

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS



**OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA
USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL
-PROYECTO PILOTO EN LA CIUDAD DE GUATEMALA-**

EDNA LUCRECIA ARÉVALO VERAS

MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ FAJARDO

GUATEMALA, AGOSTO 2009

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

**OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA
USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL
-PROYECTO PILOTO EN LA CIUDAD DE GUATEMALA-**

INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

POR

EDNA LUCRECIA ARÉVALO VERAS

MARÍA DE LOS ÁNGELES RODRÍGUEZ FAJARDO

PREVIO A OPTAR EL TÍTULO DE

PSICÓLOGAS

EN EL GRADO ACADÉMICO DE

LICENCIATURA

GUATEMALA, AGOSTO 2009

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Licenciada Mirna Marilena Sosa Marroquín
DIRECTORA

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA

Doctor René Vladimir López Ramírez
Licenciado Luis Mariano Codoñer Castillo
REPRESENTANTES DE CLAUSTRO DE CATEDRÁTICOS

Ninette Archila Ruano de Morales
Jairo Josué Vallecios Palma
**REPRESENTANTES ESTUDIANTILES
ANTE CONSEJO DIRECTIVO**



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

C.c. Control Académico
CIEPs.
Reg. 044-2009
CODIPs. 1117-2009

De Orden de Impresión Informe Final de Investigación

05 de agosto de 2009

Estudiantes

Edna Lucrecia Arévalo Veras
María de los Angeles Rodríguez Fajardo
Escuela de Ciencias Psicológicas
Edificio

Estudiantes:

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes el Punto QUINGUAGÉSIMO (50º) del Acta DIECISIETE GUIÓN DOS MIL NUEVE (17-2009), de la sesión celebrada por el Consejo Directivo el 30 de julio de 2009, que copiado literalmente dice:

"QUINGUAGÉSIMO: El Consejo Directivo conoció el expediente que contiene el informe Final de Investigación, titulado: **"OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL - PROYECTO PILOTO EN LA CIUDAD DE GUATEMALA-**", de la carrera de Licenciatura en Psicología, realizado por:

EDNA LUCRECIA ARÉVALO VERAS
MARÍA DE LOS ANGELES RODRÍGUEZ FAJARDO

CARNÉ No. 7800337
CARNÉ No. 8214072

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por el Licenciado Jorge Alejandro Batres Quevedo, y revisado por el Licenciado Estuardo Bauer Luna. Con base en lo anterior, el Consejo Directivo **AUTORIZA LA IMPRESIÓN** del Informe Final para los Trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para Elaboración de Investigación de Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Licenciada Blanca Leonor Peralta Yanes
SECRETARIA



Nelveth S.



CIEPs.: 071-09

REG.: 044-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

INFORME FINAL

Guatemala, 1 de julio del 2009.

SEÑORES
CONSEJO DIRECTIVO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO

SEÑORES CONSEJO DIRECTIVO:

Me dirijo a ustedes para informarles que el Licenciado Estuardo Bauer Luna, ha procedido a la revisión y aprobación del **INFORME FINAL DE INVESTIGACIÓN** titulado:

**"OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA
USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL -PROYECTO
PILOTO EN LA CIUDAD DE GUATEMALA-".**

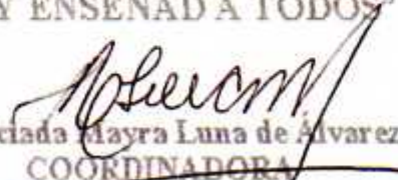
ESTUDIANTE:
Edna Lucrecia Arévalo Veras
María de los Angeles Rodríguez Fajardo

CARNÉ No.:
78-00337
82-14072

CARRERA: Licenciatura en Psicología

El cual fue aprobado por la Coordinación de este Centro el día 1 de julio del 2009, por lo que se solicita continuar con los trámites correspondientes para obtener **ORDEN DE IMPRESIÓN**.

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciada Mayra Luna de Alvarez
COORDINADORA

Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-
"Mayra Gutiérrez"





CIEPs. 072-09
REG. 044-09

ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usacpsic@usac.edu.gt

Guatemala, 1 de julio del 2009.

Licenciada Mayra Frine Luna de Álvarez, Coordinadora.
Centro de Investigaciones en Psicología
-CIEPs.- "Mayra Gutiérrez"
Escuela de Ciencias Psicológicas

Licenciada Luna:

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

**"OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA
USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL -PROYECTO
PILOTO EN LA CIUDAD DE GUATEMALA-".**

ESTUDIANTE:

Edna Lucrecia Arévalo Veras

María de los Angeles Rodríguez Fajardo

CARNÉ No.:

78-00337

82-14072

CARRERA: Licenciatura en Psicología

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología, emito **DICTAMEN FAVORABLE** el día 1 de julio del 2009, por lo que solicito continuar con los trámites respectivos.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"


Licenciado Estuardo Bauer Luna
DOCENTE REVISOR



/Sandra G.
c.c. Archivo

Guatemala, mayo 15 de 2009.

Licenciada
Mayra Luna de Álvarez
Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs
"Mayra Gutiérrez"

Licda. Luna de Álvarez:

De manera atenta me dirijo a usted para informarle que he procedido a la Asesoría del Informe Final titulado:

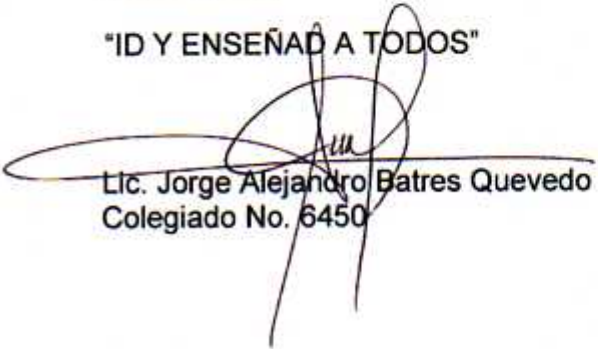
**OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA
USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL
-PROYECTO PILOTO EN LA CIUDAD DE GUATEMALA-**

de las estudiantes Edna Lucrecia Arévalo Veras, carné 7800337 y María de los Ángeles Rodríguez Fajardo, carné 8214072 de la carrera de Licenciatura en Psicología.

Por considerar que el trabajo cumple con las condiciones que mi asesoría debe verificar, procedo a autorizar a las estudiantes a continuar con los trámites correspondientes en el Centro de Investigaciones en Psicología.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Lic. Jorge Alejandro Batres Quevedo
Colegiado No. 6450



ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO -CUAM-

9a. Avenida 9-45, Zona 11 Edificio "A"
TEL.: 2485-1910 FAX: 2485-1913 y 14
e-mail: usapsic@usac.edu.gt

CIEPs. 023-09
REG.: 001-09

APROBACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Guatemala, 05 de marzo del 2009.

ESTUDIANTE:
Edna Lucrecia Arévalo Veras
María de los Angeles Rodríguez Fajardo

CARNÉ No.:
78-00337
82-14072

Informamos a usted que el **PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**, de la Carrera de Licenciatura en Psicología, titulado:

**“OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA
USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL -PROYECTO
PILOTO EN LA CIUDAD DE GUATEMALA-”.**

ASESORADO POR: Licenciado Jorge Alejandro Batres Quevedo

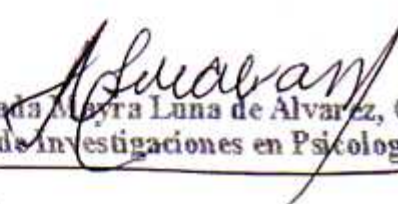
Por considerar que cumple con los requisitos establecidos por el Centro de Investigaciones en Psicología -CIEPs.-, ha sido **APROBADO** por la Coordinación de Investigaciones y se solicita iniciar la fase de Informe Final de Investigación.

Atentamente,

“ID Y ENSEÑAD A TODOS”


Licenciado Estuardo Bauer Luna
DOCENTE REVISOR



Vo.Bo. 
Licenciada Mayra Luna de Alvarez, Coordinadora
Centro de Investigaciones en Psicología CIEPs. “Mayra Gutiérrez”



/Sandra G.
CC. Archivo

Guatemala, noviembre de 2008

CONSTANCIA

A QUIEN INTERESE:

Por este medio se hace constar que las estudiantes:

EDNA LUCRECIA ARÉVALO VERAS Carné 7800337
MARIA DE LOS ANGELES RODRIGUEZ FAJARDO Carné 8214072

realizaron el trabajo de campo para la tesis:

**OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA
USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL
-PROYECTO PILOTO EN LA CIUDAD DE GUATEMALA-**

en esta institución.

Y para los usos que a las interesadas convengan, se extiende la presente.

Atentamente,



DR. ISMAEL SUAREZ GUTIERREZ
CENTRO DE ATENCION INTEGRAL
DE SALUD MENTAL IGSS

Licda. Carola Estrada Galindo
PSICOLOGA

Licda. Veticia López López
PSICOLOGA
Col. No. 128

Casa de Salud Mental
Getzemann
ATENCIÓN DE ENFERMERIA PSIQUIATRICA

Licda. Ileana Morales Acevedo

Licda. Ileana Morales Acevedo
PSICOLOGA
PATRONATO ANTIALCOHOLICO

DR. OSCAR BATHEN
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO No. 5909



MADRINAS DE EDNA

VILMA YOLANDA ARÉVALO VERAS
Licenciada en Administración de Empresas
Colegiada activa No. 2460

LIGIA ESTER ARÉVALO VERAS
Médica y Cirujana
Colegiada activa No. 7605

PADRINOS DE MARÍA

FLOR DE MARÍA PALENCIA HERNÁNDEZ
Licenciada en Psicología
Colegiada activa No. 6814

HÉCTOR INDALECIO RODRÍGUEZ FAJARDO
Licenciado en Ciencias Jurídicas y Sociales
Abogado y Notario
Colegiado activo No. 7759

DEDICATORIA DE EDNA

- A: DIOS
Fuente de amor y sabiduría, que iluminó mi camino y me concedió la fortaleza para lograr este sueño tan largamente esperado.
- A: MI PAPÁ, Marco Antonio Arévalo Fonseca (+)
Con amor y agradecimiento. El recuerdo de su amor me ha acompañado, animado y sostenido para cumplir con este anhelo.
- A: MI MAMÁ, Ester Veras Papadópolo de Arévalo
Con todo mi amor y gratitud. Hoy estoy aquí porque confiaste y creíste en mi, tu ejemplo de fortaleza y amor, me acompañaron y fortalecieron para cumplir este deseo.
- A: MIS HIJOS, Víctor Manuel, Edna Virginia, Héctor Alejandro
Por todo su amor, porque este momento no hubiera sido posible sin su apoyo, paciencia, dedicación, comprensión. Los amo con todo mi corazón.
- A: Astrid Reyes de Rivera
Omar Medina Cotto
Con especial cariño
- A: MI NIETECITA, Dulce María
Angelito que ha venido a llenar mi vida de felicidad, con todo mi amor.
- A: MIS HERMANOS, Marco Vinicio, Vilma Yolanda, Ingrid Carolina, Ligia Ester
Agradeciéndoles el amor y apoyo brindados durante mi vida. Los quiero.
- A: MIS SOBRINAS, SOBRINOS, Tía Tere (+), Tía Carmen.
Con cariño muy especial.
- A: MIS AMIGAS, Normita, Magali, Lucki, Yoli, Alicia, Mary, y sus familias.
Por el cariño y amistad incondicional manifestada a través de los años.
- A: Miriam Cheté de Barillas
Amiga que me ha apoyado en todo este proceso.
- A: MIS AMIGAS Y COMPAÑERAS, Carlita, Mavis, Macri, Lily, Heidy.
De manera particular a Vera, Anabella y especialmente a María, valiente amiga a quien admiro. Con afecto y agradecimiento por los momentos compartidos dentro y fuera de la Universidad, deseándoles éxitos profesionales.
- A: MIS COMPAÑERAS (OS) DE CAPVVIPO, especialmente Alejandra, Cosby, Raquel, Lourdes. De manera muy especial a la Licenciada Marina de Villagrán.
Con cariño.

DEDICATORIA DE MARÍA

- A: Héctor Armando Rodríguez Herrador
Padre amoroso y excepcional.
- A: la memoria de Ernestina Fajardo Alfaro
Madre bendita, forjadora de sueños.
- A: Pablo Bernabé
Verdadero hijo de consolación, amoroso
y hombre sabio; mi gratitud y amor por siempre.
- A: Esteban y Marielos
Hijos amados para quienes deseo lo mejor del mundo
con respeto y amor.
- A: Héctor Indalecio
Hermano ejemplar, digno de respeto y admiración,
y a su familia Lucía, Crista y Héctor Fernando, con
sincero aprecio.
- A: Oscar Alejandro
El hermano pequeño que con sus acciones se ha hecho
grande ante mis ojos, y a su familia Claudia, Gabriel y
Josué, con sincero aprecio.
- A: Abel, Miguel, Alma, Lourdes y Virginia
Mis hermanos y hermanas, fuente de inspiración
constante, y a sus familias, agradeciendo su apoyo
incondicional.
- A: Edna, Vera y Anabella
Mujeres emprendedoras, que con su amistad
fortalecieron mi alma, mi sincero aprecio por siempre y
a las compañeras de la tesis, por su entusiasmo y
perseverancia.
- A: Flor de María Palencia
Por el valioso acompañamiento en mi búsqueda de la
verdad, la justicia y la libertad. Baluartes que hoy
sostienen mi vida.

AGRADECIMIENTOS

- A:** **Dios**
Por darnos vida y sabiduría, permitiéndonos llegar a este momento con alegría.
- A:** **Universidad de San Carlos de Guatemala**
Centro de Estudios Superiores que cumple con el mandato de “Id y Enseñad a Todos”
- A:** **Escuela de Ciencias Psicológicas**
Por darnos la oportunidad de profesionalizarnos para servir a la sociedad guatemalteca.
- A:** **Magister Jorge Alejandro Batres Quevedo**
Por su acertada asesoría en el desarrollo de este trabajo de investigación.
- A:** **Licenciado Estuardo Bauer Luna**
Por su colaboración en los diferentes procesos de revisión.
- A:** **Licenciada Suhélen Jiménez y
Licenciado Luis Alvarado**
Por su acompañamiento al inicio del proceso.
- A:** **Las Instituciones:** Hospital Nacional de Salud Mental, CAISM – IGSS, CAMIP, Patronato Anti-Alcohólico, Hospital Gethsemaní, Universidades, PNUD, OPS/OMS, Ministerio de Salud Pública, PDH, Movimiento Nacional por los Derechos Humanos, ODHAG, que nos permitieron la oportunidad de realizar el trabajo de campo.
- A:** **Nuestras familias y todas aquellas personas**
que de una u otra manera nos brindaron su apoyo incondicional.

ÍNDICE

Prólogo.....	3
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
1.1 Introducción.....	5
1.2 Marco teórico.....	10
CAPÍTULO II	
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	
2.1 Descripción de la muestra.....	25
2.2 Estrategia metodológica.....	26
2.3 Técnicas y procedimientos de trabajo.....	28
2.4 Instrumentos de recolección de datos.....	29
2.5 Dificultades encontradas	
2.6 Análisis estadístico.....	30
CAPÍTULO III	
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	
3.1 Presentación.....	31
3.2 Vaciado de la información obtenida de los instrumentos de recolección de datos.....	34
3.2.1 Datos obtenidos del cuestionario por entrevista dirigida.....	35
3.3 Interpretación final.....	62

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1	Conclusiones.....	64
4.2	Recomendaciones.....	65
	Bibliografía.....	66
	Anexos.....	69
	Resumen	

PRÓLOGO

La Psicología a través de la historia ha quedado ligada e influenciada por la propia evolución sobre los conceptos de salud–enfermedad y las tendencias dominantes alternativas en la medicina, encuadrando el qué hacer de los Psicólogos en una práctica meramente clínica, en la cual se cuestiona la importancia de la Psicología así como el propio interés de los Psicólogos por actuar en un ámbito más amplio y de manera independiente potencializando otras áreas de trabajo profesional.

El trabajo de investigación de este informe final, representa el esfuerzo de salir del encasillamiento, y mostrar otra perspectiva que dentro del campo de la Psicología está teniendo reconocimiento. La propuesta presentada en este documento, lleva plasmada la voluntad de estudiantes de la Licenciatura de Psicología que identificadas con el qué hacer científico, aceptaron planificar y ejecutar una alternativa metodológica de investigación conocida como Observatorio de Salud Mental en Guatemala, el cual nace como una respuesta frente a la falta de información que sobre Salud Mental prevalece en el país.

En la construcción de dicha propuesta las investigadoras hicieron un recorrido sobre las teorías que referente al tema de Salud Mental existe para luego formular el marco teórico que aparece en este informe. Al ir avanzando en la lectura, surgen los componentes de la metodología para el Observatorio y las actividades que realizaron las estudiantes para dejar constancia del trabajo de campo realizado.

El resultado de este trabajo de investigación presenta información novedosa, mostrando un acercamiento a la percepción de los servicios en Salud Mental que tienen los usuarios de varias instituciones. Es de hacer notar que para poder realizar el trabajo las investigadoras establecieron contacto con profesionales de la psiquiatría, por ser estos los que dominan el campo de la Salud Mental en Guatemala, aspecto que pone en evidencia la necesidad de trabajar en equipos multidisciplinarios que encuentren de forma integral los

tratamientos que beneficien a la población que demande servicios de Salud Mental.

La idea del Observatorio de Salud Mental que se expone en este informe final es presentar un diseño que permita recoger y analizar información sobre el tema en Guatemala, y a la vez iniciar un proceso de investigación a largo plazo que permita generar información pertinente y actualizada, que pueda ser de utilidad para establecer un proceso educativo de cambio de actitudes hacia la Salud Mental, en el que las y los profesionales en Psicología se conviertan en sujetos activos de dicho cambio.

Edna Lucrecia Arévalo Veras
María de los Ángeles Rodríguez Fajardo

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción

En Guatemala el proceso salud-enfermedad, se ha caracterizado por una paradoja en la cual el recurso se utiliza para combatir la enfermedad y devolver la salud, caracterizando así la salud desde una perspectiva negativa. Tradicionalmente se ha dado mayor importancia a las manifestaciones físicas o concretas, se habla de indicadores de morbilidad y mortalidad, de desnutrición, pobreza, etc.; que son criterios objetivos, postergando a un segundo plano lo mental o psicosocial, lo subjetivo.

De esa cuenta la mayoría de intervenciones dirigidas a la salud, han estado marcadas por acciones preventivas inmediatas, como mejorar las condiciones de habitabilidad para evitar los riesgos de enfermedades prevenibles: provisión de agua potable, saneamiento ambiental, campañas de vacunación, así como la dotación de infraestructura o atención de los problemas de salud-enfermedad, indicadores de que las medidas tomadas van más en función de resolver una problemática emergente, no así en la prevención.

Uno de los avances más significativos en relación con la salud se dio durante el gobierno Revolucionario del 44, en esa época fueron creados el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS, y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social institución que hasta la fecha es responsable por la elaboración de las políticas sobre salud a nivel nacional.

Los eventos históricos ocurridos a partir de 1954, los avances logrados diez años atrás disminuyeron; sucesos como el Conflicto Armado Interno comprendido entre 1960 a 1996, el terremoto de 1976, y más recientemente las catástrofes naturales, originadas sobre todo en el año 1998 con el huracán Mitch y en 2005 con el huracán Stan, tuvieron graves repercusiones en la vida, salud, nutrición y salud mental de la población guatemalteca, poniendo de manifiesto la

vulnerabilidad, así como la no preparación para enfrentar este tipo de eventos y que ponen en riesgo tanto la salud física como mental de la población, principalmente de los grupos cuya condición de desventaja, marginación o exclusión social, acentúa su exposición a las amenazas sociales y naturales.

Estas experiencias han dado paso al reconocimiento explícito de priorizar el trabajo de Salud Mental sobre todo en las poblaciones más afectadas, promoviendo la necesidad de impulsar una reforma en el sector salud, coordinando instituciones privadas, públicas y no gubernamentales, proponiéndose garantizar el acceso a los servicios, aumentando el financiamiento público en un 50%, priorizando las acciones de promoción y prevención. La carencia de políticas públicas que reviertan los graves efectos de los factores señalados, puede derivar en el mediano o largo plazo una crisis humanitaria en el país, desprotegiendo la integridad humana e incrementando la violación a los derechos humanos, derivándose de ello, grandes consecuencias.

A pesar de la situación anterior, es alentador notar que los esfuerzos por mejorar la Salud Mental de los y las guatemaltecos (as) han trascendido los temas emergentes y post-conflicto; actualmente se han extendido lentamente a áreas urbanas del departamento de Guatemala, en donde las condiciones precarias de vida amenazan la Salud Mental de un importante porcentaje de la población; los riesgos de pobreza y violencia son continuos en las áreas marginales. Esto es positivo porque diversifica y amplía las intervenciones en Salud Mental, pero por el otro lado se constituye en un riesgo, en la medida que multiplica las acciones de intervención sin haber realizado un análisis suficiente de los escenarios de trabajo, lo que no está lejos de provocar otros problemas por ejemplo, la dispersión de recursos y pérdida de efectividad en la aplicación de los mismos.

En los últimos años el tema de la atención psicosocial se ha incorporado a los planes de intervención gubernamental y a organizaciones no gubernamentales que operan en el país. Dentro del aspecto psicosocial, se privilegia una amplia gama de problemas que van desde la atención de las secuelas del Conflicto Armado Interno, pasando por la atención o ayuda en desastres, hasta las

acciones preventivas más diversas frente a problemas como la pobreza, la inseguridad y otros. Es indudable que éstos y otros temas han cobrado valor en la historia reciente del país, sin embargo para producir los impactos esperados, se necesita un incremento significativo en las acciones e inversiones en la temática; la cobertura en los problemas de salud-enfermedad mental en Guatemala aún es deficitaria, lo que impide que se reviertan sus efectos históricos.

La Salud Mental se concibe como causa y efecto de la complejidad social de Guatemala no obstante en justo sentido debería ser comprendida como un eslabón o subsistema de la problemática que atraviesa el país. Así por ejemplo, en el campo de la violencia desmesurada que afecta a Guatemala, a la Salud Mental le corresponde un espacio importante de explicación y comprensión, lo que resulta relativamente fácil de identificar; pero en el campo de la participación política el aporte de la Salud Mental ya no resulta tan claro, aunque se intuye que existe.

Una de las mayores dificultades que enfrenta la definición de políticas públicas en Salud Mental y la toma de decisiones en general, es que no se cuenta con información suficiente, oportuna y pertinente que haga más eficientes las acciones. Si bien el problema de información afecta todas las acciones de entes privados, públicos e internacionales, en el caso de la Salud Mental se estima que esta carencia es grave en la medida que ha afectado la calidad de los esfuerzos realizados.

La experiencia acumulada en otros países ha enseñado que el abordaje temprano de los problemas de salud-enfermedad mental y su tratamiento preventivo, es más productivo que su combate curativo frontal; sin duda alguna las acciones profilácticas se vuelven complicadas al carecer de información con las cualidades necesarias.

El primer desafío que pretende abordar esta investigación es acercarse conceptualmente a la Salud Mental por medio de un ejercicio de discusión teórica, pero el esfuerzo no tendría utilidad si no lleva a desarrollar acciones orientadas a inventariar los recursos de Salud Mental existentes, lo cual además de evitar

duplicidades producirá información continua, pertinente y especializada, que pueda ser usada tanto con fines de monitoreo, evaluación y diseño de intervenciones y además que deje beneficios sobre todo en la definición de políticas públicas dirigidas a enfrentar los graves efectos de la crisis económica y psicosocial en que se encuentra el país.

El escenario de la Salud Mental en el país debe abarcar un esfuerzo amplio de investigación exploratoria que identifique, por un lado, los recursos disponibles, pero por el otro que precise la demanda de servicios. En la medida que estos dos factores sean descritos, la toma de decisiones de los profesionales, técnicos, e instituciones internacionales que desarrollan acciones en este campo estaría mejor orientada. A nivel operativo podrían priorizarse acciones, movilizar eficientemente los recursos e identificar aquellos indicadores que se constituyan en pautas de evaluación de las acciones de intervención.

En el país se conocen algunos esfuerzos de investigación exploratoria que cumplen con los fines señalados en el párrafo anterior, aunque en temas diferentes a la Salud Mental; usualmente se les nombra como “Observatorios” y se plantean ante una variedad de temas: la justicia, los derechos humanos, la situación de la niñez, entre otros.

Estas modalidades de investigación han demostrado ser sumamente útiles para conocer y evaluar los avances específicos en el problema que se proponen observar y canalizar las demandas sociales de grupos tradicionalmente marginados, democratizar los cambios en las entidades que cumplen funciones públicas y transparentar su funcionamiento; pero sobre todo se quiere resaltar que derivan en el surgimiento de proyectos de investigación especializados en la temática que abordan.

Un Observatorio de Salud Mental puede definirse como un proyecto que nace de la necesidad de contar con un sistema de información que permita conocer el estado de la organización y la evolución del servicio, con dicho instrumento se recopilan datos de la situación real los cuales se actualizan constantemente. En Guatemala, el Observatorio busca cubrir las deficiencias

que en términos de información enfrentan las organizaciones y profesionales que tiene relación con el trabajo de Salud Mental, por lo que este proyecto presenta un diseño metodológico que puede ser utilizado para conocer y validar la situación de la Salud Mental en Guatemala, lo que a su vez generará una primera base de datos, que pueden utilizarse para facilitar la realización de estudios, informes y recomendaciones para la mejora de la calidad asistencial.

Esta investigación además de cumplir con los requerimientos mencionados anteriormente, puede servir para motivar estudios temáticos y comparativos. En este aspecto la propuesta de investigación de este informe se relaciona con la percepción que los usuarios del servicio de Salud Mental tienen sobre el mismo, las dificultades que han experimentado al requerir el mismo, así como también cómo perciben a los profesionales especializados en el área de Salud Mental que trabajan en Guatemala, específicamente Licenciados en Psicología y Médicos Psiquiatras.

Las propuestas que contiene este informe pretenden iniciar una serie de acciones que por un lado promuevan la Salud Mental y a su vez, generen nuevas perspectivas que incentiven a la modificación de la visión de las entidades y profesionales involucrados, presentando un diseño que permita recopilar y analizar información sobre situaciones referentes a la Salud Mental, así como una evaluación de la eficacia de las acciones e intervenciones que actualmente se ofrecen en el país; lo cual se espera lleve colateralmente beneficios al usuario del servicio de Salud Mental en Guatemala.

La metodología planteada en esta investigación tiene como finalidad la creación de una fuente permanente de información sobre problemáticas de Salud Mental en Guatemala, principalmente la relacionada con la percepción que de los Servicios de Salud Mental tienen los usuarios, en el entendido que la información cuando se pone a disposición de la población puede generar cambios que sean favorables para la sociedad.

1.2 Marco teórico

Uno de los campos que en la actualidad está reclamando más atención es el de la salud, y en este aspecto las representaciones populares sobre salud y enfermedad han estado muy relacionadas con la valoración que se le da a la enfermedad “entendida como un estado en el cual la persona se encuentra limitada para la realización de sus actividades habituales debido a las molestias que sufre, mientras que la salud se percibe como ausencia de la enfermedad” (Morales Calatayud, 1999; 23). Este pensamiento, ha influenciado notablemente la propia evolución en lo que respecta al campo de la salud, y la relación entre la Psicología y las enfermedades mentales, ya que a la larga esta concepción históricamente arraigada lleva implícita una valoración sobre lo que puede considerarse normal en un contexto social determinado, afectando tanto el enfoque de Salud Mental como la práctica de atención a la misma.

En Guatemala, el tema de la Salud Mental es aún todavía más complejo, si se considera que es una región que por su historia se ha visto afectada por condiciones de pobreza, desigualdad, racismo, violencia, a las que se les suman situaciones traumáticas múltiples como lo son el Conflicto Armado Interno, desastres naturales, que han dejado en la población heridas psicosociales duraderas y, han puesto de manifiesto los obstáculos que limitan la realización de todas las posibilidades de aporte que se podrían hacer desde la Psicología para mejorar los niveles de salud de las personas.

En el plano profesional psicológico uno de los obstáculos que se evidencia es el que propone Morales Calatayud en su libro *Introducción a la Psicología de la Salud* que indica que: “...los psicólogos son valorados sólo como clínicos para trabajar en servicios de salud mental, limitando posibles espacios en problemas tales como; promoción de salud, prevención, tareas institucionales entre algunos”. (1999; 17).

Tomando en cuenta la perspectiva anterior, el concepto tradicional de Salud Mental que habla de la misma como una adaptación, armonía o bienestar con el ambiente, aparece como descontextualizado ya que generaliza el valor de

la salud. En este aspecto puede decirse que la Salud Mental de la persona no se puede concebir desde un punto de vista reducido a un organismo individual, ignorando su esencia social. A este respecto el Psicólogo Social Ignacio Martín Baró al hablar de salud mental expresa: “Es un proceso en constante crecimiento, con sus dinámicas individuales y colectivas, que se da en un momento histórico determinado, en el que se considera a la persona como un todo: Su ser biológico sus vivencias, sus relaciones afectivas y su ser social. Esta situación está profundamente ligada a la realidad histórico – social concreta” (ECAP – PNUD, 1998; 90).

Si se hiciera una relación entre esta definición y la realidad de las condiciones psicosociales que se viven en Guatemala, podría derivarse que es un país con altas condiciones de riesgo para la Salud Mental, pues como se ha comentado, históricamente la mayoría de sus habitantes se ha visto excluido social, económica y políticamente, debido principalmente a la pobreza que sufren la mayoría de sus habitantes sobre todo los sectores rurales e indígenas “Aproximadamente 7 millones de los guatemaltecos es parte de la población que habita en el área rural y se encuentra diseminada en 19,000 comunidades pequeñas en todo el territorio, de las cuales una mayoría está sumida en pobreza y extrema pobreza” (ASOCIACIÓN ADECOMAYA ACHÍ, 1998; 4).

La pobreza en que prácticamente han sido obligadas a vivir las personas, tiene una causa fundamental, la tenencia de la tierra, pues las tierras en que cultivan los campesinos más pobres tiene poca producción que apenas alcanza para el consumo básico, en contraste con los sectores que poseen las mejores tierras, que les permite la exportación de productos y por ende, mejores condiciones de vida.

Esta forma excluyente de la distribución de la tierra, se ha desarrollado a lo largo de un proceso histórico que ha determinado las condiciones de exclusión y desigualdad de los sectores más vulnerables de la población. “Detrás de las manifestaciones de las exclusiones, hay personas que han venido sufriendo falta o ausencia de oportunidades, sin acceso a la tierra, negándoseles el derecho a ser y crecer, lo cual tiene que ver con la Salud Mental así como con sus derechos

fundamentales”. (Diplomado de Salud Mental Guatemala, 2006; módulo 2, 12). En este contexto de marcada pobreza, las políticas de Estado van dirigidas principalmente a mantener a los sectores oligárquicos que detentan el poder económico desde los tiempos de la colonia, en detrimento de la mayoría de la población pobre.

Otro aspecto que afecta la Salud Mental además de la pobreza, es el racismo que da lugar a exclusión social, debido a que es una ideología que crea criterios de poder, que derivan división permitiendo que se privilegie a un grupo, quedando subordinados principalmente los pueblos indígenas a una clase social que les niega sus más elementales derechos humanos, asegurando con esto el poder a los grupos dominantes.

La discriminación social es consecuencia de la forma en que el racismo se ha vuelto una práctica social, ésta involucra actitudes y valores que interfieren en las relaciones sociales. “Se discrimina cuando se trata a individuos o grupos de manera desigual sin que exista un argumento legítimo para ello (Diplomado de Salud Mental Guatemala, 2006; módulo 2, 24). El desprecio histórico que ha acompañado a las prácticas de discriminación, ha llevado a las diferentes etnias a ir perdiendo sus raíces culturales, “haciendo que la gente desconfíe de sus propias capacidades y considere inevitable su situación, limitando así sus posibilidades (PRONICE, 1998; 16).

Con la pobreza, el racismo y la exclusión; la violencia es otra condición que ha afectado a Guatemala, llevando al país a 36 años de Conflicto Interno cuyas secuelas aún están a flor de piel a pesar de la firma de los Acuerdos de Paz. “La violencia organizada dejó y sigue teniendo una cauda de efectos no cuantificables sobre las personas y las comunidades. Ejemplo de ello han sido la división de comunidades, las rupturas familiares, la pérdida de tierras, desintegración social, e incluso la división de grupos étnicos”. (PRONICE, 1998; 18).

Una de las más graves secuelas de la guerra es que la violencia se ha convertido en un hábito y en una forma de respuesta privilegiada, dando lugar a que en las relaciones intergrupales la razón sea desplazada por la agresión. “Una

sociedad donde se vuelve habitual el uso de la violencia para resolver los problemas grandes y pequeños, es una sociedad donde las relaciones humanas están larvadas de raíz (PRONICE, 1996; 27).

La violencia social es imposible abordarla desde una sola perspectiva, pues es importante reconocer que sus efectos alteran la vida cotidiana y la Salud Mental de una persona, familia y/o comunidad. La violencia e inseguridad se identifican como uno de los principales obstáculos que deterioran la calidad de vida, “dentro de la población guatemalteca, los grandes grupos que mayor vulnerabilidad presentan por la violación de sus derechos son las mujeres, niños y niñas, adolescencia y adulto mayor; grupos que son víctimas particularmente de violencia, exclusión y discriminación, en algunos casos, por parte de familiares o de agentes del Estado, actores primarios que debieran garantizar sus derechos” (PDH, 2009; 18).

Dentro del tema de violencia, en los últimos años se ha observado un creciente ataque hacia las mujeres, denominado socialmente con el término femicidio, referente a “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado” (Ministerio de Salud Pública, 2006; 18).

La situación de vulnerabilidad en que se encuentran las féminas, las pone en una posición particularmente difícil en cuanto a que sus derechos son transgredidos en todos los niveles. “La violencia intrafamiliar es un fenómeno que continúa afectando a las mujeres sin importar edad, condición social o económica en la que se encuentren” (PDH, 2009; 12).

La intensidad de los actos violentos contra las mujeres, han sido causa para la promulgación del Decreto Ley 22-2008 del Congreso de la República de Guatemala, en donde se establecen los artículos para la protección y penalización en contra de los agresores.

Otra manifestación de violencia es el surgimiento de los grupos a nivel de colonias o barrios, que comportan ciertas reglas y relaciones más o menos

jerárquicas y se encuentran dispersos en un espacio nacional o internacional. Estos grupos conocidos como maras o pandillas juveniles se ven implicados con cierta frecuencia en actividades ilegales, expresan su identidad grupal mediante, símbolos y señales, y reclaman control sobre ciertos asuntos, como territorios o mercados económicos. “Las llamadas maras son acusadas directamente de ser las mayores responsables del aumento de la violencia en Guatemala, sin tomar en cuenta factores determinantes como lo son la ausencia o ineficiencia de las políticas de seguridad que, hacen que el derecho a una seguridad ciudadana sea prácticamente inexistente en Guatemala.” (PDH, 2005; 2).

Esta situación ha provocado que en los últimos años las medidas represivas ejercidas durante el Conflicto Armado resurjan en forma de la llamada limpieza social, la cual se refiere a “un mecanismo de represión, selectiva y arbitraria que se produce de forma sistemática, por actores vinculados al Estado o por particulares que actúan con la aprobación tolerada o involuntaria, complicidad o apoyo de éste y que atentan en contra del derecho humano a la vida” (PDH, 2005; 3,4). En general la limpieza social es un tipo de violencia que ha intentado generar a su alrededor una opinión pública favorable, lo cual ha dado paso a su incremento en los últimos años.

De la misma forma, el crimen organizado, y sobre todo el asociado a la narcoactividad, tiene un amplio impacto con sus acciones sobre el imaginario y la cotidianidad de la sociedad guatemalteca. “Casos emblemáticos ocurridos durante 2008 apuntan a la correlación entre violencia y crimen organizado en el país, con perspectivas inciertas, alarmantes, frente a una proyección económica para los habitantes también preocupante y de mucha inquietud” (PDH, 2009; 15).

Dentro de las instituciones del Estado, la Policía se ha convertido en elemento de inseguridad, y ha sido calificada como corrupta; existen denuncias de asaltos tanto a transeúntes como automovilistas, principalmente durante la noche, y algunos jefes de comisarías han sido señalados junto con su personal de ser asaltantes.

Al Ejército se le involucra con el crimen organizado y el narcotráfico, lo cual ha permitido el aumento de la presencia del mismo principalmente en los ámbitos económicos y políticos, lo cual “sin una fuerza capaz de investigarlos y desarticularlos incrementará su poder y podrán acceder nuevamente al poder político formal, lo que les permitirá más fácilmente transitar hacia una nueva etapa de poder y de restablecimiento de alianza con sectores de la oligarquías y del poder trasnacional” (García, 2006; 13).

Otro elemento que afecta la Salud Mental de los guatemaltecos es la ocurrencia de los desastres naturales, que visibilizan las condiciones de pobreza en que viven la mayoría de población y obliga éxodos masivos de familias a establecer sus viviendas en condiciones y áreas de riesgo, (Batres, 2007; 9) es decir que por necesidad establecen comunidades sin estudios de factibilidad de habitación y sin infraestructura de desarrollo.

Desde la perspectiva de la Salud Mental, las emergencias implican una perturbación psicosocial que excede grandemente la capacidad de manejo de la población afectada. Según la OPS/OMS “se ha estimado que entre una tercera parte y la mitad de la población sufre alguna manifestación psicológica, de los que se encuentran inmersos en las emergencias de tipo ambiental y geográfico”. (2002; 1).

El país se vio afectado por el paso del huracán Mitch y por el de la tormenta Stan, los cuales provocaron grandes inundaciones principalmente en la costa sur y occidente del país, con pérdidas tanto humanas como materiales, afectando nuevamente a la población más pobre del país; las inundaciones se repiten año con año cada invierno sin que el gobierno implemente políticas de prevención al respecto.

Se ha demostrado que después de la emergencia propiamente dicha, los problemas de Salud Mental requerirán de atención durante un período prolongado en los sobrevivientes, cuando tengan que enfrentar la tarea de reconstruir sus vidas, lo cual supone “fortalecer los servicios de Salud Mental con base comunitaria” (OPS/OMS, 2002; 2).

Los eventos mencionados hacen que la situación de Salud Mental en Guatemala sea compleja. Todo esto impacta a la población con pérdidas humanas que a largo plazo representan daño emocional o psicológico que acompaña a los sobrevivientes que tienen que enfrentar, no sólo el fallecimiento de los familiares sino la creación de nuevos proyectos de vida, lo cual implica que las acciones deben tener un carácter integral que abarque no sólo lo curativo sino que incluya también perfiles preventivos y rehabilitatorios.

Las relaciones interculturales son consideradas como otro factor que influye en la Salud Mental; en Guatemala se identifican 4 grupos étnicos: ladinos, mayas, xincas y garífunas. Según Morales Calatayud, “se asume que diversas variables demográficas sociopsicológicas, y estructurales podrían, en una instancia dada, afectar la percepción del individuo e influir indirectamente el comportamiento relacionado con la salud” (1999; 163). Por lo tanto, la diversidad étnica con sus rasgos característicos, puede dar espacio a que en momentos de crisis surjan polos divergentes; los de solidaridad cuando las comunidades se unen y fortalecen o los de exclusión con expresiones sociales como discriminación y violencia.

El conocimiento de todo este conjunto de efectos sociales y culturales supone un contexto que ayuda a entender que en Guatemala no existe una política de Salud Mental ni un plan actualizado, además de que no se cuenta con un marco legal específico en el campo de la salud, evidenciando la carencia de planes preventivos y la escasa cobertura de los planes de emergencia y un seguimiento deficiente del bienestar integral de la persona, familia y comunidad. (OPS/PNSM 2007; 6).

Como una reacción a la falta de políticas en Salud Mental, en la actualidad, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, realiza gestiones por medio del Programa Nacional de Salud Mental (PNSM), sin embargo; este programa no es autónomo, si no que está supeditado al presupuesto que permita el sostenimiento de los proyectos que propone el programa.

La mayor parte del presupuesto asignado para Salud Mental corresponde al Hospital Nacional de Salud Mental 90%, (IESM/MS, 2006; 2) esta asignación impacta negativamente en los dispositivos o servicios comunitarios, es decir, que en las áreas rurales, la atención es limitada obligando al usuario a trasladarse a la ciudad capital para acceder a la atención adecuada. Esta movilización implica una inversión en tiempo y recursos económicos para ellos. En cuanto al esquema de seguridad social proporcionado por el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social – IGSS – cubre la atención de todos los tipos de trastornos mentales.

La unidad del Ministerio de Salud donde se entregan los medicamentos gratuitos a los enfermos es el Hospital Nacional de Salud Mental. Sin embargo la disponibilidad de psicofármacos no está garantizada en la red pública de servicios y sólo el 1% de la población tiene acceso gratuito a este tipo de medicamento, (IESM/MS, 2006; 2). Para quienes deben pagar los fármacos de su bolsillo el costo es muy alto; se calcula que la dosis diaria de antipsicótico significa el 29% del salario mínimo diario, mientras que un antidepresivo es el 17%, (IESM/OMS, 2006; 3).

El Programa Nacional de Salud Mental es la unidad organizativa, dentro del Ministerio de Salud, responsable de elaborar los lineamientos técnicos y normativos, así como la planificación, monitoreo y evaluación de los servicios de salud mental a nivel de atención ambulatoria. Los hospitales tienen sus normas propias y no son coordinados por el Programa Nacional de Salud Mental. En general, se evidencian debilidades en la red de servicios de Salud Mental: la mayoría de los dispositivos están concentrados en la capital, mientras que es muy pobre en el interior del país y las áreas rurales donde no se dispone de un adecuado sistema de referencia y respuesta. Existen 32 establecimientos de salud mental ambulatorios y solo uno está destinado para la niñez y la adolescencia; ninguno proporciona seguimiento de casos a nivel de la comunidad. Hay dos servicios de día en el país, sin especificidad para niñez, ni adolescencia; y dos hospitales psiquiátricos con 336 camas que significan un indicador de 2.64 camas por 100,000 habitantes; el 99% de las camas psiquiátricas se concentran en estos dos hospitales del área metropolitana; los datos anteriores evidencian

que los recursos humanos para la atención de la salud mental se concentran principalmente en esta área (IESM/OMS, 2006; 4).

La cantidad de admisiones según el IESM/MS en los hospitales psiquiátricos durante el año 2006, fue de 1,385. El promedio de días de estadía por paciente en hospitales psiquiátricos fue de 75 y el índice de ocupación de camas fue del 85%. En los hospitales psiquiátricos el 80% de pacientes tiene menos de un año de estadía, 2% entre 1y 4 años, 10% de 5 a 10 años y el 8% más de 10 años, (2006; 4).

El Hospital Nacional de Salud Mental dispone de 46 camas para personas con trastornos mentales en una unidad forense, situada en el Hospital Nacional de Salud Mental (0.36 camas por 100,000 habitantes). Casi todas las camas de psiquiatría en el país (99%) están ubicadas en la ciudad de Guatemala limitando el acceso a este tipo de servicios para los usuarios de zonas rurales, (IESM/MS, 2006; 4). El número total de recursos humanos que trabajan en establecimientos de salud mental o práctica privada por 100,000 habitantes es de 2.43.

El desglose del personal disponible en los centros de Salud Mental, de acuerdo a la profesión es el siguiente: 0.57 psiquiatras, 0.03 otros médicos, 1.28 enfermeros, 0.35 psicólogos, 0.07 trabajadores sociales 0.13 terapistas ocupacionales, (IESM/MS, 2006; 4). Como puede observarse en los hospitales, los psicólogos se encuentran presentes en un porcentaje bajo y su actividad se encuentra vinculada casi exclusivamente a los servicios psiquiátricos “con el encargo dentro de los mismos de hacer las pruebas de diagnóstico psicológico y quizá, de colaborar en la psicoterapia de grupos” (Morales Calatayud, 1999; 195).

Existen varias organizaciones no gubernamentales, entre ellas el ECAP, PNUD, CORDAID, La Liga de Higiene Mental, GTZ, etc, que trabajan en el campo de Salud Mental, enfocadas a distintos grupos y necesidades. En particular el país identifica la necesidad de capacitar en Salud Mental a los funcionarios del Sistema Judicial y de sus órganos auxiliares, así como a la Policía Nacional Civil.

La Salud Mental en Guatemala se rige por un modelo clínico con aspecto remedial, es decir, que se basa en un enfoque individual e institucional, que tiende a la atención de aquellas personas que solicitan los servicios para la resolución de su problemática. Cabe considerar que la crisis humanitaria que vive Guatemala, ha permitido la promoción de acciones que incluyen el desarrollo del aspecto psicosocial a través de propiciar la Salud Mental por medio de proyectos comunitarios, que daría paso a adoptar una definición, acorde al aporte teórico de Ignacio Martín Baro, en donde la Salud Mental es definida como: “una dimensión de relaciones entre personas y grupos, más que un estado individual; aunque esa dimensión se enraíce de manera diferente en el organismo de cada uno de los individuos involucrados en esas relaciones, produciendo diversas manifestaciones y estados” (ECAP – PNUD, 1998; 91).

Es importante señalar que la Salud Mental tendría una connotación integral que involucra aspectos como libertad, solidaridad, justicia, participación y diversidad que deberían estar representadas por y en los grupos étnicos que conforman la sociedad guatemalteca que contribuirían a la comprensión de la Salud Mental desde diversos puntos de vista como el cultural, el sociopolítico y desde una visión psicosocial, es decir, desde la experiencia individual y colectiva.

Los aspectos mencionados son elementos esenciales de los derechos humanos, aunque esta visión ni siquiera está cerca de ser una realidad en Guatemala, debido principalmente a la falta de políticas en Salud Mental que actualmente se encuentran iniciando un nivel de atención primario “según la OMS, es la que se presta en un lugar donde se solicita, emplea métodos prácticos científicamente fundados, socialmente aceptables, resultando accesible a todos los miembros de la comunidad y a un costo que el país y la comunidad pueden soportar” (OPS,1992; 107).

En el contexto actual, las pocas actuaciones de las instituciones encargadas de la justicia en lugar de ser fuente de Salud Mental son causa de enfermedad; donde la solidaridad y la participación pasan un proceso en donde no se le provee a ciertos individuos lo necesario para lograr las metas de la sociedad, un ejemplo de ello lo constituye el silencio impuesto durante largos

años del Conflicto Armado Interno, “en este sentido, la sociedad guatemalteca se encuentra en una situación en la que grandes segmentos de su población carecen de las condiciones mínimas para desarrollar una vida sana, en un ambiente propicio” (ECAP – PNUD, 1998; 91).

El enfoque psicosocial de la Salud Mental es aquel que ayuda a situar la experiencia personal en su contexto social y entender esta relación de cómo se manifiestan los problemas y las formas en que se enfrentan, lo cual implica trabajar con poblaciones afectadas, reconocer el respeto a los derechos humanos, así como los factores y problemas que intervienen tanto a nivel individual como colectivo. Desde lo psicosocial, la Salud Mental enfrenta los hechos de violencia desde sus dinámicas hasta sus causas, debido a que es un problema multifactorial, ya que los efectos se observan en las personas y grupos de la sociedad.

Preguntarse sobre la Salud Mental de un pueblo, lleva a interrogantes sobre el carácter específico de sus relaciones más comunes significativas, tanto interpersonales como intergrupales. “Esta perspectiva permite apreciar en todo su sentido el impacto que sobre la Salud Mental de un pueblo pueden tener aquellos acontecimientos que afectan sustancialmente las relaciones humanas, como son las catástrofes naturales, las crisis socioeconómicas o las guerras. Entre estos procesos, es sin duda la guerra el de efectos más profundos, por lo que tiene de crisis socioeconómica y de catástrofe humana, pero también por lo que arrastra de irracional y deshumanizante” (PRONICE, 1996; 26).

Todos los procesos históricos por los que ha atravesado el país, afectan directamente la Salud Mental de los guatemaltecos, por lo que se hace necesario elaborar modelos adecuados que permitan de alguna forma captar y enfrentar la peculiaridad de los problemas que afectan al país. Para esto es necesario conocer de cerca la realidad del pueblo, lo cual implica “volver la mirada científica, es decir, iluminada teóricamente y dirigida en forma sistemática, hacia esa realidad concreta” (PRONICE, 1996; 27). En este aspecto el Observatorio de Salud Mental, puede desde esa mirada científica, ser una modalidad de investigación que permita “deshacernos del velo de la mentira en que nos

movemos a mirar la verdad de nuestra existencia social sin las andaderas ideológicas del que hacer rutinario o de la inercia profesional” (PRONICE, 1996; 29).

El Observatorio de Salud Mental debe ajustarse a la realidad nacional, en la cual la percepción de Salud Mental “está ligada a el individuo, su realidad y sus relaciones con las otras personas” (PRONICE, 1996; 29). Tradicionalmente se dice que la Salud Mental se explica como “el equilibrio o la armonía que el ser humano logra establecer con su vida y la naturaleza, con su entorno, con su ambiente” (ADECOMAYA, 1998). Pero quedarse en este concepto de Salud Mental es estrechar la relación del individuo con su entorno, en este aspecto el Psiquiatra y Psicoanalista, fundador de la Escuela de Psicología Social, Enrique Pichón Riviere dentro de su producción conceptual cuestiona el tradicional enfoque de salud-enfermedad, ve una contradicción entre la definición de este enfoque, y le da otra connotación al decir que “la Salud Mental es la posibilidad de una adaptación activa a la realidad, que se entiende como una relación dialéctica, mutuamente transformante entre sujeto y contexto social, vincular”, (Quiroga, 2001; 210). Para este autor, la Salud Mental no es pasiva sino una adaptación activa liberada de estereotipos.

Relacionado a este último aspecto el papel de los psicólogos aún es visto desde un dualismo cartesiano en el que según el Psicólogo Francisco Morales Calatayud expresa: “Los médicos se dedican a cuidar del cuerpo, a los psicólogos se les da la tarea de hacerlo con el alma, de manera aislada deben ocuparse de las necesidades emocionales de los pacientes, del control de su comportamiento adaptativo a la enfermedad, de comunicar a pacientes y familiares las malas noticias, atender quejas. Lo peor es que algunos psicólogos se sienten realizados cultivando esta forma paralela de trabajo” (Morales Calatayud, 1999; 197). Lo anterior lleva a cuestionar el rol del psicólogo y su reducido interés por desenvolverse en nuevos ámbitos que incluyan la potencialización de la psicología en otras áreas de trabajo profesional.

La Salud Mental no puede ser vista desde una simple perspectiva armónica, ésta va más allá; si existe una teoría acerca de lo que es la Salud

Mental, esta teoría se valida en la medida que la práctica la ratifica, es así como desde esta perspectiva el Observatorio de Salud Mental puede ser un instrumento que permita no sólo validar un sistema operante sino que ir más allá y ajustar el concepto a la realidad que se vive. La Salud Mental se encuentra ligada al aprendizaje, creatividad, relación libre entre el sujeto y el mundo. “Conciencia de las necesidades que no se agota en conocerla, en hacer insight acerca de ellas, sino en darse las formas organizativas aptas para resolver esas necesidades. Y allí la Salud Mental queda entonces articulada con pertenencia, cooperación e integración participativa” (Quiroga, 2001; 211).

En la situación actual es necesario desarrollar esfuerzos orientados a inventariar los recursos de Salud Mental existentes, para evitar duplicidades y originar coordinaciones, por un lado, pero también a producir información continuamente que pueda ser usada con fines de monitoreo, evaluación y diseño de intervenciones; todas las utilidades descritas estarían destinadas a profesionales, instituciones, organizaciones e incluso a los usuarios de la Salud Mental en Guatemala. Si se considera la posibilidad de contar con información continua, pertinente y especializada en Salud Mental, se podría imaginar los beneficios de ésta en la situación actual del país, en donde la Salud Mental está cobrando cada día mayor importancia; sobre todo en la definición de políticas públicas dirigidas a enfrentar los graves efectos de la crisis socioeconómica del país sobre la Salud Mental.

Una investigación exploratoria logra identificar los recursos disponibles que evidencien la demanda del servicio en Salud Mental, a medida que estos factores sean descritos facilitarían la toma de decisiones de profesionales, técnicos, instituciones internacionales que desarrollan procesos orientados en este campo, y a nivel operativo prioricen acciones que movilicen eficientemente los recursos e identifiquen indicadores que constituyan pautas de evaluación de las acciones de intervención.

Los avances en el campo informático han permitido la elaboración de investigación exploratoria que cumplen con el desarrollo de acciones que permitan identificar y evaluar temas como la justicia, los derechos humanos, la

situación de la niñez, salud reproductiva, entre otras. Estas modalidades de investigación han demostrado ser sumamente útiles para conocer y evaluar los avances específicos en el problema que se proponen observar y canalizar las demandas sociales de grupos tradicionalmente marginados, democratizar los cambios en las entidades que cumplen funciones públicas y transparentar su funcionamiento; pero sobre todo se quiere resaltar que derivan en el surgimiento de proyectos de investigación especializados en la temática que abordan.

Un acercamiento a una definición de Observatorio de Salud Mental lo constituye la necesidad de contar con un sistema de información que permita conocer el estado de la organización y la evolución del servicio, recopilando datos de la situación real, buscando cubrir deficiencias que en términos de información enfrentan las organizaciones y profesionales que tienen relación con el trabajo de Salud Mental, con el objetivo de diseñar y validar metodología para facilitar la realización de estudios, informes y recomendaciones para mejorar la calidad asistencial.

El Observatorio de Salud Mental en Guatemala es una investigación que incluye la recopilación de datos con respecto a cuatro aspectos, siendo el primero de éstos, la percepción de los usuarios que es “la forma en que la persona, percibe, procesa y expresa la realidad que le rodea” relacionada con los servicios de Salud Mental en Guatemala. (MSP, 1999; 19).

El segundo aspecto, es el de los oferentes de Salud Mental, que describe la caracterización de los profesionales que brindan el servicio tomando en cuenta las siguientes categorías de análisis: Percepción de calidad del servicio profesional de Salud Mental. Atención brindada que será aquella requerida por el demandante, la cual dependerá de las necesidades que serán determinadas tanto por el contexto como por el nivel cognitivo de éste. Dificultades experimentadas en la prestación del servicio: Situaciones a las que se podría enfrentar el profesional del servicio, tales como: incredulidad por parte de los demandantes, poco acceso al servicio, situación económica del demandante, educación del demandante, etc.

El tercer aspecto lo constituye la formación profesional en Salud Mental, el cual comprende todo el contenido teórico y práctico en el que se fundamenta el trabajo del profesional así como el de las instituciones educativas dedicadas a la formación de salubristas mentales, abarcando aspectos como la cantidad de personas que optan por profesionalizarse en la atención de la Salud Mental, tomando como muestra cinco universidades que brindan servicios de formación profesional en Psicología y/o carreras afines en Salud Mental. verificando el contenido del pensum de las universidades y la relación de éstos con la Salud Mental.

El cuarto aspecto, se relaciona con la Inversión en Salud Mental, este pretende recolectar información actualizada, oportuna y continua, para ponerla a disposición de los profesionales e instituciones de manera permanente, la inversión en Salud Mental es la aplicación de recursos financieros de empresas privadas destinados a la investigación y desarrollo de proyectos que contribuyan a la prevención de la Salud Mental en el país (Diccionario Enciclopédico Universal Océano, 2008); la inversión pública se define como todas las acciones por parte de las dependencias del sector central, organismos descentralizados y empresas de participación estatal destinadas a impulsar el desarrollo y la prevención (Diccionario Enciclopédico Universal Océano, 2008) la inversión extranjera en Guatemala son todas aquellas realizadas por entidades del exterior que en forma directa o indirecta se interesan en el desarrollo de la Salud Mental en el país (Diccionario Enciclopédico Universal Océano, 2008).

El propósito de un Observatorio lo constituye el análisis de problemas emergentes y éticos, junto a la evaluación de la eficacia de las acciones de intervención (De Lellis, M. 2006; 188). Una comunidad informada y socialmente activa busca el desarrollo de equipos de trabajo colectivo que aumenten la producción intelectual, el cuestionamiento y análisis de los involucrados lo cual mejora su función y da lugar al desarrollo de una conciencia social mediante un proceso educativo y cambio de actitudes hacia la Salud Mental (Serrano-García, I. 1998; 27,28).

CAPÍTULO II

TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

2.1 Descripción de la muestra

La selección de la muestra en el presente proyecto de investigación, y considerando las particularidades del mismo, en el cual la base era la percepción que como usuarios tienen las personas que utilizan los servicios (sobre los distintos lugares que prestan servicio) de Salud Mental en la ciudad de Guatemala, así como, la opinión sobre los profesionales que lo prestan; las investigadoras adoptaron ciertos criterios de decisión, de los cuales fue característica fundamental que la población con la cual se realizaría dicha investigación, hubiesen tenido experiencia previa en el uso de los servicios antes mencionados, ya fuera a nivel del Hospital Nacional de Salud Mental, del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, IGSS o de otras entidades particulares.

Debido a los padecimientos que presentan los potenciales entrevistados se consideró que las entrevistas pudieran ser contestadas por sus acompañantes o familiares quienes proporcionarían la información requerida, obteniendo de este modo otra variable adyacente que sirvió para evaluar los aspectos contenidos dentro de la investigación.

Así mismo se incluyen las características socioeconómicas dentro de las cuales se definió que la edad mínima para aplicar el instrumento fuera de 16 años, debido esto, a que en esa edad las personas ya tienen desarrollada su capacidad de análisis lógico y podían dar respuestas que llevaran a una investigación más confiable y efectiva. Otros elementos que se tomaron en cuenta fueron sexo, religión, etnia a la que pertenecen, procedencia, lugar donde residen actualmente, estado civil, ingresos mensuales, escolaridad, número de hijos, si la vivienda donde habitan es propia o alquilada, de qué material es la misma, el tipo de vehículo en que normalmente se movilizan, así como, la ocupación y la dependencia económica. Todas estas variables fueron

investigadas por la relación que las características socioculturales podrían tener con la Salud Mental de la población.

También se incluyen las características de salud de los usuarios, dentro de las cuales interesaba determinar el tipo de tratamiento recibido, así como los profesionales que les atendían principalmente psicólogos y psiquiatras, ya que para efectos de la investigación este aspecto permitiría determinar el proceso de atención en que se encuentra la Salud Mental en Guatemala.

El muestreo de juicio que es una selección no probabilística para elegir muestras permitió a las investigadoras decidir sobre la población para la realización de las entrevistas, considerando previamente las instituciones en donde encontraron a los entrevistados y que llenaron cada una de las variables descritas en los párrafos anteriores. Una de las ventajas de este tipo de muestreo es el bajo costo de la investigación.

El número de la muestra fue de 187 entrevistados que asistieron a la consulta externa de cuatro instituciones: El Centro de Atención Integral de Salud Mental IGSS, El Hospital Nacional de Salud Mental, El Hospital Privado de Salud Mental Gethsemaní y el Patronato Anti-Alcohólico, en el período de Noviembre de 2008 a Febrero de 2009.

2.2 Estrategia metodológica

Una vez definida la población meta con la que se realizaría la investigación, se estableció como etapa de inicio el contacto con las diferentes instituciones que a juicio de las investigadoras cumplían con los requerimientos que se necesitaban para trabajar el proyecto.

El primer paso en este proceso fue el acercamiento con el Doctor Vladimir López docente de la cátedra de Psicofarmacología en la jornada nocturna de la Escuela de Psicología de la USAC, ya que dicha persona laboraba en ese momento en el Hospital Nacional de Salud Mental, se le explicó a grandes rasgos

el propósito de la investigación sugiriendo que se contactara a la Doctora Edna Palomo, jefe de consulta externa del Hospital. Se hizo una cita por teléfono con la Doctora en la cual pidió una carta del CIEPs que avalara la investigación junto con una copia del protocolo, así como el instrumento que se utilizaría. Al arribar al Hospital con la información requerida la doctora expuso que por ser Hospital – Escuela las investigaciones las manejaban el departamento de Docencia, que luego se sometería a aprobación por parte de la junta. Posteriormente se comunicó con el equipo investigador el Doctor Oscar Herrera, Jefe del Departamento de Docencia indicando que el proyecto había sido aprobado, que autorizaban la realización de la investigación con algunas condiciones: Mínimo de 100 entrevistas, y la socialización de resultados, tratando de incluir comparaciones de los resultados obtenidos con otro Hospital de preferencia el IGSS.

Para contactar con las autoridades del IGSS, se refirió a las investigadoras al Centro de Atención de Salud Mental Integral, CAISM con la secretaria del Doctor Salazar Jefe de la consulta externa la cual pidió una carta del CIEPs que avalaba la investigación, se llevó la carta y el Doctor Ismael Salazar refirió a las investigadoras con la Licenciada Carola Estrada Jefe del área de Hospital de Día en dicha Institución, quien luego de pedir una copia de los instrumentos, hizo algunas preguntas autorizando en ese momento la ejecución del mismo.

La directora del Hospital Gethsemaní, Licda. Leticia López fue contactada vía telefónica, quien asignó una cita en la semana siguiente, fecha en la cual y con la experiencia previa de las otras dos instituciones se presentaron el protocolo de investigación junto con los instrumentos, otorgando la autorización de forma inmediata.

Siguiendo con el proceso de autorización, se contactó por teléfono al Patronato Antialcohólico de Guatemala en donde pidieron una carta del CIEPs que fue presentada por otra investigadora del equipo del Observatorio que se encontraba realizando la práctica supervisada de Psicología.

Esta primera fase tuvo una duración de 30 días, tiempo en el cual se cumplieron con los requisitos solicitados.

La segunda fase de este proceso, la constituye la aplicación del instrumento en las salas de espera de la consulta externa de las diferentes Instituciones. El procedimiento utilizado por las investigadoras fue el de abordar directamente a los pacientes o sus familiares, identificarse como estudiantes de la Psicología de la USAC por medio del carné, explicarles la naturaleza de la Investigación y pedir su consentimiento para aplicar la entrevista. Es de hacer notar que con pocas excepciones las personas se mostraron colaboradoras, anuentes a comentar sus experiencias en cuanto el servicio de Salud Mental que han recibido y hubo comentarios positivos acerca del acercamiento a los usuarios. Este proceso duró dos meses, para cubrir los hospitales Nacional y del IGSS, una semana en el Patronato y un día en el Hospital Privado Gethsemaní.

2.3 Técnicas y procedimientos de trabajo

El primer acercamiento con el entrevistado se realizó con el consentimiento informado, el cual es un documento donde el usuario concede de forma anticipada su autorización para responder las preguntas de éste.

Para obtener los datos se utilizó el cuestionario por entrevista personal que “Es una técnica en la que una persona (entrevistador) solicita información de otra (entrevistado, informante), para obtener datos sobre un problema determinado. Presupone pues la existencia al menos de dos personas y la posibilidad de interacción verbal” (Rodríguez Gómez, 1999, 167).

Dicha entrevista tuvo un valor de herramienta de investigación social en la cual la función era la de obtener información sobre la percepción que tienen los usuarios sobre el Servicio de Salud Mental en Guatemala. La entrevista se desarrolló de la siguiente manera: En primer lugar las investigadoras se presentaron a la sala de espera de la consulta externa de las instituciones antes mencionadas, una vez identificadas las personas que podían ser informantes, se les abordó con un saludo, luego se hizo una presentación con carné de la

Escuela de Psicología de la USAC y una explicación del abordamiento, una vez las personas accedían a la entrevista se les pidió que firmaran el consentimiento informado. La entrevista se desarrolló considerando en primer lugar los aspectos relativos a la interacción entre el entrevistador y el entrevistado, se puso principal énfasis en la autorización previa de las autoridades de las instituciones, así como en la confidencialidad del manejo de la información.

El cuestionario por entrevista personal, no fue entregado a la persona participante para que lo llenara, sino fue leído y llenado por la investigadora, lo que permitió hacer anotaciones especiales donde se consignaron las observaciones que las investigadoras consideraron pertinentes. Por último se agradeció la colaboración prestada e incluso hubo abordamientos de tipo personal debido a la identificación como psicólogas, a los cuales se trató de responder en beneficio de los entrevistados.

Al finalizar el proceso de recolección de datos, las investigadoras procedieron a analizar la mejor forma para el cotejo de los mismos. La primera tarea del análisis consistió en la reducción de datos seleccionando la información para que la misma fuera manejable. Se procedió a categorizar y codificar la información obtenida dividiéndola por unidades de acuerdo a las distintas variables que presentaba el instrumento, identificando los segmentos que podrían ser relevantes y significativos para la investigación, los cuales resultaron ser las variables percepción de calidad tanto de los servicios como de los profesionales de la Salud Mental. Otra de las unidades que aportó elementos importantes a la investigación es la que se refiere a características de salud de los usuarios, así como la forma en que buscan ayuda profesional y las opciones terapéuticas con que cuentan en las distintas instituciones.

2.4 Instrumentos de recolección de datos

El instrumento diseñado para esta investigación fue un cuestionario por entrevista personal, que consistía en un conjunto de preguntas respecto a la unidad de análisis: Percepción de los usuarios del servicio de salud mental integrado por 6 preguntas cerradas, en donde se registraba la opinión que el

entrevistado tenía sobre la atención que recibe en las instituciones visitadas, se le escuchaba si deseaba ampliar alguna de las respuestas. Contenía 14 preguntas sobre el perfil general de los usuarios que incluían características socioeconómicas y 10 preguntas sobre la salud en general del entrevistado; 1 sobre la salud los familiares; 2 preguntas sobre la atención que requieren de la institución y 1 sobre quejas del servicio que reciben, otra sobre el precio y una sobre la disponibilidad de los servicios. Al final del cuestionario y con el objetivo de validarlo, se le preguntaba su opinión sobre el cuestionario, si pensaba que se debería omitir o agregar alguna pregunta sobre el tema del mismo. El tiempo de duración de cada entrevista fue de 20 a 25 minutos.

2.5 Dificultades encontradas

El diseño del instrumento original se aplicó en las primeras sesenta entrevistas. Se pudo observar que la pregunta que se refería a que el entrevistado informara si había tenido algún accidente no cumplía con la vivencia del informante. En su mayoría, respondían que no habían tenido accidentes pero que habían vivido otros eventos significativos como: el abandono, el maltrato, pérdidas, etc. Se hicieron los ajustes necesarios al instrumento, fue así como, las siguientes 127 entrevistas se realizaron con la interrogante: ¿ha tenido algún evento significativo en los últimos años?

La falta de espacio para anotar las observaciones del entrevistador y las sugerencias de los entrevistados fue otra dificultad que enfrentaron las investigadoras teniendo que utilizar el reverso de las hojas para escribir.

2.6 Análisis estadístico

Los datos fueron procesados utilizando la estadística descriptiva apoyada en el programa Excel. En varias sesiones de trabajo los datos fueron tabulados, graficados y dilucidados, posteriormente se procedió a la interpretación final relacionándolos entre sí tomando en cuenta el consenso de las investigadoras, su vivencia al momento del acercamiento con el usuario y los fundamentos teóricos que permitieron el enriquecimiento del análisis que aquí se presenta.

CAPÍTULO III

PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

3.1 Presentación

En el año 2007 y por iniciativa del docente de la cátedra de Metodología de la Investigación IV se planteó la posibilidad de realizar un Observatorio de Salud Mental en la Ciudad de Guatemala. A partir del año 2008 se propuso la operativización del proyecto en cuatro aspectos principales divididos en cuatro trabajos de investigación con fines de graduación, integrados así:

- I) Percepción de la Salud Mental,
- II) Oferentes de la Salud Mental,
- III) Formación profesional en Salud Mental,
- IV) Inversión en Salud Mental. Resultados, avances, obstáculos y retos.

En este trabajo se consigna la investigación sobre el tema Percepción de la Salud Mental enfocada hacia la comprensión que los usuarios tienen de sobre los servicios en Salud Mental que reciben, desglosado en las siguientes categorías de análisis:

Primera categoría

Percepción de calidad de los usuarios de Salud Mental.

- a) Porcentaje de los usuarios que aprueban la calidad de los servicios.
- b) Porcentaje de los usuarios que reprueban a calidad de los servicios.
- c) Porcentaje de usuarios que consideran el servicio como un derecho.

Segunda categoría

Percepción de calidad de los servicios prestados por profesionales de la salud mental.

- a) Porcentaje de usuarios que tienen confianza en los profesionales.
- b) Percepciones sobre discriminación.
- c) Recomendación del servicio.
- d) Opinión sobre la Psicología.

Tercera categoría

Características socioeconómicas.

- a) Edad.
- b) Sexo.
- c) Religión.
- d) Etnia.
- e) Procedencia.
- f) Residencia actual.
- g) Estado civil.
- h) Estrato socio-económico.
- i) Escolaridad.
- j) Número de hijos.
- k) Vivienda.
- l) Material de vivienda.
- m) Transporte que utiliza
- n) Número de personas dependientes.
- ñ) Ocupación.

Cuarta categoría

Características de salud.

- a) Enfermedades padecidas.
- b) Enfermedades mentales.
- c) Enfermedades mentales padecidas por familiares.
- d) Terapia Psicológica.
- e) Uso de Psicotrópicos.
- f) Uso de drogas.

Quinta categoría

Atención requerida.

- a) Servicio requerido.
- b) Posibilidad de pago.

Sexta categoría

Dificultades experimentadas en la prestación del servicio.

- a) Quejas sobre el servicio.
- b) Costos.
- c) Disponibilidad.

En el mes de septiembre de 2008 se inició la acreditación correspondiente por parte del Centro de Investigaciones de Psicología CIEPs “Mayra Gutiérrez” para que el grupo investigador pudiera acceder a las instituciones y obtener los permisos correspondientes para el trabajo de campo que permitiría validar los instrumentos que se construyeron para recopilar la opinión de los usuarios del servicio de Salud Mental.

Se hicieron llamadas telefónicas a varias instituciones, así como, en algunas se presentaron cartas solicitando autorización para levantar el trabajo y ampliar el número de la muestra, pero no estuvieron dispuestas a participar, en virtud que deseaban proteger la privacidad de sus pacientes, hecho que es comprensible.

Este trabajo de investigación se realizó en cuatro instituciones que son referentes de Salud Mental en la ciudad de Guatemala y que de alguna manera, a través de sus directores mostraron interés por el tema del Observatorio. Estas instituciones son: El Hospital Nacional de Salud Mental, el Centro de Atención Integral de Salud Mental IGSS, Casa de Salud Mental Gethsemaní y el Patronato Antialcohólico.

El Hospital Nacional de Salud Mental dio su autorización en noviembre de 2008, solicitando que se enviara una nueva carta en donde el grupo investigador se comprometía a socializar los resultados del Observatorio. Lejos de considerarse una presión o condición, el grupo investigador lo tomó como una muestra de legítimo interés en el tema, con lo cual, los resultados del mismo se podrán dar a conocer a otro grupo de profesionales, que ya se encuentran laborando dentro del campo de la Salud Mental.

3.2 Vaciado de la información obtenida de los instrumentos de recolección de datos

El acercamiento con el usuario se hizo de forma cortés, mostrando la identificación personal de las investigadoras y dando a conocer el tema y objetivo de la investigación. Se le mostraba el documento de Consentimiento Informado para que el participante decidiera participar o no en la entrevista. Aproximadamente en un 10% de los acercamientos, el usuario mostró poco interés en colaborar, se respetó su decisión sin pretender convencerlo, mucho menos obligarlo a participar. El 90% restante colaboró de manera entusiasta; a algunos se les escuchó más tiempo que el promedio de 25 minutos establecidos.

El total de los entrevistados fue de 187 usuarios de las cuatro instituciones mencionadas, en donde se consideró el perfil general de los usuarios de acuerdo a las seis variables descritas anteriormente.

El cuestionario por entrevista personal que se diseñó para esta investigación llenó los requisitos planteados en el documento de Operativización del Proyecto (ver anexo 1). Cada una de las preguntas fue leída al entrevistado. En varios casos, fue necesario ampliar los significados de algunas palabras que contenía, tales como: psicotrópicos, eventos significativos, derecho a la atención en Salud Mental, etc.; en otros, fue necesaria la aclaración de que sus opiniones no consignarían sus nombres, ni les causarían daño alguno en función de los derechos de atención.

Una parte importante de la entrevista que se realizó a los usuarios del servicio de Salud Mental tenía como objetivo recabar información de la experiencia vivida por ellos en las instituciones donde se presentaban para consulta, razón por la cual se utilizó el término percepción, entendiendo ésta como el proceso en el que la persona organiza e interpreta los estímulos que le rodean, tal proceso no es meramente recibir, sino relacionar lo que capta del exterior con un significado que se encuentra dentro de la misma persona.

Cada uno de los participantes en la entrevista se mostró colaborador al aportar sus opiniones al respecto, así como al proporcionar los datos del perfil general, características socioeconómicas, de salud y la atención requerida. Al momento de indagar sobre las dificultades experimentadas en la recepción del servicio, algunos usuarios mostraron reserva al expresarla, argumentando que podrían ser objeto de malos tratos por parte del personal de las instituciones.

3.2.1 Datos obtenidos del cuestionario por entrevista personal

A continuación se detalla el perfil general de los usuarios del servicio de Salud Mental, características socioeconómicas y de salud de los entrevistados en las cuatro instituciones visitadas.

PERFIL GENERAL DE LOS USUARIOS

Características Socioeconómicas

Tabla 1
EDAD DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL

Rango en años	Frecuencia	Porcentaje
15 - 20	7	4
21 - 25	12	6
26 - 30	19	10
31-35	26	14
36 - 40	22	12
41 - 45	27	14
46 - 50	23	12
51 - 55	19	10
56 - 60	13	17
61 - 65	5	3
66 - 70	9	5
71 - 75	4	2
76 - 80	0	0
más de 80	1	1
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

Como se observa en la Tabla 1 las edades de los usuarios que marcaron mayor porcentaje están entre los 26 a 55 años, con un promedio por rango de 12%. Al analizar estos rangos de edades entre los 26 hasta 50 años, puede inferirse que es cuando inicia la etapa productiva y donde aproximadamente culmina, lo cual produce un dato interesante ya que el 12% de la población económicamente activa padece algún tipo de enfermedad mental. La media de la edad de los usuarios entrevistados es de 43 años, valor representativo de las edades promediadas, indica que en esta edad está el punto medio de búsqueda de ayuda. La moda se encuentra en el rango de 41- 45 años, edades en las que se observa la mayor frecuencia.

Tabla 2
SEXO DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	64	34
Femenino	123	66
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

La tabla 2 contempla que dos terceras partes de la población que hacen uso de los servicios de Salud Mental son de sexo femenino, la otra tercera parte es de sexo masculino, uno de los posibles significados es que la mujer busca ayuda con más diligencia que los varones. De las 123 mujeres entrevistadas el 93% opina que la atención recibida en Salud Mental es buena. De los 64 hombres entrevistados el 84% opina que la atención es buena. La diferencia entre mujeres y hombres es de 7% lo cual indica que a la mujer le es más fácil ponerse en contacto con sus emociones y pedir ayuda, en cambio a los hombres por el machismo que predomina en su educación les cuesta más reconocer que tienen problemas y por lo tanto buscar asistencia.

Tabla 3
RELIGIÓN DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL

Religión	Frecuencia	Porcentaje
Católica	98	52
Evangélica	57	31
Otra	9	5
Ninguna	23	12
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

La tabla 3 hace referencia a la religión que profesa el entrevistado. Es de hacer notar que un 88% de la población entrevistada dice tener algún tipo de religión. Investigadores del tema opinan que “la vida espiritual parece jugar un importante papel en el afrontamiento y el mantenimiento de la salud mental en la edad adulta” (Rivera – Ledesma, 2005; 40). Algunos psicólogos han encontrado que en ocasiones la práctica religiosa sin caer en patologías fanáticas, puede ser un método coadyuvante para enfrentarse al estrés, tensión e incluso la depresión.

Tabla 4
ETNIA DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL

Etnia	Frecuencia	Porcentaje
Ladino	169	90
Maya	17	9
Garífuna	1	1
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

La tabla 4 indica que el 90% de los usuarios pertenecen a la etnia ladina, las otras dos etnias aparecen con bajo porcentaje, nótese que aunque los servicios están disponibles para todas las etnias es mayor el grupo ladino que lo utiliza. Puede inferirse que la información sobre servicios de Salud Mental no ha estado

disponible para las otras etnias y que por lo tanto no tienen acceso a dicho servicio, ver comentarios de la Gráfica 2.

Tabla 5
LUGAR DE NACIMIENTO DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Ciudad de Guatemala	77	41
Interior de la república	110	59
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

En esta tabla se consigna el lugar de nacimiento de los usuarios, no se investigó si siguen viviendo en el mismo lugar o se han trasladado a otros puntos del país. Es mayor el porcentaje de personas que pertenecen al interior lo que evidencia el índice de ruralidad, no necesariamente de etnia; compárese la tabla 6, en donde implica una mayor representatividad del área rural a pesar de que como se indicó en la tabla 4 la proporción de población maya que utiliza los servicios es mínima.

Tabla 6
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS EN
SALUD MENTAL

Lugar	Frecuencia	Porcentaje
Ciudad de Guatemala	75	40
Interior de la república	112	60
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

Con la tabla 6 se puede apreciar que la necesidad de atención en Salud Mental es mayor en los departamentos del interior de la república que en la capital; desafortunadamente los esfuerzos para la asistencia no logran la cobertura necesaria para atender a los pacientes en sus respectivas comunidades, quienes

tienen que viajar de sus lugares de residencia hacia la capital, en un período de cada tres meses aproximadamente; lo que implica una inversión de transporte que en la mayoría de los casos la realizan familias con escasos recursos económicos. “...*Deben crear más servicios y hacerlo por zonas para facilitar el acceso, deben priorizar la Salud Mental...*” E145 “*no hay buena atención, a pesar de venir uno de lejos, no le hacen caso*” E68, “*por la distancia me cuesta llegar...*” E186. . Otro aspecto interesante son los viáticos que proporciona el Centro de Atención Integral de Salud Mental, que según la opinión de los entrevistados no es suficiente para el pago de transporte “*los viáticos no son suficientes*” E41.

Tabla 7
ESTADO CIVIL DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado (a)	72	39
Soltero (a)	115	61
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

Aquí se consignan los dos estados que reconoce la Ley Civil de Guatemala, casado(a) o soltero(a). Puede notarse que dos terceras partes de la población entrevistada que están haciendo uso de los servicios de Salud Mental son solteros(as). Considerando que la moda en la tabla 1 indica que los entrevistados están entre 31 – 35 y 41 - 45 años, edades en las cuales generalmente las personas se encuentran en una relación de pareja, se infiere que la enfermedad mental puede ser limitante para mantener una relación de pareja. Otra observación es la que refiere la tabla 28 la cual reporta como suceso que le ha afectado abandono, violencia intrafamiliar, conflictos de pareja actitudes que de alguna forma desintegran los hogares provocando un estado de soltería.

Tabla 8
INGRESOS DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL

Ingresos del Usuario	Frecuencia	Porcentaje
Sin ingresos	63	34
menos de 1000	14	7
1001 a 1500	24	13
1501 a 2100	16	9
2101 a 3000	27	14
3001 a 3900	5	3
3901 a 4900	6	3
4901 a 5000	13	7
No informa	19	10
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

El 34% no tienen ningún tipo de ingresos, es también importante el porcentaje de los usuarios que no desea informar sobre sus ingresos, el 10% y los que reportan el 13% están incluidos dentro del salario mínimo, el otro 14% apenas con un ingreso mayor de Q2001 a Q3000.00. Queda manifiesto que la mayoría de los usuarios entrevistados no dispone de ingresos que les permitan cubrir sus necesidades básicas y menos la cobertura de los servicios en Salud Mental. Aún para los que reportan el salario mínimo y otros ingresos resultaría difícil el pago por servicios y medicamentos en el sector privado.

Las instituciones que se dedican a prestar servicios de Salud Mental tienen diferentes fuentes de ingresos para su sostenimiento, por lo tanto, el servicio que prestan se enfoca también en diferentes tipos de poblaciones. El CAISM-IGSS atiende a individuos con relación laboral, que se encuentran amparados bajo el seguro social, mientras que el Hospital Nacional de Salud Mental presta sus servicios a toda clase de personas que lo solicitan, y acuden especialmente quienes carecen de ingresos o tienen salarios bajos.

Tabla 9
ÚLTIMO GRADO DE ESTUDIOS APROBADO POR USUARIOS DE LOS
SERVICIOS EN SALUD MENTAL

Ciclo de estudios	Frecuencia	Porcentaje
No estudió	14	7
Ciclo Primario	66	35
Ciclo Básico	29	16
Ciclo Diversificado	39	21
Universitario incompleto	7	4
Técnico universitario	9	5
Carrera universitaria	23	12
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

El 35% de los usuarios ha cursado alguno de los grados del ciclo de primaria, el 21% ha logrado alguna carrera en el ciclo diversificado y sólo el 12% ha alcanzado alguna carrera universitaria. Puede notarse que el porcentaje de las personas con nivel primario es similar al porcentaje de los usuarios que no reportan ingresos, véase tabla 8, lo cual reafirma que el factor económico sigue siendo primordial en el desarrollo integral del individuo, quien tiende a postergar la educación y búsqueda de asistencia en el área de Salud Mental.

Las personas que han realizado estudios a niveles diversificado y universitario han tenido acceso a información sobre sus derechos y disponibilidad de servicios, véase Gráfica 2. Puede notarse que únicamente un 7% de los entrevistados dijeron no tener ningún tipo de estudio, lo que indica que mientras más acceso tienen las personas a educación, hay una mejor comprensión de la dimensión integral de la salud mental, por lo tanto buscan ayuda cuando la necesitan.

El mayor porcentaje de personas que no han estudiado o tienen un nivel primario, fueron entrevistadas en el Hospital de Salud Mental, mientras que los que poseen estudios a nivel universitario fueron entrevistados en CAISM – IGSS.

Tabla 10
NÚMERO DE HIJOS DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL

Número de hijos	Frecuencia	Porcentaje
0 - 1	67	35
2 - 3	81	44
4 - 5	28	14
6 - 7	5	3
8 - 9	5	3
10 ó más	1	1
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

Como se observa en esta tabla, el 35% de los usuarios no tienen hijos, es decir, una tercera parte de los usuarios del servicio no tienen responsabilidades paternas, ya sea que el paciente o los familiares, están consientes de llevar una paternidad responsable. El 44% tiene dos o tres. Esta tabla puede derivar estudios posteriores para conocer las causas por las cuales el porcentaje de pacientes con enfermedades mentales y que no tienen hijos es alto, desde considerar la participación del entorno familiar hasta los efectos secundarios de los psicofármacos. El promedio actual es entre 2 y 3 hijos tal y como lo confirma la tabla.

Tabla 11
TIPO DE VIVIENDA DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL

Vivienda	Frecuencia	Porcentaje
Propia	145	78
Alquilada	30	16
Otra	12	6
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

Se observa en la Tabla 11 que el 78% de los usuarios viven en casa propia. Esta referencia no significa necesariamente que sean los propietarios, sino que viven en casas que pertenecen a la familia.

Tabla 12

**MATERIAL DE LA VIVIENDA DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL**

Material	Frecuencia	Porcentaje
Block	129	69
Lámina	15	8
Ladrillo	6	3
Madera	4	2
Adobe	13	7
Otro	20	11
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

En la tabla 12 se observa que el 69% de los usuarios viven en viviendas construidas con block, no se especifica si la casa es de terraza, o sólo tiene paredes de block.

Tabla 13

**TRANSPORTE QUE UTILIZA PARA ASISTIR A LA CONSULTA DE USUARIOS
DE LOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL**

Transporte	Frecuencia	Porcentaje
Camioneta	142	76
Carro propio	39	21
Taxi	6	3
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

El 76% de los usuarios se ve en la necesidad de utilizar transporte urbano y extraurbano. Cabe recordar que en la Tabla 8 se especificó que los ingresos de

los usuarios eran bajos y que debían invertir en los gastos de transporte para asistir a las consultas en los hospitales correspondientes. *“para los pacientes del interior se requiere gastar para venir al hospital, y este gasto no se adecua al presupuesto”* E2. Otra inversión en transporte es la que realizan las personas que pagan servicio de taxi debido a que el estado de Salud Mental de su familiar no les permite utilizar el transporte colectivo, lo cual produce espaciamiento en las citas porque no pueden cubrir el costo del servicio con más frecuencia. Como ya se mostró en la Tabla 6 el porcentaje de usuarios del interior de la república, 60% es el más alto y afectado en el rubro de transporte.

Tabla 14
NÚMERO DE PERSONAS DEPENDIENTES DE USUARIOS DE LOS
SERVICIOS EN SALUD MENTAL

Dependientes del usuario	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	103	55
Una	21	11
Dos	22	12
Tres	18	10
Cuatro	13	7
Cinco	6	3
Seis	4	2
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

La tabla 14 refleja el número de personas que dependen económicamente del usuario de los servicios de Salud Mental. El 55% no tiene personas que dependan de ellos, observe la Tabla 8 con el tema de ingresos del usuario y la Tabla 10 de número de hijos, en ambas tablas puede relacionarse la falta de ingresos y el número de hijos, con la dependencia económica. Un promedio de 12% tiene dependientes directos entre uno a tres.

Tabla 15

**RELACIÓN LABORAL DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL**

Relación laboral	Frecuencia	Porcentaje
Con relación laboral	96	51
Sin relación laboral	91	49
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

El 51% de los usuarios tiene una relación laboral, el 49% no tiene relación laboral. El porcentaje de usuarios del servicio de Salud Mental que tiene relación laboral y los que no, tienen una proporción similar. Entre las razones que pueden ser la causa de esta similitud se encuentran las siguientes: Algunas de las enfermedades mentales limitan la capacidad de trabajo. Se conoce que la participación laboral es una herramienta que ayuda a las personas en su autorrealización. “El trabajo, si es libremente escogido, se puede convertir en fuente de particulares alegrías en tanto que permita sacar provecho bajo formas sublimadas de tendencias afectivas y de energías instintivas” (Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica, 1972; 20). En otros casos, la falta de acceso tanto a medicamentos como terapias psicológicas no permite mejoría en forma integral. Al observar la tabla 8, se puede notar que el rango de usuarios que tendría capacidad de pago para consultas, terapias y medicamentos serían los que reportan ingresos de más de Q5, 000.00 que es de 7%. Otra consideración que puede hacerse con relación a la tabla 8, en donde se indicaron los ingresos de los usuarios, que el porcentaje de los que no trabajan 34% es elevado; haciendo un análisis desde el enfoque clínico, este porcentaje puede estar determinado por la patología del usuario, en otros casos que el usuario no labora puede deberse a que la carencia de trabajo produzca síntomas relativos a alguna enfermedad psicosomática, donde el detonante lo constituye el aspecto psicosocial.

CARACTERÍSTICAS DE SALUD DE LOS USUARIOS

Tabla 16

ENFERMEDADES QUE HAN PADECIDO O PADECEN USUARIOS DE LOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	18	8
Enfermedades del corazón	14	6
Gastritis	17	8
Hepatitis	4	2
Ninguna	54	31
Otras	3	11
Presión alta	46	21
Presión baja	28	13
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

En la tabla 16 se consignan las enfermedades que padecen los usuarios. Puede observarse que el 31% no refiere otra enfermedad adicional a la enfermedad mental. Es alto el porcentaje que padece de presión alta, el 21% y presión baja el 13%. Por lo general, se tiende a pensar que las enfermedades psicológicas sólo causan tristeza, llanto, sentimientos de inferioridad y otros síntomas que no tienen que ver con el cuerpo, sin embargo, esta idea es errónea. Si se toma en cuenta que la vida psíquica gravita continuamente entre el mundo emocional consciente e inconsciente, "se puede comprender en qué medida está comprometida en el cuerpo toda la dinámica personal de los pacientes", (Monedero, 1978; 69).

Tabla 17

CONOCIMIENTO DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN USUARIOS DE LOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	143	76
No	44	24
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

El 76% de los usuarios sí conoce el diagnóstico de la enfermedad mental que padece, el 24% dijo no conocerlo. *“yo quiero saber por qué tengo que tomar medicina para toda la vida”* E130. *“le gustaría que dentro del servicio, el profesional le indicara su diagnóstico”* E63. Se considera que parte del derecho de los usuarios es conocer el diagnóstico de su padecimiento y los efectos secundarios de los medicamentos que consumen. En este último caso la paciente de la E59 refiere: *“luego de tomar el medicamento empecé con temblor en el cuerpo, y yo me asusté y volví a la consulta, y el doctor me explicó que era efecto de la medicina”*.

Tabla 18

**DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD MENTAL QUE PADECEN USUARIOS
DE LOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL**

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Adicción	2	1
Agresividad	3	2
Alzheimer	1	1
Ataque epilépticos	5	3
Bipolar	10	7
Convulsiones	2	1
Depresión	54	38
Esquizofrenia	14	10
Estrés por soledad	1	1
Fobia social	1	1
Insomnio	9	6
Intento de suicidio	1	1
Migraña	1	1
Nervios	20	14
Retraso mental	6	4
Trastorno de ansiedad	9	6
Trastorno psicosomático	3	2
Vacíos Cerebrales	1	1
No sabe	44	23
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

Como observa en esta tabla, se anotaron los nombres de las enfermedades que los usuarios reportaron, sin considerar el nombre técnico de la misma, o como sucede en algunos casos los usuarios reportaron características de las enfermedades que padecen describiéndolos con palabras de su cotidianidad.

El 38% de los usuarios entrevistados padece de Depresión, no especifican el grado de la misma y como se observa en la Tabla 18 es la enfermedad con el primer lugar. Cabe recordar en este momento que los datos en una buena cantidad fueron proporcionados por familiares que acompañan a los usuarios a las consultas. Las personas que padecen malestares nerviosos se sitúan en el segundo lugar con un 14% y en tercero con 10% los pacientes con Esquizofrenia. Se puede inferir que el diagnóstico puede ser claro para el profesional, sin embargo, no ve la necesidad de transmitir al paciente el nombre clínico del diagnóstico. El 23% reporta no conocer su diagnóstico, pero no está claro si se debe a falta de información u olvido de su parte. Sin embargo, es importante recordar que el paciente tiene el derecho de conocer el diagnóstico, así como, cualquier otra información que el facultativo considere pertinente para el abordaje de las medidas favorables al caso.

Tabla 19

FAMILIARES DE USUARIOS CON ALGÚN PADECIMIENTO MENTAL

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Sí	65	35
No	122	65
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

El 65% de los usuarios no tiene familiares que tengan padecimientos mentales. El 35% afirma que hay parientes cercanos que padecen algún tipo de enfermedad mental, lo cual indica el componente biopsicosocial de las enfermedades mentales, es decir que, tanto el bagaje genético, como el psicológico y el entorno social pueden ser predisponentes para la enfermedad mental. “Aunque se admita una predisposición hereditaria a padecer un desequilibrio psíquico, también es cierto que el ambiente exterior influye en que se manifieste esta predisposición, o que, por el contrario, no se manifieste”. (Monedero, 1978; 594).

Tabla 20
DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD MENTAL QUE PADECEN LOS
FAMILIARES DE USUARIOS DE LOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL

Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Agresividad	1	0.5
Alzheimer	1	0.5
Ansiedad	3	1.6
Crisis nerviosas	13	7
Depresión	24	13
Derrame cerebral	1	0.5
Epilepsia	4	2
Esquizofrenia	4	2
No sabe el diagnóstico	8	4
No reportó ninguna	122	65
Retraso mental	1	0.5
Suicidio	1	0.5
Tumor cerebral	2	1
Psicosis (no especificada)	2	1
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

El lector puede observar que la depresión ocupa el primer lugar en las enfermedades que padecen familiares de los usuarios con un 13%; compárese la Tabla 18 en la cual esta enfermedad, ocupa el primer lugar de las enfermedades de los usuarios con un 38%. Las enfermedades nerviosas tienen un porcentaje de 14%, dato importante porque permitiría a las entidades encargadas realizar programas en beneficio de familias en las cuales se ha detectado la incidencia de alguna enfermedad mental con lo cual aumentaría el nivel de intervención en este campo.

Según la OMS la depresión es la causa principal de discapacidad a nivel mundial. Lo cual contrasta con los resultados de la presente investigación, en la que efectivamente esta enfermedad es la que posee el porcentaje más alto de padecimiento tanto en pacientes como en familiares de los mismos.

Tabla 21
RELACIÓN PARENTAL DEL ENFERMO MENTAL (TABLA 20) CON
USUARIOS DE LOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL

Parentesco	Frecuencia	Porcentaje
Abuelo(a)	5	2
Hermano(a)	13	7
Hijo(a)	7	4
Madre/padre	23	13
Primo(a)	6	3
Tía(o)	11	6
No reportó familiares	122	65
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

En la tabla 21 se observa que los padres de los usuarios son la línea de parentesco más alta con 13% de padecimientos de enfermedades mentales, lo sigue la línea de los hermanos con 7% y la de los tíos de los usuarios con 6%. En esta tabla se establece el carácter hereditario de algunas de las enfermedades mentales, como lo dice la Teoría del Doble Impacto en Psiquiatría, en la cual la predisposición genética existe y sólo hace falta un segundo impacto que desencadene el curso de la enfermedad. Lo que resulta interesante de esta tabla es que el usuario establece por sí mismo la línea del parentesco y el tipo de padecimiento afrontado por las familias afectadas.

Tabla 22
USO DE TERAPIA PSICOLÓGICA EN USUARIOS DE LOS SERVICIOS EN
SALUD MENTAL

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	117	63
No	70	37
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

El 63% de los usuarios sí ha recibido terapia psicológica, adicional a sus tratamientos con fármacos, lo cual constituye un alto porcentaje de asistencia por parte de los centros que brindan servicios de Salud Mental. Las dos terapias combinadas, tienen una tasa de efectividad más alta que individualizadas “los pacientes que reciben esta combinación de terapias presentan mejorías que tienen quizá más probabilidad de mantenerse después de terminado el tratamiento que las producidas por el fármaco únicamente tras la retirada de éste” (Stahl, 2000; 273). En algunos casos los mismos pacientes manifiestan la necesidad de asistir a terapia psicológica *“me gustaría recibir terapia para mejorar porque siento que recaigo y lo que me dicen es que no pongo de mi parte”* E4. En otros casos consideran alto el costo de la terapia psicológica *“el servicio que dan los psicólogos es muy caro”* E20. Como recordará el lector, algunos de los datos de las entrevistas fueron proporcionados por parientes de los usuarios, entre ellos, se encontró el caso de una familiar que es atendida con terapia psicológica *“he tenido acceso a ese servicio y considero que me ha ayudado con el desgaste emocional que me causa la enfermedad de mi hermana”* E96. *“mi hijo vino por agresividad, yo no sabía qué hacer, y el psicólogo me apoyó”* E98. El 37% no ha recibido terapias psicológicas, lo que significa que son pacientes que están siendo intervenidos únicamente con medicamentos psicoactivos, indicativo de la aplicación del modelo clínico con énfasis en la psicofarmacología. Cuando la condición del paciente lo amerita sería conveniente considerar la psicoterapia porque brinda la oportunidad de desahogo al usuario.

Tabla 23

**ADMINISTRACIÓN DE SUSTANCIAS PSICOTRÓPICAS EN USUARIOS DE
LOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL**

Administración	Frecuencia	Porcentaje
Por sí misma	152	81
Por un familiar	26	14
Otra persona	9	5
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

El 81% de los usuarios asume la responsabilidad del uso de los medicamentos psicotrópicos y se los administran ellos mismos. En el 14% de los casos es administrado por un familiar y en el 5% de los casos por otro personal en situaciones de internamiento.

Tabla 24

**CONSUMO DE DROGRAS EN USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL**

Sustancia	Frecuencia	Porcentaje
Alcohol	37	20
Cigarros	27	14
Otras	8	4
ninguna	134	72

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

De acuerdo a los datos de esta tabla, el 20% de los usuarios reporta que ingiere alcohol, el 14% acepta que consume cigarros. Es importante aclarar que este 20% y 14% no son excluyentes el uno del otro, porque en la mayoría de los casos el consumo de estas dos sustancias es simultáneo, por esa razón no se incluye una columna que totalice la cantidad y el porcentaje. Entre las “otras sustancias” que aparece en el renglón tres están incluidas: la cocaína, marihuana, inhalación de pegamento y el uso de pastillas. Con 72% aparecen los usuarios que no reportan el uso de drogas, sin embargo, cabe la reflexión que en Guatemala, todavía se maneja con reticencia la aceptación del consumo de drogas, debido a las normas sociales impuestas y el valor subjetivo que conlleva tal reconocimiento.

Tabla 25

**PRÁCTICA DE DEPORTES EN USUARIOS DE LOS SERVICIOS EN SALUD
MENTAL**

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	59	32
No	128	68
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

La tabla 25 muestra que dos terceras partes de los usuarios, es decir el 68%, no realiza ninguna actividad deportiva, atribuyéndose que las enfermedades mentales pueden producir sedentarismo en los afectados, aunado con varios factores sociales como lo son la falta de áreas deportivas e inseguridad. El 32% de los usuarios que sí tienen actividades deportivas como parte de su rutina adquieren una ganancia terapéutica que contribuye favorablemente a su recuperación, tal es el caso del usuario que reporta: *“reconozco el beneficio psicológico que aporta el deporte”* E27.

Tabla 26

UTILIZACIÓN DE TIEMPO DE OCIO EN USUARIOS DE LOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL

Actividad	Frecuencia	Porcentaje
Cosiendo manualidades	7	4
Durmiendo	35	19
Escuchando música	10	5
Leyendo	49	26
Nada	9	4
Oficios domésticos	12	6
Paseando	27	14
Viendo Televisión	82	44

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

Los porcentajes en cada renglón de la Tabla 26 son el resultado de los 187 usuarios, mismos que no se totalizan por columna debido a que en muchas de las entrevistas el usuario señaló que realiza varias de las opciones en forma simultánea.

Como el lector puede observar, el porcentaje de 41% lo ocupa ver televisión, hecho que manifiesta la falta de interés del usuario en actividades físicas (Tabla 25). Ver televisión, aparte de ser un entretenimiento accesible y un medio informativo constituye una forma de aislamiento y escape de la realidad. El 26% gusta de la lectura, aunque no se especificó el género que lee. El 19% ocupa su tiempo libre en dormir, que puede estar asociado con los efectos secundarios de

medicamentos y la falta de automotivación para realizar otras actividades. El 14% realiza alguna actividad fuera del hogar (actividad que fue nombrada por el usuario como “paseando”). Algunas mujeres entrevistadas refirieron como “actividades de ocio” aquellas que se realizan diariamente dentro del entorno hogareño, tal es el caso del 6% que lo reporta como oficios domésticos. Esto es significativo porque la desvalorización de ella misma no le permite visualizar la inversión de tiempo en actividades que le beneficien de forma directa y que contribuyan a la construcción de una autoestima sana.

Tabla 27
PADECIMIENTO DE ALGÚN EVENTO SIGNIFICATIVO
EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EN USUARIOS DE LOS SERVICIOS
EN SALUD MENTAL

Respuesta	Frecuencia	Porcentaje
Si	45	24
No	147	76
Total	187	100

Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009

El 76% de los usuarios no reporta ningún evento significativo en los últimos años. El 24% de ellos sí reporta eventos significativos, con carácter traumático. Esta pregunta fue cambiada por las investigadoras pues originalmente hacía referencia a algún accidente. El entrevistado al responder manifestó que no había tenido accidentes pero sí otros eventos como viudez, divorcio, abandono, etc.

Los acontecimientos que afectan afectivamente a las personas pueden repercutir en un desequilibrio emocional que pueda desencadenarles algún estado de ansiedad que les induzca a buscar ayuda, “Existen procesos mentales inconcientes, que tienen la capacidad de afectar la conducta, y producir en el individuo pensamientos y acciones” (González Núñez, 2002; 17).

Tabla 28

**EVENTOS SIGNIFICATIVOS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EN USUARIOS DE LOS
SERVICIOS EN SALUD MENTAL**

Evento	Frecuencia	Porcentaje
Abandono familiar	7	4
Aborto	1	0.5
Accidente automovilístico	6	3
Accidente en casa	2	1
Atropello	2	1
Conflictos con la pareja	3	2
Deudas	2	1
Duelo	8	4
Enfermedad crónica	2	1
Infarto	1	0.5
Intento de suicidio	1	0.5
No reportó ninguno	147	76
Peleas con vecinos	2	1
Sobredosis de drogas	1	0.5
Víctima de violencia	7	4
Total	187	100

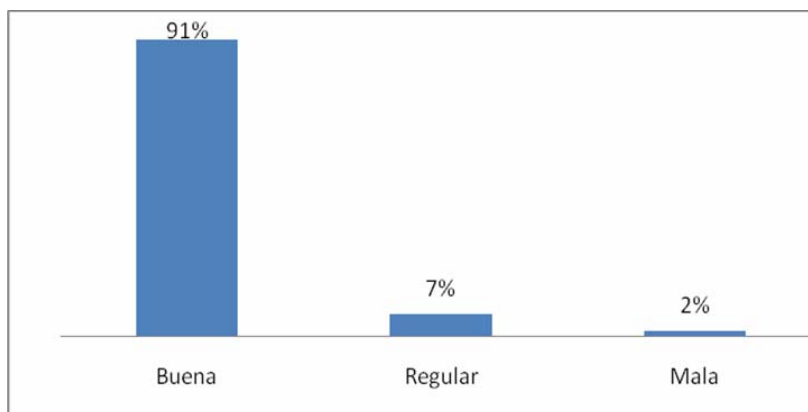
Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

Como ya se indicó en la Tabla 27 el 76% de los entrevistados no reporta algún evento significativo. Entre los eventos que relataron se encuentra con un porcentaje de 4% el ser víctimas de violencia, no se especifica la clase de violencia. El duelo aparece también con 4% y el abandono familiar con un 4%. Los tres aspectos se refieren a eventos traumáticos sociales que les ha tocado vivir y que dejan secuelas en la psique del individuo *“enviudé hace poco y busqué ayuda, primero con un psiquiatra y después con un psicólogo, porque esto ha afectado toda mi vida”* E43. *“Mi papá se fue a Estado Unidos cuando yo tenía 13 años y eso fue según mi mamá lo que me volvió más agresivo”* E74. *“Me estoy divorciando y la muy ingrata no sólo se llevó mi dinero sino también mi salud”* E57. *“Descubrí que mi esposo anda con otra y eso me afectó los nervios”* E145.

PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DE LA CALIDAD DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

Gráfica 1

PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS EN SALUD MENTAL EN LOS USUARIOS



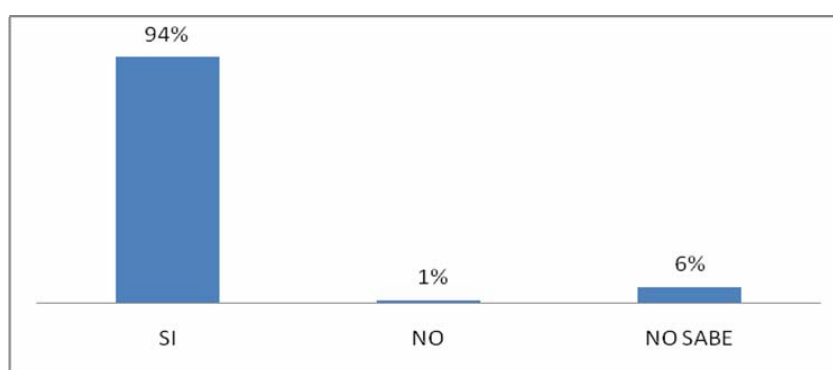
Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

La gráfica 1 muestra que el 91% de los usuarios considera buena la atención que recibe en el centro de salud mental en el cual es atendido, el 7% considera que la atención es regular y sólo el 2% la considera mala.

Dentro de las razones por las cuales el usuario considera que la atención es buena están: la accesibilidad del servicio tal como la relata una paciente *“no se le puede pedir más al hospital...en 20 años de venir siempre me han dado buen trato, incluso ahora es más ágil el servicio”* E123. *“...Le parece que el servicio es bueno, hasta lo siente más privado que el San Juan de Dios...”* E105. *“Este Hospital es una bendición, y todos deseáramos que se mejorara el lugar, para no ver a los pacientes que andan caminando, lo único que deberían mejorar es la jardinería para no sentirse triste cuando uno entra...”* E163. La gratuidad del medicamento *“que den la medicina gratis es muy conveniente”* E130. La constancia en la atención, la confianza en los profesionales. Este último aspecto es confirmado en la Gráfica 3, en donde la confianza del profesional es valorada con un 82%. Sin embargo, algunos usuarios comentan sobre las razones de la mala atención: *“el tiempo de espera, tener que esperar a veces hasta tres horas”* E96. *“hace falta más atención, no mandan otro tipo de exámenes y sólo dan medicina, no se investiga todo”* E109, E7.

Entre los que consideran mala la atención opinaron: *“el servicio es muy lento, lamentablemente no hay otra opción”* E145, E7. Como se puede observar el usuario considera que la calidad de los servicios recibidos es buena, aunque debe hacerse notar que las poblaciones que asisten a las instituciones de donde se tomó la muestra carecen de otra opción.

Gráfica 2
PERCEPCIÓN DE LA SALUD MENTAL COMO UN DERECHO POR USUARIOS DE LOS SERVICIOS



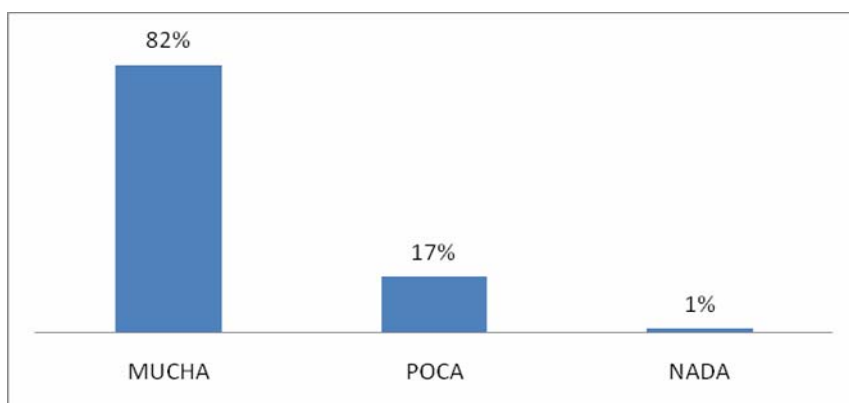
Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

Esta gráfica muestra que el 94% sí considera la Salud Mental como un derecho. El 1% no lo considera como tal y el 6% no lo sabe. En el momento de la entrevista fue necesario con algunos de los entrevistados hacer aclaraciones y comparaciones con respecto a lo que es un derecho de atención, porque entendiendo que la enfermedad mental se refiere a un proceso interno, que no es evidente, como por ejemplo una fractura, algunos no lograban definirlo como derecho, a pesar de que en el Hospital de Salud Mental estaba expuesto a la vista pública, un cartel en donde define el derecho a ser atendido por treinta minutos. Debe entenderse que el derecho a la atención en Salud Mental, no se refiere exclusivamente al momento de la atención en la clínica, sino que, incluye la información que sobre su diagnóstico elabore el profesional, así como, la pertinente sobre la dosificación de los medicamentos y los efectos secundarios de los mismos. Otro aspecto es la carencia de divulgación de la ubicación de los centros de atención en Salud Mental *“...Cuando me dijeron que viniera al Hospital no encontramos quien nos orientara para saber dónde queda, no existe información sobre el Hospital...”* E155. El Observatorio de Salud Mental

permitiría exponer las deficiencias que tan sólo en materia de información a la ciudadanía se han podido observar en la muestra de este proyecto en donde uno de los usuarios opinó: *“ojalá esta entrevista se utilice para mejorar la atención”* E7. *“...es bastante importante que se tome en cuenta informarse sobre Salud Mental”*. E17. Considerando que al haber publicidad, podrían buscar la ayuda necesaria y promover acciones económicas que aumenten el presupuesto en los servicios de Salud Mental, porque si existiera un incremento en la demanda del servicio, con las condiciones actuales, el mismo podría colapsar. *“...Deben crear más servicios y hacerlo por zonas para facilitar el acceso, deben priorizar la Salud Mental...”* E145

Gráfica 3

CONFIANZA QUE LE INSPIRAN LOS PROFESIONALES EN SALUD MENTAL A LOS USUARIOS



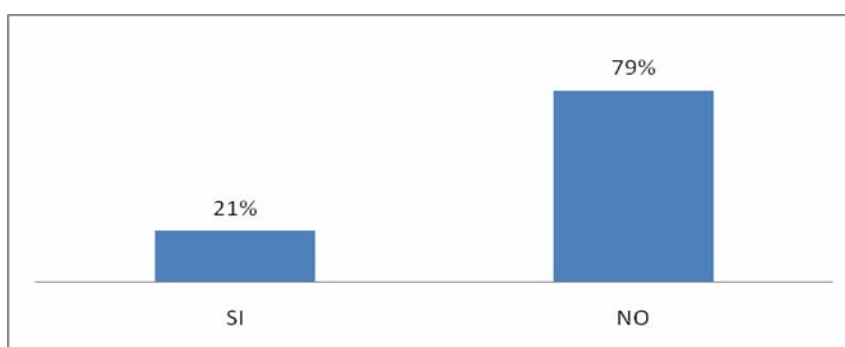
Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

El 82% de los usuarios del Servicio de Salud Mental, tiene mucha confianza en los profesionales que los atienden, *“...Los doctores son flexibles al cambio de hora de la cita si uno llega antes lo atienden...”* E95, *“el médico que me atiende es un amor de gente, estoy satisfecha”* E38; el 17% expresó que tienen poca confianza en ellos y sólo el 1% de la muestra expresó que no tienen confianza en los profesionales. Cabe aclarar que dentro de las opiniones se incluían la percepción de profesionales en el área psiquiátrica y psicológica. El lector puede notar que en la Gráfica 1, en donde se describe como buena la atención, con un 91% el usuario interpreta todos los aspectos que van involucrados en dicha

atención, es decir, la consulta, el medicamento, etc.; mientras que en esta gráfica la evaluación es directa al profesional, lo cual hizo descender la evaluación hasta un 82%. “...En una ocasión un médico no la quiso atender porque le dijo que no tenía nada, sin examinarla antes...” E133. “...mal, sólo dan medicina y a veces tratan mal, despectivamente, usan medicina barata, los médicos culpan al sistema...” E67 “...El tiempo de espera es mucho, en una ocasión vino a la emergencia a las 7:00 de la mañana y el neurólogo la atendió hasta las 12:30 p.m...” E139 “...Se centran en criticar el tratamiento previo, no se interesan por escuchar al paciente...” E89 “...En una ocasión el psiquiatra me gritó, y como vengo de mal trato me dio miedo y ya no quise volver a pasar con él...” E156. Al momento de formular esta pregunta algunos de los usuarios mostraron su temor en que sus respuestas fueran conocidas por los profesionales y que ello les causara algún tipo de inconveniente, con lo cual el equipo investigador consideró que las respuestas podrían estar sesgadas ante esta manifestación de temor, sin embargo, se consignan los datos tal y como se obtuvieron.

Gráfica 4

PERCEPCIÓN DE USUARIOS SOBRE DISCRIMINACIÓN POR PARTE DE PERSONAS QUE PRESTAN SERVICIOS DE SALUD MENTAL



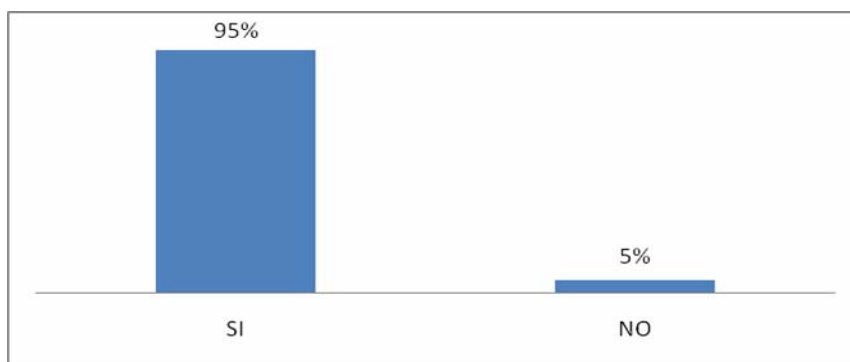
Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

El 79% de los entrevistados asegura que no se han sentido discriminados por las personas que prestan los servicios de Salud Mental, el 21% afirmó que sí. Al consultarles sobre cómo ha sido esta discriminación refirieron diferentes circunstancias. “...En una ocasión la doctora no la trató bien, esto le causó angustia pues se sintió amenazada...” E89. Algunos por el trato de las

enfermeras(os) cuando han sido casos de internos. *“...Cuando estuve interna en el Hospital, el personal de limpieza me trató mal...”* E106 *“deberían de ser más pacientes y saber tratar a las personas, por la cantidad que solicitan el servicio”* E27. Otros en los cuales los profesionales se han negado a atenderlos, por diferentes razones, pero el mismo paciente reconoce que han llegado con demasiada necesidad de atención. También se registra la opinión de familiares de los pacientes *“tuve una experiencia desagradable por discriminación cuando traje a mi esposo para que lo atendieran...”* E60 *“...En una ocasión un médico no la quiso atender porque le dijo que no tenía nada, sin examinarla antes...”* E133. *“cuando decidí venir al hospital, me llamó un compañero de trabajo y me dijo: que podía afectarme porque iba a aparecer en mi expediente”* E53. *“si se ha sentido discriminada, porque no todos entienden que la depresión es también una enfermedad mental”* E10. *“me he dado cuenta que los de encamamiento reciben malos tratos”* E32. El sistema de Salud Mental en Guatemala tiende a ser discriminatorio, en sí mismo, porque la atención está centralizada en la ciudad de Guatemala, lo que provoca que los pacientes del interior se vean en la necesidad de incurrir gastos para su traslado desde sus comunidades de origen afectando aún más su economía familiar *“no apoyan a los pacientes del interior, cuando uno viene no le dan para viáticos, lo que implica que tienen que gastar de su propio dinero”* E2.

Gráfica 5

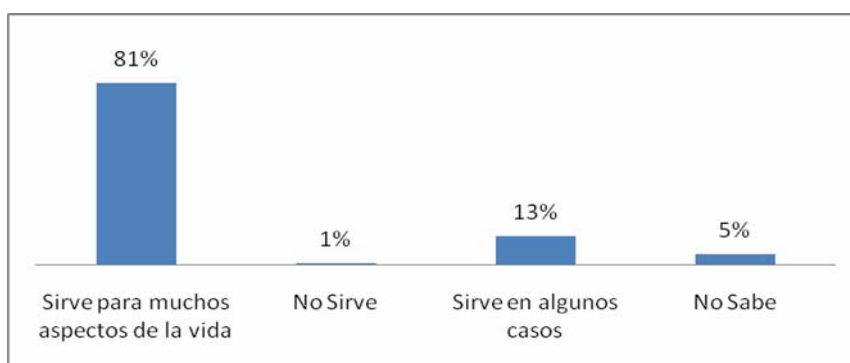
RECOMENDACIÓN DEL USO DE SERVICIOS EN SALUD MENTAL POR PARTE DE USUARIOS



Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el periodo de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

En la Gráfica 5 se aprecia que el 95% de los entrevistados volvería a utilizar los servicios de Salud Mental; es decir que la necesidad/beneficio obtenido supera cualquier otro argumento en cuanto a tiempo o distancia que el usuario haya tenido que enfrentar para obtener el servicio. *“...El servicio es muy lento pero hay que aguantarse porque no hay otra opción...”* E145. *“Sí, lo volvería a usar, aunque las citas son cada tres meses y eso hace que no vea consistencia en su mejoría, y lo usa por el alto costo de las medicinas”* E2. Únicamente el 5% dice que no utilizaría los servicios ni los recomendaría. *“Los doctores sólo cumplen por cumplir, pero no hay otra alternativa si uno quiere medicina”* E67.

Gráfica 6
PERCEPCIÓN DE LA PSICOLOGÍA EN USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL



Fuente: 187 usuarios del servicio de Salud Mental en 4 Instituciones, en el período de noviembre de 2008 a febrero de 2009.

En la Gráfica 6 se consigna la opinión que los usuarios tienen con respecto a la Psicología; para el 81% de ellos la Psicología sirve para muchos aspectos de la vida. *“...Entiendo la diferencia entre Psicología que se apoya en terapia y Psiquiatría que se apoya en medicamentos...”* E105 *“la orientación psicológica es fundamental sobre todo en las relaciones familiares y sociales”* E2. Para el 1% no sirve, para el 13% sirve en algunos casos y el 5% no sabe para qué sirve, es decir, no conocen la aplicación que en la vida tiene la Psicología *“sirve para comprender los problemas de Salud Mental, sobre todo en ambientes diferentes”* E17. Se pudo observar en el Centro de Atención Integral de Salud Mental que todos los días realiza una actividad informativa en donde da a conocer temas relacionados con la Salud Mental a los afiliados asistentes.

3.3 Interpretación final

El presente trabajo de investigación permitió un acercamiento con los usuarios lo que ha dejado una experiencia enriquecedora para quienes formaron parte de este proyecto, no sólo por el hecho de lograr el objetivo de validar los instrumentos creados, sino por la vivencia, lo significativo de acercarse al conocimiento de las necesidades de tantos guatemaltecos que tienen que vencer retos y obstáculos para hacer uso de su derecho a la asistencia en Salud Mental.

Uno de los primeros obstáculos para el usuario es encontrarse con un diagnóstico inadecuado de médicos generales, que en su buena intención dilatan el tratamiento acertado, especialmente en el interior de la república.

Una dificultad más es darse cuenta que el único lugar de asistencia pública se ubica en la ciudad capital, lugar hacia donde tienen que viajar desde sus comunidades de origen, y donde al lograr su primera cita, reciben medicina y volverán tres meses después para continuar su evaluación. Como se puede observar en la tabla 6, el 60% procede del interior, mientras que el 40% de la ciudad capital.

Los usuarios entrevistados mostraron su aceptación ante un sistema de atención establecido y donde el conformismo es necesario, en virtud, del beneficio que obtienen. En dos de las instituciones visitadas, el paciente recibe en forma gratuita los medicamentos, cualquier espera puede realizarse cuando se contrasta la economía con el elevado costo de los medicamentos psicotrópicos que se venden en las farmacias privadas.

Se distinguieron dos poblaciones con marcadas diferencias, una de ellas en el centro sostenido por el seguro social que sólo brinda atención a personas que estén laborando para algún patrono afiliado; resultando entonces, la atención pagada por el usuario y el patrono, a bajo costo y con el beneficio de recibir los medicamentos en cantidades y frecuencia adecuadas a su enfermedad.

La segunda población es la que tiene trabajo sin seguro social o carece del mismo y se ve obligada a buscar el beneficio por parte de la asistencia pública, la cual es proporcionada únicamente en la ciudad de Guatemala. El usuario no tiene que pagar por sus consultas y también recibe la medicina en forma gratuita.

Muchos de los relatos escuchados por las investigadoras hacían referencia a la mejoría que el usuario había experimentado al estar bajo el tratamiento asignado y con frecuencia mencionaron, que desearían un poco más de tiempo durante su consulta para tener la oportunidad de expresar más sobre su condición actual, hecho que subraya la importancia de la relación humana.

Tomando las opiniones globales de los entrevistados puede inferirse que la atención que reciben del lugar a donde asisten es buena, en su mayoría no tienen quejas, tienen confianza en los profesionales que los atienden, no han sido discriminados y volverían a utilizar los servicios, al mismo tiempo que los recomendarían a otras personas. Sin embargo, al hacer la observación de las consultas externas y estando en la condición de investigadoras sociales puede afirmarse que la asistencia a los usuarios puede ser mejorada, no sólo en las clínicas de atención actuales, sino que con esfuerzos titánicos puede el gobierno llevar el servicio de Salud Mental a las comunidades del interior de la república, donde cumpliría funciones preventivas y remediales con fácil acceso a la población.

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1 Conclusiones

1. La presente investigación produjo un perfil del estado de la Salud Mental en Guatemala en aspectos como inversión económica de diversos sectores involucrados, entidades que proponen la formación profesional y el servicio que como oferentes, tanto Psicólogos como Psiquiatras, brindan a los usuarios a través de instituciones públicas y privadas.
2. La metodología utilizada cumplió los objetivos de diseño y validación de instrumentos elaborados para esta investigación, estableciendo que si es factible el monitoreo de información sobre Salud Mental en Guatemala.
3. La gratuidad del servicio de Salud Mental causó una evaluación favorable de los servicios, sin embargo, no existen parámetros de comparación en el fundamento de dicha percepción, debido a la escases de recursos económicos del usuario que le impide el pago de servicios privados.
4. Hay ausencia de capacidad por parte de las entidades que prestan los servicios de Salud Mental para llegar a las comunidades del interior de la república, razón por la cual, para hacer uso de su derecho de atención, el usuario debe trasladarse a la ciudad capital de Guatemala, en donde está centralizada la asistencia.
5. La Psicología como ciencia social es considerada por los entrevistados como un elemento que les ayuda para expresar sus necesidades emocionales y sus conflictos en muchos aspectos de la vida, evidencia de la necesidad de acompañamiento psicológico que podría ser incluido dentro del tiempo de atención. Esto indica un cambio de paradigma, ya que el usuario no la relaciona solamente con enfermedad y Salud Mental sino como un componente importante en el desarrollo de la vida comunitaria.

4.2 Recomendaciones

1. Al Gobierno de Guatemala a través del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:
Establecer el Observatorio de Salud Mental que impulse acciones de monitoreo y fiscalización del marco político y legal de la Salud Mental vigente en Guatemala, con el objetivo de lograr la equidad en el acceso a servicios de Salud Mental para la población guatemalteca en general.

2. Ubicar los servicios de Salud Mental en las comunidades del interior de la república, con lo cual crecería la demanda de profesionales a nivel departamental y se descentralizarían los servicios en el área metropolitana.

3. Al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Organizaciones No Gubernamentales dedicadas a la Salud Mental:
Establecer un Plan Integral Preventivo, en donde se involucre a los profesionales en Psicología en la organización de actividades de promoción y prevención de Salud Mental en las comunidades.

4. A la Escuela de Ciencias Psicológicas a través del Centro de Investigaciones de Psicología:
Promover la formación de grupos de investigadores dedicados a investigar y observar problemáticas sociales que permitan correlacionar la Psicología y el beneficio para el usuario en diferentes ámbitos.

5. Publicar los hallazgos de dichas investigaciones con el objetivo de motivar estudios temáticos y comparativos.

Bibliografía

1. Asociación ADECOMAYA ACHII. (1998). LOS DESPLAZADOS INTERNOS EN LA CIUDAD, SUS VIVENCIAS, DIFICULTADES LAZOS DE SOLIDARIDAD Y REDES SOCIALES. Fondo Ignacio Martín Baró, Guatemala. 28 págs.
2. Comisión Internacional de Derechos Humanos CIIDH. INFORME VIOLENCIA EN GUATEMALA. Guatemala. 11 págs.
3. Código de Salud y su reforma. DECRETO 90 – 97. Guatemala, 2007.
4. Diccionario Enciclopédico Universal Tomo I, Editorial Océano. España, 2008.
5. Diplomado de Salud Mental en Guatemala. (2006). CONTEXTO HISTÓRICO POLÍTICO DE GUATEMALA Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL, MÓDULO 2. Magna Terra Editores, Guatemala. 106 págs.
6. Diplomado de Salud Mental en Guatemala. (2006). DERECHOS HUMANOS Y SALUD MENTAL EN UN CONTEXTO DE VIOLENCIA SOCIOPOLÍTICA, MÓDULO 4. Magna Terra Editores, Guatemala. 108 págs.
7. Equipo de estudios Comunitarios y Acción Psicosocial de Guatemala – Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo ECAP - PNUD. (1998). EXPERIENCIAS Y PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN EN SALUD MENTAL COMUNITARIA. Guatemala. 116 págs.
8. García Manolo. (2006).GUATEMALA: OPINIONES ANALÍTICAS SOBRE LA COYUNTURA 2006. SERJUS, Guatemala. 8 págs.
9. Gonzáles Núñez. 2002. TEORÍA Y TÉCNICA DE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA. Editorial Plaza y Valdés, México. 422
10. Instrumentos de Evaluación para Sistemas de Salud Mental - Organización Mundial de la Salud IESM – OMS. (2006). INFORME SOBRE EL SISTEMA DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA. Guatemala. 18 págs.
11. Lellis, Martín de. (2006). PSICOLOGÍA Y POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD. Paidós, Buenos Aires. 319 págs.
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2006). PROTOCOLO DE ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS AFECTADAS POR VIOLENCIA BASADA EN GÉNERO. Guatemala. 35 págs.
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (2007). PROGRAMA DE SALUD MENTAL POLÍTICA DE SALUD MENTAL 2007 – 2015. Magna Terra Editores S.A, Guatemala. 72 págs.

14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. (1999). Programa Nacional de Salud Mental. Protocolo de Atención a los Problemas más Frecuentes de Salud Mental. 57 págs.
15. Monedero, C. (1978). PSICOPATOLOGÍA GENERAL. Editorial Biblioteca Nueva, Madrid. 908 págs.
16. Morales Calatayud, F. (1999). INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA DE LA SALUD. Editorial Paidós, Argentina. 250 págs.
17. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. (2006). EVALUACIÓN DE DAÑOS Y ANÁLISIS DE NECESIDADES DE SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRE. Magna Terra Editores, Guatemala. 72 págs.
18. Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. (2002). PROTECCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN SITUACIONES DE DESASTRE Y EMERGENCIAS. OFDA/USAID. Washington. 98 págs.
19. Organización Panamericana de la Salud. (2007). PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL PARA EL FOMENTO DE LA SALUD MENTAL EN GUATEMALA 2007-2020. Guatemala. 20 págs.
20. Organización Panamericana de la Salud. (1992). TEMAS DE SALUD MENTAL EN LA COMUNIDAD. E.U.A. 344 págs.
21. Pagano, Robert R. (2000). ESTADÍSTICA PARA LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO. Editorial Thomson Editores. México. 548 págs.
22. Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica. (1972). LA TERAPIA OCUPACIONAL Y LA LABORTERAPIA EN LAS ENFERMEDADES MENTALES. Madrid. 369 págs.
23. Procurador de los Derechos Humanos. PDH (2006). INFORMACIÓN ADICIONAL A LAS OBSERVACIONES DEL PROCURADOR DE LOS DERECHOS HUMANOS SOBRE LA APLICACIÓN DE CONVENCION CONTRA LA TORTURA EN GUATEMALA. Guatemala. 8 págs.
24. Procurador de los Derechos Humanos PDH (enero, 2009). INFORME ANUAL CIRCUNSTANCIADO: RESUMEN EJECUTIVO DEL INFORME ANUAL CIRCUNSTANCIADO AL CONGRESO DE LA REPUBLICA DE LAS ACTIVIDADES Y DE LA SITUACION DE LOS DERECHOS HUMANOS EN GUATEMALA DURANTE EL AÑO 2008. 128 págs.
25. Pronice. (1996). EXPERIENCIAS DE TRABAJO EN SALUD MENTAL, # 12. Guatemala. 52 págs.

26. Pronice. (1998). VIOLENCIA ORGANIZADA E INTERVENCIÓN PSICOSOCIAL. Magna Terra, Guatemala. 152 págs.
27. Rivera – Ledesma, A. (2005). SALUD MENTAL. ISNN, México. 127 págs.
28. Quiroga, A. (2001). ENFOQUES Y PERSPECTIVAS EN PSICOLOGÍA SOCIAL. Ediciones Cinco, Buenos Aires, Argentina. 278 págs.
29. Robledo, C. (2003). TÉCNICAS Y PROCESO DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA. Editorial Litografía Mercagraf. Guatemala. 98 págs.
30. Serrano-García, Irma. (1998). LA PSICOLOGÍA SOCIAL-COMUNITARIA Y LA SALUD. Publicaciones Puertorriqueñas, Inc. Puerto Rico. 247 págs.
31. Stahl, S. (2000). PSICOFARMACOLOGÍA ESENCIAL. Editorial Ariel, S.A., Barcelona. 429 págs.

ANEXOS

**OPERATIVIZACION
 OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA
 PROYECTO PILOTO EN LA CIUDAD DE GUATEMALA**

Para el diseño de los instrumentos se operativiza sobre los siguientes aspectos:

I) Percepción de la salud mental, II) Oferentes de la salud mental, III) Formación profesional en salud mental, IV) Inversión en salud mental. Resultados, avances, obstáculos y retos.

ASPECTOS	VARIABLES O ATRIBUTOS	INDICADORES	FUENTES INFORMANTES	TECNICAS
I) Percepciones de la salud mental: se refiere a las comprensiones de usuarios de la salud mental.	I.1.) Percepción de Calidad de los usuarios de salud mental	a) Porcentaje de los usuarios que aprueban la calidad de los servicios b) Porcentaje de los usuarios que reprueban a calidad de los servicios c) Porcentaje de usuarios que consideran el servicio como un derecho.	Usuarios	Encuesta
Se refiere a la percepción de calidad de los servicios prestados por profesionales de la salud mental en Guatemala.	I.2) Percepción de calidad de los servicios prestados por profesionales de la salud mental.	a) Porcentaje de usuarios que tienen confianza en los profesionales b) Percepciones sobre discriminación. c) Recomendación del servicio. d) Opinión sobre la psicología	Usuarios	Encuesta
Caracterización de los usuarios de la salud mental	I.3) Características socioeconómicas	a) Edad b) Sexo c) Religión d) Etnia	Usuarios	Encuesta

		<ul style="list-style-type: none"> e) Procedencia f) Residencia actual g) Estado civil h) Estrato socio-económico i) Escolaridad j) No. De hijos k) Vivienda l) Material de vivienda m) Transporte que utiliza n) No. De personas dependientes ñ) Ocupación 		
	I.4) Características De salud	<ul style="list-style-type: none"> a) Enfermedades padecidas. b) Enfermedades mentales c) Enfermedades mentales padecidas por familiares d) Terapia Psicológica e) Uso de Psicotrópicos f) Uso de drogas 	Usuarios	Encuesta
	I.5) Atención requerida	<ul style="list-style-type: none"> a) Servicio requerido b) Posibilidad de pago 	Usuarios	Encuesta
	I.6) Dificultades experimentadas en la prestación del servicio	<ul style="list-style-type: none"> a) Quejas sobre el servicio b) Costos c) Disponibilidad 	Usuarios	Encuesta

II. Oferentes de salud mental.	II.1 Perfil de los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> a) Edad b) Sexo c) Religión d) Etnia e) Lugar de nacimiento (Procedencia) f) Lugar de Residencia actual (Municipio) g) Estado Civil h) Ingresos i) Otras fuentes de ingresos j) Ultimo grado cursado k) Actividades extras (adhonorem) 	Profesionales de la Salud Mental	Entrevista dirigida
	II.2 Atención brindada	<ul style="list-style-type: none"> a) Especialidad b) Costo del servicio c) Número de casos atendidos d) Tipo de casos atendidos: por especialidad e) Ubicación de servicio f) Población atendida según género g) Vínculos profesionales en el servicio: referencias y apoyos interdisciplinarios 	Profesionales de la Salud Mental	Entrevista dirigida
	II.3 Dificultades en el servicio prestado	<ul style="list-style-type: none"> a) Problemas que enfrentan en la prestación del servicio 	Profesionales de la Salud Mental	Entrevista dirigida

III. Formación Profesional en Salud Mental: Universidades	III.1 Cobertura	a) Población Inscrita: según sexo, etnia, profesión a nivel medio, procedencia, residencia, estrato socioeconómico, otros. b) Tasa de Graduación c) Promedio duración de la carrera hasta graduarse. d) Ubicación de los Centros de Formación e) Tasas de Deserción Repitencia, otros	Unidades de Registros de Universidades.	Observación Documental: Ficha de Vaciado, cuadros matrices.
	III.2 Formación	a) Especialidades ofrecidas b) Tasa de inscripción por especialidad	Estimación de Investigadores. Idem	Mapeo de Instituciones
	III.3 Costo de la Educación.	a) Valor de la Matricula. b) Costo de Mensualidad c) Costo de Recursos Específicos d) Costo de Graduación e) Programas de Becas f) Créditos Estudiantiles	Dirección de las Universidades	Ficha de Vaciado de

	<p>III.4 Servicio Social y Formativo de la Práctica Estudiantil.</p>	<p>g) Inversión de Estudiantes (Gastos Varios) h) Gastos administrativos (Certificaciones, cursos aprobados y retrasadas, etc.)</p> <p>a) Cantidad de estudiantes que realizan la practica en Salud Mental. b) Tipo de Servicio: Social, Clínico, etc. c) Localización de los centros de práctica. d) Características de la Población Atendida. e) Temporalidad de los Servicios. f) Mecanismos de Seguimiento de Casos. g) Tipo de Casos atendidos.(Leves, Graves o crónicos). h) Número de casos por tipo y total i) Persona que invierte en el servicio: estudiante, cliente, otros. j) Técnicas o Enfoques Utilizados en la Atención</p>	<p>Estimación de los Investigadores</p> <p>Universidades Estimación de los Investigadores</p>	<p>Entrevista dirigida</p> <p>Encuesta</p>
--	---	--	--	--

IV. Inversión en Salud Mental: (Por entidades publicas, privadas o internacionales)	IV.1 Inversión privada	<ul style="list-style-type: none"> a) Monto asignado b) Monto ejecutado c) Prioridades de inversión 	Director del área de Psicología	Fichas de vaciado
	IV.2 Inversión Publica	<ul style="list-style-type: none"> a) Monto asignado b) Monto ejecutado c) Prioridades de inversión d) Criterios de asignación e) Criterios de transferencia f) Unidad ejecutora g) Fiscalización 	Departamento de Finanzas de la USAC, Contraloría General de Cuentas y Ministerio de Salud	Fichas de vaciado
	IV. 3 Inversión Internacional	<ul style="list-style-type: none"> a) Monto asignado b) Monto ejecutado c) Prioridades de inversión d) Criterios de asignación e) Criterios de transferencia f) Unidad ejecutora g) Fiscalización 	Departamento de Finanzas de las Entidades Ejecutoras	Fichas de vaciado
	IV.4 Relación Costo Beneficio	<ul style="list-style-type: none"> a) Por sector b) Global c) Por entidad 	Estimación de las Investigadoras	Fórmula
	IV.5 Comparación Presupuestaria	<ul style="list-style-type: none"> a) Porcentaje de asignación presupuestaria por entidad b) Porcentaje de asignación presupuestaria por sector 	Estimación de las Investigadoras	Cálculo de porcentaje

Resultados, avances, obstáculos y retos de los profesionales	IV. 6 Resultados	c) Porcentaje de asignación presupuestaria global	Profesionales	Entrevista
	IV.7 Obstáculos	a) Casos atendidos por día b) Promedio de permanencia c) Intervención común en casos	Profesionales	Entrevista
	IV.8 Retos	d) Tiempo de atención hacia el paciente	Profesionales	Entrevista
	IV.9 Avances	e) Situaciones especiales que afectan el servicio	Profesionales	Entrevista
		f) Sistema de actualización y frecuencia. g) Avances observados en la prestación del servicio h) Cambios específicos observados en la presentación del servicio i) Cambios observados en el trabajo de salud mental en el país: legislatura, apertura institucional, inversión, otros.		

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
CENTRO UNIVERSITARIO METROPOLITANO
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS
CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGIA
"MAYRA GUTIÉRREZ"

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOSOTROS, EDNA ARÉVALO Y MARÍA RODRÍGUEZ, ESTUDIANTES CON PENSUM CERRADO DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS DE LA USAC, SOLICITAMOS SU COLABORACIÓN EN LA APLICACIÓN DE LA PRESENTE ENCUESTA, LA CUAL SERVIRA PARA LA REALIZACIÓN DE UN ESTUDIO SOBRE LA PERCEPCION DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL, PARTE DE UNA INVESTIGACION TITULADA OBSERVATORIO DE SALUD MENTAL EN GUATEMALA –Proyecto Piloto en la Ciudad de Guatemala-.

SUS OPINIONES SERAN REGISTRADAS EN LAS HOJAS ADJUNTAS. LA INVESTIGADORA LEERA LAS MISMAS Y ANOTARÁ LO QUE USTED INDIQUE. LOS DATOS SE MANEJARÁN CON ESTRUCTA CONFIDENCIALIDAD.

LA PARTICIPACION EN ESTA ENCUESTA ES DE CARÁCTER VOLUNTARIO, POR LO QUE PREVIO A LA APLICACIÓN, ES NECESARIA SU AUTORIZACION FIRMANDO EL PRESENTE CONSENTIMIENTO.

Nombre

Firma

GUATEMALA, _____ de _____ de 200__

I. PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE SALUD MENTAL

**TIPO DE INSTRUMENTO
CUESTIONARIO POR
ENTREVISTA PERSONAL**

**FUENTE: USUARIOS DE
SERVICIOS EN SALUD MENTAL**

La siguiente entrevista tiene como objeto recabar información acerca de su experiencia como usuario en Servicios de Salud Mental, se agradece su colaboración a la misma. (Estas instrucciones se dan en forma verbal por tratarse de una entrevista dirigida)

I.1.a/b La calidad de los servicios en Salud Mental que ha recibido es:

Buena _____ Mala _____ Regular _____ No sabe _____

I.1.c De acuerdo a lo que sabe y su experiencia, ¿considera la Salud Mental como un derecho?

Sí _____ No _____ No sabe _____

I.2.a De acuerdo a la atención recibida, ¿cuánta confianza le inspiran los profesionales en Salud Mental?

Mucha _____ Poca _____ Nada _____

I.2.b ¿En alguna ocasión se sintió discriminado por personas que prestan Servicios de Salud Mental?

Sí _____ No _____

I.2.c ¿Volvería a utilizar y/o recomendaría este tipo de servicio?

Sí _____ No _____

I.2.d ¿Qué opina de la Psicología?

Sirve para muchos aspectos de la vida _____ No sirve _____

Sirve en algunos casos _____ No sabe _____ Otro _____

**TIPO DE INSTRUMENTO
CUESTIONARIO POR
ENTREVISTA PERSONAL**

**FUENTE: USUARIOS DE LOS
SERVICIOS EN SALUD MENTAL**

PERFIL GENERAL DE LOS USUARIOS

La presente encuesta tiene como objeto, recabar información acerca del perfil de los usuarios de los Servicios de Salud Mental en Guatemala, por favor sírvase llenar los espacios con la información requerida, gracias por su colaboración.

I.3 Características Socioeconómicas

I.3.a Edad I.3.b Sexo M F

I.3.c Religión Católica Evangélica Otra _____

I.3.d Etnia _____

I.3.e Lugar de Nacimiento (Procedencia) _____

I.3.f Lugar de residencia actual (Municipio) _____

I.3.g Estado Civil: Soltero (a) _____ Casado (a) _____ Otro _____

I.3.h Ingresos en Quetzales: 1,000 – 1,500 _____ 1,600 – 2,100 _____

2,200 – 3,000 _____ 3,100 – 3,900 _____

4,000 – 4,900 _____ 5,000 ó más _____

I.3.i Último grado de estudios aprobado _____

I.3.j Número de hijos I.3.k Vivienda: Propia Alquilada

otra _____

I.3.l Tipo de material de la vivienda donde vive: Block _____ Lámina _____

Ladrillo _____ Madera _____ Adobe _____ Otro _____

I.3.m En qué tipo de transporte se moviliza: Camioneta _____

Vehículo Propio _____ Taxi _____ Otro _____

I.3.n Cuántas personas dependen económicamente de usted:

I.3.ñ Ocupación _____

**TIPO DE INSTRUMENTO
CUESTIONARIO POR
ENTREVISTA PERSONAL**

**FUENTE: USUARIOS DE LOS
SERVICIOS DE SALUD MENTAL**

La siguiente entrevista tiene como objeto recabar información acerca de las características de salud que tiene el usuario, se agradece su colaboración a la misma. (Estas instrucciones se dan en forma verbal por tratarse de una entrevista dirigida)

I.4 Características de salud

I.4.a De las siguientes enfermedades ha padecido o padece alguna de 5 años a la fecha: Diabetes____ Presión alta____ Presión baja____ Hepatitis____
Enfermedades del corazón_____ Otra _____

I.4.b ¿Ha sufrido usted algún tipo de padecimiento o enfermedad mental?

Si _____, ¿Cuál? _____ No _____

I.4.c ¿Alguien de su familia ha sufrido algún tipo de padecimiento o enfermedad mental? Sí _____, ¿Cuál? _____,

Parentesco _____ No _____

I.4.d ¿Ha recibido alguna vez terapia Psicológica?

Sí _____, ¿Hace cuánto tiempo? _____ No _____

I.4.e Con respecto al consumo de medicamentos *Psicotrópicos*:

Consume por receta médica _____ Se automedica _____

I.4.f Consume algún tipo de droga como:

Alcohol _____, Cigarros _____, Otras _____

I.4.g Práctica algún tipo de deporte

Sí _____, ¿Cuál? _____

No _____

I.4.h ¿Cómo utiliza su tiempo de ocio?

Leyendo _____, Viendo televisión _____, Paseando _____,

Durmiendo _____ Otro _____

I.4.i ¿Tiene alguna lesión física permanente?

Sí _____ ¿De qué tipo? _____

No _____

I.4.j ¿Ha sufrido algún accidente que usted considere le ha afectado en los últimos 5 años?

Sí _____, ¿De qué tipo? _____ No _____

I.4.k Podría indicar si algún miembro de su familia, padece alguna de las siguientes enfermedades:

Diabetes	<input type="checkbox"/>	Parentesco _____
Presión Alta	<input type="checkbox"/>	Parentesco _____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	Parentesco _____
Alzheimer	<input type="checkbox"/>	Parentesco _____
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	Parentesco _____
Otro	<input type="checkbox"/>	Parentesco _____

I.5 Atención Requerida

I.5.a ¿Qué servicio requiere de la institución? _____

I.5.b ¿Tiene posibilidad de pago por los servicios requeridos? Sí _____ No _____

I.6 Dificultades experimentadas en la prestación del servicio.

I.6.a ¿Tiene alguna queja sobre el servicio? _____

I.6.b ¿Los precios le parecen razonables? Sí _____ No _____

I.6.c ¿El servicio está siempre disponible para usted? _____

OPINION DEL ENTREVISTADO

¿Qué opina sobre la presente encuesta? _____

¿Agregaría algo? _____ ¿Qué? _____

¿Quitaría algo? _____ ¿Qué? _____

RESUMEN

La sociedad guatemalteca durante décadas ha buscado su desarrollo dentro de un marco en el cual predominan problemáticas como un escaso poder adquisitivo que impide el desarrollo individual, desintegración familiar, pérdida de valores, inseguridad permanente, ambiguas políticas y escasa ejecución gubernamental que generan un ambiente no propicio para que la población logre una adecuada Salud Mental.

Los aspectos descritos anteriormente son de preocupación general, por ello el aparato estatal, organizaciones internacionales y los centros de estudios superiores, han propiciado acciones que buscan mejorar las situaciones psicosociales que afectan a los guatemaltecos. Este trabajo representa el esfuerzo por mostrar la factibilidad del establecimiento de un Observatorio de Salud Mental en Guatemala que proporcionaría a través de un banco de datos, información pertinente para la toma de decisiones y donde el Psicólogo es fundamental en el aporte organizacional e investigativo.

El proyecto piloto del Observatorio de Salud Mental fue distribuido en cuatro proyectos de investigación; la presente se refiere a la primera parte del mismo, enfocada a los usuarios de los servicios de Salud Mental. Se diseñó un instrumento de recolección de datos que consistió en un cuestionario por entrevista personal para obtener los datos del perfil general del usuario, percepción de la atención requerida y dificultades experimentadas en la prestación del servicio. La muestra fue de 187 usuarios en cuatro instituciones referentes de Salud Mental en la ciudad de Guatemala, en el período de noviembre 2008 a febrero 2009.

El acercamiento a los usuarios permitió el primer paso hacia la validación de los instrumentos, constituyendo la opinión sobre los servicios recibidos, parte vital en el engranaje de esta investigación y en la cual quedó manifiesta la percepción favorable en virtud, del beneficio adquirido cuya característica principal es la gratuidad del mismo.

Los servicios de Salud Mental se encuentran centralizados en la ciudad capital, razón por la cual los usuarios provenientes del interior de la república tienen que recorrer grandes distancias afectando su economía, consecuentemente, la afluencia masiva de usuarios en entidades públicas afecta directamente en la calidad del servicio que recibe porque limita el tiempo de atención y los períodos de reconsulta se extienden entre dos y tres meses.