil universitaria. El número de profesional (4 Psicólogos), se considera limitado para

atender dicha demanda, puesto que la población excede a los 60,000 estudiantes, con lo que se desarrollan como ya se indicó los programas de servicio, en su mayoría, orientados a la prevención, en un 70 %, y en donde la población estudiantil, recibe orientación vocacional y motivacional. Los programas de tratamiento y rehabilitación se proporcionan en un 15 %. Este porcentaje, se considera como mínimo, en relación a la prevención que debiera abarcar a la población total.

1.3 La población total atendida durante el año 1991 en las dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en cuanto a atención en salud mental, es de veintiocho mil quinientos diecinueve (28,519), a cargo de treinta y tres psicólogos y diecinueve psiquiatras, lo cual se considera insuficiente para atender la demanda total de la población que es mucho mayor. Dichos profesionales como ya se indicó desarrollan los programas siguientes: Preventivo, tratamiento, rehabilitación y participación comunitaria. En su mayoría la atención de tratamiento en un 41.2 %, puesto que la población llega principalmente a consulta externa médica y es referida para recibir atención psicológica y psiquiátrica como: terapia de apoyo. Preventivo en un 31.7%, previniendo las enfermedades, es decir evitándolas antes que aparezcan. Le sigue la participación comunitaria en un 22.1%, estas acciones están orientadas al trabajo con la comunidad, para informar, educar, orientar y motivar respecto a la salud mental. Y por último, la rehabilitación en un 5%, lo cual es mínimo en relación a los otros programas y a las necesidades de una población mucho mayor.

En resumen se puede decir que 3,731 es la población atendida por Censeps en 1991, desarrollando los programas en un 50% preventivo, 25 % tratamiento y 25 % rehabilitación. 2,000 es la población atendida en la Unidad de Salud, desarrollando los programas en un 70 % preventivo, tratamiento en un 15 % y rehabilitación en un 15 %; y 28,519, es la población atendida por las dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1991, desarrollando los programas en un 41.2 % tratamiento, en un 31.7 % preventivo, en un 22.1 % participación comunitaria y en un 5% rehabilitación.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA EN SALUD MENTAL

Cuadro No. 5 -Primera Parte-

Características generales de la población atendida de enero a junio 1992 por la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la ciudad de Guatemala.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica	Población atendida de enero a junio 1992 %						Escolaridad de la población atendida en la clínica de salud mental %				Grupo % étnico de la población atendida	
		Niños **		Adolescentes*		Adultos ***		A	P	S	U	L	I
		F	M	F	M	F	M						
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS												
1.1	Censeps, z.12	5	7	11	1	68	8	18	68	10	20	95	5
1.2	Unidad de Salud, z.12	-	-	-	-	35	65	-	-	-	100	96	4
2	MINISTERIO DE SALUD												
2.1	H. General, z. 1	18	18	18	15	21	18	18	68	25	5	38	70
2.2	H. Roosevelt, z.11	18	7	20	5	33	17	20	75	4	1	70	38
2.3	H.N. Salud Mental, z.18	-	-	0.4	0.6	47	52	44	40	15	1	73	27
2.4	H. Infectología, z.11	30	50	-	-	15	5	20	80	-	-	20	80
2.5	S. San Vicente, z. 7	3	2	10	10	35	40	88	12	-	-	45	55
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	15	23	3	9	35	15	15	75	7	3	75	25
2.7	C. de Salud No.21, z. 3	35	30	-	-	25	5	70	20	10	-	20	80
2.8	Centro de Salud, z. 6	35	40	-	-	24	1	35	70	-	-	95	5
2.9	C. S. No. 3 C. A., z. 7	45	15	3	2	28	7	10	60	25	5	99	1
2.10	C.S.Sta.Elena III, z.18	20	30	8	2	38	2	38	62	-	-	20	80
2.11	C. P. Paraíso II, z.18	10	2	20	5	40	15	5	70	23	2	90	10
2.12	C. P. 1o. de Julio, z.19	25	50	10	5	8	2	8	92	-	-	100	-
2.13	C.S. No.13 J.R.B., z.21	2	2	1	1	95	1	10	85	5	-	95	5
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	25	10	18	15	27	5	18	80	2	-	50	50
TOTAL		21	20	8	5	33	13	28	63	8	1	63	37

** Niños = 0 - 12 años
 * Adolescentes = 13 - 18 años
 *** Adultos = 19 - 64 años o más

F = Femenino
 M = Masculino

A = Analfabetos P = Primaria S = Secundaria U = Universitaria

L = Ladino
 I = Indígena

Fuentes: Entrevistas cuestionario-guía aplicado en 1992.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA EN SALUD MENTAL

Análisis cuadro No. 5 -Primera Parte-

La población que solicita la atención psicológica y psiquiátrica clínica Y que es atendida por la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, presenta las siguientes características:

1. POBLACION ATENDIDA

1.1 La población atendida durante 1992 en el Censeps, en porcentajes fue de 12%: 5% niñas y 7% niños; adolescentes 12%: 11% mujeres y 1% hombres; y adultos 76%: 68% mujeres y 8% hombres.

El 52% de la población adulta atendida, lo constituyen los maestros, quienes reciben orientación y capacitación psicopedagógica, para atender a la población infantil escolar que presente problemas de aprendizaje, lo cual forma parte de los programas de prevención. El 24% de niños y en igual porcentaje de padres de familia, quienes también asisten para ser orientados, forman parte de los programas de tratamiento y rehabilitación del Centro.

1.2 La población estudiantil de la Universidad de San Carlos, atendida en la Unidad de Salud, en porcentajes fue de 100%: 35% mujeres y 65% hombres.

La población estudiantil atendida, manifiesta mayor respuesta de hombres a los programas preventivos de salud mental que proporciona la Unidad, puesto que consultan por consulta externa médica, quienes los refieren a psicología para apoyo preventivo.

1.3 La población atendida en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en porcentajes fue de 41%: 21 % niñas y 20 % niños; adolescentes 13%: 8 % mujeres y 5 % hombres; y adultos 46%: 33% mujeres y 13% hombres.

El mayor porcentaje de la población atendida, lo

conforman mujeres, quienes llegan principalmente a consulta externa, quien es referida a programas preventivos de salud mental, lo cual al principio, dificulta una adecuada relación psicoterapeuta-paciente por ser referida por la propia institución o dependencia y no por decisión propia.

2. ESCOLARIDAD

2.1 La escolaridad de la población que asiste al servicio en el Censeps, en porcentajes: 10% analfabeta, 90% alfabeto: 80% primaria, 10% secundaria y 20% universitaria.

El mayor porcentaje de la población atendida es alfabeto, quienes lo conforman niños en edad escolar, padres de familia y maestros de educación preprimaria y primaria. La población analfabeta la conforman niños que están en el programa de psicopedagogía especial (niños que presentan retraso mental) y algunos padres de familia. La ventaja de que la población sepa leer y escribir facilita la comprensión y participación en los diferentes programas de salud mental del centro, lo cual permite establecer una adecuada relación psicoterapeuta-paciente.

2.2 La escolaridad de la población que asiste al servicio en la Unidad de Salud, en cuanto a porcentajes, el 100% es universitaria.

El nivel académico de la población, favorece la comprensión de los programas de salud mental, lo cual permite una mayor participación y establecer una relación apropiada.

2.3 La escolaridad de la población atendida en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en porcentajes es: 28% analfabeta, 63% primaria, 8% secundaria y 1% universitaria.

La mayor parte de la población atendida es alfabeto, lo cual permite facilitar la relación psicoterapeuta-paciente, puesto que hay mayor colaboración.

3. GRUPO ETNICO

3.1 La etnia de la población atendida en el Censeps, en porcentajes es: 95% ladina y 5% indígena.

La mayor parte de la población que asiste al servicio de salud mental es ladina, puesto que la ciudad capital está constituida en su mayoría por este grupo étnico, y son quienes tienen mayor acceso a los servicios que se brindan. Además, la cultura les permite aceptar mejor la atención clínica psicopedagógica; lo cual favorece también la relación psicoterapeuta-paciente.

3.2 La etnia de la población atendida en la Unidad de Salud, en porcentajes es: 96% ladina y 4% indígena.

La mayor parte de la población que estudia en la Universidad es ladina y su nivel académico y cultural, les permite aceptar mucho más la atención en salud mental; lo cual favorece establecer la relación psicoterapeuta-paciente.

3.3 La etnia de la población atendida en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en porcentajes es: 63% ladina y 37% indígena.

El porcentaje mayor de personas atendidas es ladina, lo cual favorece la relación psicoterapeuta-paciente, puesto que la cultura le permite aceptar en su mayor parte la atención clínica. Con la población indígena, hay que tomar cuenta que su modo de pensar, su lengua y sus costumbres, ligadas todas ellas, a la vida de la comunidad en que se desarrollan, dificulta establecer una adecuada relación psicoterapeuta-paciente.

En resumen puede decirse que el 52% de la población atendida en Censeps, lo constituyen los maestros, quienes forman parte de los Programas de Prevención Escolar. El 48% de niños y padres constituye la población de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación. La mayoría alfabeta y ladina,

permite establecer en mejor forma la relación psicoterapeuta-paciente. En la Unidad de Salud, la mayor parte de la población atendida fueron hombres y es población alfabeta y ladina, con un nivel académico y cultural que les permite establecer una mayor y mejor relación apropiada de persona a persona. Y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, el mujeres son el mayor porcentaje atendido. El 72% de la población alfabeta y ladina, permite establecer una relación adecuada con el psicoterapeuta. La población indígena, el modo de pensar, su lengua y costumbres, dificulta esta relación.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA EN SALUD MENTAL

Cuadro No. 6 -Segunda Parte-

Características generales de la población atendida de enero a junio 1992 por la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la ciudad de Guatemala.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	%Procedencia de la población		Condición socioeconómica población %			Ocupación de la población atendida en la clínica %					
		C	D	A	M	B	1	2	3	4	5	
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS											
1.1	Conseps, z.12	98	2	-	25	75	3	12	2	-	-	83
1.2	Unidad de Salud, z.12	92	8	-	83	27	-	25	-	-	-	75
2	MINISTERIO DE SALUD											
2.1	H. General, z. 1	40	60	-	-	100	1	14	5	40	40	
2.2	H. Roosevelt, z.11	65	35	-	1	99	-	1	1	3	95	
2.3	H.N. Salud Mental, z.18	33	67	1	13	86	1	3	15	7	74	
2.4	H. Infectología, z.11	10	90	-	-	100	-	50	50	-	-	
2.5	S. San Vicente, z. 7	18	82	-	-	100	-	-	-	-	-	100
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	80	20	5	45	50	1	50	35	14	-	
2.7	C. de Salud No.21, z. 3	40	60	-	10	90	-	50	25	25	-	
2.8	Centro de Salud, z. 6	100	-	-	-	100	-	30	-	-	-	70
2.9	C. S. No. 3 C. A., z. 7	99	1	-	30	70	5	20	25	-	-	50
2.10	C.S.Sta.Elena III, z.18	100	-	-	10	90	-	50	-	-	-	50
2.11	C. P. Paraíso II, z.18	90	10	-	-	100	-	40	5	5	30	
2.12	C. P. 1o. de Julio, z.19	100	-	-	25	75	-	75	25	-	-	
2.13	C.S. No.13 J.R.B., z.21	100	-	-	-	100	-	2	2	-	-	96
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	100	-	-	-	100	-	65	11	11	13	
TOTAL		70	30	0.4	9.6	90	0.6	33	14	8	44.4	

ps. = psicológica psq. = psiquiátrica

C = Capital D = Departamento

A = Alta M = Media B = Baja

1 = Profesional 2 = Obrero 3 = Artesano 4 = Estudiante

5 = Otros (ama de casa, maestra, estudiante trabajador, subempleado, campesino, vendedor)

Fuentes: Entrevistas cuestionario-guía aplicado en 1992.

CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ATENDIDA EN SALUD MENTAL

Análisis cuadro No. 6 -Segunda Parte-

La población que solicita la atención psicológica y psiquiátrica clínica, y que es atendida por la Universidad de San Carlos y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, presenta las características siguientes:

1. PROCEDENCIA

1.1 La procedencia de la población atendida en el Censeps, en porcentajes es: 98% de la ciudad capital y 2% departamental.

La mayoría de la población atendida vive en la capital a donde están dirigidos los programas del centro, en forma principal.

1.2 La procedencia de la población atendida en la Unidad de Salud, en porcentajes es: 92% de la capital y 8% departamental.

La mayoría de la población procede de la ciudad, puesto que en ella vive.

1.3 La procedencia de la población atendida en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en porcentajes es: 70% de la ciudad capital y 30% departamental.

La mayoría de la población atendida en el Censeps, la Unidad de Salud y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, procede de la ciudad capital, lo cual favorece el acceso, la asistencia y puntualidad a la atención clínica psicopedagógica y de salud mental. A la población departamental, por la distancia se le dificulta asistir a esta atención, y donde la relación psicoterapeuta-paciente no se establece apropiadamente. Esta población llega principalmente a consulta externa médica.

2. CONDICION SOCIOECONOMICA.

2.1 La condición socioeconómica de la población que asiste al Censeps, en porcentajes es: 25% media y 75% baja.

Dado que la población que demanda la atención en salud mental y el 75% no cuenta con el recurso económico, el Censeps presta este servicio gratuitamente para satisfacer las necesidades que presenta esta población.

2.2 La condición socioeconómica de la población estudiantil universitaria que asiste al servicio de salud mental en la Unidad de Salud, en porcentajes es: 83% media y 27% baja.

La mayoría de la población es de condición media: estudiante trabajador; quien recibe la atención en salud mental como parte de los programas de prevención que tiene la Universidad de San Carlos de Guatemala.

2.3 La condición socioeconómica la población atendida en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en porcentajes es: 0.4% alta, 9.6% media y 90% baja.

La mayoría de la población atendida es de escaso recurso económico, quien acude a estas dependencias, porque brindan la atención en salud mental sin costo alguno para resolver la demanda de la población. Además, como esta población antepone su trabajo a la atención de su salud mental, o bien no le dan permiso para asistir con regularidad al centro, limita la relación psicoterapeuta-paciente porque no hay continuidad en el tratamiento que se le proporcione.

3. OCUPACION

3.1 La ocupación de la población adulta atendida en el Censeps, en porcentajes es: 3% profesional, 12% obrera, 2% artesano y 83% otros (amas de casa, maestros)

La mayoría de la población atendida, la conforman

maestros de educación preprimaria y primaria, quienes forman parte de los Programas de Prevención Escolar Infantil. Y los obreros, artesanos y amas de casa, lo conforman los padres de familia, quienes forman parte de los Programas de Tratamiento y Rehabilitación que brinda el centro.

3.2 La ocupación de la población que asiste a la Unidad de Salud, en porcentajes es: 25 % obrera y 75 % estudiante trabajador.

La totalidad de la población es estudiante trabajador, y forma parte del Programa de Prevención de Salud de la Unidad, y a quienes sus actividades laborales, no les permite asistir con regularidad al servicio; lo cual interfiere en la relación psicoterapeuta-paciente en su evaluación o tratamiento.

3.3 La ocupación de la población que asiste a las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en porcentajes es: 0.6% profesional, 33% obrera, 14% artesana, 8% estudiante y 44.4% otros (amas de casa, maestros, estudiantes trabajadores, subempleados, campesinos, vendedores).

La mayoría de la población es trabajadora, quienes llegan principalmente por consulta externa médica, referidos al servicio de salud mental, en segunda instancia, lo cual no permite establecer una apropiada relación psicoterapeuta-paciente, porque debido a muchos factores, no hay una continuidad en el tratamiento.

En resumen puede decirse que la mayoría de la población atendida en el Censeps 98%, Unidad de Salud 92% y en las dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 70%, procede de la ciudad capital, de clase socioeconómica baja, quienes trabajan; lo cual debido a una serie de factores, no les permite continuidad en el

tratamiento de salud mental.

Es importante señalar que por sus características de residencia y situación laboral o estudiantil, a estas personas se les podría ofrecer una mayor oportunidad y cobertura en cuanto a la atención preventiva y asistencial de su salud mental.

PERSONAL PROFESIONAL DE LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN EN SALUD MENTAL

Cuadro No. 7 -Primera Parte-

Personal Profesional psicólogo y psiquiatra que presta el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica en la Universidad de San Carlos y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la ciudad de Guatemala.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica	Profesional asignado al servicio de atención clínica No.		Promedio experiencia clínica psicológica y psiquiátrica %						Experiencia o especialización realizada por el profesional %		
		Ps.	Psq.	Psicólogos			Psiquiatras			País	Extranjero	
				a	b	c	a	b	c			
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS											
1.1	Censeps, z.12	10	-	-	20	80	-	-	-	100	-	-
1.2	Unidad de Salud, z.12	4	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-
2	MINISTERIO DE SALUD											
2.1	H. General, z. 1	5	1	-	-	100	-	-	100	100	-	-
2.2	H. Roosevelt, z.11	3	1	25	-	75	-	-	100	75	25	-
2.3	H.M. Salud Mental, z.18	11	14	18	-	82	-	2	98	100	-	-
2.4	H. Infectología, z.11	1	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-
2.5	S. San Vicente, z. 7	1	1	-	-	100	-	-	100	93	7	-
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	3	2	-	-	100	-	-	100	80	20	-
2.7	C. de Salud No.21, z. 3	1	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-
2.8	Centro de Salud, z. 6	1	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-
2.9	C. S. No.3 C.A., z. 7	2	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-
2.10	C.S.Sta.Elena III, z.18	1	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-
2.11	C. P. Paraíso II, z.18	1	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-
2.12	C. P. 1o. de Julio, z.19	1	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-
2.13	C.S. No.13 J.R.B., z.21	1	-	-	-	100	-	-	-	100	-	-
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	1	-	-	100	-	-	-	-	100	-	-
TOTAL		14	33	19	3	7	90	-	1	99.9	96	4

Ps. = Psicólogo.
Psq. = Psiquiatra

a = 0 - 2 años
b = 3 - 5 años
c = Más de 5 años.

Fuente: Entrevistas cuestionario-ouia aplicado en 1992.

**PERSONAL PROFESIONAL DE LOS SERVICIOS
DE ATENCION EN SALUD MENTAL**
Análisis cuadro No. 7 -Primera Parte-

La población que solicita el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica en las dependencias de la Universidad de San Carlos y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es atendida por personal profesional: psicólogos y psiquiatras encargados de brindar la atención psicopedagógica y de salud mental.

1 PERSONAL PROFESIONAL

1.1 El Personal Profesional que labora en el Censeps, se conforma de diez psicólogos, y quienes en un 80% tiene más de 5 años de experiencia profesional; y 20% de 3 a 5 años, adquirida esta en el país.

La experiencia adquirida en el país por la mayoría de los psicólogos, les permite tener un mayor conocimiento y encontrar las causas de los problemas que presenta la población guatemalteca; lo cual favorece establecer la relación psicoterapeuta-paciente y una mejor atención a la problemática abordada.

1.2 El Personal Profesional que labora en la Unidad de Salud, se conforma de cuatro psicólogos, quienes el 100% tiene más de 5 años de experiencia, adquirida también esta en el país.

Esta experiencia, como en el caso anterior, les permite conocer mejor las causas y atender las necesidades de salud mental que presenta la población estudiantil y establecer con ello, una relación de persona a persona más adecuada, dado su nivel académico.

1.3 El Personal Profesional que labora en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se conforman por treinta y tres psicólogos y diecinueve psiquiatras, y quienes en un 90% tiene más de 5

años de experiencia; 7% de 3 a 5 años y 3% de 0 a 2 años. Esta experiencia profesional ha sido adquirida en un 96% en el país; y 4% en el extranjero.

El hecho de que la experiencia de la mayoría de los profesionales clínicos haya sido adquirida en el país, como ya se señaló, esto les permite tener un enfoque real de la problemática de salud mental que presenta la población; lo cual contribuye a proporcionarles una mejor atención profesional en forma efectiva. Así mismo, el porcentaje 4% de los profesionales clínicos que han adquirido la experiencia en el extranjero, permite enriquecer los conocimientos en la aplicación de la psicología de otros países para resolver la demanda de atención en salud mental.

En resumen puede decirse que la experiencia de la mayoría de los psicólogos y psiquiatras del Censeps, Unidad de Salud y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es de más de cinco años, adquirida en el país; lo cual les permite tener un mayor conocimiento y encontrar las causas de los problemas de salud mental y dar una respuesta efectiva y congruente para satisfacer la demanda de la población; lo que contribuye a orientar y establecer de mejor forma una relación psicoterapeuta-paciente en forma adecuada.

PERSONAL PROFESIONAL DE LOS SERVICIOS DE ATENCION EN SALUD MENTAL

Cuadro No. 8 -Segunda Parte-

Datos generales de los profesionales entrevistados que prestan el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica en la Universidad de San Carlos y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	Z	% Cargo del profesional entrevistado			Profesión del clínico %		Edad del ps. o psq. %			Sexo del ps/pq		Años de graduado al ps. o psq.				
			1	2	3	ps.	psq.	A	B	C	F	M	5	6	7	8	
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS																
1.1	Censeps, z.12	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-	-	X	-	
1.2	Unidad de Salud, z.12	X	-	X	XX	-	X	X	-	X	X	-	-	XX			
2	MINISTERIO DE SALUD																
2.1	H. General, z. 1	XX	-	-	X	X	X	-	X	X	X	-	-	X	X		
2.2	H. Roosevelt, z.11	XX	-	-	X	X	XX	-	-	X	X	X	-	X	-		
2.3	H.N. Salud Mental, z.18	XX	-	-	X	X	XX	-	-	X	X	-	XX	-	-		
2.4	H. Infectología, z.11	X	-	-	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-		
2.5	S. San Vicente, z. 7	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	-		
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	X	-	X	X	X	XX	-	-	-	XX	-	X	-	X		
2.7	C. de Salud No.21, z 3	-	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-		
2.8	Centro de Salud, z. 6	-	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-		
2.9	C. S. No. 3 C. A., z. 7	-	-	X	X	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-		
2.10	C.S.Sta.Elena II, z.10	-	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-		
2.11	C. P. Paraiso II, z.18	-	-	X	X	-	X	-	X	-	X	X	-	X	-		
2.12	C. P. 10. de Julio, z.19	-	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-		
2.13	C.S. No.13 J.R.B. z.21	-	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-		
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	-	-	X	X	-	X	-	X	-	X	-	X	-	-		
TOTAL			9	-	10	14	5	14	4	1	9	10	6	7	3	3	

ps. = Psicólogo psq. = Psiquiatra F = Femenino M = Masculino

1 = Jefe Departamento, sección o, unidad de ps. y psq. o salud mental

2 = Coordinador Departamento, sección o, unidad de ps. y psq. o salud mental

3 = Ps./ psq. Departamento, sección o, unidad de ps. y psq. o salud mental

4 = Docente Departamento, sección o, unidad de ps. y psq. o salud mental

A = 30 - 45 años

B = 46 - 55 años

C = 56 - 65 años

5 = 4 - 8 años

6 = 9 - 13 años

7 = 14 - 18 años

8 = 19 - 24 años

Fuente: Entrevistas cuestionario-quiz aplicado en 1992.

**PERSONAL PROFESIONAL DE LOS SERVICIOS
DE ATENCION EN SALUD MENTAL**

Análisis cuadro No. 8 -Segunda Parte-

El Personal Profesional entrevistado que presta el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica en la Universidad de San Carlos de Guatemala y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, presenta las siguientes características:

1 PERSONAL ENTREVISTADO

1.1 Se entrevistó a la Coordinadora del Censeps, Psicóloga, comprendidos en el rango de 30 a 45 años de edad, y de 14 a 18 años de graduada.

1.2 Se entrevistó de igual forma a la Jefe de la Unidad de Salud y a un profesional, ambos Psicólogos, comprendidos en el rango de 30 a 45 años de edad y de 14 a 18 años de graduados.

1.3 Se entrevistó también a nueve Jefes y a diez profesionales de las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Catorce de ellos, Psicólogos y cinco Psiquiátras, comprendidos en el rango de 30 a 45 años, catorce; en el rango de 46 a 55 años, cuatro; y en el rango de 56 a 65 años. Nueve de ellos son del sexo femenino y diez del sexo masculino, graduados dentro del rango de 4 a 8 años, seis; en el rango de 9 a 13 años, siete; en el rango de 14 a 18 años, tres; y en el rango de 19 a 24 años, cuatro.

Esta entrevista estructurada se realizó con el propósito de obtener información de los procedimientos de atención psicopedagógica y de salud mental que brindan las dependencias ubicadas principalmente en la ciudad capital de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a la población que solicita

el servicio; información que se registró en el cuestionario-guía elaborado para la entrevista, que contiene tres aspectos esenciales, los cuales son los siguientes: características de las instituciones de salud mental; características de la población atendida; y características de la relación psicoterapeuta-paciente, en cuanto a como abordar y atender en forma técnica y profesional los trastornos mentales que presenta la población.

Los resultados obtenidos de esta entrevista permitirá una mejor evaluación de los recursos respecto de la organización y desarrollo de los programas de atención psicopedagógica y de salud mental en las dependencias que brindan este servicio en la ciudad capital.

En resumen puede decirse que se entrevistó a los jefes y coordinadores psicólogos y psiquiatras de las dependencias que prestan servicio psicopedagógico y de salud mental de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, para obtener información de las características de las instituciones de salud mental; características de la población atendida; y características de la relación psicoterapeuta-paciente, en cuanto a como abordar y atender en forma técnica y profesional los trastornos mentales que presenta la población que solicita el servicio.

PROCEDIMIENTOS DE LOS SERVICIOS DE ATENCION EN SALUD MENTAL

Cuadro No. 9

Forma de prestar la atención psicológica y psiquiátrica clínica la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	Situación de ingreso al servicio %			Criterios para asignación del ps. y/o psq. %			Procedimientos del clínico aplicados ira. consulta %				
		1	2	3	A	B	C	a	b	c	d	
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS											
1.1	Censeps, z.12	5	-	95	100	-	-	-	100	-	-	-
1.2	Unidad de Salud, z.12	87	7	6	5	-	95	42	29	29	-	-
2	MINISTERIO DE SALUD											
2.1	H. General, z. 1	60	12	28	-	-	100	17	66	17	-	-
2.2	H. Roosevelt, z.11	3	7	90	100	-	-	-	100	-	-	-
2.3	H.N. Salud Mental, z.18	35	57	8	100	-	-	18	57	25	-	-
2.4	H. Infectología, z.11	-	10	90	-	-	100	-	70	-	30	-
2.5	S. San Vicente, z. 7	5	2	93	93	7	-	16	42	42	-	-
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	15	35	50	100	-	-	5	78	17	-	-
2.7	C. de Salud No.21, z 3	28	10	70	-	-	100	10	75	15	-	-
2.8	Centro de Salud, z. 6	5	55	40	-	-	100	33	34	33	-	-
2.9	C. S. No. 3 C. A., z. 7	25	50	25	-	-	100	-	95	5	-	-
2.10	C.S.Sta.Elena II, z.10	45	-	55	-	-	100	-	40	60	-	-
2.11	C. P. Paraíso II, z.18	10	20	70	100	-	-	25	25	50	-	-
2.12	C. P. 10. de Julio, z.19	8	17	75	100	-	-	-	75	25	-	-
2.13	C.S. No.13 J.R.B. z.21	50	30	20	-	-	100	10	40	50	-	-
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	1	5	4	-	-	100	33	34	33	-	-
TOTAL		20	22	58	42.5	0.5	57	12	59	27	2	

ps. = Psicológica, psicólogo psq. = Psiquiátrica, psiquiatra

- 1 = Iniciativa del paciente
- 2 = Sugerencia otra persona no profesional
- 3 = Referencia profesional o institucional

- A = Motivo de consulta
- B = Prescripción de psicofármacos
- C = Otros (disponibilidad, referencia)

- a = Información de normas
- b = Exploración inicial del motivo de consulta
- c = Establecimiento de rapport (incluye aplicación terapia de apoyo)
- d = Otros (evaluación psicométrica)

Fuente: Entrevistas cuestionario-guia aplicado en 1992.

PROCEDIMIENTOS DE LOS SERVICIOS DE ATENCION EN SALUD MENTAL

Análisis cuadro No. 9

La población que asiste a los servicios de atención psicológica y psiquiátrica clínica en las dependencias de la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es atendida según los procedimientos siguientes:

1. INGRESO

1.1 El 95% de la población atendida en el Censeps, en su mayoría maestros, ingresa por referencia, a solicitud de las escuelas de educación preprimaria y primaria para capacitación psicopedagógica en la prevención de trastornos de aprendizaje que presenta la población escolar infantil. El 5% que comprende a la población infantil y que es atendida, llega por referencia del maestro o por iniciativa de los padres.

La población escolar infantil, en sus respectivas escuelas, es orientada por los maestros que reciben esa capacitación psicopedagógica para detección temprana de trastornos de aprendizaje. Los casos que necesitan atención especializada, se envían por medio de la "Referencia Escolar". Esto facilita la relación psicoterapeuta-paciente, porque cuando el niño ingrese al centro, ya se tiene conocimiento previo de cual es la situación del motivo de consulta.

1.2 El 87% de la población atendida en la Unidad de Salud, ingresa por la propia iniciativa del estudiante, quien debe presentar como requisito, exámenes médicos y psicológicos a su ingreso y egreso en la Universidad. El 7%, ingresa por sugerencia de otra persona no profesional y el 6% lo hace por referencia profesional de las Facultades u otras unidades académicas de la Universidad de San Carlos, quienes solicitan la atención para los estudiantes que presenten algún tipo de trastornos que interfieren en sus estudios

académicos.

La obligatoriedad de asistir a las evaluaciones del servicio de salud, por parte de los estudiantes, no dificulta para facilitar la relación psicoterapeuta-paciente, ya que el estudiante participa y acepta la atención.

1.3 El 58% de la población atendida en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, ingresa al servicio por referencia de los médicos de consulta externa. El 22% ingresa por sugerencia de otra persona y 20% por iniciativa propia.

La población que asiste a consulta externa es referida por los médicos para complementar su atención en salud. Sin embargo, como la población no espera ser referida, y menos ser tratada por el psicólogo o el psiquiatra, sino únicamente por el médico, esto no beneficia su relación con el psicoterapeuta; ya que se crea resistencia por parte del paciente al no estar siempre de acuerdo con la referencia, o muchas veces desconocer el motivo.

2 ASIGNACION DE PSICOLOGO O PSIQUIATRA A LA POBLACION ATENDIDA

2.1 La asignación de psicólogo en el Censeps, a la población atendida, es en un 100% de acuerdo al motivo de consulta de la población; puesto que las actividades de los profesionales de atención en salud mental, son actividades específicas para atender los trastornos de aprendizaje o retraso mental.

El conocimiento y la experiencia profesional en esas actividades específicas por parte de los psicólogos, permite a que la relación psicoterapeuta-paciente se realice en mejor forma; ya que la población infantil, adolescente y adulta, recibe atención especializada.

2.2 La asignación de psicólogo en la Unidad de Salud, a la población atendida es en un 95% de acuerdo a la disponibilidad de profesionales, y en un 5%, es de acuerdo al motivo de consulta.

La población que asiste a la Unidad de Salud para recibir orientación vocacional y motivacional, lo hace como parte de los procedimientos y requisitos de ingreso a la Universidad de San Carlos. Los psicólogos les son asignados de acuerdo a la disponibilidad, puesto que su número es limitado y además tienen los conocimientos y experiencia requerida en los programas de salud que les brinda la Unidad.

2.3 La asignación de psicólogo o psiquiatra en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, a la población atendida, es en un 57% por referencia de los médicos de consulta externa. En un 42.5% es asignado de acuerdo al motivo de consulta; y en un 7% se asigna al psiquiatra para prescripción de psicofármacos. (cuando ello es necesario, como parte de su tratamiento psicoterapéutico)

En las dependencias que cuentan con psicólogos y psiquiatras, el criterio de asignación se da en relación al motivo de consulta y al conocimiento y experiencia que los profesionales tienen de los problemas presentados. En las dependencias que cuentan solamente con un psicólogo, éste debe atender todo tipo de trastornos que presente la población.

La mayoría de la población 57% que es referida por consulta externa, no se ve favorecida en la relación psicoterapeuta-paciente porque se crea resistencia por parte de paciente, quien no espera ser referido a otro servicio y menos tratado por el psicólogo o psiquiatra. A otra parte de la población 42.5%, se le asigna el psicólogo o psiquiatra, de acuerdo con la disponibilidad y el motivo de consulta, lo cual muchas veces crea resistencia por parte del paciente.

porque el profesional asignado no ha sido de su elección, lo que tampoco favorece la relación.

3. PRIMERA CONSULTA

3.1 Entre los diferentes procedimientos atención que aplican los profesionales del Censeps en la primera consulta, 100% utilizan la exploración inicial del motivo de consulta, lo cual favorece establecer la relación psicoterapeuta-paciente, porque desde el principio es tratado el motivo de consulta.

3.2 Los procedimientos que aplican los profesionales de la Unidad de Salud en la primera consulta, en un 42% proporcionan información de normas. Un 29% exploración inicial del motivo de consulta. Y 29% establecimiento de rapport.

Es a través de la información general de normas para participar en los talleres de orientación vocacional y motivacional, se establece también una adecuada relación psicoteapeuta-paciente.

3.3 Entre los procedimientos que aplican los profesionales de las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la primera consulta, un 59% son para exploración inicial del motivo de consulta. Un 27% para el establecimiento de rapport. Un 12% para información de normas y, un 2% para evaluación psicométrica.

En la mayoría de la población 59%, la exploración se realiza de acuerdo al motivo de consulta, lo cual favorece el establecimiento del rapport y una buena relación psicoterapeuta-paciente, porque la población es atendida y tratada de inmediato.

En resumen puede decirse que la mayoría de la población atendida en el Censeps 95%, ingresa por referencia escolar, y se le asigna al psicólogo de acuerdo al motivo de consulta, quien en la primera entrevista utiliza la exploración inicial del problema. lo cual favorece de inmediato la relación psicotepeuta-paciente. La población atendida en la Unidad de Salud ingresa por iniciativa del estudiante, y se le asigna Psicólogo por disponibilidad, quien utiliza en un 42% para información de normas, un 29% para la exploración del motivo de consulta y un 29% para el establecimiento de rapport, lo cual permite establecer una adecuada relación psicoterapeuta-paciente. La población atendida en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ingresa por referencia de consulta externa médica, y se le asigna el psicólogo o el psiquiatra de acuerdo al motivo de consulta y disponibilidad, quien utiliza un 59% para la exploración inicial del motivo de consulta, un 27% para el establecimiento de rapport, un 12% para información de normas y un 2% para evaluación psicométrica. La relación psicoterapeuta-paciente, no es siempre favorecida por ser referido el paciente, lo que le crea resistencia.

ATENCIÓN CLÍNICA: FORMULACION DIAGNOSTICA

Cuadro No. 10 -Primera Parte-

Elaboración diagnóstica de la población atendida en la Universidad de San Carlos de Guatemala y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	Consultas previo al diagnóstico %			Criterio para elaborar el diagnóstico %				Tiempo que emplea el psicoterapeuta con la población %			
		1	2	3	A	B	C	D	a	b	c	d
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS											
1.1	Censeps, z.12	-	-	100	30	50	15	5	-	-	-	100
1.2	Unidad de Salud, z.12	48	49	3	40	52	7	1	-	-	-	100
2	MINISTERIO DE SALUD											
2.1	H. General, z. 1	100	-	-	-	100	-	-	-	80	20	-
2.2	H. Roosevelt, z.11	30	70	-	-	84	16	-	100	-	-	-
2.3	H.N. Salud Mental, z.18	51	38	11	17	67	16	-	95	4	1	-
2.4	H. Infectología, z.11	-	100	-	20	-	80	-	-	65	35	-
2.5	S. San Vicente, z. 7	98	10	-	37	62	1	-	30	-	70	-
2.6	C. S. H. Infantil, z. 1	63	25	12	78	10	12	-	75	-	25	-
2.7	C. de Salud No.21, z 3	100	-	-	33	34	33	-	90	-	10	-
2.8	Centro de Salud, z. 6	20	70	10	10	70	10	10	60	-	40	-
2.9	C. S. No. 3 C. A., z. 7	-	100	-	30	60	10	-	60	-	40	-
2.10	C.S.Sta.Elena II, z.18	-	40	60	-	80	20	-	-	70	30	-
2.11	C. P. Paraíso II, z.18	25	50	25	50	50	-	-	70	30	-	-
2.12	C. P. lo. de Julio, z.19	-	100	-	37	38	15	10	-	75	25	-
2.13	C.S. No.13 J.R.B. z.21	5	95	-	-	100	-	-	40	-	60	-
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	25	75	-	50	50	-	-	75	25	-	-
TOTAL		36	56	8	26	58	15	1	50	25	25	-

ps. = psicológica Psq. = psiquiátrica

1 = De la primera

2 = De 2 a 4

3 = Más de 5

A = Historia del problema

B = Confirmar impresión clínica (entrevista, observación y examen mental)

C = Resultado de tests

D = Otros (Opinion familiar, cartas de referencia, exámenes médicos)

a = 30 minutos

b = 40 minutos

c = 60 minutos

d = Más de 60 minutos (psicopedagogía, cursos, talleres, pláticas, pruebas psicométricas)

Fuente: Entrevistas cuestionario-guía aplicado en 1992.

ATENCION CLINICA: FORMULACION DIAGNOSTICA

Análisis cuadro No. 10 -Primera Parte-

La elaboración del diagnóstico requiere obtener del paciente su relato auténtico de la historia del problema, lo cual se logra estableciendo con él empatía y rapport en la relación psicoterapeuta-paciente.

1. CONSULTAS PREVIO DIAGNOSTICO

1.1 El número de consultas para elaborar el diagnóstico en el Censeps, en porcentajes es de 100% en más de 5 sesiones.

Después de cinco sesiones se ha logrado establecer plenamente la relación psicoterapéutica. El paciente manifiesta desde la primera entrevista ansiedad y los signos y síntomas que presenta y que pueden confundir la formulación del diagnóstico, el cual se modifica o confirma en cada sesión psicoterapéutica, a través de la empatía y el rapport para que el relato de la historia del problema sea auténtico.

1.2 El número de consultas para elaborar el diagnóstico en la Unidad de Salud, en porcentajes es de 49% de 2 a 4 sesiones; 48% en la primera; y 3% en más de 5.

De 2 a 4 sesiones, se logra establecer la relación psicoterapeuta-paciente; lo cual permite modificar o confirmar el diagnóstico inicial de la impresión clínica. En la primera sesión, la relación psicoterapéutica no se ha establecido plenamente. El paciente presenta ansiedad y resistencia en la sesión, lo cual puede confundir el diagnóstico; por lo que el psicoterapeuta debe lograr establecer la empatía y el rapport para que el relato del paciente sea sincero. En más de 5 sesiones, la relación psicoterapeuta-paciente se ha establecido plenamente, a través de la empatía y el rapport, lo cual favorece que el paciente pueda contar la historia del problema con confianza, lo que permite al psicoterapeuta corroborar o modificar el diagnóstico a lo largo de dicha relación.

1.3 El número de consultas para elaborar el diagnóstico en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es de 56% de 2 a 4 sesiones; 36% en la primera y 8% en más de 5.

De 2 a 4 sesiones, se establece la relación psicoterapéutica; lo cual permite modificar o confirmar el diagnóstico inicial de la impresión clínica. En la primera sesión, la relación no se ha logrado plenamente, por lo que el terapeuta, debe establecer la empatía y el rapport para que el relato de la historia del problema del paciente, sea sincero; puesto que el paciente desde el inicio de la entrevista presenta ansiedad y puede confundir la formulación del diagnóstico. En más de 5 sesiones, la empatía y el rapport se han establecido plenamente, lo cual permite modificar o confirmar el diagnóstico, puesto que el paciente se siente confiado y seguro de comunicarle al psicoterapeuta el problema que demanda atención.

2. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

2.1 El criterio para elaborar el diagnóstico en Censeps, en porcentajes es de 50% para la confirmación de la impresión clínica; 30% para la historia del problema; 15% para el resultado de tests; y 5 % para las cartas referencia escolar (enviadas por el maestro del niño atendido).

Confirmar la impresión clínica a través de entrevistas, la observación y el examen mental, favorecen la relación psicoterapéutica. En cada sesión se establece mejor la empatía y el rapport, el paciente habla con confianza, sinceridad y expresa con menos resistencia la historia del problema. El resultado de tests evalúa otros aspectos que sirven de apoyo para elaborar el diagnóstico, en aquellos casos que, para el propio paciente, le es difícil hablar del problema. También las cartas de referencia escolar forman parte de la historia del problema del paciente para elaborar el diagnóstico psicopedagógico.

2.2 El criterio para elaborar el diagnóstico en la Unidad de Salud, en porcentajes, es de 52% para la confirmación de la impresión clínica; 40% para la historia del problema; 7% para el resultado de tests; y 1% para exámenes médicos.

A través de entrevistas, la observación y el examen mental, se confirma la impresión clínica, lo cual favorece la relación psicoterapéutica. En cada sesión se establece mejor la empatía y el rapport, puesto que el paciente se siente confiado, y expresa con sinceridad la historia del problema. En los casos que para el paciente le es difícil hablar del problema, el resultado de los tests, evalúa otros aspectos que apoyan el diagnóstico. También los exámenes médicos forman parte de la historia del problema del paciente para elaborar el diagnóstico clínico.

2.3 El criterio para elaborar el diagnóstico en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en porcentajes, es de 58% para la confirmación impresión clínica; 26% para la historia del problema; 15% para el resultado de tests; y 1% para exámenes médicos.

Confirmar la impresión clínica a través de entrevistas, la observación y el examen mental, favorece la relación psicoterapéutica. La empatía y el rapport se establece mejor en cada sesión, el paciente expresa con confianza y sinceridad la historia del problema. El resultado de tests, evalúa otros aspectos que sirven de apoyo para el diagnóstico. También los exámenes médicos forman parte de la historia del problema del paciente para elaborar el diagnóstico clínico.

3. TIEMPO DE PSICOTERAPIA

3.1 El tiempo que se emplea con la población en cada sesión psicoterapéutica en el Censeps, en porcentajes, es de 100% en más de 60 minutos.

Más de sesenta minutos para las sesiones psicopedagógicas, favorece la relación psicoterapeuta-paciente. En cada sesión inicial (tres primeras), el paciente presenta signos y síntomas de ansiedad, porque la situación le es nueva y extraña. El psicoterapeuta debe establecer empatía y rapport, para que la población infantil que asiste al Censeps, al sentirse atendida y comprendida, colabore y responda favorablemente al tratamiento. Así como también para que los padres de familia y maestros participen espontáneamente y se interesen en las pláticas de psicopedagogía.

3.2 El tiempo que se emplea con la población en cada sesión psicoterapéutica en la Unidad de Salud, en porcentajes, es de 100% en más de 60 minutos.

Más de sesenta minutos para las sesiones psicoterapéuticas, favorece la relación psicoterapeuta-paciente. El paciente presenta signos y síntomas de ansiedad en las primera sesiones (de 1 a 3), porque la situación clínica le es nueva y extraña. El psicoterapeuta al establecer empatía y rapport, logra que el paciente, al sentirse atendido y comprendido, colabore, y responda con autenticidad las pruebas psicométricas y participe espontáneamente en las sesiones psicoterapéuticas individuales y de grupo en los cursos, talleres y pláticas de salud mental que brinda la Unidad a la población estudiantil de la Universidad de San Carlos.

3.3 El tiempo que se emplea con la población en cada sesión psicoterapéutica en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en porcentajes, es de 50% en 30 minutos 25% en 40 minutos; y 25% en 60 minutos.

Treinta minutos para las sesiones de psicoterapia, es insuficiente para establecer la relación psicoterapeuta-

paciente. Mientras que cuarenta minutos es más favorable para establecer esa relación; puesto como ya se indicó, el paciente presenta en cada sesión inicial (de 1 a 3), signos y síntomas de ansiedad, porque la situación personal por la que está pasando en la clínica, le es nueva y extraña, el psicoterapeuta debe establecer empatía y rapport, para que el paciente, al sentirse atendido y comprendido, colabore, participe y responda mejor al tratamiento clínico; lo cual se logra establecer satisfactoriamente con 80 minutos para cada sesión psicoterapéutica, puesto que le permite al psicoterapeuta aplicar una terapia de apoyo para que el paciente baje sus niveles de ansiedad y pueda relatar con autenticidad y libre de toda presión la historia del problema.

En resumen puede decirse que el Censeps en más de 5 sesiones, de más de 60 minutos cada una, establece plenamente la confianza del paciente para que la historia del problema y el diagnóstico psicopedagógico sean auténticos. El resultado de test y cartas de referencia escolar, apoyan el diagnóstico. En la Unidad de Salud, en 2, en 4 ó en más de 5 sesiones, de más de sesenta minutos cada una, se favorece la colaboración y del paciente para que la historia del problema y el diagnóstico clínico sean verdaderos. En la primera entrevista, no se establece plenamente la relación empática, por lo que puede confundir el diagnóstico. El resultado de test y los exámenes médicos apoyan el diagnóstico. En el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en 2, en 4 ó en más de 5 sesiones, de 30, 40 ó 60 minutos cada una, se favorece el relato auténtico de la historia del problema y el diagnóstico clínico del paciente. En la primera entrevista la relación psicoterapéutica, no se establece plenamente, lo que puede confundir el diagnóstico. El resultado de test y exámenes médicos apoyan el diagnóstico. Es importante considerar que las sesiones de 30 minutos son insuficientes para un proceso psicoterapéutico satisfactorio.

ATENCIÓN CLÍNICA: FORMULACION DIAGNOSTICA

Cuadro No. 11 -Segunda Parte-

Elaboración diagnóstica de la población atendida en la Universidad de San Carlos de Guatemala y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	Consultas previo al diagnóstico %			Criterio para elaborar el diagnóstico %				Intervalo de tiempo para cada consulta clínica %				
		1	2	3	A	B	C	D	a	b	c	d	
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS												
1.1	Censeps, z.12	-	-	100	30	50	15	5	-	-	-	100	
1.2	Unidad de Salud, z.12	48	49	3	40	52	7	1	94	2	2	2	
2	MINISTERIO DE SALUD												
2.1	H. General, z. 1	100	-	-	-	100	-	-	75	5	5	15	
2.2	H. Roosevelt, z.11	30	70	-	-	84	16	-	80	15	5	-	
2.3	H.N. Salud Mental, z.10	51	38	11	17	67	16	-	10	13	73	4	
2.4	H. Infectología, z.11	-	100	-	20	-	80	-	100	-	-	-	
2.5	S. San Vicente, z. 7	90	10	-	37	62	1	-	43	5	2	50	
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	63	25	12	78	18	12	-	75	5	-	20	
2.7	C. de Salud No.21, z. 3	100	-	-	33	34	33	-	100	-	-	-	
2.8	Centro de Salud, z. 6	20	70	10	10	70	10	10	25	60	5	10	
2.9	C. S. No. 3 C. A., z. 7	-	100	-	30	60	10	-	70	30	-	-	
2.10	C.S.Sta.Elena II, z.10	-	40	60	-	80	20	-	100	-	-	-	
2.11	C. P. Paraíso II, z.10	25	50	25	50	50	-	-	70	20	10	-	
2.12	C. P. 1o. de Julio, z.19	-	100	-	37	38	15	10	100	-	-	-	
2.13	C.S. No.13 J.R.R. z.21	5	95	-	-	100	-	-	9	90	-	1	
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	25	75	-	50	50	-	-	20	75	5	-	
TOTAL		36	56	8	26	58	15	1	63	23	7	7	

ps. = psicológica psq. = psiquiátrica

1 = En la primera

2 = De 2 a 4

3 = Más de 5

A = Historia del problema

B = Confirmar impresión clínica (entrevista, observación y examen mental)

C = Resultado de tests

D = Otros (Opinión familiar, cartas referencia, exámenes médicos)

a = Una sesión cada semana

b = Una sesión cada quincena

c = Una sesión cada mes

d = Otros (diario, 2-3 cada semana, 2-3 meses)

Fuente: Cuestionario-guía aplicado en 1992.

ATENCION CLINICA: FORMULACION DIAGNOSTICA

Análisis cuadro No. 11 -Segunda Parte-

La elaboración del diagnóstico requiere obtener del paciente su relato auténtico de la historia del problema, lo cual se logra se estableciendo con él empatía y rapport en la relación psicoterapeuta-paciente.

1. CONSULTAS PREVIO DIAGNOSTICO

1.1 El número de consultas para elaborar el diagnóstico en el Censeps, en porcentajes es de 100% en más de 5 sesiones.

1.2 El número de consultas para elaborar el diagnóstico en la Unidad de Salud, en porcentajes es de 49% de 2 a 4 sesiones; 48% en la primera; y 3% en más de 5.

1.3 El número de consultas para elaborar el diagnóstico en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es de 56% de 2 a 4 sesiones; 36% en la primera y 8% en más de 5.

2. CRITERIOS DE DIAGNOSTICO

2.1 El criterio para elaborar el diagnóstico en Censeps, en porcentajes es de 50% para la confirmación de la impresión clínica; 30% para la historia del problema; 15% para el resultado de tests; y 5 % para las cartas referencia escolar (enviadas por el maestro del niño atendido).

2.2 El criterio para elaborar el diagnóstico en la Unidad de Salud, en porcentajes, es de 52% para la confirmación de la impresión clínica; 40% para la historia del problema; 7% para el resultado de tests; y 1% para exámenes médicos.

2.3 El criterio para elaborar el diagnóstico en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en porcentajes, es de 58% para la confirmación impresión clínica; 26% para la historia del problema; 15% para el resultado de tests; y 1% para exámenes médicos.

3. INTERVALO ENTRE CADA CONSULTA

3.1 El intervalo de tiempo entre cada consulta clínica en el Censeps, en porcentajes, es de 100% diario.

La asistencia a diario de la atención psicopedagógica, favorece el tratamiento psicoterapéutico; puesto que se mantiene la cooperación y confianza, el paciente responde con espontaneidad y acepta la atención. Las sesiones continuas, disminuyen la resistencia que presenta el paciente, al sentirse atendido y comprendido y darse cuenta que está recuperando y manejando de mejor forma su problema.

3.2 El intervalo de tiempo entre cada consulta clínica en la Unidad de Salud en porcentajes, es de 94% para una sesión cada semana; 2% para una sesión cada quincena; 2% para una sesión cada mes; y 2% para 2 a 3 sesiones cada semana.

Dos a tres sesiones cada semana 2%, favorece tener una mejor comunicación de persona a persona en la relación psicoterapéutica. El paciente, al sentirse atendido y comprendido disminuye la resistencia que presenta en cada sesión inicial (3 primeras), puesto que responde con espontaneidad y acepta la atención. Una sesión cada semana 94%, permite mantener la confianza y cooperación del paciente en la relación psicoterapéutica; puesto que también hay continuidad en el tratamiento. Una sesión cada quincena 2%, no se logra mantener completamente la colaboración y confianza en la relación psicoterapeuta-paciente. Aunque si el paciente va superando el problema, el psicoterapeuta considerará que el intervalo de tiempo debe ser más espaciado. Conforme el paciente, comprende mejor su problema, se le cita una vez cada mes 2%, para evitar la dependencia del paciente en el psicoterapeuta; puesto que lo que se persigue en la psicoterapia, es que el paciente logre manejar en mejor forma por sí mismo las situaciones que le causan conflicto.

3.3 El Intervalo de tiempo entre cada consulta clínica en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en porcentajes, es de 63% para una sesión cada semana; 23% para una sesión cada quincena; 7% para una sesión cada mes; y 7% para cada 2 o 3 meses.

La mayoría de las dependencias presentan en un alto porcentaje que a la población se le cita con un intervalo de tiempo para cada sesión psicoterapéutica en forma continua, una sesión cada semana 63%, favorece establecer la empatía y el rapport en la relación psicoterapeuta-paciente. En cada sesión el paciente, disminuye su nivel de ansiedad, puesto que al ser referido por consulta externa médica para recibir terapia de apoyo preventivo para los casos ambulatorios y de tratamiento para los casos que necesitan terapia prolongada y profunda, presenta resistencia en las tres primeras sesiones psicoterapéuticas; pero al sentirse el paciente atendido y comprendido, responde con espontaneidad y acepta la atención. Una sesión cada quincena 23%, es la población que recibe terapia de apoyo preventivo; y para la población en tratamiento que va superando el problema, la cual debe asistir a las sesiones psicoterapéuticas con frecuencia más o menos continua, con lo cual todavía, se logra mantener la colaboración y confianza en la relación psicoterapéutica por parte del paciente. Una sesión cada cada mes 7%, es el más alto porcentaje que se presenta en el Hospital Nacional de Salud Mental, 2.18, puesto que la demanda de la población que solicita el servicio, es mayor a la que puede ser atendida, por lo que es citada cada mes. Esta población es atendida ambulatoriamente y parte de esta población vive en el interior del país, quien asiste a una sesión cada mes al hospital para continuar con el tratamiento psicofarmacológico. Una vez al mes de intervalo de tiempo para cada sesión psicoterapéutica, no favorece el establecimiento pleno de la relación psicoterapeuta-paciente; puesto que no hay continuidad en el tratamiento, no se logra

mantener la confianza y la colaboración por parte del paciente en el psicoterapeuta; y lo mismo sucede con una sesión cada dos o tres meses 7%, tampoco se establece plenamente la relación psicoterapeuta-paciente, puesto que al no haber continuidad en las sesiones psicoterapéuticas, el paciente no logra superar el problema.

En resumen puede decirse que la frecuencia de intervalo de tiempo para cada sesión psicoterapéutica por parte de los psicólogos de la Universidad de San Carlos, es de acuerdo a los programas de atención clínica psicopedagógico y de salud mental que brindan a la población, en donde el servicio es continuo, lo cual permite establecer plenamente la relación psicoterapeuta-paciente, puesto que mantiene la cooperación y confianza del paciente, quien responde con espontaneidad y acepta de mejor forma la atención. Mientras que para los psicólogos y psiquiatras del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, la frecuencia para cada sesión psicoterapéutica, se presenta en alto porcentaje 63%, una sesión cada semana y 23% una sesión cada quincena, es de acuerdo a la demanda de la población, por un lado, y por el otro, a la severidad del trastorno que presenta la población, lo cual favorece mantener la relación psicoterapeuta-paciente, puesto que mantiene la colaboración y confianza del paciente, responde mejor al tratamiento. Y el 7% que asiste una sesión cada mes y 7% cada dos o tres meses es de acuerdo a la disponibilidad de personal profesional, lo cual no favorece establecer plenamente la relación psicoterapeuta-paciente, puesto que no hay continuidad en el tratamiento, no se logra mantener la confianza y colaboración por parte del paciente en el psicoterapeuta.

ATENCIÓN CLÍNICA: CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Cuadro No. 12

Clasificación nosológica para elaborar el diagnóstico clínico en la Universidad de San Carlos y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica	Clasificación para elaborar el diagnóstico clínico de los trastornos mentales %	
		I C D - 9 - C M	D S M - III - R
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS		
1.1	Censeps, z.12	-	100
1.2	Unidad de Salud, z.12	-	100
2	MINISTERIO DE SALUD		
2.1	H. General, z. 1	-	-
2.2	H. Roosevelt, z.11	-	100
2.3	H.N. Salud Mental, z.18	72	28
2.4	H. Infectología, z.11	-	100
2.5	S. San Vicente, z. 7	-	100
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	55	45
2.7	C. de Salud No.21, z. 3	-	100
2.8	Centro de Salud, z. 6	88	20
2.9	C. S. No. 3 C. A., z. 7	100	-
2.10	C.S.Sta.Elena II, z.18	-	100
2.11	C. P. Paraíso II, z.18	-	-
2.12	C. P. 1o. de Julio, z.19	-	100
2.13	C.S. No.13 J.R.B. z.21	100	-
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	20	80
TOTAL		30	70

ICD-9-CM = Clasificación Internacional de Enfermedades-9-modificación clínica (Oficial 1998 CIE-10 en español)

DSM-III-R = Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-III-Revisado (oficial 1998 DSM-IV)

Fuente: Entrevistas cuestionario- guía aplicado en 1992.

ATENCIÓN CLÍNICA: CLASIFICACION DIAGNOSTICA

Análisis cuadro No. 12

La Clasificación Internacional de Enfermedades (9) Modificación Clínica (ICD-9-CM) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III Revisado (DSM-III-R), constituyen las dos clasificaciones nosológicas que proporcionan información para la elaboración del diagnóstico de la población atendida en la Universidad de San Carlos de Guatemala y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

1. CLASIFICACION DIAGNOSTICA

1.1 La clasificación para elaborar el diagnóstico en el Censepe, en porcentajes, es de 100% con el DSM-III-R.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III Revisado, proporciona criterios para la descripción de experiencias y comportamientos problemáticos del paciente para elaborar el diagnóstico; y el cual se identifica con un código numérico para fines estadísticos. También, evalúa el nivel de severidad del trastorno psíquico para planificar el tratamiento y la correspondiente predicción de la respuesta individual del paciente.

1.2 La clasificación que se utiliza en la Unidad de Salud para elaborar el diagnóstico, en porcentajes, es de 100% con el DSM-III-R.

Para elaborar el diagnóstico el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III Revisado, proporciona criterios para la descripción de experiencias y comportamientos problemáticos del paciente; el cual se identifica con un código numérico para fines estadísticos. También, evalúa el nivel de severidad del trastorno para planificar el tratamiento y el pronóstico correspondiente de la respuesta individual del paciente.

1.3 La clasificación para elaborar el diagnóstico en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en seis de ellas, es el ICD-9-CM. Este tipo de instrumento proporciona criterios para la descripción de signos y síntomas que presente el trastorno, el cual se identifica con un código numérico para fines estadísticos. Por aparte, el DSMIII-R, se utiliza en diez dependencias en alto porcentaje 70%, el cual proporciona criterios de diagnóstico y evalúa la severidad del trastorno para planificar el tratamiento y el pronóstico del paciente.

En resumen puede decirse que el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III Revisado (DSM-III-R), es utilizado en la Universidad de San Carlos y en alto porcentaje en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, puesto que el personal profesional está capacitado para manejar este manual, además de que proporciona criterios para elaborar el diagnóstico, también le permite al psicoterapeuta, evaluar la información para planificar el tratamiento y predecir el pronóstico de la respuesta individual del paciente. La Clasificación Internacional de Enfermedades (9) Modificación Clínica (ICD-9-CM), utilizada solamente en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social por personal profesional capacitado también sólo en esta clasificación, la cual sólo proporciona criterios para elaborar el diagnóstico y codificar la información sobre morbilidad para fines estadísticos.

Cuadro No. 13

Tests psicométricos para la exploración evaluativa, en la Universidad de San Carlos y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica	Tests psicométricos que se utilizan para la exploración clínico-psicológica evaluativa de los trastornos mentales																								
		Tests de Aptitudes y de Inteligencia										Tests Projectivos					Proy. Pen.†	** C								
		a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	o	p	q	r	s	t	u	v	w	x	y
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS																									
1.1	Censeps, z.12	X	X	-	-	X	X	-	-	X	X	X	X	X	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	X	
1.2	Unidad de Salud, z.12	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	
		1	1	-	-	1	1	1	-	1	1	1	1	1	-	-	1	-	1	-	1	-	-	1	1	
2	MINISTERIO DE SALUD																									
2.1	H. General, z. 1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2.2	H. Roosevelt, z.11	X	-	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	X	X	X	X	-	X	
2.3	H.M. Salud Mental, z.18	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	X	X	X	-	X	X	-	-	X	-	X	
2.4	H. Infectología, z.11	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	-	X	-	X	-	X	-	X	
2.5	S. San Vicente, z. 7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	X	-	-	-	X	-	-	-	
2.7	C. de Salud No.21, z. 3	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	X	X	-	-	-	X	-	-	-	
2.8	Centro de Salud, z. 6	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	X	-	-	
2.9	C. S. No. 3 E. A., z. 7	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2.10	C.S.Sta.Elena II, z.18	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2.11	C. P. Paraíso II, z.18	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	X	
2.12	C. P. 10. de Julio, z.19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
2.13	C.S. No.13 J.R.M. z.21	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	X	-	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
T O T A L		9	2	2	2	1	1	1	1	1	1	-	-	-	9	5	4	3	2	2	1	6	3	1	3	-

Tests de Aptitudes y Funcionamiento Intelectual:

a = Goodenough b = Raven c = Gesell d = Nebraska e = Otis f = Wisc
g = ABC h = Hábitos de estudio i = Weschler j = Mecanismos del habla
k = Articulación l = Expresión oral m = Frostig

Tests Projectivos:

n = Familia o = Machover p = Rorschach q = Arbol r = Cat s = TAT
t = Rotter

Tests Projectivos Psiconeurológicos*:

u = Bender-Koppitz v = Bender-Hut w = Vineland

Cuestionarios**:

x = MMPI y = Ficha psicopedagógica

Fuentes: Entrevistas cuestionario- guía aplicado en 1992.

EXPLORACION PSICOMETRICA EN LA ATENCION CLINICA

Análisis cuadro No. 13

La exploración clínico-psicológica con tests psicométricos y proyectivos, son utilizados como auxiliar en la evaluación personal, para dilucidar el diagnóstico y el pronóstico de la situación de la población que necesita o solicita la atención psicológica y psiquiátrica clínica y así orientar el tratamiento adecuado.

1. EXPLORACION CON TESTS

1.1 Entre los tests que se utilizan en Censeps para la exploración de la personalidad de la población infantil en tratamiento están, los Tests de Inteligencia: Goodenough, Raven, Wisc, ABC, Mecanismos del habla, de Articulación, de Expresión oral y el Frostig. Tests Proyectivos: Familia y Cat. Tests Proyectivos Psiconeurológicos: Bender-Koppitz. Cuestionarios: Ficha Psicopedagógica Familiar, Referencia Escolar, Historia Clínica y otros semejantes.

1.2 Entre los tests que se utilizan en la Unidad de Salud para la exploración de la personalidad de la población estudiantil están, los Tests de Aptitudes: Hábitos de estudio. Cuestionarios: MMPI (Inventario Multifacético de la Personalidad de Minesota)

1.3 Los tests que se utilizan en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para la exploración de la personalidad de la población que solicita la atención están, los Tests de Aptitudes: Otis y Hábitos de estudio. Tests de Inteligencia: Goodenough, Raven, Gesell, Nebraska, Wisc, ABC, y Weschler. Tests Proyectivos: Familia, Machover, Rorschach, Arbol, Cat, TAT y Rotter. Tests Proyectivos Psiconeurológicos: Bender-Koppitz, Bender-Hut. Cuestionarios: MMPI Y Vineland.

Los Tests de Inteligencia: evalúan aprendizaje y rendimiento escolar. Tests de Aptitudes: para orientación escolar y académica, aptitudes vocacionales y selección profesional. Tests Proyectivos: exploran procesos de percepción e interpretación de la realidad y el modo peculiar de ser. Las lesiones o accidentes neuroanatómicos o neurofisiológicos registrados a lo largo de la historia del individuo, sistemas de adaptación o desadaptación al medio, esquema corporal y los contenidos "vivos" como las interrelaciones objetivas y motivaciones del sujeto, tanto en su mundo interno, como hacia el externo. Tests Proyectivos Psiconeurológicos, evalúan alteraciones orgánicas y perturbaciones neuróticas. Cuestionarios, indagan características de la personalidad.

En resumen puede decirse que los Tests de Aptitudes y de Inteligencia: Goodenough, Raven, Wisc, Abc y Hábitos de estudio, son utilizados en el Censeps y en el Ministerio de Salud. Los Tests de Gesell, Nebraska, Otis y Weschler, en el Ministerio de Salud. Y los Tests de Mecanismos del habla, de Articulación, de Expresión oral, en el Censeps. Los Tests Proyectivos: Familia y Cat, son utilizados en el Censeps y el Ministerio de Salud. Los Tests de Machover, Rorschach, Arbol, Tat y Rotter, en el Ministerio de Salud. Los Test Proyectivos Psiconeurológicos: Bender-Koppitz en el Censeps y el Ministerio de Salud. Este último, también utiliza el Bender-Hut. Y los Cuestionarios: El MMPI en la Unidad de Salud y en el Ministerio de Salud. El Test de Vineland en el Ministerio de Salud y la Ficha Psicopedagógica Familiar en el Censeps.

DIAGNOSTICOS DE LOS TRASTORNOS PSIQUICOS EN LA ATENCION CLINICA

Cuadro No. 14

Diagnósticos psicopatológicos que presenta la población que solicita el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica en la Universidad de San Carlos de Guatemala y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	Diagnósticos de los trastornos psicopatológicos que presenta la población atendida en psicología y psiquiatría clínica															
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS																
1.1	Censeps, z.12	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.2	Unidad de Salud, z.12	-	X	-	-	-	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
2	MINISTERIO DE SALUD																
2.1	H. General, z. 1	X	X	X	X	X	X	X	-	X	-	X	-	X	X	-	-
2.2	H. Roosevelt, z.11	X	X	X	-	-	X	X	-	X	-	-	X	-	-	X	-
2.3	H.N. Salud Mental, z.18	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
2.4	H. Infectología, z.11	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.5	S. San Vicente, z. 7	X	X	X	X	X	X	X	-	X	X	-	X	X	X	-	X
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	X	X	X	-	-	-	-	-	-	X	-	-	-	-	X	X
2.7	C. de Salud No.21, z. 3	X	X	X	X	-	-	-	X	-	-	X	-	-	-	-	-
2.8	Centro de Salud, z. 6	X	X	X	-	X	-	-	-	-	X	X	-	-	-	-	-
2.9	C. S. No. 3 C. A., z. 7	X	X	X	X	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
2.10	C.S.Sta.Elena II, z.18	X	X	X	X	X	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
2.11	C. P. Paraiso II, z.18	X	X	X	X	X	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.12	C. P. 1o. de Julio, z.19	X	X	X	X	X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.13	C.S. No.13 J.R.B. z.21	X	X	X	-	-	-	-	X	-	-	-	-	-	-	-	-
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	X	X	X	X	-	X	X	-	X	-	X	-	-	-	-	-
TOTAL		15	15	13	9	8	6	6	6	5	4	4	4	3	3	3	2

Diagnósticos clasificados con el DSM-III-R. en compatibilidad con el ICD-9-CM

1 = TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA 2 = T. DE ANSIEDAD 3 = T. DEL ESTADO DE ANIMO 4 = T. POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS 5 = MAL TRATO 6 = T. DE LA PERSONALIDAD 7 = T. SOMATIFORMES 8 = CODIGOS V PARA FACTORES NO ATRIBUIBLES A TRASTORNOS MENTALES Y QUE MERECEAN ATENCION O FRATAMIENTO 9 = T. MENTALES ORGANICOS 10 = T. SEXUALES 11 = EPILEPSIA 12 = T. DISOCIATIVOS 13 = ESQUIZOFRENIA 14 = T. PSICOTICOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS 15 = T. ADAPTATIVOS 16 = ENFERMEDADES INFECCIOSAS

I. = Trastornos

Fuente: Entrevistas cuestionario-guía aplicado en 1992.

DIAGNOSTICOS DE LOS TRASTORNOS PSIQUICOS EN LA ATENCION CLINICA

Análisis cuadro No. 14

La población que solicita o asiste a la atención psicológica y psiquiátrica clínica, presenta una serie de trastornos psíquicos, los cuales se describen a continuación, se clasificaron y codifican de acuerdo al "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Revisado" DSM-III-R, en compatibilidad con la "Clasificación Internacional de Enfermedades" ICD-9-Modificación Clínica.

1. DIAGNOSTICOS DE LOS TRASTORNOS PSIQUICOS

1.1 La población infantil atendida en el Ceneeps, en el diagnóstico, según el DSM-II-R, presenta en general;

TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA

TRASTORNOS DEL DESARROLLO

Retraso Mental (códigos)

317.00 Retraso mental leve

318.00 Retraso mental moderado

Trastornos específicos del desarrollo

Trastornos de las habilidades académicas (códigos)

315.10 Trastorno del desarrollo en el cálculo aritmético

315.80 Trastorno del desarrollo en la escritura

315.00 Trastorno del desarrollo en la lectura

Trastornos del lenguaje y del habla (códigos)

315.39 Trastorno del desarrollo en la articulación

315.31 Trastorno del desarrollo en el lenguaje, tipo expresivo y receptivo.

Trastornos de las habilidades motoras (código)

315.40 Trastorno del desarrollo en la coordinación.

Trastornos por conductas perturbadoras (código)

314.01 Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

1.2 La población estudiantil atendida en la Unidad de Salud, en el diagnóstico, según el DSM-III-R, presenta en general;

TRASTORNOS POR ANSIEDAD (o neurosis fóbicas y de ansiedad)

Trastornos por angustia (códigos)

300.23 Fobia social

300.29 Fobia simple.

TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Grupo C (código)

301.40 Obsesivo-compulsivo

CODIGOS V PARA FACTORES NO ATRIBUIBLES A TRASTORNOS MENTALES Y QUE MERECEN ATENCION O TRATAMIENTO (códigos)

V62.30 Problemas escolares (académicos)

V61.80 Otras circunstancias familiares específicas

V62.81 Otros problemas interpersonales.

1.3 La población atendida en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en el diagnóstico, según el DSM-III-R y el ICD-9-CM, presenta en general;

TRASTORNOS DE INICIO EN LA INFANCIA, LA NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA: (incluye códigos inciso 1.1) además,

Trastornos de la conducta alimentaria (códigos)

307.10 Anorexia nerviosa

307.51 Bulimia nerviosa

Trastornos de la eliminación (código)

307.60 Enuresis funcional

TRASTORNOS POR ANSIEDAD

Trastornos por angustia (códigos)

300.23 Fobia social

300.29 Fobia simple

300.02 Trastorno por ansiedad generalizada

TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO

Trastornos bipolar (código)

301.13 Ciclotimia

Trastornos depresivos (código)

300.40 Distimia (o neurosis depresiva).

TRASTORNOS POR USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Cannabis (código)

304.30 dependencia

Alcohol (código)

303.90 dependencia

Inhalantes (código)

304.60 dependencia.

MAL TRATO.**TRASTORNOS DE PERSONALIDAD**

Grupo A (códigos)

301.00 Paranoide

301.20 Esquizoide

Grupo B (códigos)

301.70 Antisocial

301.83 Limite

301.50 Histriónico

301.81 Narcisista

Grupo C (códigos)

301.82 Por evitación

301.60 Por dependencia

301.40 Obsesivo-compulsivo

301.84 Pasivo-agresivo

301.90 Trastorno de la personalidad, no especificado.

TRASTORNOS SOMATORFORMES (códigos)

300.11 Trastorno de conversión (o neurosis histérica)

300.70 Hipocondría

CODIGOS V PARA FACTORES NO ATRIBUIBLES A TRASTORNOS MENTALES**Y QUE MERECEN ATENCION O TRATAMIENTO (códigos)**

V62.30 Problemas escolares (académicos)

V61.80 Otras circunstancias familiares específicas

V62.81 Otros problemas interpersonales

TRASTORNOS MENTALES ORGANICOS (códigos)

290.21 con depresión

290.1x demencia degenerativa primaria de tipo

Alzheimer, de inicio presenil

- 290.30 con delirium
- 290.20 con ideas delirantes

TRASTORNOS SEXUALES

Parafilias (códigos)

- 302.40 Exhibicionismo
- 302.81 Fetichismo
- 302.89 Frotteurismo
- 302.20 Pedofilia
- 302.83 Masoquismo sexual
- 302.84 Sadismo sexual
- 302.30 Fetichismo transvestista
- 302.82 Voyeurismo

Disfunciones sexuales

EPILEPSIA

TRASTORNOS DISOCIATIVOS (o neurosis histérica, tipo disociativo) (códigos)

- 300.60 Trastorno por despersonalización
- 300.14 Personalidad múltiple

ESQUIZOFRENIA (códigos)

- 295.2x catatónica
- 295.1x desorganizada
- 295.3x paranoide
- 295.9x indiferenciada
- 295.8x residual

TRASTORNOS PSICOTICOS NO CLASIFICADOS EN OTROS APARTADOS (códigos)

- 298.80 Psicosis reactiva breve
- 295.40 Trastorno esquizofreniforme
- 295.70 Trastorno esquizoaectivo

TRASTORNOS ADAPTATIVOS (códigos)

- 309.40 con alteración mixta de las emociones y de la conducta con síntomas emocionales mixtos
- 309.28 con síntomas emocionales mixtos

En resumen puede indicarse que el Censeps, atiende a la población infantil que presenta Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. La Unidad de Salud, atiende a la población estudiantil de la Universidad de San Carlos que presenta Trastornos por ansiedad, Trastornos de la personalidad y Códigos V. Y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, atiende a la población que presenta Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, Trastornos por ansiedad, Trastornos del estado de animo, Trastornos por uso de sustancias psicoactivas, Maltrato, Trastornos de personalidad, Trastornos somatoformes, Códigos V, Trastornos mentales orgánicos, Trastornos sexuales, Epilepsia, Trastornos Disociativos, Esquizofrenia, Trastornos Psicóticos no clasificados en otros apartados y Trastornos Adaptativos.

PSICOTERAPIA EN SALUD MENTAL EN LA ATENCION CLINICA

Cuadro No. 15 -Primera Parte-

Psicoterapia que se brinda como parte de la atención psicológica y psiquiátrica a la población en la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	Modalidad terapéutica aplicada %		No. de sesiones que recibe la población %				Corriente seguida en la clínica por el psicoterapeuta%			
		I	G	a	b	c	d	Ps.	F	C	O
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS										
1.1	Censeps, z.12	25	75	-	-	-	100	-	-	-	100
1.2	Unidad de Salud, z.12	40	60	60	35	3	2	45	-	45	10
2	MINISTERIO DE SALUD										
2.1	H. General, z. 1	90	10	50	-	-	50	-	-	-	100
2.2	H. Roosevelt, z.11	80	20	-	-	69	31	30	70	-	-
2.3	H.N. Salud Mental, z.18	90	10	2	18	3	77	13	25	50	12
2.4	H. Infectología, z.11	90	10	-	100	-	-	90	-	10	-
2.5	S. San Vicente, z. 7	70	30	-	50	42	8	52	40	8	-
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	57	43	-	3	47	50	15	17	32	36
2.7	C. de Salud No.21, z 3	50	50	80	20	-	-	50	-	50	-
2.8	Centro de Salud, z. 6	95	5	80	20	-	-	-	70	30	-
2.9	C. S. No. 3 C. A., z. 7	90	10	-	100	-	-	25	50	25	-
2.10	C.S.Sta.Elena II, z.18	100	-	90	10	-	-	30	30	-	-
2.11	C. P. Paraiso II, z.18	75	25	-	-	100	-	-	75	25	-
2.12	C. P. lo. de Julio, z.17	100	-	50	30	20	-	-	-	-	100
2.13	C.S. No.13 J.R.B. z.21	50	50	-	10	90	-	-	50	-	50
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	25	75	-	80	18	-2	-	-	-	100
TOTAL		76	24	25	31	28	16	23	32	16	29

ps. = psicológica psq. = psiquiátrica

I = Individual

G = Grupal

a = De 1 - 5

b = De 5 - 10

c = De 10 - 15

d = Más de 15

Ps. = Psicoanalítica

F = Fenomenológica-Existencial (incluye Gestáltica)

C = Conductista

O = Otros (Genética Piaget, Machmoester familiar, Minuchin, Terapia Alice, Ecléctico, Análisis transaccional, Racional emotiva)

Fuente: Entrevistas cuestionario-guia aplicado en 1992.

PSICOTERAPIA EN LA ATENCION CLINICA

Análisis cuadro No. 15 -Primera Parte-

La psicoterapia investiga procesos que determinan la concepción de la vida psíquica y constituye un método de diagnóstico y tratamiento. Una psicoterapia de los síndromes psicopedagógicos, psiquiátricos y psicosomáticos que se proponen resolver un objetivo concreto.

1. MODALIDAD TERAPEUTICA

1.1 La modalidad terapéutica seguida en el Censeps, en porcentajes es 25% individual y 75% grupal.

1.2 La modalidad terapéutica seguida en la Unidad de Salud, en porcentajes es 40% individual y 60% grupal.

1.3 La modalidad terapéutica seguida en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en porcentajes es 76% y 24% grupal.

La modalidad terapéutica individual, es la más utilizada en el Ministerio de Salud Pública en un 76%. El sistema de la sociedad actual influencia el privilegio de la propiedad individual, en donde cada persona quiere tener su propio psicólogo, mientras que en la modalidad grupal, no hay propiedad individual, sino es el grupo el que se constituye en el agente terapéutico. El grupo vivencia situaciones en común y al compartirlas, se pone en juego la acción resolutoria y reeducadora de las interacciones y comunicaciones en el interior de un medio. El grupo permite el estudio de la personalidad en su dinámica propia valorando su evolución en relación con los otros. Esta modalidad grupal, es la terapia del futuro, no porque sea la mejor, sino porque tiene que ver más con la vida en sociedad.

2. SESIONES PSICOPEDAGOGICAS Y PSICOTERAPEUTICAS

2.1 El número de sesiones psicopedagógicas que recibe la población infantil que asiste a Censeps, es más de 15, lo cual representa el 100%.

En más de 15 sesiones de terapia psicopedagógica, la población infantil es atendida en su totalidad, hasta finalizar el tratamiento.

2.2 El número de sesiones psicoterapéuticas que recibe la población estudiantil que asiste a la Unidad de Salud, está entre 1 - 5, el 60%; entre 5 - 10, el 35%; entre 10 - 15, el 3%; y más de 15, el 2%.

El 60% entre 1 - 5 sesiones, es la población estudiantil que asiste a orientación vocacional para exámenes médicos, odontológicos y psicológicos; también asisten a talleres motivacionales como parte de los programas de atención en salud mental de la Unidad. El 35% entre 5 - 10 sesiones, es la población que amerita atención psicológica clínica especializada. El 3% entre 10 - 15 sesiones, y 2% más de 15 sesiones para los casos que necesitan una terapia más prolongada, por presentar problemas que requieren de mucha participación de los profesionales a cargo de dicha atención.

2.3 El número de sesiones psicoterapéuticas que recibe la población que asiste a las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, esta entre 1 - 5, el 25%; entre 5 - 10, el 31%; entre 10 - 15, el 28%; y Más de 15, el 16%.

El 25 % entre 1 - 5 sesiones, la población es atendida en los casos que necesitan solamente apoyo psicológico. El 31% entre 5 - 10 sesiones, el 28% entre 10 - 15 sesiones; y el 16 % más de 15 sesiones, es la población que recibe propiamente atención psicoterapéutica y que de acuerdo a la severidad del trastorno, requiere un mayor número de sesiones.

3. CORRIENTE PSICOLOGICA SEGUIDA

3.1 La corriente psicológica seguida en la aplicación de la psicoterapia brindada a la población que asiste al Censeps, es la Psicología Genética de Piaget en 100%.

Esta corriente de orientación psicológica cognitiva, permite estudiar las operaciones intelectuales tal y como se presenta en los procesos del desarrollo. Evalúa en el niño el nivel de desarrollo alcanzado o, por el contrario, el retraso cognitivo y persigue que las estructuras del pensamiento elaboradas en una edad determinada, se conviertan en parte integrante del desarrollo psíquico en las de los años siguientes.

3.2 La corriente psicológica seguida en la aplicación de la psicoterapia brindada a la población que asiste a la Unidad de Salud, es Psicoanalítica en un 45%; Conductista en un 45%; y Machmoester familiar, Minuchin, Análisis transaccional y Racional Emotiva en un 10%.

El Psicoanálisis en un 45% como orientación psicológica, se utiliza para la población que necesita terapia profunda y por tiempo más prolongado. Esta corriente persigue reeducar, reestructurar, reorientar y transformar la personalidad. Muy útil en el tratamiento de fobias. Le permite al paciente alcanzar por sus propios medios, el mejor desarrollo de su vida psíquica y reemprender su capacidad de establecer y mantener relaciones objetales estables.

La terapia Conductista en un 45%, es reeducativa, no pretende cambiar la personalidad, sino tratar el síntoma, evitando que éste sea sustituido por otro. Y las otras son terapias específicas en un 10% que utiliza el psicólogo para tratar problemas que no evidencian trastornos mentales, pero que merecen atención.

3.3 La corriente psicológica seguida en la aplicación de la psicoterapia brindada a la población que asiste a las catorce dependencias del Ministerio de Educación y Asistencia Social, es Psicoanalítica en un 23; Fenomenológica-Existencial (incluye Gestáltica) en un 32%; Conductista en un 16%; y Ecléctica en un 29%. Análisis transaccional, Racional Emotiva y Terapia de Alice.

El Psicoanálisis en un 25%, persigue reeducar, reestructurar y transformar la personalidad. Permite que el paciente alcance por sus propios medios, el mejor desarrollo de su vida psíquica y reemprender su capacidad de establecer y mantener relaciones objetales estables. La terapia Conductista en un 16%, es reeducativa, no pretende cambiar la personalidad, sino tratar el sintoma, evitando que éste sea sustituido por otro. La corriente Fenomenológica Existencial en un 32%, explora el yo del sujeto, sus valores propios y sus interrelaciones: amor y amistad en forma coexistencial, su manera de insertarse en el mundo y sus perspectivas y proyectos vitales. Trata los trastornos en el aquí y en el ahora. Y la corriente Ecléctica en un 29%, es una orientación que escoge lo que mejor le parece de cada psicoterapia para cada situación, se incluye el uso de psicofármacos.

En resumen puede decirse que la modalidad terapéutica individual, es la más utilizada en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en un 76%, y la modalidad grupal, es la más utilizada por el Censeps en un 75% y la Unidad de Salud en un 80%. El número de sesiones psicopedagógicas que brinda el Censeps, es más de 15 en un 100%; en la Unidad de Salud, está entre 1 - 5, el 60%; entre 5 - 10, el 35%; entre 10 - 15, el 3%; y más de 15, el 2%; y en el Ministerio de Salud Pública, está entre 1 - 5, el 25%; entre 5 - 10, el 31%; entre 10 - 15, el 28%; y más de 15, el 16%. La corriente psicológica seguida en el Censeps, es la Psicología

Genética de Piaget en 100%; en la Unidad de Salud, es Psicoanalítica en un 45%; Conductista en un 45%; y Machmoester familiar, Minuchin, Análisis transaccional y Racional Emotiva en un 10%; y en el Ministerio de Educación y Asistencia Social, es Psicoanalítica en un 23; Fenomenológica-Existencial (incluye Gestáltica) en un 32%; Conductista en un 16%; y Ecléctica en un 29%; Análisis transaccional, Racional Emotiva y Terapia de Alice.

PSICOTERAPIA EN LA ATENCION CLINICA

Cuadro No. 16 -Segunda Parte-

Psicoterapia que se brinda como parte de la atención psicológica y psiquiátrica a la población en la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención psicológica y psiquiátrica clínica	Modalidad terapéutica aplicada %		Número de sesiones de psicoterapia que recibe la población %				Población % que recibe tratamiento psicofarmacológico								
		Individual	Grupal	a	b	c	d	Niños		Adoles		Adult				
								F	M	F	M	F	M			
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS															
1.1	Censeps, 1.12	25	75	-	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1.2	Unidad de Salud, 1.12	40	60	60	35	3	2	-	-	-	-	-	-	1	-	-
2	MINISTERIO DE SALUD															
2.1	H. General, 1.1	90	10	50	-	-	50	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.2	H. Roosevelt, 1.11	80	20	-	-	69	31	.5	.3	.5	0.5	16	6	-	-	-
2.3	H.M. Salud Mental, 1.18	90	10	2	18	3	77	-	-	2	3	43	5	-	-	-
2.4	H. Infectología, 1.11	90	10	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.5	S. San Vicente, 1.7	70	30	-	50	42	8	-	-	.3	0.7	6	-	-	-	-
2.6	C. S. M. Infantil, 1.1	57	43	-	3	47	50	.5	15	-	-	-	-	-	-	-
2.7	C. de Salud No.21, 1.3	50	50	80	20	-	-	-	-	-	-	-	-	10	1	-
2.8	Centro de Salud, 1.6	95	5	80	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.9	C. S. No. 3 C. A., 1.7	90	10	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.10	C.S.Sta.Elena II, 1.18	100	-	90	10	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.11	C. P. Paraiso II, 1.18	75	25	-	-	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.12	C. P. 10. de Julio, 1.19	100	-	50	50	20	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.13	C.S. No.13 J.R.R., 1.21	50	50	-	10	90	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2.14	C.S.El Milagro Mix 1.6	25	75	-	80	18	-2	-	-	-	-	-	-	-	-	-
TOTAL		76	24	25	31	28	16	.4	.8	1	1.8	33	4			

- a = De 1 - 5
- b = De 5 - 10
- c = De 10 - 15
- d = Más de 15

Adoles. = Adolescentes

F = Femenino M = Masculino

Fuentes: Entrevistas cuestionario-quizá aplicado en 1992.

PSICOTERAPIA EN LA ATENCION CLINICA
Análisis cuadro No. 16 -Segunda Parte-

Los tratamientos psicofarmacológico tienen efectos diferenciales que requieren una perfecta acomodación de la psicopatología del paciente con el tratamiento específico que más posibilidades tiene de mejorar el cuadro sintmático y el trastornos clínico.

1. PSICOFARMACOLOGIA

1.1 El Censeps no utiliza psicofármacos, debido a que los trastornos que presenta la población que asiste al Centro, no ameritan el uso de medicamentos, puesto que la atención es exclusivamente psicopedagógica.

1.2 El porcentaje de la población estudiantil que recibe tratamiento psicofarmacológico en la Unidad de Salud, es de 2%: 1% adulto femenino y 1% adulto masculino del total de la población atendida.

El tratamiento psicofarmacológico es de uso restringido, es prescrito por el médico para aquellos casos que por su naturaleza o síntomas necesitan ser tratados con sedantes, ansiolíticos.

1.3 El porcentaje de la población que recibe tratamiento psicofarmacológico en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es de 100%: 0.4% niñas, 0.8% niños; 1% adolescentes mujeres, 1.8% adolescentes hombres; y 33% adulto mujeres y 63% adulto hombres.

El tratamiento psicofarmacológico va dirigido principalmente a los adultos en un 96% y se usan más con los varones. Esta población masculina consulta por trastornos más graves que abarcan, a veces psicosis y el alcoholismo, que ameritan el uso de neurolépticos, sedantes y en ocasiones de antidepresivos. Para niños 1.2% y adolescentes 2.8%, es de uso restringido, ya que sí para los adultos, los

medicamentos se prescriben en casos justificados, en los niños el cuidado debe ser mayor.

Parece ser que los niños están bastante libres de los riesgos que conlleva la utilización de psicofármacos. Tales como efectos secundarios no deseados y efectos tardíos que podrían llegar a ser severos.

De todos los servicios investigados aparece más alta prescripción de psicofármacos, en aquellos centros que cuentan con un psiquiatra, tal es el caso del Hospital Nacional de Salud Mental, z. 18; y de los Hospitales General, z. 1 y Roosevelt, z. 11; puesto que los médicos generales no están familiarizados con los medicamentos psiquiátricos.

En resumen puede indicarse que el Censeps, no utiliza psicofármacos, debido que la atención que brinda, es exclusivamente psicopedagógica. En la Unidad de Salud, el uso de medicamentos, es mínimo en un 2% para aquellos casos neuróticos que necesitan sedantes o ansiolíticos. Mientras que en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se usan más en varones adultos en un 65% para aquellos trastornos severos como psicosis y el alcoholismo, que ameritan el uso de neurolepticos, sedantes y antidepresivos. Para niños 1.2% y adolescentes 2.8%, es de uso restringido; puesto que la utilización de psicofármacos, pueden causar efectos secundarios no deseados y efectos tardíos que podrían llegar a ser severos.

PRONOSTICO, TRATAMIENTO y EGRESO EN LA ATENCION CLINICA

Cuadro No. 17

Pronóstico, tratamientos complementarios y egreso de la población atendida en la Universidad de San Carlos de Guatemala y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la ciudad de Guatemala.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	Pronóstico elaborado por el terapeuta%				Tratamientos complementarios a la terapia %				Criterios de egreso para darle de alta a la población %			
		1	2	3	4	A	B	C	D	a	b	c	d
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS												
1.1	Censeps, z.12	-	50	25	25	25	75	-	-	75	-	25	-
1.2	Unidad de Salud, z.12	30	15	55	-	-	-	-	100	50	0.5	47	2.5
2	MINISTERIO DE SALUD												
2.1	H. General, z. 1	85	12	2	1	60	20	20	-	20	-	-	80
2.2	H. Roosevelt, z.11	50	33	15	2	-	40	60	-	65	2	19	14
2.3	H.N. Salud Mental, z.18	8	68	20	4	65	32	-	3	85	3	12	-
2.4	H. Infectología, z.11	100	-	-	-	10	10	80	-	50	30	20	-
2.5	S. San Vicente, z. 7	85	5	10	-	65	30	5	-	88	2	10	-
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	11	42	36	9	-	-	100	-	65	10	17	8
2.7	C. de Salud No.21, z 3	-	50	-	50	-	-	-	-	50	-	5	45
2.8	Centro de Salud, z. 6	-	80	10	10	-	-	95	5	20	-	20	60
2.9	C. S. No. 3 C. A., z. 7	35	50	15	-	-	-	100	-	70	10	20	-
2.10	C.S.Sta.Elena II, z.18	-	80	20	-	-	-	100	-	20	-	80	-
2.11	C. P. Paraíso II z.18	20	75	5	-	-	-	100	-	80	15	5	-
2.12	C. P. 10. de Julio, z.19	30	30	20	20	-	-	-	-	35	5	60	-
2.13	C.S. No.13 J.R.B. z.21	80	10	8	2	-	-	-	-	90	-	10	-
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	-	100	-	-	33	34	33	-	90	5	5	-
TOTAL		36	45	12	7	21	15	63	1	59	6	20	15

ps. = psicológica psq. = psiquiátrica

1 = Altamente favorable

2 = Medianamente favorable

3 = Poco favorable

4 = No favorable

A = Ocupacional

B = Recreativa

C = Ludoterapia

D = Otros (talleres, psicodrama, musicoterapia, relajación)

a = Superación del motivo de ingreso

b = Traslado a otra institución

c = Abandono del tratamiento

d = Otros (retiro por trabajo, temporal, orgánicas, tiempo)

Fuente: Entrevistas cuestionario-guía aplicado en 1992.

PRONOSTICO, TRATAMIENTO Y EGRESO EN LA ATENCION CLINICA

Análisis cuadro No. 17

El pronóstico predice cual va a ser la respuesta de la población al tratamiento clínico, de acuerdo al diagnóstico elaborado con base en las entrevistas, observaciones, examen mental y pruebas psicométricas.

1. PRONOSTICO

1.1 El pronóstico de la población atendida en el Censeps, es 50% Medianamente favorable, 25% Poco favorable y 25% No favorable.

El pronóstico medianamente favorable 50%, lo constituye la población infantil que con tratamiento psicopedagógico logra nivelar el aprendizaje escolar. Mientras que los poco favorable 25%, presentan retraso en el desarrollo cognitivo; y los no favorable 25%, la población que necesita terapia especial más prolongada y profunda, la cual por diversas razones, no finaliza el tratamiento.

1.2 El pronóstico de la población atendida en la Unidad de Salud, es 30% Altamente favorable, 15% Medianamente favorable y 55% Poco favorable.

El pronóstico poco favorable 55%, lo constituye la población estudiantil que no asiste a todas las sesiones de orientación, talleres motivacionales y de terapia. Con pronóstico medianamente favorable 15% para los casos en tratamiento prolongado y profundo. Y el pronóstico altamente favorable 30% esta en relación con circunstancias reales (académicas, familiares, sociales) y en este caso la adaptación es buena.

1.3 El pronóstico de la población atendida en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es 38% Altamente favorable, 45% Medianamente favorable, 12% Poco favorable y 7% No favorable.

El pronóstico altamente favorable 36%, es de la población que asiste a consulta externa para tratamiento médico y la cual presenta trastornos psíquicos, además de la enfermedad física. Todo eso, aunado a circunstancias familiares y laborales. Medianamente favorables 45%, los casos ambulatorios en tratamiento prolongado y profundo. Poco favorable 12%, la población que no asiste a todas las sesiones de terapia. Y no favorable 7%, aquellos casos que se repiten o duran tanto más, cuanto más desfavorables son las condiciones de existencia de las personas..

2. TRATAMIENTOS COMPLEMENTARIOS

2.1 Los tratamientos complementarios a la terapia, brindada a la población que asiste al Censeps, es 25% Ocupacional y 75% Recreativa.

La Terapia Recreativa 75%, incluye Ludoterapia, que le permite al niño a través del juego, integrar pautas adecuadas de comportamiento: psicomotoras, de relajación y de aptitudes sociales, que se manifiestan en la interacción con los demás y en la capacidad para tener un conocimiento de sí mismo y del mundo social.

La Terapia Ocupacional 25%, permite crear un clima de trabajo maduro y sano que ayude al niño y a sus padres a capacitarse en oficios que le faciliten su integración a la sociedad. En la medida que mejoren sus habilidades y aptitudes ocupacionales, mejora su interrelación humana en la trabajo y su relación en otros ámbitos, que le faciliten su integración a la organización y a los equipos de trabajo.

2.2 Los tratamientos complementarios a la terapia, brindada a la población estudiantil que asiste a la Unidad de Salud, es 100 % Talleres de Formación Personal y Desarrollo Humano.

La terapia complementaria va dirigida en su totalidad a Talleres de orientación vocacional y motivacional. Tiene

como objetivo principal el entrenamiento de los individuos para que se responsabilicen de su vidas, cuestionen sus metas, colaboren con la institución, comprendan a sus semejantes y aprovechen sus conocimientos en beneficio de la productividad.

2.3 Los tratamientos complementarios a la terapia, brindada a la población que asiste a las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es 21% Ocupacional, 15% Recreativa, 63% Ludoterapia y 1% Relajación, Musicoterapia y Psicodrama.

La Ludoterapia 63%, es la más utilizada como complemento terapéutico, dirigida a la población infantil para que integre a través del juego, pautas adecuadas de conducta, de relajación y de interacción consigo mismo y con los demás. La Terapia Recreativa 15%, se utiliza más en los hospitales y persigue también los objetivos de la Ludoterapia. La Terapia Ocupacional 21%, se utiliza en los hospitales donde hay equipo multidisciplinario con talleres para la capacitación de oficios ocupacionales, los cuales persiguen integrar a la población al trabajo y a la sociedad. Los métodos de Relajación, Musicoterapia y Psicodrama 1%, se utilizan en el Hospital Nacional de Salud Mental y en el Centro de Salud.z.6, los cuales persiguen el aprendizaje progresivo del control tónico-muscular y el juego dramático, le permite al sujeto recobrar la espontaneidad.

3. EGRESO

3.1 Los criterios de egreso para darle de alta a la población atendida en el Censeps, es 75% Superación del motivo de ingreso, 25% Abandono del tratamiento.

3.2 Los criterios de egreso para darle de alta a la población atendida en la Unidad de Salud, es 50% Superación del motivo de ingreso, 0.5% Traslado a otra institución, 47% Abandono del tratamiento y 2.5% Retiro por trabajo.

3.3 Los criterios de egreso para darle de alta a la población atendida en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es 59% Superación del motivo de ingreso, 6% Traslado a otra institución, 20% Abandono del tratamiento y 15% por superar el problema orgánico o por falta de tiempo para asistir a las sesiones.

La mayoría de la población atendida por el psicólogo o el psiquiatra clínica y que supera el motivo de consulta, ha finalizado satisfactoriamente el tratamiento psicopedagógico o de salud mental, para lo cual debió asistir a todas las sesiones terapéuticas programadas. La población que presenta trastornos severos, es referida a los hospitales que brindan atención prolongada y profunda. Para la población que abandona el tratamiento por falta de tiempo, por trabajo, por temporadas o porque superó el problema orgánico, el pronóstico es poco favorable.

En resumen puede decirse, que el pronóstico altamente favorable en la Universidad de San Carlos, es en un 30% y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en un 36%. El pronóstico medianamente favorable en la Universidad es en un 32.5% y en el Ministerio de Salud en un 45%. Poco favorable, en la Universidad en un 40% y en el Ministerio de salud en un 12%. Y no favorable en un 20% la Universidad y en un 7% el Ministerio de Salud. El tratamiento complementario Ludoterapia, se utiliza en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, en un 63%. La Terapia Recreativa, se utiliza en un 75% por el Censeps. La Terapia Ocupacional, se utiliza en el Censeps en un 25% y en el Ministerio de Salud en un 21%. La Unidad de Salud, dirige la terapia en su totalidad a Talleres de orientación vocacional y motivacional. La mayoría población atendida en la Universidad de San Carlos y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, egresa en un 61% al superar el motivo de consulta; en un 31% por abandono del tratamiento; en un 6% por trabajo; y en un 2% por traslado.

PRONOSTICO, EGRESO y SEGUIMIENTO EN LA ATENCION CLINICA

Cuadro No. 18

Pronóstico, egreso, seguimiento y control de la población atendida por la Universidad de San Carlos de Guatemala y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en la ciudad de Guatemala.

No.	Nombre de la institución que presta el servicio de atención ps. y psq. clínica	Pronóstico elaborado por el terapeuta%				Criterios de egreso para darle de alta a la población %				Seguimiento y control de los egresos %			
		1	2	3	4	a	b	c	d	A	B	C	D
1	UNIVERSIDAD SAN CARLOS												
1.1	Censeps, z.12	-	50	25	25	75	-	25	-	-	-	-	-
1.2	Unidad de Salud, z.12	30	15	55	-	50	0.5	47	2.5	-	-	-	-
2	MINISTERIO DE SALUD												
2.1	H. General, z. 1	85	12	2	1	20	-	-	80	75	-	25	-
2.2	H. Roosevelt, z.11	50	33	15	2	65	2	19	14	20	-	-	80
2.3	H.N. Salud Mental, z.18	8	68	20	4	85	3	12	-	55	5	-	40
2.4	H. Infectología, z.11	100	-	-	-	50	30	20	-	80	20	-	-
2.5	S. San Vicente, z. 7	85	5	10	-	88	2	10	-	75	-	25	-
2.6	C. S. M. Infantil, z. 1	11	42	38	9	65	10	17	8	70	20	5	-
2.7	C. de Salud No.21, z. 3	-	50	-	50	50	-	5	45	-	-	-	100
2.8	Centro de Salud, z. 6	-	80	10	10	20	-	20	60	-	15	-	-
2.9	C. S. No. 3 C. A., z. 7	35	50	15	-	70	10	20	-	-	-	-	100
2.10	C.S.Sta.Elena II, z.18	-	80	20	-	20	-	80	-	100	-	-	-
2.11	C. P. Paraíso II, z.18	20	75	5	-	80	15	5	-	25	15	60	-
2.12	C. P. 10. de Julio, z.19	30	30	20	20	35	5	60	-	-	-	-	-
2.13	C.S. No.13 J.R.B. z.21	80	10	8	2	90	-	10	-	-	-	-	-
2.14	C.S.El Milagro Mix z. 6	-	100	-	-	90	5	5	-	10	-	-	-
TOTAL		36	45	12	7	59	6	20	15	50	7	11	32

ps. = psicológica psq. = psiquiátrica

1 = Altamente favorable

2 = Medianamente favorable

3 = Poco favorable

4 = No favorable

a = Superación del motivo de ingreso

b = Traslado a otra institución

c = Abandono del tratamiento

d = Otros (retiro por trabajo, temporal, orgánicas, tiempo)

A = Cita

B = Visita domiciliaria

C = Informe o referencia familiar, patronal o institucional

D = Otros (falta recurso, falta control, trabajo social, control médico, encamamiento, no egresos, telefono, maestros, control carnet)

Fuentes: Entrevistas cuestionario-guía aplicado en 1992.

PRONOSTICO, EGRESO y SEGUIMIENTO EN LA ATENCION CLINICA

Cuadro No. 18

El seguimiento y control de los egresos de la población atendida, permite verificar la respuesta de la población a los servicios de los programas de psicopedagogía y de salud mental.

1. SEGUIMIENTO y CONTROL DE EGRESOS

1.3 El seguimiento y control de egresos de la población dada de alta, atendida en las catorce dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es 50% por medio de cita; 7% por medio de visita domiciliaria, 11% por medio de informe o referencia familiar, patronal o institucional; y en el 32 % Faltan recursos: falta control, Trabajo Social, control médico, encamamiento, no egresos, teléfono, maestros, control carnet.

La mayoría de la población 50% para el seguimiento y control de egresos, es citada a través de consulta externa en los hospitales y por medio de Trabajo Social en los centros de salud. En segundo lugar se solicita informe o referencia a la familia o institución 11%. Así también se hace visita domiciliaria a través de Trabajo Social 7%; y por último hay una población para la que 32 % falta recurso y control de sus egresos 32%. En las dependencias de la Univesidad de San Carlos, no hay seguimiento y control de los egresos, puesto que la población llega a tratamiento preventivo, la mayoría egresa al superar el motivo de consulta.

En resumen puede decirse, que para el seguimiento y control de egresos de población atendida en el Ministerio de Salud, se controla 50% citas, 11% por referencia familiar o institucional, 7% visita domiciliaria y 32% no hay control por falta de recurso, no hay egresos, encamamiento.

Resumen General

Tanto el análisis descriptivo e interpretativo realizado

hasta aquí de los resultados obtenidos en la aplicación del cuestionario-guía y expuestos en 18 cuadros, permite visualizar la situación actual de los servicios de atención psicológica y psiquiátrica clínica que en la ciudad de Guatemala brindan las dependencias de la Universidad de San Carlos y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, por medio de sus programas de psicopedagogía y de salud mental.

En esa atención destaca sin lugar a dudas la calidad del servicio brindado en cuanto a la divulgación, que en alguna medida permite lograr la prevención de los trastornos psicopatológicos (atención primaria) como una evaluación diagnóstica formulada con los criterios más actualizados en el campo psicológico y psiquiátrico.

Así también la incorporación de sistemas psicoterapéuticos aplicados como tratamiento a la problemática que presenta la población guatemalteca que asiste a esos servicios. Estos sistemas evidencian que las orientaciones o corrientes psicológicas que los sustentan, también son de vanguardia en el conocimiento científico universal.

Y finalmente destaca esa acción profesinal del psicólogo y psiquiatra guatemalteco que comprometido, no solamente en una relación laboral-humano, establece esa relación psicoterapeuta-paciente que es en última instancia la clave para que los programas de atención clínica cumplan su cometido: **!preservar, fortalecer y recuperar la SALUD MENTAL de la población guatemalteca!**

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. CONCLUSIONES

Una vez finalizado el exhaustivo análisis de los resultados, corresponde la formulación de las conclusiones y recomendaciones de esta investigación, las que a manera de síntesis explicativa evidenciaran lo significativo de los logros obtenidos a lo largo del trabajo.

Es un tanto difícil reflejar en tan pocas líneas toda la experiencia adquirida y todo el aporte que quisiera darse a las instituciones estudiadas, no obstante, para el efecto, se ha organizado esta parte final de la forma siguiente, de acuerdo al modelo teórico-metodológico seguido y al carácter documental descriptivo del mismo:

- A Lo referente a la Hipótesis de Trabajo
- B Lo referente a los objetivos de esta investigación
- C Lo referente a los principales componentes del estudio

A. De la Hipótesis

La Hipótesis de Trabajo, se formuló considerando lo esencial de los servicios de Atención Psicológica y Psiquiátrica Clínica en dos sentidos:

- a. Los procedimientos seguidos en los programas a cargo del Personal Profesional; y
- b. La respuesta que las instituciones a cargo de estos programas dan a la población guatemalteca que recibe el servicio, a través de la Relación Psicoterapeuta-Paciente.

Al respecto, se puede decir que la hipótesis fue verificada en un 80% por cuanto pudo evidenciarse que si bien la respuesta profesional es "efectiva y congruente" a la población, las condiciones en que esta se proporciona son

sumamente limitados en cuanto a los recursos de que se dispone y al número total de la población guatemalteca, la cual en su mayoría no tiene oportunidad de recibir el servicio, aunque sus necesidades de atención lo demanden.

La circunscripción del servicio a la ciudad capital, los hospitales departamentales y centros de salud del interior del país carecen de servicio de psicología y psiquiatría clínica, ha llevado a una centralización de los programas: un Hospital Nacional de Salud Mental para toda Guatemala, cubriendo anualmente sólo el 0.31% de los 9 millones de habitantes.

De igual forma el número de profesionales psicólogos y psiquiatras en las instituciones es bastante reducido para la demanda potencial existente.

Cabe destacar en esta verificación por una parte, la labor de la Universidad de San Carlos, en su proyección a la población estudiantil universitaria, a la niñez, padres de familia y maestros de educación preprimaria y primaria y por otra parte, la calidad técnica y ética, la cual los profesionales a cargo de los servicios desempeñan su trabajo, a través de la relación psicoterapeuta-paciente.

Debido a esas condiciones, se puede apreciar que esa relación se cumple satisfactoriamente con las demandas concretas en 60%, y que en este mismo porcentaje la población ve satisfecha sus necesidades al acudir a los servicios.

También en esa misma relación, los programas institucionales de psicopedagogía y de salud mental con en un 60% efectivo de acuerdo a las condiciones en que se desarrollan y por consecuencia los procedimientos de atención seguidos.

B. De los Objetivos de la Investigación

Se lograron también en forma satisfactoria en un 90%, destacando entre ellos lo referente a evidenciar la importancia de la Relación Psicoterapeuta-Paciente en la

Atención Psicológica y Psiquiátrica Clínica, de los programas de Psicopedagogía y de Salud Mental, la cual constituye una respuesta efectiva y congruente a la población que solicita el servicio en la Universidad de San Carlos y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en cuanto a atender en forma técnica y profesional los trastornos psicopatológicos que estas personas presentan. El 10% no logrado por no haber tenido acceso al conocimiento más pormenorizado de los procesos psicoterapéuticos seguidos por parte del profesional que los aplica.

C. De los componentes principales del estudio

a. En cuanto a las Instituciones de Salud Mental

1. La Universidad de San Carlos, brinda 8 horas de atención psicopedagógica y de salud mental, con 14 psicólogos que laboran tres, cuatro y ocho horas, de 8:00 a 12:00 y de 13:00 a 17:00, de lunes a viernes y sábados de 8:00 a 12:00.

El servicio directo que brindan, se proyectan a un número determinado de personas.

2. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, brinda cuatro horas de atención en salud mental, con 33 psicólogos y 19 psiquiatras, que laboran de 8:00 a 12:00, de lunes a viernes. El número del personal profesional y horas que laboran, se considera insuficiente para atender la demanda de la población que solicita el servicio, que es mucho mayor.

3. La Universidad de San Carlos, utiliza los medios divulgativos escritos, televisivos, radiales y otros; y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 5 dependencias, utilizan los medios escritos; 2 los televisivos; y la mayoría otros medios como: la comunidad.

4. La Universidad de San Carlos y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, brindan la atención gratuita y prestan también, los servicios de Medicina, Laboratorio Clínico, Odontología y Trabajo Social.

5. Los requisitos de ingreso a la Universidad de San Carlos y al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, son solicitar entrevista con el psicólogo o psiquiatra, documentos de identificación, acompañante y referencia escolar. Los Programas están orientados a la población, en un 51% Preventivo, en un 27% de Tratamiento; en un 15% de Rehabilitación; y en un 7% de Participación Comunitaria.

b. En cuanto a la Población atendida en salud mental

1. La población atendida durante el año 1991 y 1992 en el Censeps, fue de 3,731: adultos 76%: mujeres 68% y hombres 8%; adolescentes 12%: mujeres 11% y hombres 1%; y niños 12%: niñas 5% y niños 7%. En la Unidad de Salud, fue de 2,000: adultos 100%: mujeres 35% y hombres 65%; y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, fue de 28,519: adultos 46%: mujeres 33% y hombres 13%; adolescentes 13%: mujeres 8% y hombres 5%; y niños 41%: 21% niñas y niños 20%. La mayoría de la población, es de condición socioeconómica media y baja; estudiante y trabajador; procedente de la ciudad capital; alfabeta y ladina.

c. En cuanto al Personal Profesional de salud mental

1. Los resultados de la información obtenida en las entrevistas a Jefes y Coordinadores Psicólogos y Psiquiatras que laboran en las dependencias de la Universidad de San Carlos y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, permitirán una evaluación de los recursos respecto de la organización y desarrollo de los programas de atención en

psicopedagogía y de salud mental; en cuanto a como abordar y atender en forma técnica y profesional los trastornos psicopatológicos que presenta la población que solicita el servicio

d. En cuanto a los procedimientos de los servicios de atención en salud mental, a través de la Relación Psicoterapeuta-Paciente

1. La mayoría de la población ingresa a la Universidad de San Carlos, en un 95% por referencia escolar; en un 87% por iniciativa del estudiante; y al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en un 58% por referencia de consulta externa médica. Se asigna psicólogo o psiquiatra, de acuerdo al motivo de consulta en un 49% y por disponibilidad en un 51%. En la primera entrevista, se realiza exploración inicial del problema en un 62%; establecimiento de rapport en un 18%; información de normas en un 18% y evaluación psicometría en un 2%.

2. El Censeps, emplea más de 5 sesiones, de más de 60 minutos para cada una, en un 100% para la elaboración del diagnóstico; en la Unidad de Salud, de 2 a 4 en un 49% y en la primera 48%, de más de 60 minutos; y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de 2 a 4 en un 56% y en la primera en un 36%, con un 50% de 30 minutos para cada sesión. La mayoría elabora el diagnóstico, con base en la impresión clínica en un 53% y en la historia del problema, en un 32%. El resultado de tests en un 12%, exámenes médicos y cartas de referencia escolar en un 3%.

3. El intervalo de tiempo para cada sesión psicoterapéutica de la Universidad de San Carlos, es continuo en un 97%, lo cual permite establecer plenamente la relación psicoterapeuta-paciente. En el Ministerio de Salud Pública y

Asistencia Social, en un 63%, una sesión cada semana y 23% una sesión cada quincena, favorece mantener la relación psicoterapeuta-paciente. El 7% que asiste una sesión cada mes y 7% cada dos o tres meses, no favorece establecer plenamente la relación psicoterapeuta-paciente, puesto que no hay continuidad en el tratamiento.

4. La clasificación diagnóstica más utilizada por La Universidad de San Carlos de Guatemala y por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es el DSM-III-R en un 90%. El CIE-9-MC, es utilizado por 5 dependencias del Ministerio de Salud.

5. El test Goodenough y Familia, es el más utilizado por 10 dependencias; el Bender-Koppitz por 7; Machover por 5; Rorschach y MMPI por 4; Raven, Arbol, Cat y Bender-Hut por 3; Gesell, Nebraska, Wisc, Abc. Hábitos de estudio y Tat por 2; Mecanismo del habla, Articulación, Expresión oral, Frostig y Ficha psicopedagógica por 1 y; también el Otis, Weschler, Rotter y Vinelad, cada uno por 1 dependencia.

6. El Censeps, atiende Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. La Unidad de Salud, atiende Trastornos por ansiedad, Trastornos de la personalidad y Códigos V. Y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 14 dependencias, atienden Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia y Trastornos por ansiedad; 13, Trastornos del estado de animo; 9, Trastornos por uso de sustancias psicoactivas; 8, Maltrato; 6, Trastornos de personalidad, Trastornos somatoformes y Códigos V; 5, Trastornos mentales orgánicos; 4, Trastornos sexuales, Epilepsia y Trastornos Disociativos; 3, Esquizofrenia, Trastornos Psicóticos no clasificados en otros apartados y trastornos Adaptativos; y en 2 dependencias Enfermedades Infecciosas.

7. La modalidad terapéutica individual, es la más utilizada en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en un 76%, y la modalidad grupal, es la más utilizada por el Censeps en un 75% y la Unidad de Salud en un 60%.

8. La corriente Genética de Piaget, es utilizada 100% por el Censeps. La Unidad de Salud, utiliza en un 45% Psicoanálisis y en un 45% Conductismo. La corriente Fenomenológica Existencial, es la más utilizada en un 32% por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; en un 29% Ecléctica; en un 23% Psicoanálisis. Y el tratamiento psicofarmacológico se usa más en un 63% con hombres y en un 33% mujeres. Para niños y adolescentes es de uso restringido.

9. El pronóstico altamente favorable en la Universidad de San Carlos, es en un 30%, y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en un 36%. El pronóstico medianamente favorable en la Universidad es en un 32.5% y en el Ministerio de Salud en un 45%. Poco favorable, en la Universidad en un 40% y en el Ministerio de salud en un 12%. Y no favorable en un 20% la Universidad y en un 7% el Ministerio de Salud.

10. El tratamiento complementario Ludoterapia, se utiliza en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, en un 63%. La Terapia Recreativa, se utiliza en un 75% por el Censeps. La Terapia Ocupacional, se utiliza en el Censeps en un 25% y en el Ministerio de Salud en un 21%. La Unidad de Salud, dirige la terapia en su totalidad a Talleres de orientación vocacional y motivacional.

11. La mayoría población atendida en la Universidad de San Carlos y en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; regresa en un 61% al superar el motivo de consulta; en un 31% por abandono del tratamiento; en un 6% por trabajo; y en un 2% por traslado.

12. El seguimiento y control de egresos, de la población atendida en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, es en un 50% por cita; en un 32% por Medicina o Trabajo Social; en un 11% por referencia familiar o patronal; y en un 7% por visita domiciliaria.

2. RECOMENDACIONES

1. Que la Atención Psicológica y Psiquiátrica Clínica de los Programas de Psicopedagogía y de Salud Mental de la Universidad de San Carlos y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se proyecte aún más a la población que necesita este tipo de servicio.

2. Que el horario de los Psicólogos y Psiquiatras que laboran para la Universidad de San Carlos y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, sea de tiempo completo y no con horario fraccionado, además, que se aumente el número de Psicólogos, el cual se considera insuficiente para atender la demanda de atención que presenta la población.

3. Que se debieran de utilizar los medios divulgativos escritos, televisivos, radiales y otros para promoción y prevención de los trastornos psicopatológicos; ya que el Personal Profesional es insuficiente para satisfacer en parte la demanda de atención en salud mental de la población que es insuficiente.

4. Que las instituciones proporcionen el servicio de salud mental en forma multidisciplinaria para una atención integral de la población que la solicita, así como también que la cobertura de atención a la población se incremente a otros grupos de edad de la población.

5. Que en base a la opinión y resultados obtenidos en las entrevistas a Jefes y Coordinadores, que laboran para la Universidad de San Carlos y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, se realice una evaluación institucional para retroalimentar las necesidades de los servicios para mejorar la atención en salud mental.

6. Que a través de los medios de divulgación se haga promoción para que la población asista en demanda espontánea y no únicamente por referencia a los servicios de salud (consulta externa médica).

7. Que en las instituciones que brindan los servicios de psicopedagogía y de salud mental, se incremente el horario y número de psicólogos y psiquiatras para aumentar el tiempo de cada sesión y determinar el intervalo de tiempo para cada una de las sesiones psicoterapéuticas para establecer la eficacia de la relación psicoterapeuta-paciente en la población.

8. Que con respecto a la clasificación diagnóstica, se normalice e implemente el uso del DSM-III-R y CIE-9-CM.

9. Que con respecto al uso de los tests, se normalice e implemente el uso de ellos, según el tipo de población que se atiende y según las edades, dado que existe mucha variabilidad en instituciones similares

10. Que se hace necesario establecer 3 niveles de atención:

1.- Un nivel primario, para resolver casos no muy complicados, discutir casos plenamente, ayudarlos a resolver casos no muy complicados con grupos de auto-ayuda y trabajadores de atención primaria, prevenir y organizar grupos de educación en salud y para recreación. 2.- Un nivel secundario, en unidades de salud mental en los Hospitales General "San Juan de Dios" y Roosevelt para

enfermos con psicopatología y psicofármacos, neurosis, trastornos de personalidad y también psicosis que puedan tener tratamiento ambulatorio. y 3.- Un nivel terciario, para los casos más complejos que necesitaran de hospitalización, siempre y cuando ésta sea también breve.

11. Que por ser la Terapia de Grupo, un tratamiento que emplean los servicios de Salud Pública para tratar en mejor forma las circunstancias de la vida social, dada la interacción múltiple, se planifique, organice y se incremente este tipo de servicio.

12. Que existe una tendencia al ecléctismo en la atención clínica, se sugiere la implementación técnica para atender y orientarse en varias corrientes de pensamiento psicológico.

13. Que todos aquellos lugares donde se existe Tratamiento Recreativo y Laboral u Ocupacional, se implementen los Programas respectivos y que la Terapia de Juego, no falte en un centro donde se atiende niños.

14. Que con el objeto de que los pronósticos sean acordes con la realidad, conviene que se elaboren diagnósticos con más precisión y que la atención sea de calidad óptima, todo esto para evitar recidivas (repite la enfermedad).

15. Que aunque la tendencia sea de tratamiento preventivo, debe hacerse lo posible por motivar adecuadamente a la psicoterapia, para que no tengan un alto índice de deserción entre sus pacientes. Para lograr tal propósito, se recomienda que los programas sean más atractivos para la población. Debiera evitarse las terapias prolongadas. En los casos de duda, deberá consultarse a los supervisores para discutir en grupo la pertinencia de los agresos.

16. Que al respecto de la concentración de los servicios de atención en salud mental en la ciudad capital, es necesario que se reconsideren las perspectivas de no centralizar el servicio en la capital y capacitar a todo el recurso humano, que como inicio, tienen que estar involucrados en la educación y atención primaria en salud mental para una mayor eficiencia y eficacia de esos servicios, así como también integrar la salud mental a los programas generales de salud y que deje de ser marginal.

BIBLIOGRAFIA

1. BARQUIN, C. Manuel. "capítulo I, Sistemas y Servicios de Salud". *En su: Dirección de Hospitales. Organización de la Atención Médica.* 4a. ed. México, Interamericana, 1979. 592p. (pp. 5-25)
2. BARQUIN, C. Manuel. "La Atención Médica como función de Salud". *En su: Dirección de Hospitales. Organización de la Atención Médica.* 4a. ed. México, Interamericana, 1979. 592p. (pp. 30-45)
3. BORDEN, George A. y M., John D. *La Comunicación humana. el proceso de intercambio.* Argentina, El Ateneo, 1982. (pp. 5-15)
4. CARROL, Herbert. "Capítulo I, Higiene Mental". *En su: Dinámica del ajuste Psíquico.* 5a. ed. México, Continental, S.A., 1982. 520p. (pp. 33-40)
5. CASTELLANOS Robayo, Jorge. *Atención Médica en Salud. Documento Programa Eps Rural.* Fac. Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1989. 20p.
6. CERDA, Enrique. *Psicología Aplicada. Métodos de exploración de las aptitudes y de la personalidad.* 6a. ed. España, 1971. p. 11
7. CORER. *Relación Psicoterapeuta-Paciente.* Documento Programa Eps Hospitalario, Fac. Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala, 1988. 30p.
8. DE LA FUENTE Muñiz, Ramón. "XVI. El Examen Psicológico". *En su: Psicología Médica.* México, Fondo de cultura económica. 1978. 444p. (pp. 353-363)
9. DE LA ROCA Hernández, José Ronaldo. *La Salud Mental del Psicólogo.* Primer certamen científico-literario. Liga Guatemalteca de Higiene Mental. Guatemala, junio 1984.
10. FERNANDEZ Santos, Agustín. *El Psicodiagnóstico: Un análisis de su práctica y capacitación.* Revista de Psicología de El Salvador, 1991, Vol. X, No. 39, 27-39 Universidad Centro Americana José Simeón Cañas UCA, San Salvador, El Salvador, C.A. (pp. 27-39)
11. FREUD, Sigmund. *Esquema del Psicoanálisis.* Argentina, Paidós. 1982. 105p.
12. FREUD, Anna. *El yo y los mecanismos de defensa.* México, Paidós. 1984. 199p.

BIBLIOGRAFIA

13. GARFIELD, Sol. "Capítulo IV, La Entrevista Clínica". En su: *Psicología Clínica*. México, El Manual Moderno, 1982. 469p. (pp. 78-101)
14. GARFIELD, Sol. "Capítulo VI, Evaluación de la Personalidad". En su: *Psicología Clínica*. México, El Manual Moderno, 1982. 469p. (pp. 136-187)
15. GUATEMALA. Ministerio de Gobernación. *Constitución de la República de Guatemala*, decretada por la Asamblea Constitucional. 1945. 130p.
16. GUATEMALA. Ministerio de Gobernación. *Constitución de la República de Guatemala*, decretada por la Asamblea Constitucional. 1956. 130p.
17. GUATEMALA. Ministerio de Gobernación. *Constitución de la República de Guatemala*, decretada por la Asamblea Constitucional. 1965.
18. GUATEMALA. Ministerio de Gobernación. *Constitución de la República de Guatemala*, decretada por la Asamblea Constitucional. 1985.
19. GUATEMALA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Código de Salud*. 1983. 135p.
20. GUATEMALA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Plan de Salud Operativo Nacional*. Unidad Sectorial de Planificación de la Salud, 1988.
21. GUATEMALA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. *Nuestro Compromiso con la Salud Pública de Guatemala*. Febrero 1991. 13p.
22. GUATEMALA. *El Plan Nacional de Salud Mental*. Colaboración del Dr. Augusto Aguilera, et. al. 1980. 5p.
23. HOFLING, Charles K. "Capítulo 8, Reacciones Orgánicas y Funcionales". En su: *Tratado de Psiquiatría*. Traducción Dr. Luis Augusto Méndez. México Interamericana, S. A. 1965. 454p. (pp. 221-225)
24. HOFLING, Charles K. "Capítulo 14, Psicoterapias". En su: *Tratado de Psiquiatría*. Traducción Dr. Luis Augusto Méndez. México, Interamericana, S.A. 1965. 545p. (pp. 375-396)
25. KAPLAN, Stanley M. "Capítulo I". En: Charles K. Hofling, *Tratado de Psiquiatría*. Traducción Dr. Luis Augusto Méndez. México, Interamericana, S.A. 1965. 545p. (pp. 1-23)

BIBLIOGRAFIA

26. KOLB, Lawrence. "Examen Psicopatológico". En su: *Tratado de Psiquiatría Clínica Moderna*. México, La Prensa Médica Mexicana. 1976. 1016p. (pp. 130-177)
27. KOLB, Lawrence. "Capítulo VIII, Factores Predisponentes y Precipitantes del Trastorno Mental". En su: *Tratado de Psiquiatría Clínica Moderna*. México, La Prensa Médica Mexicana. 1976. 1016p. (pp. 179-219)
28. KOLB, Lawrence. "Examen del Paciente". En su: *Tratado de Psiquiatría Clínica Moderna*. México, La Prensa Médica Mexicana. 1976. 1016p. (pp. 221-260)
29. KOLB, Lawrence. "Psicopatología". En su: *Tratado de Psiquiatría Clínica Moderna*. México, La Prensa Médica Mexicana. 1976. 1016p. (pp. 862-888)
30. LEVIN, Jack. "7 Muestras y población". En su: *Fundamentos de Estadística en la Investigación Social*. 2a. ed. México, Harla. 1977. 305p. (94-95)
31. MACKINNON, Roger y Michele, Robert. *Psiquiatría Clínica Aplicada*. México, Interamericana. 1973. 432p. (pp. 3-59)
32. MACKLEOD, John A. "Capítulo 13, Medidas del Tratamiento Psiquiátrico". En: Charles K. Hofling. *Tratado de Psiquiatría*. Traducción Dr. Luis Augusto Méndez. México, Interamericana, S.A. 1965. 454p. (pp. 345-372)
33. MILLIKEN, Mary Elizabeth. *Relaciones humanas con el paciente*. Argentina, AID. 1970.
34. MONEDERO, Carmelo. Primera Parte. Capítulo I. "La Ciencia Psicopatológica". En su: *Psicopatología General*. 2a. ed. España, Biblioteca Nueva. 1978. 908p. (pp. 17-24)
35. MONEDERO, Carmelo. Primera Parte. Capítulo II. "La Interpretación". En su: *Psicopatología General*. 2a. ed. España, Biblioteca Nueva. 1978. 908p. (pp. 26-49)
36. MONEDERO, Carmelo. Primera Parte. Capítulo III. "La Explicación". En su: *Psicopatología General*. 2a. ed. España, Biblioteca Nueva. 1978. 908p. (pp. 51-88)
37. MONEDERO, Carmelo. Primera Parte. Capítulo IV. "La Descripción Fenomenológica". En su: *Psicopatología General*. 2a. ed. España, Biblioteca Nueva. 1978. 908p. (pp. 51-88)

BIBLIOGRAFIA

38. MONEDERO, Carmelo. Primera Parte. Capítulo V. "Los cuadros nosológicos". En su: *Psicopatología General*. 2a. ed. España, Biblioteca Nueva. 1978. 908p. (pp. 87-102)
39. MONEDERO, Carmelo. Segunda Parte. Capítulo VI-XI. "Psicopatología de las funciones". En su: *Psicopatología General*. 2a. ed. España, Biblioteca Nueva. 1978. 908p. (pp. 107-22)
40. MONEDERO, Carmelo. Parte Séptima. Capítulo XXVI. "La Exploración clínico-psicológica con tests (Pedro Jerez)". En su: *Psicopatología General*. 2a. ed. España, Biblioteca Nueva. 1978. 908p. (pp. 639-699)
41. MONEDERO, Carmelo. Parte Séptima. Capítulo XXIX. "Las Psicoterapias (Luis-Fernando Crespo)". En su: *Psicopatología General*. 2a. ed. España, Biblioteca Nueva. 1978. 908p. (pp. 743-785)
42. NAHOUM, Charles. *La Entrevista Psicológica*. Argentina, Kapeluz. 1978. 169p.
43. NUÑEZ, Rafael. *Estudio del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-III*. México, El Manual Moderno, S.A. 1984. 399p.
44. SANCHEZ, Polo, Ester (de) y SANCHEZ, Rómulo. *La Psicopatología atendida en la consulta externa del Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala, año 1990*. Guatemala, Hospital Nacional de Salud Mental. 1991. 52p.
45. OPS/OMS. "V. Desórdenes Mentales". En su: *Clasificación Internacional de Enfermedades, ICD-9-CM*. Organización Mundial de La Salud. Ginebra. 1978. 835p. (pp. 290-319)
46. OMS/UNICEF. Declaración de ALMA ATA. *Salud Para todos en el año 2.000*. Folleto Oms/Unicef. 1978.
47. PABON Lasso, Hipólito. "Conceptos e indicadores para evaluar la Gestión de los Servicios de Salud". En su: *Evaluación de Los Servicios de Salud*. Documento Fac. Ciencias Médicas, Pride. 1986. 306p. (pp. 1-10)
48. PICHOT, Pierre. "Las Categorías Diagnósticas". En su: *Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales, DSM-III-R*. Traducción Dr. Manuel Valdés Miyar. 3a. ed. España, Masson, S.A. 1988. 660p.

BIBLIOGRAFIA

49. POROT, Antoine. "Asistencia Psiquiátrica". *En su: Diccionario de Psiquiatría*. 3a. ed. España, Labor, S.A. 1977. 300p. (pp. 153-156)
50. SCHUTTKER, Anton (de). *Investigación Participativa*. 3a. ed. México, Crepal. 1985. 391p. (pp. 1-80 y 100-200)
51. SMIRNOV, A. et. al. Sección Segunda. Capítulo IX. "El Lenguaje". *En su: Psicología*. Traducción Dr. Florencio Villa Landa. 4a. ed. México, Grijalbo, S.A. 1978. 571p. (pp. 276-307)
52. SOLOMON, Philip. I. Tratado Psiquiátrico. Capítulo 2. "Relación Médico-Paciente". *En su: Manual de Psiquiatría*. Traducción Dr. Armando Soto R. México, El Manual Moderno S.A. 1976. 486p. (pp. 5-13)
53. SOLOMON, Philip. I. Tratado Psiquiátrico. Capítulo 7. "Pruebas Psicológicas". *En su: Manual de Psiquiatría*. Traducción Dr. Armando Soto R. México, El Manual Moderno S.A. 1976. 486p. (pp. 62-68)
54. YAROSHEVSKY, M.G. *La Psicología en el Periodo de la Revolución Científico-Técnico*. Documento Programa Eps Hospitalario, Fac. Ciencias Médicas, Universidad de San Carlos de Guatemala. 1986. (pp. 360-385)
55. COJULUN de Carlos, Consuelo et al. *Incidencia Psicopatológica en pacientes comprendidos entre 12 y 81 años de edad del Hospital General "San Juan de Dios" necesidad de crear la sección de psicología en el mismo*. Tesis (Lic. en Psicología) Universidad de San Carlos de Guatemala, Esc. Ciencias Psicológicas. 1975. 65p.
56. ALVARADO Barrios, José Carlos et al. *Estudio de clasificaciones de diagnóstico utilizadas en el Hospital de Salud Mental "Dr. Carlos Federico Mora"*. Tesis (Lic. en Psicología) Universidad de San Carlos de Guatemala, Esc. Ciencias Psicológicas. 1979. 100p.
57. FIGUEROA G., Edduyn A. *Consideraciones Generales sobre la Relación Médico-Paciente; Un estudio de la opinión del paciente semiprivado y público en los Hospitales Roosevelt y General del Igss de Guatemala*. Tesis (Lic. Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Fac. Ciencias Médicas. 1979. 53p.

BIBLIOGRAFIA

58. VELIZ Cruz de Urrutia, Emma Elida. *Incidencia Psicopatológica en el Centro de Salud Mental*. Tesis (Lic. en Psicología) Universidad de San Carlos de Guatemala, Esc. Ciencias Psicológicas. 1979. 73p.
59. MEJIA Cárdenas de del Aguila, Mabelle. *Estudio del diagnóstico de casos en el Centro de Salud Mental en 1979*. Tesis (Lic. en Psicología) Universidad de San Carlos de Guatemala, Esc. Ciencias Psicológicas. 1980. 183p.
60. ESTRADA Ortiz, Hilda Argentina et al. *La Importancia del Paciente y el Médico*. Tesis (Lic. en Psicología) Universidad de San Carlos de Guatemala, Esc. Ciencias Psicológicas. 1980. 79p.
61. GARCIA Lemus, Rubén. *Trastornos psiquicos que se presentan en la práctica médica, su incidencia, diagnóstico y tratamiento en la clínica de Medicina de la emergencia de adultos del Hospital General "San Juan de Dios"*. Tesis (Lic. en Psicología) Universidad de San Carlos de Guatemala, Esc. Ciencias Psicológicas. 1980. 35p.
62. SAGASTUME Turcios, Floridalma et al. *El Lenguaje de los síntomas en el diagnóstico psicoterapéutico del guatemalteco*. Tesis (Lic. en Psicología) Universidad de San Carlos de Guatemala, Esc. Ciencias Psicológicas. 1984. 94p.
63. MAZARIEGOS Mazariegos, Irving Arturo. *Atención Primaria en Salud Mental Evaluación Promoción Atención Primaria en Salud Mental en Escuintla, Guatemala de junio a julio 1987*. Tesis (Lic. Médico y Cirujano) Universidad de San Carlos de Guatemala, Fac. Ciencias Médicas. 1987. 61p.
64. AGUILERA Garrido, Emma Nayeth. *Diagnóstico exploratorio de los problemas psicológicos más frecuentes presentados en el Centro de Salud de la zona 5, distrito II, en el año de 1990*. Tesis (Lic. en Psicología) Universidad de San Carlos de Guatemala, Esc. de Ciencias Psicológicas. 1991. 100p.

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
 DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION DE PSICOLOGIA -DEDIPS-
 TRABAJO DE TESIS: ATENCION CLINICA PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA
 ESTUDIANTE: MELISSA MARIA ETELVINA HERNANDEZ PINEDA
 CARNET No. 82-10418
 ASESOR: LIC. JOSE ROBERTO PEREZ PIVARAL
 REVISOR: DR. GUILLERMO ENRIQUE MENESES RECINOS

CUESTIONARIO-GUIA DE ENTREVISTA A LOS PSICOLOGOS Y PSIQUIATRA
 QUE EJERCEN LA PROFESION EN EL CAMPO CLINICO QUE PRESTA
 LAS INSTITUCIONES PUBLICAS EN LA CIUDAD DE GUATEMALA
 =====

INSTRUCCIONES: El propósito de este Cuestionario - Guía, es recolectar información general de los psicólogos y psiquiatras de las instituciones que brindan el servicio de atención clínica en salud mental, qué población es atendida, qué psicopatología presenta, cuáles son los recursos mínimos con que cuentan para resolver la demanda de dicha población y cómo son atendidos los trastornos en la relación psicoterapeuta-paciente

I. INFORMACION GENERAL DE LA INSTITUCION

1. Nombre de la institución _____
2. Dirección y teléfono _____
3. La institución es
 - 3.1 Estatal ministerial _____
 - 3.2 Autónoma _____
4. Servicios que presta la institución y horario de atención _____
5. Procedimientos de ingreso seguidos por la institución para brindar el servicio de atención clínica al paciente
 - 5.1 Solicitar la cita de entrevista inicial _____
 - 5.2 Completar requisitos de ingreso _____
 - 5.3 Exámenes previos médicos y psicológicos (aplicación de tests o pruebas psicométricas) _____
 - 5.4 Otros (especifique) _____
6. Requisitos de ingreso exigidos por la institución para brindar el servicio de atención clínica al paciente
 - 6.1 Documentos SI _____ NO _____ (especifique)
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____
 - 6.2 Pagos SI _____ NO _____ (especifique)
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____
 - 6.3 Acompañante SI _____ NO _____ (especifique)
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - d. _____
 - 6.4 Otros (especifique) _____
7. El servicio de atención clínica que presta es

Gratuito _____	Pagado _____
7.1 Valor de la consulta	Q. _____
7.2 Valor de la evaluación	Q. _____
7.3 Valor del tratamiento	Q. _____
7.4 Otros (especifique)	Q. _____

CUESTIONARIO-GUIA. Escuela de Psicología, Usac...2

8. Tipo de programas que tiene la institución (% aproximados)
- 8.1 Preventivo _____ 8.2 Curativo o sintomático _____
- 8.3 De rehabilitación _____ 8.4 De participación comunitaria _____
- 8.5 Otros (especifique) _____
9. Número de profesionales asignados al Departamento de Psicología y Psiquiatría
- 9.1 Psicólogos _____ 9.2 Psiquiatras _____
10. Años de especialización y/o experiencia del profesional asignado al Departamento de Psicología y Psiquiatría (% promedio)
- 10.1 Psicólogos a. 0 - 2 años _____ b. 2 - 3 años _____
- c. 3 - 5 años _____ d. Más de 5 _____
- 10.2 Psiquiatras a. 0 - 2 años _____ b. 2 - 3 años _____
- c. 3 - 5 años _____ d. Más de 5 _____
11. La especialización y/o experiencia profesional de los psicólogos y psiquiatras, en general, la han realizado en (% aproximados)
- 11.1 En el país _____ 11.2 En el extranjero _____
12. Forma de divulgar y promocionar el servicio (% aproximados)
- 12.1 Medios escritos SI _____ NO _____ (especifique)
- a. _____ b. _____
- c. _____ d. _____
- 12.2 Medios televisivos SI _____ NO _____ (especifique)
- a. _____ b. _____
- c. _____ d. _____
- 12.3 Medios radiales SI _____ NO _____ (especifique)
- a. _____ b. _____
- c. _____ d. _____
- 12.4 Otros SI _____ NO _____ (especifique) _____

OBSERVACIONES _____

II. INFORMACION GENERAL DE LA POBLACION ATENDIDA

1. número total de población atendida en 1991 (ó 1990) _____
2. Número de población actualmente en tratamiento * (% aproximados)
- 2.1 Niños _____ F _____ M _____
- 2.2 Adolescentes _____ F _____ M _____
- 2.3 Adultos _____ F _____ M _____
3. Escolaridad general de la población en tratamiento (% aproximados)
- 3.1 Analfabetos _____ 3.2 Primaria _____
- 3.3 Secundaria _____ 3.4 Universitaria _____
4. Procedencia general de la población en tratamiento (% aproximados)
- 4.1 Ciudad capital _____ 4.2 Interior del país _____
5. Grupos étnicos de la población en tratamiento (% aproximados)
- 5.1 Ladino _____ 5.2 Indio _____

* De enero a junio 1992

6. Condición socioeconómica en general de la población en tratamiento (% aproximados)
- 6.1 Alta _____ 6.2 Media _____
- 6.3 Baja _____ 6.4 Otros (especifique) _____
7. Ocupación en general de la población en tratamiento (% aproximados)
- 7.1 Profesional _____ 7.2 Estudiante _____
- 7.3 Obrero _____ 7.4 Artesano _____
- 7.5 Otros (especifique) _____

OBSERVACIONES _____

III. INFORMACION GENERAL DE LA ATENCION CLINICA

Relación Psicoterapeuta-Paciente

1. Situación principal de ingreso a la institución de la población actualmente en tratamiento (% aproximados)
- 1.1 Por iniciativa propia del paciente _____
- 1.2 Por la sugerencia de otra persona _____
(no profesional)
- 1.3 Por referencia de un profesional o institución _____
- 1.4 Otros (especifique) _____
2. Criterios para la asignación del psicólogo o psiquiatra clínico al paciente, una vez establecido el motivo de consulta (% aproximados)
- 2.1 Motivo de consulta o tipo de problema presentado por el paciente a su ingreso _____
- 2.2 Necesita aplicación de tests o pruebas psicométricas _____
- 2.3 Necesita prescripción de psicofármacos _____
- 2.4 Otros (especifique) _____
3. Pacientes en tratamiento a quienes se les prescriben psicofármacos (% aproximados)
- 3.1 Niños _____ M _____ F _____
- 3.2 Adolescentes _____ M _____ F _____
- 3.3 Adultos _____ M _____ F _____
4. Procedimientos seguidos por el psicoterapeuta (Psicólogo y/o Psiquiatra) en la primera consulta (% aproximados)
- 4.1 Información general de las normas y lineamientos a seguir _____
- 4.2 Exploración inicial del motivo de consulta (incluye toma de datos) _____
- 4.3 Establecimiento del rapport (incluye aplicación inicial de terapia de apoyo) _____
- 4.4 Otros (especifique) _____
5. Número de consultas promedio, previo a la elaboración del diagnóstico (% aproximados)
- 5.1 En la primera _____ 5.2 De 2 a 4 _____
- 5.3 Más de 5 _____ 5.4 Otros (especifique) _____

CUESTIONARIO-GUIA, Escuela de Psicología, Usac...4

6. Número de sesiones psicoterapéuticas promedio, después del diagnóstico que se le dan en general a los pacientes atendidos (% aproximados)
- 6.1 De 1 a 5 _____ 6.2 De 5 a 10 _____
6.3 De 10 a 15 _____ 6.4 Más de 15 _____
7. Tiempo que emplea con el (los) paciente (s) en cada sesión psicoterapéutica (% aproximados)
- 7.1 30 minutos _____ 7.2 40 minutos _____
7.3 60 minutos _____ 7.4 Mas de 60 _____
8. Intervalo de tiempo con el cual se cita al paciente para cada consulta o sesión psicoterapéutica (% aproximados)
- 8.1 Una sesión por semana _____
8.2 Una sesión por quincena _____
8.3 Una sesión por mes _____
8.4 Otros (especifique) _____
9. Criterios seguidos para la elaboración del diagnóstico clínico (% aproximados)
- 9.1 Historia del problema _____
9.2 Confirmación de la impresión clínica inicial, sobre la base de la entrevista, la observación y el examen mental _____
9.3 Resultados de los tests o pruebas psicométricas aplicados _____
9.4 Otros (especifique) _____
10. Clasificación utilizada para codificar o elaborar el diagnóstico clínico (% aproximados)
- 10.1 Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-9-CM) _____
10.2 Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-III-R) _____
10.3 Otros (especifique) _____
11. Principales diagnósticos de los trastornos psicopatológicos de la población en tratamiento (promedio)
- 11.1 Psicopatología del ICD-9-CM _____
11.2 Psicopatología del DSM-III-R _____
11.3 Otros (especifique) _____
- a. Niños
M _____
F _____
- b. Adolescentes
M _____
F _____
- c. Adultos
M _____
F _____

OBSERVACIONES _____

CUESTIONARIO-GUIA, Escuela de Psicología, Usac...5

12. Tests o pruebas psicométricas aplicados para el diagnóstico clínico

12.1 Test de Aptitudes y Funcionamiento Intelectual

12.1.1 Niños a. _____ b. _____
c. _____ d. _____
e. Otros (especifique) _____

12.1.2 Adolescentes a. _____ b. _____
c. _____ d. _____
e. Otros (especifique) _____

12.1.3 Adultos a. _____ b. _____
c. _____ d. _____
e. Otros (especifique) _____

12.2 Tests Projectivos

12.2.1 Niños a. _____ b. _____
c. _____ d. _____
e. Otros (especifique) _____

12.2.2 Adolescentes a. _____ b. _____
c. _____ d. _____
e. Otros (especifique) _____

12.2.3 Adultos a. _____ b. _____
c. _____ d. _____
e. Otros (especifique) _____

12.3 Tests Projectivos Psiconeurológicos

12.3.1 Niños a. _____ b. _____
c. _____ d. _____
e. Otros (especifique) _____

12.3.2 Adolescentes a. _____ b. _____
c. _____ d. _____
e. Otros (especifique) _____

12.3.3 Adultos a. _____ b. _____
c. _____ d. _____
e. Otros (especifique) _____

12.4 Cuestionarios

12.4.1 Niños a. _____ b. _____
c. _____ d. _____
e. Otros (especifique) _____

12.4.2 Adolescentes a. _____ b. _____
c. _____ d. _____
e. Otros (especifique) _____

12.4.3 Adultos a. _____ b. _____
c. _____ d. _____
e. Otros (especifique) _____

INDICE

	PAGINA
Prólogo	1
Presentación	3
Capítulos:	
I. INTRODUCCION	9
1.1. Planteamiento del problema	9
1.1.1 Necesidades materiales, espirituales y de salud de la población que solicita atención clínica en salud mental en la ciudad de Guatemala	9
1.1.2 Constitución de la República de Guatemala	11
1.1.3 Plan Nacional de Salud	13
1.1.4 Código de Salud	16
1.1.5 Tipos de Servicio de Atención Clínica en Salud Mental	18
1.1.6 Relación Psicoterapeuta-Paciente	25
1.1.6. 1 Situación del Momento	25
1.1.6. 2 Elección del Psicólogo o Psiquiatra	27
1.1.6. 3 Motivo de Consulta	29
1.1.6. 4 Primera Consulta; Impresión que se forma el Paciente del Terapeuta	30
1.1.6. 5 Primera Consulta; Impresión que se forma el Terapeuta del Paciente	31
1.1.6. 6 Entrevista Clínica; Definición y Dinámica	32
1.1.6. 7 Comunicación; Empatía y Rapport	34
1.1.6. 8 La Ansiedad y el Insight	35
1.1.6. 9 La Resistencia	37
1.1.6.10 Transferencia	38
1.1.6.11 Contratrtransferencia	40
1.2. Marco Teórico	43
1.2.1 Antecedentes	44
1.2.2 Psicopatología	62
1.2.2.1 Concepto de Psicopatología	62
1.2.2.2 Evolución histórica de los conceptos médico psicológicos	62

INDICE

	PAGINA
1.2.2.3 Corrientes de la Psicopatología	70
1). El Psicoanálisis, la interpretación	70
2). Bases Neurológicas, la explicación	71
3). La Fenomenología, la descripción	71
1.2.2.4 Tratados de Psicopatología y Psiquiatría	72
A. Psicopatología de Las Funciones de MONEDERO, Carmelo	72
B. Psicopatología de KOLE, Lawrence	73
C. Psiquiatría de EY, Henry	75
1.2.2.5 Clasificaciones de los trastornos psicopatológicos	79
a. Clasificación Internacional de Enfermedades ICD-9-CM	79
b. Manual Diagnóstico y Estadístico de Los Trastornos Mentales DSM-III-R	81
1.2.2.6 La Exploración clínico psicológica con Tests (Pedro Jerez)	85
I. Tests de Aptitudes y Funcionamiento Intelectual	87
II. Test Proyectivos	88
III. Tests Proyectivos Psiconeurológicos	90
IV. Los Cuestionarios	90
1.2.2.7 Las Psicoterapias	91
I. Psicoterapias Individuales	91
A. Psicoanálisis	91
B. Psicoterapias Analíticas	91
B.1 Psicoterapia Junguiana	92
B.2 Psicoterapia Adleriana	92
C. Psicoterapias Intermedias	93
C.1 Psicoterapia no directiva de Rogers	93
C.2 Análisis Existencial	94

INDICE

	PAGINA
II. Psicoterapias de Grupo	94
A. Los Grupos Analíticos o de Psicoterapia Profunda	94
B. Los Grupos de Terapéutica de Grupo Directiva o de Apoyo	95
C. Grupos Intermedios	95
1.3. Hipótesis	96
1.3.1 Hipótesis de trabajo	97
1.3.1.1 Variable Independiente	97
1.3.1.1.a Indicadores Variable Independiente	97
1.3.1.1.2 Variable Dependiente	97
1.3.1.1.2.a Indicadores Variable Dependiente	98
1.3.1.1.3 Variable Interviniente o Interrecurrente	98
II. TECNICAS E INSTRUMENTOS	99
2.1 Técnica de Muestreo	99
2.2 Muestra	100
2.3 Técnica e Instrumento de Recolección de los Datos	101
2.4 Técnica de Análisis Estadístico de los Datos	103
III. PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	105
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	191
1. Conclusiones	191
2. Recomendaciones	198
BIBLIOGRAFIA	202
Anexo 1 Cuestionario-Guía de Entrevista	208