

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

"FACTORES QUE INFLUYEN EN EL REINGRESO DE PACIENTES  
AL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL Y LA  
INTERVENCION DEL TRABAJADOR SOCIAL"

T E S I S

Presentada a la Dirección de la  
Escuela de Trabajo Social de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

AMARILIS GUERRA NUFIO DE BATRES

Previo a Conferírsele el Título de  
TRABAJADOR SOCIAL

Guatemala, julio de 1994

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

RECTOR: Dr. Jafeth Ernesto Cabrera Franco  
SECRETARIO: Dr. Otto Manuel España Mazariegos

AUTORIDADES DE LA ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

DIRECTORA Licda. Gloria Rebeca Morán  
SECRETARIO Ing. Hernán Cortés Urioste

CONSEJO ACADEMICO  
REPRESENTANTES DOCENTES

Licenciada	Carmen Mejía
Licenciada	Aida Ofelia Pérez Duque
Licenciada	Carolina de la Rosa Martínez
Licenciada	Amparo Meléndez López
Licenciada	Blanca Mercedes Aroche

CONSEJO ACADEMICO  
REPRESENTANTES ESTUDIANTILES

Maestra Educación Primaria	Edelmira Mendoza Pinelo
Maestra Educación Primaria	Margarita de Jesús García
Maestra Educación Para el Hogar	Claudia Lorena Alfaro
Bachiller en Ciencias y Letras	Sara O. Franco Tejada
Maestra Educación Primaria	Lilian Noemí Lucas V.
Secretaria Comercial	Rosa Elena Barillas C.

TRIBUNAL EXAMINADOR

DIRECTORA	Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida
SECRETARIO	Ing. Hernán Cortés Urioste
REVISOR	M.T.S. Julio César Díaz Arqueta
ASESORA	Licda. Lidia Elizabeth Florian
AREA TRABAJO SOCIAL	Licda. Elsa Arenales de Franco



**ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL**

EDIFICIO 2-1, 2a. FERIA  
Ciudad Universitaria, F.A. 11  
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:  
90-4 y 74-981-88-88, EXT. 288-219  
Teléfonos Directos: 769-30-719602  
Fax: 769890

Guatemala,  
9 de mayo de 1996

Señor Director  
Lic. César A. Estrada  
Escuela de Trabajo Social  
Edificio

Señor Director:

Por este medio me permito informar que he asesorado el trabajo de tesis: "FACTORES QUE INFLUYEN EN EL REINGRESO DE PACIENTES AL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJADOR SOCIAL" elaborado por: AMARILIS GUERRA NUFIO DE BATRES.

Al respecto me permito indicar:

1. El trabajo fue desarrollado tomando en cuenta los requerimientos de investigación científica, integrado en su análisis lo teórico y el trabajo de campo debidamente sistematizado.
2. El informe presenta los principales factores que actualmente determinan el reingreso de pacientes al Hospital Nacional de Salud Mental, lo cual justifica que la participación del Trabajador Social propugne por una interrelación familia-institución-paciente, a efecto de un positivo tratamiento y resultados satisfactorios.

Por lo anterior, emito Dictamen Favorable y lo curso a esa Dirección, para que prosiga con los trámites siguientes.

Atentamente,

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

  
Licda. Elizabeth Florián  
ASESORA

EF/ndem  
c.c. archivo



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio 8-1, 8º Nivel  
Ciudad Universitaria, Zona 18  
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:

1760790-4 y 4760985-86-88  
Ext. 288-289

Teléfonos Directos:

1769590 y 4769606  
Fax: 4769590

DICTAMEN 015/96-DITETS

Guatemala, agosto 16 de 1996

Licda. Rebeca Morán Mérida  
Directora  
Escuela de Trabajo Social  
Edificio

Señora Directora:

Atentamente me dirijo a usted, para informarle que he finalizado el proceso de revisión del trabajo de tesis de nivel intermedio, titulado "FACTORES QUE INFLUYEN EN EL REINGRESO DE PACIENTES AL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL", presentado por la estudiante Amarilia Guerra Nufio de Batres.

Dentro del proceso se hicieron las correcciones de forma y contenido correspondientes, lo que realimentó el enfoque teórico-metodológico y propositivo del trabajo, que constituye un aporte interesante para la institución en que se investigó el problema y la profesión.

Considerando que el trabajo de tesis en referencia llena los requisitos establecidos, emito Dictamen Favorable para que se continúe con los trámites pertinentes, previo a discusión en el examen de graduación correspondiente.

Sin otro particular, me es grato suscribirme de usted.

"DID Y ENSEÑAD A TODOS"

MSC. Julio César Díaz Argueta  
REVISOR "IIETS"



c.c.: Archivo  
c.c.: Revisor



ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

Edificio B-1, 5º Nivel  
Ciudad Universitaria, Zona 12  
Guatemala, Centroamérica

Teléfonos:

4760790-4 y 4760985-86-88

Ext. 288-289

Teléfonos Directos:

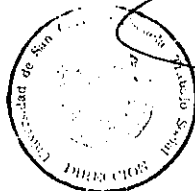
4769590 y 4769606

Fax: 4769590

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL. UNIVERSIDAD DE  
SAN CARLOS DE GUATEMALA.-----

En vista de los dictámenes favorables que anteceden de la Licenciada Elizabeth Florián y MTS. Julio César Díaz Argueta, en calidad de Asesor y Revisor respectivamente, esta Dirección autoriza la impresión de la tesis "FACTORES QUE INFLUYEN EN EL REINGRESO DE PACIENTES AL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL Y LA INTERVENCIÓN DEL TRABAJO SOCIAL", presentada por la estudiante Amarilis Guerra Nufio de Batres, previo a conferírsele el título de Trabajador Social, una vez haya sustentado el examen respectivo.

En la ciudad de Guatemala, a los veinte días del mes de agosto de mil novecientos noventa y seis.



"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

*Gloria Rebeca Morán Mérida*  
Licda. Gloria Rebeca Morán Mérida  
Directora

GRMM/cdm  
c.c.:archivo

## ACTO QUE DEDICO

- A DIOS: Ser supremo, inspiración de amor y fortaleza,  
que permitió tan anhelado triunfo
- A MIS PADRES: Isaac de Jesús Guerra  
Etelvina Nufio de Guerra  
Con admiración y respeto. Gracias por sus  
sabios consejos
- A MI ESPOSO: Neftaly Batres Castillo  
Gracias por su comprensión
- A MIS HIJOS: Ivette, Jonathan y Abdul  
Con infinito amor. Gracias por su lealtad y  
cariño
- A MIS HERMANOS: Con amor fraternal
- A MI ABUELITA: Beatriz Nufio  
Bello recuerdo que perdurará siempre en mi.  
(Q.E.P.D.).
- A MIS TIOS: Rosa Alvina, Rosaura, Vicente  
Con cariño especial.  
Ismael Rivas (Q.E.P.D.).
- A MIS PADRINOS: Dr. Rómulo Sánchez  
Lic. Elmen Mérida  
Licda. Ada Juárez  
T.S. Juanita López Araujo  
Con profundo respeto y admiración.
- A MI ASESORA: Licda. Lidia Elizabeth Florián  
Agradecimiento sincero por sus orientaciones.
- A MI REVISOR: Master en T.S. Julio César Díaz Argueta  
Gracias por sus acertadas enseñanzas.
- A LOS  
PROFESIONALES: Dra. Claudina Pineda de Alvarado  
Dr. Luis Felipe Alvarado  
T.S. Cuautemoc Barreno Citalán  
Lic. Julio Paz  
Agradecimientos por su apoyo incondicional
- A MIS AMIGAS: Ada, Adilis, Anadelfa, Anabella, Mary, Marina,  
Elvia, Yoli.  
Gracias por su linda amistad y por esos momentos  
agradables e inolvidables.

# INDICE

Pág.

## PRODUCCION

### PITULO 1

#### RCO TEORICO

1 La familia y la Sociedad ante el discapacitado mental	01
2 Salud Mental y Contexto Familiar	05
1.2.1 Salud Mental	07
3 Antecedentes de la salud mental	09
4 Factores Psicosociales que determinan la enfermedad mental	13
1.4.1 Factores Socioculturales	14
1.4.2 Factores Psicológicos	17
1.4.3 Factores Biológicos	17
5 Trabajo Social Psiquiátrico	20
6 Principales Problemas del Discapacitado mental con problemas de reingreso	22
1.6.1 Familiares	23
1.6.2 Rechazo	23
1.6.3 Económicos	25
1.6.4 Abandono	26
1.6.5 Desempleo	27

### PITULO 2

#### NCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA INSTITUCION

1 Antecedentes de la atención Psiquiátrica en Guatemala	30
2 Organigrama del Hospital Nacional de Salud Mental	39
3 Objetivos del Hospital	40
4 Servicios que presta	
2.4.1 Consulta Externa	41
2.4.2 Area de Estancia Breve	42
2.4.3 Programas Especiales	43
2.4.4 Servicios de Estancia Prolongada o Crónicos	44

- 2.4.5 Recursos con que cuenta el Hospital Nacional de Salud Mental.
  - 2.4.5.1 Recursos Humanos
  - 2.4.5.2 Recursos Materiales y Físicos
  - 2.4.5.3 Recursos Financieros e Institucionales

2.5 FUNCIONES ADMINISTRATIVAS DEL TRABAJADOR SOCIAL PSIQUIATRIC

- 2.5.1 Funciones Técnico Profesional III
- 2.5.2 Funciones Técnico profesional II
- 2.5.3 Funciones Técnico profesional I
- 2.5.4 Metodología

CAPITULO 3

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

- 3.1 Opinión de los Familiares de Pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental
- 3.2 Opinión de las Trabajadoras Sociales del Hospital Nacional de Salud Mental
- 3.3 Presentación y Análisis de Resultados del Vaciado de Información de Expedientes

CAPITULO 4

PROPUESTA: Programa de Educación Integral Dirigido a Pacientes con Problemas de Reingreso.

- 4.1 Justificación
- 4.2 Objetivos
- 4.3 Metas
- 4.4 Metodología
- 4.5 Contenido del Programa
- 4.6 Estrategias
- 4.7 Recursos
- 4.8 Evaluación
- 4.9 Beneficios y Utilidad

CONCLUSIONES

10

RECOMENDACIONES

10

BIBLIOGRAFIA

10



## INTRODUCCION

Por las características socio-económicas y políticas que presenta nuestro país actualmente, se deduce que para el año 2,000, las condiciones de vida para un 70% de la población que sufre de pobreza extrema (según datos de CEPAL, 1989) estarán padeciendo de problemas psicosociales, repercutiendo éstos en su salud mental, originando graves problemas emocionales.

Tomando en cuenta lo anterior, es necesario que las autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, específicamente aquellas personas que se encuentren ligadas con la Salud Mental, incluyan dentro de sus programas, los componentes psicosociales, del individuo y de la sociedad en la que se encuentra inmerso, con el fin de definir políticas sociales y de Salud Mental que favorezcan a los sectores de la población con mayores riesgos, que en este caso serían las grandes mayorías.

Una de las razones principales que motivó la presente investigación, fue el de conocer y analizar dichos factores, su repercusión en la salud mental, y descubrir aquellos que determinan los reingresos del discapacitado mental a la institución. Así también proponer alternativas de solución que coadyuven a minorizar y/o contrarrestar dicha problemática, mejorando de esta forma la calidad de servicios a la población afectada.

Para fines de este estudio, se establecieron los siguientes objetivos:

**GENERALES:**

- 1) Investigar las causas e implicaciones que contribuyen al reingreso del paciente al Hospital Nacional de Salud Mental, y la intervención del Trabajador Social Psiquiátrico.
- 2) Aplicar los conocimientos teórico-metodológicos, obtenidos durante la formación profesional, para la realización del presente estudio.
- 3) Brindar a la Escuela de Trabajo Social, conocimientos en lo que respecta al campo de Trabajo Social Psiquiátrico."

De los anteriores objetivos, se derivan los específicos, habiéndose operado todos adecuadamente y alcanzados en su totalidad durante el proceso de la investigación.

Asimismo, la investigación dio la oportunidad de comprobar las hipótesis siguientes:

- "1) El rechazo familiar es uno de los factores principales en el alto índice de reingresos de pacientes a dicho hospital, contribuyendo ello a su abandono institucional.

) No existe un seguimiento de casos a nivel de trabajo social, lo que no permite una adecuada orientación familiar, situación por la cual los reingresos son más frecuentes."

Las hipótesis descritas anteriormente, fueron comprobadas a través de la investigación bibliográfica y de campo, efectuada a familiares de pacientes con problemas de reingreso, como también a profesionales de Trabajo Social, y datos tomados de los expedientes clínicos, concluyéndose que los factores principales que determinan los reingresos de pacientes al hospital son de carácter psicosocial, entre ellos, el rechazo familiar hacia el paciente, irresponsabilidad, desconocimiento de la enfermedad mental y falta de personal del Departamento de Trabajo Social, para llevar un seguimiento de los pacientes egresados.

Toda la información fue sistematizada y plasmada en el presente informe de tesis, conformado por los siguientes capítulos:

El primer capítulo contiene los fundamentos teóricos relacionados con el tema y se dan a conocer aspectos y definiciones sobre lo que es la enfermedad mental y contexto social.

El segundo capítulo se refiere a antecedentes históricos del Hospital Nacional de Salud Mental, sus objetivos, estructura y funcionamiento.

- El tercer capítulo se relaciona a los factores que influyen en el reingreso del paciente al mismo, determinándose entre los principales los de carácter sociocultural, los de carácter psicológico y los de carácter biológico.
- El cuarto capítulo consiste en la presentación, análisis e interpretación de resultados de la investigación de campo, la que sirvió de base para interpretar el problema, usando como base el marco teórico.
- El capítulo quinto propone una alternativa de solución al problema investigado y de la proyección del profesional de Trabajo Social en su quehacer profesional.

La investigación efectuada, requirió utilizar el método científico, mediante sus tres fases: investigación, sistematización y exposición, permitiendo la elaboración del informe. Además del método anterior, se utilizó el método deductivo-inductivo, partiendo de lo general a lo específico del problema. Para su aplicación, se emplearon las técnicas de observación, entrevista, visita domiciliaria, reuniones e instrumentos tales como: diseño de investigación, fichas bibliográficas. También se utilizaron los siguientes instrumentos: boletas, guía de entrevista estructurada y guía de vaciado de información, con los cuales fue posible la recopilación de datos.

Agradezco a todos los familiares de pacientes por su información, pues de otra manera no hubiese sido posible la elaboración del presente informe. Así también, hago extensivo este agradecimiento a todos aquellos profesionales que de una u otra forma me brindaron su tiempo incondicionalmente.

## CAPITULO 1

### MARCO TEORICO

El presente capítulo se ha estructurado con el propósito de dar un panorama de la problemática del discapacitado mental en el contexto guatemalteco, de los factores que propician la enfermedad mental, así como de algunos elementos teóricos que permitan una mejor interpretación del problema investigado. Se hace referencia además, de la participación y atención que brinda el Trabajador social a la población afectada.

#### 1. LA FAMILIA Y LA SOCIEDAD ANTE EL DISCAPACITADO MENTAL:

Existen varios conceptos sobre familia, pero para efecto de esta investigación, se consideró el siguiente: "Agrupación de miembros que ve por la crianza de los niños y por algunas otras necesidades humanas<sup>1</sup>. Percibiendo de esta forma, que la familia tiene un papel importante en el desarrollo de la personalidad del individuo. Como todo grupo social, la familia tiene sus reglas, estructuras y sistemas de comunicación. Para una mejor comprensión de estos elementos, se entenderá como REGLAS "aquellas normas que regulan la conducta de los miembros de la familia, lo que es

---

<sup>1</sup> Horton, Paul B, y Hunt, Chester L. SOCIOLOGIA. 6a. Edición, edit. McGraw-Hill, México, 1987. Pag.275.

permitido y lo que es prohibido"<sup>2</sup>. Parte de estas reglas claras y reconocidas para los miembros de la familia, mientras otras son difíciles de comprender o bien están ocultas. Media hayan diferentes opiniones entre el primer grupo de reglas y segundo, se correrá el riesgo de que se manifiesten grandes conflictos familiares.

El Dr. Víctor Tejada, hace la aclaración en el Documento Sobre Problemática Familiar que es importante hablar sobre la estructura familiar, comprendiéndose ésta de generaciones que existe en la familia, por ejemplo: abuelos, padres e hijos (tres generaciones). Esto implica, que a cada generación le compete desempeñar una función diferente. Para ello, deberá estar bien claro cada miembro de la familia, de brindarle a cada generación el lugar que le corresponde, de lo contrario podrían generarse problemas si no está claro quién es quién y sus funciones a desempeñar en el sistema familiar.

La comunicación es un aspecto muy importante para poder mantener una buena relación familiar. Existen dos tipos de lenguaje: el verbal es lo que se dice o se habla, y el no verbal transmitido por los gestos de la cara, la postura del cuerpo, etc. Otro elemento de la comunicación, es lo que no se dice y que puede impactar mucho más que lo verbal.

---

<sup>2</sup>/Tejada, Víctor. Dr. Problemática de la Familia. Documento Mimeografiado, Centro de Salud Mental, Pág. 1, sin año, s.e.

Asimismo, cuando esta última es opuesta a la no verbal, crea confusión y por ende, problemas; a este tipo de comunicación se le denomina DOBLE MENSAJE. Los problemas provienen de una serie de fuentes: a) reglas imprecisas, estructura no clara, mensajes confusos. Cuando hay reglas imprevistas está afectada la estructura y la comunicación es defectuosa, afectando a todos los miembros en mayor o menor grado, sumándose otros factores que tienen mayor relevancia en la creación de problemas, como lo son los rasgos de psicopatología individual que son "Problemas emocionales no resueltos o enfermedad de cada persona, y que al formar la pareja, son incorporados a la interacción familiar"<sup>3</sup>.

En la mayoría de familias, por lo regular una persona asume el papel o posición de ser el problema, posiblemente en alguna oportunidad, pueda decir: nosotros tenemos un problema, ya que la mayoría de veces va a decir El o ella es el problema. Con esto lo que se está haciendo es centrar el problema en una sola persona, pretendiendo con ello, mantener la unidad familiar y, que tarde o temprano puede desintegrarse, siendo el miembro más débil de la familia el que mayormente sale afectado, tomando la posición de enferma o conflictiva.

Son diversos los factores que pueden afectar al discapacitado mental en el proceso de su recuperación. Se entenderá por discapacidad mental: "Expresión de origen relativamente reciente

---

<sup>3</sup> Víctor Tejada, Loc Cit, Pag. 2.



que designa un estado de desarreglo, desequilibrio o desorden mental, que impide al individuo asumir la responsabilidad valerse por si mismo o que hace de él una amenaza positiva para el bienestar y la seguridad de la comunidad"<sup>4</sup>.

Existe una gran diferencia entre la enfermedad y discapacidad mental de la deficiencia mental, siendo sus sinónimos **OLIGOFRENIA, RETRASO MENTAL, SUBNORMALIDAD O DEFICIENCIA INTELLECTUAL**. Según considera a esta última, el autor Ibor Aliño López, como "el déficit de la función intelectual, distinguiéndola de otras enfermedades psíquicas en que la disminución de capacidad intelectual está presente desde el nacimiento o durante los años en que tiene lugar el desarrollo del individuo"<sup>5</sup>.

Las enfermedades mentales han existido en todas las sociedades humanas, y el discapacitado mental, ha sido visto con hostilidad, temor, cariño y con ideas de persecución. Actualmente la concepción sobre las enfermedades mentales ha cambiado, al menos el miedo que se le tenía antiguamente ha ido desapareciendo. En Europa, con la propagación del Cristianismo, se creía que la locura se debía a la posesión de espíritus malignos, incorporándose en el pensamiento cristiano.

---

<sup>4</sup> Pratt Fairchild, Henry. *Diccionario de Sociología*. S.I. México, 1984, Pag 107.

<sup>5</sup> J.J. López, Ibor Aliño. *Texto de Psiquiatría*. Tomo 1, 1ª Ed. 1982. Ediciones Toray, S.A. Barcelona, España. Pag. 629

## 1. SALUD MENTAL Y CONTEXTO FAMILIAR:

Tomando en cuenta a la familia como una unidad social que tiene sus funciones y responsabilidades en el crecimiento y desarrollo de la personalidad del ser humano, también es un agente abilitador en el aspecto psíquico, utilizando el máximo potencial de la persona para su beneficio y para la sociedad.

Al referirnos a la salud mental del individuo, se piensa en la acción de él mismo y con los demás grupos; la forma de cómo habrá afrontar y resolver sus problemas, sobre todo si la solución es efectiva y positiva para la satisfacción de ambas partes (individuo-sociedad).

La familia representa todo el contexto interpersonal en el que la persona o sujeto ha nacido y crecido. Sirviendo de modelo en su socialización social, cultural y política. En aquellas familias donde la comunicación es abierta y recíproca entre padres e hijos, existe armonía y comprensión por roles de cada uno de los miembros del grupo familiar están bien definidos; tendrán menos posibilidades de enfermarse. Mientras que en otras, que carecen de una comunicación adecuada, serán mayores los riesgos, puesto que el enfermo es resultado del ambiente familiar y de sus relaciones con los otros miembros.

La manera de como se relaciona el individuo con otras personas, va a determinar su contexto interpersonal, por lo que

éste tiene influencia sobre los demás. Todos los miembros de familia coadyuvan a crear el ambiente familiar. Dependiendo cómo sea la interacción entre cada uno de ellos, se va a dar ambiente positivo o negativo para la persona.

Cuando los mensajes son claros, directos y explícitos, el individuo asumirá una actitud de seguridad, conociéndose él mismo y de lo que es capaz o no de realizar, qué puede esperar de otras personas.

Ocurre también que cuando estos mensajes son confusos ambivalentes, se transmite a los hijos y demás familiares, un ambiente de inseguridad, angustia, provoca un ambiente caótico que no es favorecedor para conservar su salud mental.

Otro elemento importante que no se debe olvidar es la atención que se debe prestar a todos los miembros que conforman el grupo familiar, en especial a los hijos, que necesitarán de apoyo en la etapa de la adolescencia, dejando de ser niños para convertirse en adultos. Es en este período donde los jóvenes toman diferentes actitudes y conductas, algunas veces de rechazo o rebeldía ante las situaciones de la vida diaria, tratando de lograr su independencia y autoafirmación.

La comunicación entre padres e hijos, deberá ser recíproca clara y sin contradicciones, debe existir un respeto mutuo

Respetando la individualidad de cada uno, por ejemplo, su forma de pensar, de sentir y de actuar. Esto implica que los diferentes miembros de la familia, se identifiquen entre sí, aceptándose tal como son. Sólo de esta forma podrá el individuo y demás miembros, obtener relaciones familiares satisfactorias. Como se escribió anteriormente, el contexto familiar, le servirá de modelo, para poderse relacionar consigo mismo y con los demás.

La conducta de la familia es indispensable y determinante en la recuperación, estabilidad emocional y social del paciente con discapacidad mental.

Es necesario hacer mención, que los factores sociales, económicos y culturales influirán en gran medida en la actitud que tendrán los familiares ante la problemática que presenta el paciente. Algunas veces puede tomar una actitud de apoyo o bien de indiferencia, de rechazo, como sucede frecuentemente, asumiendo todo tipo de responsabilidad.

## 2.1. SALUD MENTAL:

"Es la capacidad del hombre para establecer y mantener las mejores relaciones con los demás, para la amistad y la cooperación, para respetar y comprender las ideas ajenas, para amar, compartir

y para servir a sus semejantes"<sup>6</sup>

"Es la madurez emocional que permite al individuo afrontar resolver en actitud adulta y no infantil los problemas dificultades que la vida civilizada le presente. Es valor confianza en sí mismo, responsabilidades y aceptación de los propios errores con miras a superarlos y cierto grado de gobierno de sí mismo"<sup>7</sup>

"Es bienestar y equilibrio emocional de integración personal que da seguridad ante la vida, entusiasmo para emprender, múltiples intereses sanos en toda edad, alegría y buen humor"<sup>8</sup>

Según el autor Saúl Feldman, la salud mental "Es la realización de las potencialidades del ser humano y la plena conciencia de sus determinaciones. Es una integración al medio que permite la transformación del mismo y la autotransformación de sujeto"<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Informe de Relatoría y Conferencias. XI Seminario Nacional de Salud Comunitaria, "Encuentro con la Salud Mental Comunitaria de Guatemalteco", Guatemala, 27 al 29 de julio de 1980. Pag.1

<sup>7</sup> Ibidem, pag. 1

<sup>8</sup> Ibidem, Pag.1

<sup>9</sup> Feldman, Saúl. Enfermedad Mental y Economía. Boletín, OPS Vol. 98, s.a. Pag 104

entario:

Los tres primeros conceptos sobre salud mental, tienen limitación, en cuanto a que el ser humano debe estar emocionalmente equilibrado y preparado para afrontar las circunstancias que se le presentan, pero no toman en cuenta al individuo como parte del medio social en que se desenvuelve.

cuanto al concepto que nos proporciona Saúl Feldman, se considera más completo, porque no aísla al hombre de esa sociedad a la cual pertenece.

Al reflexionar sobre lo que es la salud mental, queda una gran interrogante de cómo poder lograrla, puesto que como se dijo ya, existen factores externos, psicosociales que la misma sociedad produce y que de alguna manera van a afectar al individuo, familia y colectividad, tal es el caso de la violencia, que hoy día no deja de ser preocupación para todos los guatemaltecos.

#### **. ANTECEDENTES DE SALUD MENTAL:**

La atención en salud mental, fue tomada en cuenta y adherida a los programas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, recientemente. Anteriormente era proporcionada por personal especializado del Hospital Psiquiátrico, Clínicas de Neurología del Hospital General San Juan de Dios, Hospital de Sevel, San Vicente y del Centro de Rehabilitación y Ortopedia,

"Dr. Jorge Von Ahn".

Los recursos humanos y materiales, se concentraban en ciudad capital, lo que no permitía cubrir a toda la población, cobertura era relativamente pequeña a la magnitud del problema.

Se considera que un buen porcentaje de la población encuentra afectada de problemas emocionales, a pesar de ello, detección no se ha dado. Existiendo en parte desconocimiento normas de tratamiento.

La atención en salud integral, se ha dado teóricamente ya que se ha brindado en forma normativa, y no se ha tomado en cuenta aspecto psico-social, que es muy indispensable para el logro de misma, puesto que sin él, no se podría pensar ni hablar de salud.

La salud mental, como componente de la atención primaria pretende llevar al personal multidisciplinario de salud, un legado de conocimientos y praxis para la atención y tratamiento de los problemas más relevantes. Así también tiene como objetivo cambio de actitud en los agentes de salud mental y la necesidad descentralizar la atención y lo más importante, un aumento cobertura.

A través del adiestramiento y capacitación de personal hospitalares y centros de salud, se ha empezado a detectar

iente con problemas emocionales, siendo atendido en su propia comunidad, evitándose gastos y tiempo para su traslado hasta la pital. En este nivel es fundamental la participación de la comunidad, puesto que permite facilitar el proceso de extensión y la cobertura de servicios de salud. Respondiendo en parte a las adiciones y costumbres populares, asimismo, al cumplimiento de mpromisos entre la comunidad y el gobierno.

A principios de 1980, se da inicio a la educación de personal salud, se descubrieron necesidades, tanto de conocimientos como una adecuada atención a la comunidad. En el año de 1981, se va a cabo el Primer Seminario de Salud Mental, con los ferentes equipos multidisciplinarios de salud del área metropolitana, con el fin de realizar un diagnóstico de las cesidades de salud mental, y de síndromes más frecuentes en la nsulta. Las conclusiones de los participantes \_\_entre ellos, dicos, Trabajadores Sociales, Enfermeras graduadas, Auxiliares de fermería, Inspectores de Saneamiento Ambiental y Técnicos en lud Rural\_\_ fueron interesantes y acertadas.

A continuación se presentan algunas de las conclusiones que amaron más la atención:

La salud mental no se tomaba en cuenta siendo que a diario se presentaban problemas emocionales.



- 2) No existen muchos conocimientos sobre salud mental, incluyen a los médicos.
- 3) Se presentaron necesidades en cuanto a diagnóstico y manejo casos.
- 4) Los diagnósticos más frecuentes fueron Epilepsia, Retraso Mental, Psicosis, Problemas Familiares, Fármaco-dependencia, Depresión y Ansiedad.

En base a los datos obtenidos se elaboró un programa educación en salud mental, en las áreas de Santa Rosa y Escuintla por presentar dichos departamentos un alto índice de problemas emocionales. El seguimiento de este programa fue interrumpido, por problemas político-administrativos, perdiéndose el apoyo para dichos programas.

Durante los años de 1988 y 1989, se contó con el apoyo de las autoridades del Ministerio de Salud y de la OPS, quien financió el programa de atención primaria en salud mental, lográndose capacitar a personal de 10 áreas de salud. En el año de 1983 a 1984 fue capacitado personal de los distritos de la ciudad capital; en 1985 se cubrió los departamentos de Escuintla y Santa Rosa. Las áreas de El Progreso, Jalapa y Zacapa en el año de 1987 y las áreas de Chimaltenango, Quezaltenango, Baja Verapaz, Retalhuleu y Suchitepéquez fueron capacitadas en 1988.

**FACTORES PSICOSOCIALES QUE DETERMINAN LA ENFERMEDAD MENTAL:**

Es necesario dar a conocer una definición sobre estos factores, antes de entrar en detalle con el tema de investigación. Se comprenderá por "Aquellos factores o aspectos de conducta en el ámbito individual o colectiva que inciden en alterar o modificar la salud mental"<sup>10</sup>

Para una mejor comprensión, son todos aquellos elementos que generan stress y tensión. La salud y el bienestar o la ausencia de ellas, van a estar determinadas por el ambiente socioeconómico y cultural. Además, influyen principalmente el medio urbano y rural. Los factores ambientales como: el clima, las condiciones de vida, las gráficas y la tecnología utilizada. Los factores económicos, también cambian las reacciones del individuo o grupo.

Según los autores Kalimo Raija y El-Batawi Mostafa, hacen referencia en su informe sobre "Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud", que "La posesión de recursos económicos suficientes, permite evitar o comprender muchos efectos psicológicamente nocivos"<sup>11</sup>

---

<sup>10</sup> Morales Quintanilla, Ma. Antonieta. Atención Primaria en Salud Mental. Una experiencia en el Departamento de Escuintla. 1983-1990. Trabajo de Tesis, 1992. Pag. 4

<sup>11</sup> Kalimo Raija y El-Batawi, Mostafa A. Cooper, Gary L. Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su Relación con la Salud. Ginebra, 1988. Pag 15 y 16

Los factores culturales van a condicionar actitudes en cuanto a la administración, relaciones con compañeros, subordinados todos los aspectos del medio laboral. El desempleo y subempleo tienen mucho peso a que se acepten otros tipos de trabajo, y pueden ocasionar stress en las personas.

En un informe presentado por la OPS titulado: "Grupo Trabajo sobre la Integración de los Componentes Psicosociales Atención Primaria de Salud", indican que los principales problemas psicosociales de los países en vías de desarrollo, son los de tipo sociocultural, demográficos, económicos y geográficos que tienen que ver con la salud de la población. El aumento de la población, la urbanización desordenada, el desequilibrio urbano-rural, la pérdida de privacidad cultural y dependencia económica, la falta de servicios públicos.

Todos los factores anteriormente citados, en determinado momento van a generar conflictos de carácter psicosocial. La marginación y la pérdida de identidad cultural, son aspectos negativos para la salud mental de poblaciones urbanas y rurales que no tienen la oportunidad de crecer debido al tipo de sistema socio-político hegemónico en el país.

#### **1.4.1. FACTORES SOCIOCULTURALES:**

Se refiere a todos aquellos factores que tienen que ver con el medio ambiente en que se desenvuelve

individuo. Dentro de estos factores se pueden mencionar los siguientes: relaciones laborales, familiares, socio-económicas, roles sociales y de cultura, demográficos, climáticos y geográficos.

No se debe olvidar, que la familia juega un papel bien importante en la estructura de la personalidad del individuo, transmitiendo el sistema de valores de la sociedad de la cual forma parte.

Dada la importancia que tienen los primeros años de vida, es lógico que la personalidad del paciente resultará influenciada directamente por el ambiente social y cultural, a través de la relación de las figuras paternas.

Frecuentemente puede ocurrir que en determinados valores propios por el paciente en este período y arraigados profundamente en él, esté el origen de posteriores situaciones. Los problemas de educación sexual o de educación religiosa constituyen algunos ejemplos de esas posibles situaciones conflictivas, cuyo origen deberá por tanto, buscarse con atención<sup>12</sup>.

El contexto cultural de la sociedad, contiene una variedad de

---

<sup>12</sup> Pancheri, Paolo. Manual de Psiquiatría Clínica. 2a. edición, Editorial Trillas, México. 1990. Pag 79

prejuicios, respecto a las enfermedades mentales. Esto agrava aún más los problemas originados en los familiares de los paciente psiquiátricos porque, en lugar de recibir apoyo y comprensión de esa sociedad a la que pertenecen, se les discrimina y aísla de todo contacto social, laboral y sobre todo político.

Existe una conceptualización generalizada de que la locura no tiene curación y que todo desajuste es una locura consumada. Por tanto, este tipo de enfermos deben permanecer en un asilo, de donde no podrán salir porque siempre serán personas peligrosas e inservibles para nuestra sociedad, a pesar de haberse recuperado. Los prejuicios persisten y hacen un gran daño a la familia y a sus relaciones con el paciente, siendo éstas las causas más generales de recaídas posteriores.

Un buen porcentaje de familiares de pacientes con problema de reingreso desconoce sobre lo que es la enfermedad mental considerando que ésta se debe a daños por hechicería y/o brujería que otras personas les han ocasionado a sus pacientes deduciéndose que el factor sociocultural influye negativamente en la rehabilitación del paciente, porque en su creencia visitan centros espiritistas y/o curanderos para sacarles el hechizo, según ellos; pero en realidad es que en lugar de ayudar al paciente, más lo confunden, ocasionando nuevamente otras recaídas atribuyéndosele a este factor, el motivo por el que no toman la medicina o interrumpen su tratamiento.

## 1.2. FACTORES PSICOLOGICOS:

Los factores psicológicos pueden ser un mecanismo de defensa contra los desordenes mentales; dependiendo de cómo sean orientadas las emociones y rasgos psicológicos, así se reafirmarán los sentimientos, el carácter, lográndose el control del temperamento en buen desarrollo de la personalidad del individuo. Así mismo, otros factores pueden influir negativamente en la persona, desencadenando el apareamiento de la enfermedad mental, tales como las fijas de fijación, sentimientos de culpabilidad, inferioridad y/o superioridad, represiones, desadaptación, regresiones infantiles, conflictos sexuales y de tipo religioso. Estos se manifiestan y se transforman en alteraciones de conducta.

Es importante tomar en cuenta que la familia es una fuente que contribuye a crear ambientes sanos o enfermizos para los miembros que la conforman.

## 1.3. FACTORES BIOLÓGICOS:

Son aquellos factores que están constituidos por el terreno constitucional, heredado de los progenitores; pues es diferente de individuo a individuo, con la sola excepción de los gemelos idénticos y sobre tal terreno actúan los otros factores, potenciando o inhibiendo algunas características. Estos factores aún son objeto de discusión en el origen de las enfermedades mentales.

puesto que no es nada fácil establecer cuándo un enfermo psiquiátrico lo es debido a factores constitucionales hereditarios, o cuándo lo es debido a factores adquiridos ambientales.

Por otro lado, no se debe olvidar que cuando existen antecedentes familiares de la enfermedad, se corre el riesgo de que la persona padezca de la misma enfermedad. Un ejemplo puede ser la esquizofrenia que "es un síndrome heterogéneo en su etiología, patología, cuadro, curso, respuesta al tratamiento y pronóstico". No obstante, se considera que es una enfermedad o trastorno en el que se manifiesta un conjunto de conductas socialmente inaceptables<sup>13</sup>.

Un buen porcentaje de pacientes con problemas de reintegración cuentan con familiares que padecen de enfermedad mental (ver cuadro No. 13). Esto demuestra que la enfermedad se encuentra influenciada o mejor dicho es heredada de generación en generación o sea de padres a hijos.

Se pueden mencionar otros factores biológicos, a consecuencia de golpes y/o accidentes, así como los generados por problemas sociales como la desnutrición, infecciones e intoxicaciones. Estas últimas son más factibles de darse en nuestro país por las características de pobreza que existen. Un alto porcentaje

<sup>13</sup> Kaplan, Harold I., Sadock, Benjamin J. "Compendio de Psiquiatría". Edit. Promotora, 2a. edición. México, D.F. 1991. P. 201.

millas guatemaltecas, presentan problemas de desnutrición, la que su vez genera desórdenes mentales, afectando a aquellas familias que viven en absoluta pobreza, puesto que no poseen las defensas naturales en su organismo, para sobrellevar y confrontar dicha enfermedad.

Otro factor determinante en el desarrollo mental deficiente, es la falta de cobertura obstétrica, que además viene a complicarse con la desnutrición y con infecciones. La marginalidad es otro factor de riesgo psicosocial, puesto que va a favorecer la delincuencia, la fármaco-dependencia y el alcoholismo. Algunos grupos van a estar en mayor riesgo que otros, debido a condiciones adversas a la vida diaria; por ejemplo, las condiciones de trabajo, los problemas familiares, cambios socio-políticos y otros más, que van a crear tensión o sufrimiento.

Analizando lo anterior, se puede decir que la salud, comprendiéndose como "Un estado de bienestar y equilibrio psicosocial"<sup>14</sup>, puede verse afectada por diversos factores que precisamente son biológicos; provocando en la persona o grupo, discapacidades e invalidez, y, mientras no se tomen en cuenta en los planes de salud, seguirán repercutiendo en el desarrollo integral del individuo, familia y demás grupos sociales, específicamente en aquellos sectores desposeídos.

---

<sup>14</sup> Kalimo Raija y El-Batawi Mostafa A., Cooper, Gary Loc. Cit. Pág. 14.



### 1.5. TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO:

En el campo del Trabajo Social Médico, se encuentra el Trabajo Social Psiquiátrico. La salud comprende los aspectos físicos y mentales. Debido a la complejidad de la sociedad actual, es de vital importancia una especialización en el campo del Trabajo Social. Las condiciones ambientales son de gran relevancia en el tratamiento psiquiátrico. Para ello se tomará en cuenta la recopilación de datos exactos que coadyuven a elaborar el diagnóstico y tratamiento del paciente. Esto ha sido un buen aporte del Trabajo Social.

Dentro de sus principales responsabilidades deberá realizar la historia social del paciente, así como participar activamente en la terapia grupal. Otra función fundamental, es la que se realiza con la familia del paciente, puesto que ésta es la base, ya que hay una serie de factores que desencadenaron la enfermedad de uno de sus miembros. Siendo importante conocerlos para poder tratar a la familia, tratando de percibirlos y de lograr un cambio de actitud en general. Además, se preocupará de preparar a estas familias, para el retorno de su miembro enfermo para que sea aceptado sin problema alguno. La orientación familiar deberá darse durante el período de convalecencia, mediante una atención post-institucional. Es una tarea de seguimiento para completar la obra iniciada dentro de la institución.

Entre otras funciones que debe realizar el profesional

abajo Social inmerso en la Psiquiatría, se pueden mencionar:

participar en todas las etapas del proceso de tratamiento, obteniendo antecedentes de la enfermedad, como también los factores precipitantes para facilitar el diagnóstico.

Brindar apoyo y ayuda práctica al paciente y familiares, en preparar al paciente para la rehabilitación y así mismo minorizar las sobrecargas ambientales que pudieran afectarlo adversamente cuando regrese a su hogar.

Supervisar al paciente y a su familia, después del egreso del hospital. En cualquier nivel, una gran parte del Trabajo Social, está relacionado con resolver problemas. A veces sucede con frecuencia que el problema llega a la Trabajadora Social, cuando ya todos lo han tratado y han fallado, o sea, lo que otros no han resuelto, desaprovechándose sus habilidades significativas.

Una de las funciones principales y muy positivas del Trabajo Social de casos es actuar como contrapeso a la actitud demasiado única que ya hemos mencionado. El psiquiatra debe dar importancia a los factores sociales en las enfermedades mentales. Dará con agrado la ayuda que le proporcionen sus colegas, las Trabajadoras Sociales.

La Trabajadora Social no debe ver al paciente aislado del

contexto familiar y del medio social más amplio. Esa actitud aceptada media vez, no le dé mucha importancia al ambiente olvide de la importancia de la enfermedad dentro de la persona.

Habiendo proporcionado ya algunas funciones generales, que es la labor del profesional en Trabajo Social, en el psiquiátrico, se pasará a definir su concepto, entendiéndose "TRABAJO SOCIAL PSIQUIATRICO, LA LABOR QUE EL PROFESIONAL TRABAJA EN EL CAMPO DE LA SALUD MENTAL, CENTRAN ATENCION EN EL ESTUDIO DE LOS FACTORES PSICOSOCIALES CONTRIBUYEN EN LA ENFERMEDAD DEL PACIENTE, REHABILITACION Y PREVENCION A TRAVES DEL USO ADECUADO DE METODOLOGIA, TECNICAS E INSTRUMENTOS ESPECIFICOS DEL TRABAJO SOCIAL"<sup>15</sup>.

La sustentante considera que el Trabajo Social psiquiátrico estudia o investiga los factores psicosociales del sujeto-familia contribuyendo a su tratamiento y rehabilitación psico-social auxiliándose del método científico, técnicas e instrumentos del Trabajo Social, para su acción profesional.

---

<sup>15</sup> Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Op. Cit. pag. 344.

1.6. PRINCIPALES PROBLEMAS DEL DISCAPACITADO MENTAL CON PROBLEMA DE REINGRESO:

1.6.1. FAMILIARES:

Muchas veces la familia del paciente adolece de una serie de necesidades y presenta una serie de problemas que la misma sociedad le impone. Presiones que en determinado momento les pueden producir estados de angustia y/o ansiedad, provocando la mala comunicación entre familia-paciente, serios conflictos familiares que perjudicarán la forma del comportamiento del paciente, o bien éstos determinarán sus recaídas.

Existen estímulos impositivos y negativos que se manifiestan dentro de las relaciones intrafamiliares. Cuando estos son negativos se corre el riesgo de que el paciente se torne agresivo ante el miembro de la familia que está provocando dicha situación. Las malas relaciones familiares se pueden dar por diferentes causas, entre ellas, algunas determinantes, como lo es la patología familiar. En otras palabras, es la familia la que enferma al paciente; debido a este tipo de problemas, la familia opta por abandonar definitivamente al paciente; situación que puede confirmarse en el Hospital Nacional de Salud Mental, pues existen varios pacientes que han sido totalmente abandonados por sus familias.

### 1.6.2. RECHAZO:

Un buen porcentaje de pacientes que se encuentran recluidos en el hospital, son rechazados por su propia familia, amigos y de la comunidad donde viven, condenándoles a vivir aislados por un tiempo indefinido. En este aspecto juega un papel importante el factor sociocultural, en cuanto a la aceptación o no del paciente con discapacidad mental. "Las actitudes hostiles pueden ser fruto del desconocimiento de las causas de la enfermedad y del comportamiento imprevisible de los enfermos, que amenaza el orden social y origina estados de ansiedad. Agregándose además, los mitos acerca de tipos de enfermedades"<sup>16</sup>

Ante el temor e ignorancia, los familiares tratan de buscar solución a su problema; tomando diversas actitudes, como el alejarse de su paciente, que es lo que sucede con frecuencia evitando de esta forma su angustia pero a la vez, están descargando toda su responsabilidad; dejándolo al olvido; excluyéndolo de la relación familiar. De igual manera responde la sociedad; trata de mantener a los discapacitados mentales lo más lejos posible construyendo hospitales fuera de la ciudad; negándoseles la oportunidad de trabajo y rehusando su contacto.

Los trastornos mentales severos; son una fuente de temo

---

<sup>16</sup> Séptimo informe del Comité de Expertos de Salud Mental OMS. Serie de Informes Técnicos No. 177. Psiquiatría Social Actitudes de la Colectividad. s.a. Pag. 10.

causando discriminación y rechazo hacia las personas que las padecen. Son la causa también, del bajo rendimiento y ausentismo laboral y de la poca participación de estos individuos en la vida familiar y comunitaria. Todos estos temores y actitudes por parte de la sociedad, son compartidos en el personal de salud, manifestándose negativamente en lo político y administrativo, a través de las legislaciones, la determinación de prioridades y la asignación de recursos para la salud mental.

### 6.3. ECONOMICOS:

La mayoría de pacientes que presentan problemas de reingreso pertenecen a un nivel cultural y económico bajo. Debido a su situación precaria, no tienen la oportunidad de ser tratados en hospitales privados, donde sólo tendrán acceso algunos enfermos privilegiados de familias acomodadas que sí cuentan con los medios suficientes para hacerlo. Con el tiempo, estas familias también se ven afectadas económicamente, puesto que el tratamiento es muy costoso tanto terapéutica como farmacológicamente. Se puede decir que el aspecto económico, es uno de los principales factores de las caídas y abandono de los discapacitados mentales.

La experiencia en el trabajo, ha demostrado que en la mayoría de los casos que presentan problemas de tipo económico, son familias desintegradas y con un bajo nivel cultural, en donde los padres han fallecido o abandonado a la esposa o al esposo por diversas

circunstancia, asumiendo la responsabilidad uno de los dos, o bien el hijo mayor, como sucede frecuentemente. Estos además de velar por el cuidado del paciente, tienen otras atribuciones importantes como lo es el de trabajar, para poder subsistir con el paciente el resto de la familia.

#### 1.6.4. ABANDONO:

Por este concepto entenderemos que es la "acción de dejar desamparo a quienes se tiene la obligación de prestar socorro, por ejemplo: abandono de familia"<sup>17</sup>.

Actualmente el hospital cuenta con una población de 2 pacientes con problema de abandono. Dentro de ellos, son muy pocos los que cuentan con familia, la que a su vez, se ha desatendido completamente de ellos; algunos familiares han cambiado domicilio o emigraron a otro país, evadiendo toda responsabilidad ante su paciente. En vista de ello, el hospital es quien ha adquirido dicha responsabilidad, proporcionándoles los cuidados necesarios. Con esta actitud negativa por parte de los familiares es imposible que el paciente logre su rehabilitación, puesto que le está negando la oportunidad de poderse reintegrar a su núcleo familiar y a la sociedad a la cual pertenece. El tratamiento médico-social puede ser eficiente pero sin el apoyo de la familia

---

<sup>17</sup> Osorio, Manuel. *Diccionario de Ciencias Jurídicas, Sociales y Políticas*. Edit. Heliasta, Buenos Aires. 1981. Pág 8

será posible su recuperación.

Muchas son las causas del abandono familiar, entre las principales podemos mencionar: ignorancia sobre lo que es la enfermedad mental, irresponsabilidad familiar y el factor económico es determinante en la vida familiar, repercutiendo en la evolución o desmejoría del paciente.

##### 5. DESEMPLEO:

Las oportunidades de empleo en nuestro país, se agudizan cada más, debido al cierre de fábricas y empresas. Otro factor de empleo es la falta de capital para abrir nuevas empresas, con que podrían crearse nuevas fuentes de empleo, incrementándose alto porcentaje de la población desempleada, si bien es cierto las oportunidades de trabajo son difíciles o escasas para ~~ellas personas que~~ se encuentran en buenas condiciones físicas mentales, menos posibilidades de trabajo existirán para los enfermos que sufren de discapacidad mental.

El problema del desempleo es uno de los indicadores para comprender la situación de pobreza en que se encuentra el país, generando sub-empleo en las grandes mayorías que carecen de los medios de producción; percibiendo un salario no acorde al alto costo de la vida, que no le permite satisfacer todas sus necesidades elementales.



Según la experiencia de trabajo, ha demostrado que no es nada fácil lograr la colocación laboral de un discapacitado mental aunque haya pasado su crisis y se encuentre en uso de sus facultades mentales. Pues en nuestro medio aún persiste la discriminación, temor, desconfianza hacia este tipo de enfermos, una actitud que en cierta medida obstaculiza su integración familiar y social. El profesional de Trabajo Social del hospital psiquiátrico, con frecuencia se encuentra con este grave problema porque se le deja sola casi siempre con esta labor, luchando con la familia y sociedad para su aceptación primeramente, y luego, para su inserción laboral. En este aspecto, es bien importante la colaboración de la familia, comunidad y otros profesionales que encuentran involucrados en la rehabilitación del discapacitado mental.

En un hospital psiquiátrico, existen dos categorías de pacientes con posibilidades de egreso y en condiciones de integrarse laboralmente:

- a) El paciente crónico: que ha sufrido una larga enfermedad por varios años, pero que se encuentra en condiciones de seguir los métodos modernos de tratamiento y que sin haberse recuperado totalmente, su hospitalización ya no es necesaria. Este tipo de paciente afrontará una serie de dificultades al regresar a la sociedad que probablemente olvidó y que se ha modernizado. Los hogares de sus familias desaparecieron por diversas

circunstancias. Las condiciones de trabajo han sufrido una transformación evidente. Ante este nuevo medio que le espera, será necesario orientar al paciente, para que pueda desenvolverse en ese mundo desconocido, lo cual llevará un periodo de aprendizaje y apoyo profesional.

El paciente agudo: es aquel que padeció de una crisis aguda, respondiendo rápidamente al tratamiento y su hospitalización ha sido breve. En este caso el paciente presenta problemas diferentes y contradictorios al paciente crónico, puesto que probablemente conserve aún hechos de su crisis mental y que las personas que conviven con él, puedan recordarle acontecimientos del pasado, que pueden ocasionar serias dificultades. Esas crisis tal vez fueron dramáticas o violentas por lo que su familia y comunidad presentan temor a su regreso y por esta razón no será bien aceptado. Es en este momento donde la Trabajadora Social, utilizará todos sus conocimientos psiquiátricos para concientizar a los familiares del paciente y vecinos de la comunidad, para que el paciente sea comprendido y aceptado dentro de su medio social. Si se tratara de un paciente con problema de reingreso, habrá mayor razón para investigar las causas que produjeron su recaída, previendo con ello, exponer al peligro su vida y/o la de los miembros de su familia y de su comunidad.

## CAPITULO 2

### FUNCIONAMIENTO Y ESTRUCTURA DE LA INSTITUCION

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA ATENCION PSIQUIATRICA EN GUATEMALA:

Los datos que a continuación se dan a conocer fueron recabados del Trabajo de Tesis titulado "Ensayo Histórico de la Atención Psiquiátrica Hospitalaria Pública y la Salud Mental en Guatemala 1988", que fue realizado por la Dra. Irma Leticia Pivaral Alvarado, describiéndose con detalle aquellos momentos históricos más relevantes de la atención psiquiátrica en nuestro país.

Para la época colonial, no existía en Guatemala un asilo casa-hogar para enfermos mentales, los cuales se dedicaban a deambular por las calles de la ciudad en el Valle de la Ermita pidiendo limosnas para poder subsistir, siendo permitido por las autoridades coloniales. En esa época fueron encerrados en una celda apartada en el Barrio Santa Isabel, dos o tres locos agresivos que no contaban con familia; los que eran tranquilos se dejaban en libertad. Al poco tiempo fallecieron y no se supo más de esa casa.

A inicios del siglo XIX, eran los familiares quienes asistían a unos cuantos locos que deambulaban por la ciudad. Existen otras fuentes bibliográficas que dicen que en la Casa Nueva, hoy

Dirección General de la Policía Nacional y Pasaje Municipal, se encontraban dos cuartos destinados para encerrar a mujeres dementes. Algunos enfermos como El Chico, Cabezón, Jorobado, La Mariposa, El Conejo, Los Campanillas, Cirugía, La Paloma, imploraban la caridad pública en las calles de la ciudad para sobrevivir.

En el año de 1819, por disposición del Rey de España, se acuerda proporcionar ayuda a todos los oficiales dementes, hospitalizándose por 6 meses para observación. En caso de no ser curable su enfermedad, se le daría su retiro con sueldo, o bien la Real Hacienda se encargaría de pagarle un lugar donde se le prestaran sus cuidados.

El destino de los sargentos, cabos y soldados dementes, no era igual que el de los oficiales, puesto que éstos eran llevados al hospital más cercano, siendo internados únicamente por cuatro meses, por parte de la Real Hacienda. En 1842 se nombra una comisión por parte de los gobernantes, para que se hiciera un estudio con el fin de fundar en Guatemala, un asilo para dementes. En 1844, con la intervención del Jefe Político, Don Antonio P. Valdés, por órdenes del Supremo Gobierno y a solicitud de la Junta de Caridad, se envió un oficio al honorable Ayuntamiento de la Capital para que se acordara con la Municipalidad, la cantidad de \$20.00 (veinte pesos) o \$25.00 mensuales para el mantenimiento del asilo. Después de discutido por el Síndico, quien manifestó su

desacuerdo ante dicha petición, la Junta de Caridad planteó y formuló un proyecto para la inauguración y sostenimiento del mencionado asilo; proponiendo al gobierno que con la cantidad de cien pesos, se podrían prestar los servicios al público y que los gastos fueran proporcionados por el gobierno, municipalidad y Hospital General, quien además, se comprometía a dar camas y otros enseres para su instalación y que el Ejecutivo creara un fondo para su sostenimiento. El proyecto sólo se quedó en un sueño, puesto que no se llevó a cabo, por falta de apoyo de las autoridades de esa época.

En el año de 1850 se creó en el Hospital General, una cárcel exclusivamente para enfermos varones presidiarios o que presentaban lesiones, siendo llevados al lugar denominado "la jaula", heridos acusados de delitos o crímenes. En caso de que fuera mujer, era aislada en la Prisión de Mujeres. Después de varios intentos por la creación de un lugar para enajenados, nadie volvió a preocuparse de ellos, paseándose por toda la capital en malas condiciones económicas.

En 1878, por orden del General Justo Rufino Barrios, se alberga a las mujeres dementes en celdas del ex-convento de Santa Catalina, anteriormente casa de corrección para alcohólicos. En este lugar permanecían encerradas en cuartos oscuros a los locos más agresivos y los pacíficos, deambulaban por el patio. Debido a la inadecuada estructura del edificio, la mala alimentación y la

alta de atención médica y el aislamiento, no era posible su recuperación, encontrándose en completo abandono.

En 1886 fue donado un terreno por el señor Luis Asturias Pavón, situado al sur del Hospital General, destinándose para el asilo de dementes. Dicho terreno contaba con 100 metros de frente por 200 de fondo, contando con un área de 20.000 metros cuadrados. La construcción se inicia el 24 de octubre del mismo año, en el gobierno del General Don Manuel Lisandro Barillas, concluyéndose la obra en 1890. Ofreció sus servicios al público el 10 de marzo del mismo año. La obra fue supervisada por el señor Asturias Pavón, y el manejo estaba a cargo de tres hermanas de la caridad y una madre superiora. Se contaba además, con un Inspector General, el Lic. Sidro Gándara.

El asilo no reunía las condiciones y ambientes necesarios para alojar a los enfermos mentales cuyo aumento era considerable. Las autoridades preocupadas por resolverles su situación, plantearon la necesidad de realizar un estudio para construcción de un nuevo edificio en la Finca la Palma. El 14 de julio de 1960, ocurre el lamentable y espantoso incendio del mencionado asilo, que posteriormente fue denominado Hospital Neuropsiquiátrico "Dr Miguel A. Molina". El desagradable incidente condujo a la muerte de 250 pacientes. Los sobrevivientes fueron hospedados provisionalmente en una parte del Hospital Antituberculoso; ante la crisis en que se encontraban viviendo los enfermos, el Dr. Alfonso Ponce Archila,

Ministro de Salud Pública en esa época, convocó a reunión profesionales dedicados a la psiquiatría, para expresarles preocupación por resolver la situación de dichos enfermos. mismo, de la creación de una Dirección General de Salud Mental Guatemala, que se dedicara a organizar y dirigir la asistencia psiquiátrica e higiene psiquiátrica del país, y la urgencia de construcción de un hospital en la ciudad.

Los planos para el nuevo hospital fueron elaborados personal capacitado y aprobados por el Señor Ministro. A través la colaboración del Señor Ministro de la Defensa se logró adquirir el terreno ubicado a un kilómetro del Puente Belice, ruta Atlántico. Posteriormente la Comisión de Trabajo nombrada por Señor Ministro, realizó una visita para otorgar su aprobación y razones topográficas, clima y altura, consideraron que el lugar ideal para la construcción del nuevo hospital, ordenándose arreglar la vía de acceso.

De acuerdo a los planos aprobados, se inician los trabajos de construcción para el nuevo centro; cuyo principal objetivo es atender a enfermos con problemas psiquiátricos de ambos sexos. Contándose con 8 pabellones, contemplándose para cada pabellón una cantidad de 50 pacientes; además se contaría con servicios de apoyo y diagnóstico.

En el año de 1971, el Dr. René González Uzcátegui (Asesor)

Regional en Salud Mental de la OMS de ese entonces), se reúne con la Comisión de Trabajo, con el propósito de realizar un estudio para la habilitación del nuevo hospital psiquiátrico, presentando al Ministerio de Salud Pública, un reglamento por el que se regiría el mismo. Se efectúa una visita para la elaboración del presupuesto; después de cuatro años de terminada su construcción no se sabía el empleo que se le iba a dar. Posteriormente, se hace una selección de personal, para una capacitación de Psiquiatría, orientado hacia la comunidad. En el año de 1975, se inaugura el primer pabellón para hospitalización de pacientes en estancia breve y se dan los primeros indicios para el funcionamiento de una **COMUNIDAD TERAPEUTICA**, después de un estudio de investigación hecho por personal del Departamento de Salud Mental. Luego se abre otro pabellón con la misma finalidad, funcionando dos servicios, los cuales eran mixtos, haciendo un total de 100 camas.

Para el año de 1983, durante los meses de enero y febrero, se formó una comisión de trabajo, a solicitud del gobierno de Guatemala, quien pretendía la unificación de los dos hospitales, Hospital Dr Miguel F. Molina y Hospital Carlos Federico Mora, con el fin de prestar una mejor atención a los pacientes con problemas emocionales, los que habían sido olvidados por los gobiernos anteriores.

Dicha comisión planteaba en su trabajo los objetivos de:

a) Distribuir en forma equánime los recursos humanos y



materiales de cada uno de los hospitales mencionados y que el recurso humano se ubicara de acuerdo a las necesidades que se presentaran con la nueva organización.

b) Describir lineamientos de trabajo de los diferentes sectores de los dos hospitales.

Lo que respecta a servicios administrativos, complementan las funciones especializadas o de apoyo, ampliando su participación a todo el sistema, con la finalidad de brindar un mejor servicio a los pacientes.

En cuanto a su filosofía, el Hospital ya unificado, deberá de funcionar como un hospital especializado en Salud Mental, integrándose al Plan Nacional de Salud, en sus niveles primario, secundario y terciario, dando prioridad a la atención secundaria y en el desarrollo progresivo del nivel primario.

El enfoque deberá hacerse dentro de un marco de la Psiquiatría Preventiva, tratando de evitar la institucionalización de pacientes, procurando proporcionar tratamiento ambulatorio y de preferencia, la hospitalización breve mínima de 15 días y la máxima de 30 días.

Después de 7 meses de haberse dado la unificación de los dos hospitales, se suscitaron muchos problemas, principalmente técnico-administrativos, de relaciones interpersonales y de naturaleza física. En cuanto al problema de tipo técnico, no existía una

litica definida, en relación a sus objetivos y funciones, ya que el Hospital Miguel F. Molina, asistía a pacientes crónicos o de estancia prolongada, y, que el personal del Hospital Carlos F. ra, atendía a pacientes de estancia breve o agudos, lo que daba a imagen de que las dos instituciones tenían "escuelas de nsamiento" con enfoques diferentes.

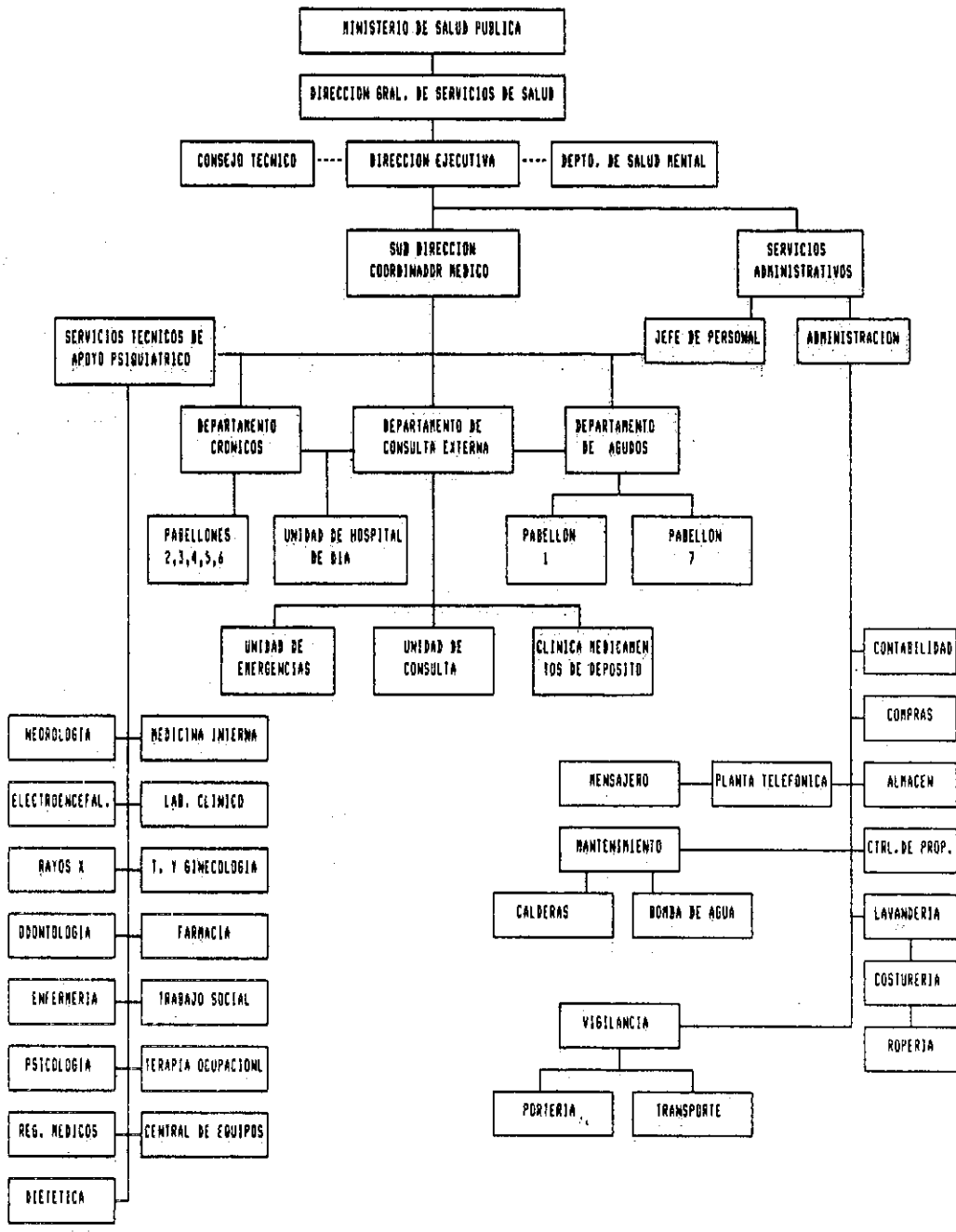
En cuanto al párrafo anterior, la Dra. Irma Leticia Pérez de varado, hace la siguiente crítica en su tesis "Ensayo Histórico la Atención Psiquiátrica Hospitalaria Pública y la Salud Mental Guatemala, considera que tal enfoque no es aceptado, puesto que hay equidad en el personal. Menciona además, que un psiquiatra debidamente preparado, independientemente de su tendencia eológica, deberá atender tanto a pacientes agudos como de estancia prolongada (crónicos); de no ser así, "se implemente un programa de docencia médica continua a todos los médicos residentes."

Los problemas anteriormente descritos han ido desapareciendo a través del cambio de actitudes en el personal, lo cual no ha ido fácil de aceptar para cada uno de los hospitales; el que de rma involuntaria el gobierno decide su integración, con el propósito, según éste, de mejorar la atención a los usuarios, lvidándose de la reacción que tomaría el personal de los ospitales. Actualmente, el hospital es conocido como "HOSPITAL



NACIONAL DE SALUD MENTAL", el que surgió con la idea de que existieran divisionismos entre los dos hospitales, pretendiendo con ello mejorar las relaciones interpersonales del personal.

2.2. ORGANIGRAMA DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL



### 2.3. OBJETIVOS DEL HOSPITAL:

Los objetivos que a continuación se presentan, se elaboraron tomando como base el trabajo de tesis "Estudio del Abandono del Enfermo con Retraso Mental en el Hospital Nacional de Salud Mental de Guatemala", elaborada por T.S. Silvia Sett Lee de Chicas; afiches del Hospital y agregados que le hiciera la sustentante, para fortalecerlos.

- 2.3.1. Brindar atención integral a todas las personas del país que presenten problemas psiquiátricos.
- 2.3.2. Orientar terapéuticamente a la familia, para facilitar la integración del paciente a su medio familiar y social.
- 2.3.3. Proporcionar tratamiento psiquiátrico, médico, social y psicológico para la recuperación y rehabilitación del paciente
- 2.3.4. Colaborar con otras instituciones del país, que requieran de sus servicios.
- 2.3.5. Promulgar la atención preventiva a la población en general.
- 2.3.6. Contribuir a la formación de profesionales especializados

en salud mental.

3.7. Proporcionar atención en salud mental a través de los diferentes programas establecidos.

3.8. Promover programas de Docencia intra e inter-institucional para las diferentes disciplinas afines al campo de la salud mental.

#### 4. SERVICIOS QUE PRESTA:

##### 4.1. Consulta Externa:

Dicho programa tiene como objetivo principal, brindar atención especializada, multidisciplinaria e individualizada, a todas aquellas personas que solicitan del servicio y presenten requisitos de la institución establece dentro de su filosofía.

##### 4.1.1. Requisitos de Admisión:

a) Residir en la capital o en cualquiera de los Departamentos de la República.

b) Estar comprendidos entre las edades de 14 años, para las mujeres y 16 años para los varones, hasta los 65 años.

c) Presentar nota de referencia de autoridad competente

d) Presentarse con un familiar o persona responsable

e) No ser afiliado al IGSS.

#### 2.4.2. Area de Estancia Breve:

Los servicios de Estancia Breve o Intensivos, se dedic a asistir pacientes en estado agudo o crítico, cuyo ingreso previamente evaluados en consulta externa, por el médico psiqui quien determina la hospitalización. El tiempo establecido en e áreas es de una semana como mínimo y tres meses lo máx Dependiendo del caso que se presente ya sea por su pr patología, de tipo social o legal, como es el caso de los reos, únicamente pueden egresar por orden del juez.

Actualmente existen dos servicios de intensivos: uno hombres y otro de mujeres; cada uno con capacidad para 35 cama Ofrecen atención médico-social, de psicología, cuidados enfermería y otros servicios de apoyo como laboratorio, rayos lavandería, dietética, intendencia, etc.

Ofrece psicoterapias de apoyo, psicoterapia individu psicoterapia de grupo y psicoterapia familiar, así c psicofarmacológica. La atención se da a través de la participac de un equipo multidisciplinario, conformado por un Méd Psiquiatra, un Psicólogo, un Trabajador Social y un Enferm

Profesional.

#### 2.4.3. Programas Especiales:

-Unidad de Rehabilitación Diurna: Este programa es eminentemente rehabilitativo, proporciona atención psiquiátrica a pacientes parcialmente recuperados y que se encuentren en riesgo de descompensación. Centraliza su atención durante el día en un horario de 8.00 a 15.00 horas. Ofrece a sus usuarios, tratamiento ambiental, psicoterapia individual, de grupo y familiar, terapia ocupacional y recreativa, terapia farmacológica y otras actividades terapéuticas.

Uno de los principales objetivos es "Contribuir a la rehabilitación psicobiosocial de las personas a su cargo, por medio de procesos terapéuticos actualizados de hospitalización parcial que reduzcan su hospitalización definitiva, involucrando a la familia y comunidad en el tratamiento".

- Clínica de Medicamentos de Depósito: La clínica de Medicamentos de Depósito o de Anatensol, como se le denomina, se encuentra ubicada en la Consulta Externa. Atiende específicamente a pacientes ambulatorios, no psicóticos, que estén o se encuentren abordables, que rechacen medicamento por vía oral y con diagnóstico de esquizofrenia y sus diferentes variantes.

Brinda tratamiento farmacológico, terapias individuales y



grupales, con una proyección a nivel preventivo. El trabajo se realiza en forma multidisciplinaria, participando activamente la Trabajadora Social. El equipo de trabajo está integrado por un Médico Psiquiatra, una Enfermera Profesional, un Psicólogo y una Trabajadora Social. Dentro de los objetivos principales se encuentran los siguientes:

- a) Evitar el número de recaídas y reingresos al hospital.
- b) Facilitar la integración del paciente a su medio familiar y social.

#### 2.4.4. Servicios de Estancia Prolongada o Crónicos:

Los siguientes servicios, brindan atención a aquella población que presenta diversos problemas sociales, o que por razones crónicas de su enfermedad mental, son hospitalizados por tiempo indefinido, hasta que el médico psiquiatra y el resto del equipo multidisciplinario, consideren su egreso, en caso de que sus condiciones familiares y sociales lo permitieran. Caso contrario, se quedarán confinados hasta sus últimos días. El número de esta población es de 241 pacientes distribuidos en cuatro pabellones: 2,3,4,y 6.

#### 2.4.5. Recursos con que cuenta el Hospital Nacional de Salud Mental:

1.5.1. Recursos Humanos: Médicos Psiquiatras, Médicos  
Dentistas, Psicólogos, Trabajadores Sociales, Enfermería  
Profesional, Auxiliares de Enfermería, Terapistas Ocupacionales y  
Personal Administrativo.

1.5.2. Recursos Materiales y Físicos: Mobiliario y equipo de  
cocina, utensilios de cocina y de limpieza, equipo hospitalario,  
etc.

Recursos Físicos: De servicios, oficinas, auditorium, cancha de  
sketbol, hortaliza, donde se realizan actividades agrícolas, y  
parque para ejercicios y aeróbicos.

1.5.3. Financieros e Institucionales: El Hospital depende  
administrativamente del Ministerio de Salud Pública y Asistencia  
Social. Financieramente, del Ministerio de Finanzas Públicas,  
signándosele un presupuesto para el año de 1996 de Q.  
1,240,963.00, destinados a cubrir gastos de remuneración de los  
empleados y gastos por bienes y servicios.

Tomando en cuenta la información antes descrita, se puede  
decir que los servicios con que cuenta el hospital no son  
suficientes, debido a que el presupuesto que le es asignado no  
cubre totalmente todas sus necesidades. Es importante resaltar que  
el hospital posee los recursos necesarios, específicamente humanos, en las  
disciplinas de Trabajo Social y Auxiliares de Enfermería; situación

[  |   ]

que no permite brindar una adecuada atención a la población requiere de su servicio. Además, tiene una cobertura nacional en una circunstancia que influye a que no se de seguimiento a los casos por parte del personal de Trabajo Social.

Según expertos en la salud, se considera que para el año 2000 se incrementará el índice de población discapacitada mentalmente si no se toman desde ya las medidas preventivas urgentes para contrarrestar la problemática.

## **2.5. FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL PSIQUIATRICO:**

### **2.5.1. Funciones del Técnico Profesional III, Jefe del Departamento de Trabajo Social:**

- Dirigir técnica y administrativamente a los profesionales que integran el departamento, con el objeto de operativizar las políticas institucionales y de la disciplina de Trabajo Social.
- Delegar en la supervisión, la coordinación, motivación y comunicación para lograr el cumplimiento de los objetivos del departamento de Trabajo Social y la institución.

**2.5.2. Funciones Técnico Profesional II, Supervisora de Trabajo Social:**

- Supervisar y evaluar en forma sistemática los programas que se ejecutan en los servicios, así como la actividad de los profesionales que los llevan a cabo para mejorar la calidad y cantidad de servicios.
  
- Dirigir, organizar, planificar, coordinar, supervisar y evaluar el trabajo efectuado por profesionales de los servicios a su cargo; así como programas y proyectos de corto y mediano plazo.
  
- Delegar funciones al personal a su cargo
- Coordinar las actividades específicas de los servicios con otros centros hospitalarios y con la Jefatura de Trabajo Social.
  
- Realizar investigaciones y análisis del proceso administrativo de los servicios, analizar el funcionamiento del mismo y presentar recomendaciones adecuadas.
  
- Efectuar estudios sobre uso de recursos humanos, materiales, financieros y otros.
  
- Asesorar a personal de menor jerarquía, en la elaboración de planes, programas y proyectos específicos del Departamento de

Trabajo Social.

- Sustituye temporalmente a empleados de igual y mayor nivel jerárquico (Técnico Profesional I y III), en casos de licencia, vacaciones, etc.

**2.5.3. Funciones Técnico Profesional I, Trabajadores Sociales a Nivel Aplicativo:**

- Participa en investigaciones de problemas médicos, sociales, psiquiátricos, en forma científica.
- Participa en la elaboración de planes, programas y proyectos del servicio donde se encuentra ubicado.
- Atención social a pacientes y familiares.
- Coordinación de actividades a nivel intra y extra hospitalario.
- Impartir charlas a pacientes, familiares y encargados, a nivel preventivo, educativo e informativo.
- Elabora material escrito y educativo.
- Organiza grupos terapéuticos de pacientes y familiares en

coordinación con el equipo multidisciplinario.

Participa como docente supervisor en la capacitación de alumnos de Trabajo Social en práctica.

Sustituye temporalmente a empleados de igual o mayor nivel jerárquico (Técnico Profesional II y III), en casos de vacaciones, enfermedad, permisos, etc.

Brinda asesoría en el campo de Trabajo Social Psiquiátrico, dentro y fuera del área hospitalaria, así como proporciona aspectos técnico-metodológicos al personal a su cargo y equipo multidisciplinario.

Actualmente, el hospital cuenta con 5 Trabajadores Sociales. cuatro de ellas tienen plaza aún de Técnico Profesional I; una de las se encuentra realizando funciones como Técnico Profesional I; uno con plaza de Auxiliatura de Trabajo Social. Asimismo, no se cuenta con plaza de Jefatura de Trabajo Social, siendo cubierta temporariamente por una de las Trabajadoras Sociales, quien además tiene a su cargo un servicio.

Todas las Trabajadoras Sociales tienen a su cargo dos servicios: uno de prioridad y uno de estancia breve, o sea, agudo y crónicos. Considerando que el número de profesionales es suficiente para cubrir a toda la población que demanda de sus

servicios, influyendo esta situación a que no exista una proyección más amplia del profesional en Trabajo Social, en relación supervisión y seguimiento de egresos de pacientes, pues existiera una adecuada orientación a los familiares, se lograría evitar sus reingresos.

#### 2.5.4. Metodología:

La metodología empleada por las profesionales en Trabajo Social, se basa en el proceso metodológico de Trabajo Social realizando una investigación, que le permite llegar al diagnóstico o problema que presenta el paciente-familia, para luego elaborar plan de trabajo, por medio del que se va a guiar para efectuar actividades, coordinando con profesionales intra y extra hospitalariamente, así como también con otras instituciones pacientes y familiares. La evaluación de las actividades no lleva a cabo por parte del Departamento de Trabajo Social existiendo únicamente supervisión por parte de la Jefe del mismo la que se da en forma esporádica. Esto no permite mejorar calidad profesional de cada una de las Trabajadoras Sociales del hospital.

Para la ejecución de las diferentes actividades, profesional de Trabajo Social utiliza técnicas como entrevista observación directa e indirecta, visitas domiciliarias, reuniones familiares y de grupos.

### CAPITULO 3

#### PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se considera de vital importancia incluir este capítulo, con el objetivo de presentar y dar a conocer los resultados obtenidos de la investigación de campo, el cual permitió confrontar la teoría en los capítulos anteriormente descritos.

Para tal efecto, se consideró necesario tomar una muestra de 25 expedientes clínicos de los casos de pacientes con problemas de reingreso al Hospital Nacional de Salud Mental. Así mismo, se encuestaron a 25 familiares de pacientes que afrontan dicha problemática, con el fin de conocer sus opiniones en cuanto a la enfermedad mental que padecen y de que manera influye dicha enfermedad en sus relaciones familiares. El estudio permitió conocer los factores más relevantes que determinan sus reingresos. A la vez, se tomó en cuenta la opinión del personal del Departamento de Trabajo Social que laboran en el mismo centro, por ser las personas que se encuentran relacionadas con la familia-paciente y por conocer su medio ambiente familiar.

Para recabar la información, se utilizaron instrumentos como boleta, guía de entrevista estructurada y guía de vaciado de datos, los que sirvieron de apoyo para llegar a la comprobación de las hipótesis que se plantearon al inicio de este trabajo.



3.1. Opinión de Familiares de Pacientes del Hospital Nacional de Salud Mental.

CUADRO No. 1

EDADES DE PACIENTES QUE SUFREN ENFERMEDAD MENTAL

EDADES	f	%
23 - 34	09	36
35 - 46	11	44
47 - 58	05	20
TOTAL	25	100

Fuente: Investigación de Campo

Los resultados de los datos anteriores, representan el 44% de los pacientes con problemas mentales, que oscilan entre las edades de 35 a 46 años, considerándolos como adultos jóvenes. Dato que coincide con estudios científicos realizados sobre Esquizofrenia. Por otro lado se observa que un 36% corresponde a los pacientes que se ubican entre las edades de 23 a 34 años, que son relativamente jóvenes y debido a la afección de la enfermedad, no participan en el proceso económico-productivo.

## CUADRO No. 2

ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL NACIONAL DE  
SALUD MENTAL

ESTADO CIVIL	f	%
Solteros (as)	18	72
Casados (as)	04	16
Unidos (as)	03	12
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

El cuadro anterior demuestra que el 72% de los pacientes con problemas de reingreso, son solteros, mientras que los dos últimos porcentajes, representan el 28% de la población de casados y unidos.

Se deduce con estos resultados, que dentro de la población investigada existe un alto porcentaje de pacientes solteros, lo que explica que debido a su enfermedad, les es difícil contraer mayores responsabilidades, pues la mayoría de ellos dependen económicamente de sus padres y/o familiares.

Existe además, un considerable porcentaje de casados y, unidos, lo cual provoca mayor inestabilidad familiar al ser el padre o madre de familia quien padece de problemas mentales, de modo que no puede brindar seguridad emocional a sus hijos, por el simple hecho de que es marginado socialmente, perjudicando especialmente en el aspecto laboral.

CUADRO No. 3

## OCUPACION DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL

OCUPACION	f	%
Agricultores	03	12
Oficios domésticos	05	20
Armeros	02	08
Albañiles	03	12
sin ocupación	12	48
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

El 48% de la población investigada, no tienen ocupación alguna, mientras que el otro 52% se encuentra distribuido en los diversos oficios. Como se puede observar, los trabajos que desempeñan los pacientes son en su mayoría de carácter doméstico.

Al analizar estos resultados, es evidente que más del 50% de la población investigada, realizan algún tipo de trabajo para poder satisfacer sus necesidades básicas, a pesar de estar sufriendo la enfermedad. Trabajos que no requieren de mucha responsabilidad, en su misma condición física y mental.

Los pacientes que se encuentran laborando, en su mayoría casados y/o unidos, con hogares formados. La población encuentra sin ocupación, corresponde a los solteros.

## CUADRO No. 4

## NIVELES DE ESTUDIO DE LOS PACIENTES DEL HOSPITAL DE SALUD MENTAL

ESCOLARIDAD	f	%
Primaria	10	40
Secundaria	04	16
Diversificado	04	16
Universitario	01	04
Sin escolaridad	06	24
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

Los resultados anteriores revelan que el 40% de los pacientes cursaron el nivel primario. Mientras que si se agrupa el segundo y tercer porcentaje, un 32%, aprobó la primaria y el Diversificado. No así; un 24% que carecen de escolaridad en lo absoluto.

Un alto porcentaje de pacientes con problema de reingreso son alfabetos, pero poseen un nivel cultural muy bajo. Además, debido a su enfermedad mental, no les permite ocuparse en empleos permanentes o fijos, sumado al elevado crecimiento de desempleo en nuestro país (66%) que genera el sub-empleo en la mayoría de

pacientes afectados, como también a la gran mayoría de guatemaltecos.

Esto demuestra que existe la posibilidad de su rehabilitación con un seguimiento adecuado, pues su nivel de estudios les permite mayor comprensión de su problema, y la necesidad de su colaboración, para que puedan incorporarse a su núcleo familiar y social.

## CUADRO No. 5

NUMERO DE MIEMBROS QUE CONFORMAN EL GRUPO FAMILIAR DE  
LOS PACIENTES

GRUPO FAMILIAR	f	%
1 - 3	07	28
4 - 6	13	52
7 - a más	05	20
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

Los resultados anteriores, demuestran que el grupo familiar de los pacientes con problemas de reingreso está conformado de 4 a 6 miembros, representando el mayor porcentaje. El otro 28% está constituido de 1 a 3 miembros.

Analizando dichos resultados, se puede decir que la mayoría de los pacientes cuentan con una familia numerosa, lo que indica que no están abandonados totalmente, existiendo la posibilidad de que los familiares que aún no se encuentran interesados en su recuperación, puedan concientizarse en cuanto a la responsabilidad de contribuir en su rehabilitación, beneficiándose de esta forma, ambas partes (pacientes y familia), pues el paciente no se sentirá rechazado, ni dependerá totalmente de ellos, lo cual vendría a mejorar las



relaciones familiares.

## CUADRO No. 6

## PERSONAS RESPONSABLES DE LOS PACIENTES

RESPONSABLES	f	%
Padres	14	56
Hermanos(as)	02	08
Esposos(as)	06	24
Otros	03	12
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

Como se puede observar, los resultados anteriores demuestran alto porcentaje del 56% que corresponde a los padres de familia, no responsables de los pacientes. Mientras que el otro 24% presenta como encargados a los cónyuges de pacientes.

Revelando estos resultados la importancia de involucrar al grupo de los familiares en el tratamiento del paciente, para el grupo de su recuperación.

CUADRO No. 7

## EIDADES DE LOS PADRES Y/O FAMILIARES DE LOS PACIENTES

EIDADES	f	%
15 - 25	01	04
26 - 36	01	04
37 - 47	03	12
48 - 58	06	24
59 - a más	14	56
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

Los resultados del cuadro anterior revelan que las edades de los padres y/o familiares de los pacientes, se encuentran entre los 59 años a más, siendo un porcentaje del 56%. Lo que indica que es una población de avanzada edad, que velan por el cuidado de los mismos. En la mayoría de casos, son los padres de familia los que asumen esta responsabilidad, debido al grado de consanguinidad que les une. Aunque es importante destacar que por ser personas de edad avanzada, se corre el riesgo que en un futuro próximo los pacientes con problema de reingreso, queden abandonados, provocando dicha situación el aumento de sus reingresos.

El otro 24% corresponde a los esposos como personas  
sponsables, ubicándose entre los 48 a 58 años.

## CUADRO No. 8

## ESTADO CIVIL DE LOS PADRES Y/O FAMILIARES DE LOS PACIENTES

ESTADO CIVIL	f	%
Solteros	07	28
Viudos	07	28
Casados	05	20
Unidos	05	20
Divorciados	01	04
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

Al observar los datos anteriores y al agrupar los dos primeros con el último porcentajes, se deduce que el 60% de los padres y familiares de pacientes con problemas de reingreso, no tienen un hogar integrado. Lo que demuestra que un alto porcentaje de pacientes pertenecen a hogares desintegrados, situación que también influye en el reingreso de los pacientes al hospital.

## CUADRO No. 9

## TOTAL DE INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

NIVELES DE INGRESO	f	%
Q 000.00 - Q 400.00	01	04
Q 401.00 - Q 800.00	05	20
Q 801.00 - Q1200.00	05	20
Q1201.00 - a más	14	56
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

El cuadro anterior demuestra que el 56% de la población nvestigada, devengan un salario de Q1,201.00 a más. Mientras que i se agrupan los tres primeros porcentajes que representan el esto; se obtiene un salario entre Q400.00 a Q1,200.00 mensuales. o que nos indica que tales ingresos no son suficientes para cubrir odas las necesidades de todos los miembros de la familia de acientes con problemas de reingreso, ya que poseen un nivel onómico pobre. Este factor incide en el reingreso del paciente ues el no tener los suficientes medios económicos para sufragar astos de pasaje y de medicina (para personas que viven en el nterior de la república), situación que coadyuva a que suspendan u tratamiento médico.

## CUADRO No. 10

PROBLEMAS DE SALUD QUE SE PRESENTAN CON MAS FRECUENCIA  
EN SU FAMILIA

ENFERMEDADES	f	%
Enfermedades mentales	19	76
Epilepsia	03	12
Enfermedades infecciosas y respiratorias	03	12
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de campo

Los resultados de los datos anteriores revelan que un 76% de la población encuestada padece de enfermedad mental, un 12% de Epilepsia y otro 12% de enfermedades infecciosas y respiratorias. Esto indica que en la mayoría de familiares de pacientes prevalece la enfermedad mental en relación a otras enfermedades como lo son las de tipo respiratorio o infeccioso. Estos datos son bastante importantes y denotan la necesidad de crear programas preventivos en relación a la enfermedad, dirigidos a familiares, con el propósito de contribuir a conservar su salud mental; brindándoles terapia de apoyo para que puedan descargar tensiones provocadas por el temor o angustia ante la problemática que atraviesan sus pacientes.

## CUADRO No. 11

## PROBLEMAS QUE AFRONTA ACTUALMENTE EL PACIENTE

VARIABLES	f	%
Salud y económicos	16	64
Familiares	05	20
Desempleo	04	16
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

Como se puede observar, los resultados anteriores revelan que el 64% de la población investigada atraviesan problemas de salud y económicos. Mientras que los dos últimos porcentajes que suman un total del 36% presentan problemas familiares y de desempleo; por lo que se considera que dichos factores son determinantes en los ingresos de los pacientes al hospital. Datos con los cuales se confirma la teoría, descrita en el marco teórico.



## CUADRO No. 12

## CONOCIMIENTO SOBRE LA ENFERMEDAD MENTAL

ALTERNATIVAS	f	%
Si	08	32
No	16	64
Sin respuesta	01	04
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

Los resultados anteriores demuestran que el 64% de los familiares de pacientes con problemas de reingreso, no han recibido ninguna orientación respecto a la enfermedad mental que presenta el paciente. Refiriendo la mayoría de ellos, que las causas se debe a que por factores de tiempo y falta de interés no lo ha solicitado, y por lo mismo no les han informado, desconociendo las personas que les pueden informar.

CUADRO No. 13

## ANTECEDENTES FAMILIARES DE ENFERMEDAD MENTAL

ALTERNATIVAS	f	%
Si	16	64
No	09	36
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

Los resultados de los datos anteriores representan al 64% de población investigada que afirmaron tener parientes tales como abuelos, tíos, padres, hermanos y primos que padecen o padecieron enfermedad mental. Esto demuestra que el factor genético es determinante en este tipo de enfermedades, contribuyendo en el ingreso de los pacientes.

## CUADRO No. 14

## OPINION RESPECTO A LA ENFERMEDAD MENTAL DEL PACIENTE

OPINION	f	%
Castigo de Dios	02	08
Hechicera o Brujeria	08	32
Hereditaria	06	24
Traumática	07	28
Otros	02	08
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

Al agrupar los dos primeros porcentajes se deduce que el 4 de la población considera que la enfermedad mental es un castigo Dios y/o hechicería. Lo que demuestra que en nuestro medio prevalece el factor socio-cultural, influyendo en los familiares creer que dicha enfermedad es propiciado por ideas mágicas religiosas, contribuyendo dicho factor a no aceptar la enfermedad como un desequilibrio de la personalidad, situación que afecta el tratamiento médico del paciente, puesto que los familiares en afán de curar al paciente visitan centros espiritistas, curanderos y brujos; según ellos para quitarle el hechizo, empeorando

tado mental por que interrumpen el tratamiento, generando un evado porcentaje de reingreso al hospital.

## CUADRO No. 15

## NUMERO DE HOSPITALIZACIONES DEL PACIENTE.

NUMERO	f	%
1 - 2	02	08
3 - 4	08	32
5 - 6	05	20
7 a más	10	40
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

Como se puede observar en el cuadro anterior, el 40% de l encuestados refirieron haber hospitalizado a sus pacientes de sie a más oportunidades. Lo que indica que es evidente el número recaídas en los pacientes. El otro 60% se encuentra distribuí entre el resto de los indicadores. Detectándose que la incidenc se dá con más frecuencia en los pacientes solteros jóvenes ent las edades de 23 a 34 años, específicamente del sexo masculino.

## CUADRO No. 16

CAUSAS POR LAS QUE REINGRESA EL PACIENTE AL  
HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL  
SEGUN OPINION DE FAMILIARES, PROFESIONALES DE T.S.  
E INFORMACION DE EXPEDIENTES

CAUSAS	FAMILIARES		TRABAJADORES SOCIALES		GUIA DE VACIADO DE LOS EXPEDIENTES	
	f	%	f	%	f	%
no toma medicina	12	48	--	--	16	64
resividad	--	--	--	--	09	36
alta de recursos económicos	04	16	02	50	--	--
acude a sus consultas	07	28	--	--	--	--
problemas familiares	01	04	--	--	--	--
rechazo del paciente	01	04	--	--	--	--
no existe seguimiento de casos	--	--	02	50	--	--
TOTAL	25	100	04	100	25	100

FUENTE: Investigación de campo.

Los resultados del cuadro anterior, muestran que el 48% de los familiares de pacientes, manifestaron que la principal causa de los ingresos de pacientes al hospital, se da por que no toman el medicamento, así también se puede observar que la guía de vaciado información de expedientes, coincide con la opinión de familiares, proporcionando un resultado del 64% de pacientes que

no toman medicina, un 36% que reingresa por agresividad , lo que explica que el paciente al no tomar la medicina se torna agresivo en contra de sus familiares y otras personas. Situación que puede evitarse, si la familia colaborara en proporcionarle medicamento, prestándole más atención a la enfermedad, brindándole comprensión, cariño, ternura, en lugar de despreciar avergonzarse y rechazarlo, actitudes negativas que proyectarán al paciente estímulos negativos, respondiendo él mismo de igual forma con hostilidad y agresión en la mayoría de veces.

Por otro lado el 50% de profesionales en Trabajo Social consideran que la falta de recursos económicos, es otra de las causas que contribuyen grandemente en los reingresos de los pacientes. El otro 50% , atribuye que no existe seguimiento de los casos, por falta de recursos humanos, para realizar visitas domiciliarias a los hogares de los pacientes , con el propósito de supervisar y orientar a los familiares en cuanto a su tratamiento. Pues con esta acción se estaría brindando medidas de tipo preventivo, con lo cual, se reducirían sus recaídas y consiguientemente evitarían su reingreso al hospital.

## CUADRO No. 17

## RESPONSABILIDAD EN PROPORCIONAR EL MEDICAMENTO

ALTERNATIVAS	f	%
Si	21	84
No	04	16
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo.

Según puede observarse en el cuadro anterior, un 84% de familiares proporcionan el medicamento a sus pacientes con el objetivo de mantenerlos controlados y lograr su mejoría. El 16% representa el resto de la población que no cumplen en darles medicamento, por falta de tiempo y desconocimiento.

Al comparar este resultado con los datos del cuadro anterior, puede notarse que existe contradicción, pues fue referido como mayor porcentaje, que el paciente reingresa por falta de sus medicamentos. Deduciéndose que la familia no está consciente de su responsabilidad ante el tratamiento del paciente, siendo éste, el actor principal por el cual se da el aumento de sus recaídas.



## CUADRO No.18

## RELACION FAMILIAR CON LOS PACIENTES

ALTERNATIVAS	f	%
Comunicativo (a) y afectivo (a)	10	40
Tranquilo (a)	07	28
Dominante	02	08
Se avergüenza	01	04
Temor	05	20
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de campo.

Los resultados de los datos anteriores, demuestran que agrupar los dos primeros porcentajes: el 68% de la población encuestada, respondió ser comunicativa, afectiva y tranquila con sus pacientes. Mientras que un 20%, afirmó sentir temor debido a sus enfermedades.

Se hace la observación, que las respuestas que proporcionan los familiares de los pacientes son objeto de dudas: puesto que en la realidad el paciente es rechazado, aislado del contexto familiar y por último es abandonado en la institución por múltiples razones o circunstancias, principalmente por su agresividad.

CUADRO No. 19

RECIBIO ORIENTACION POR PARTE DE LA TRABAJADORA  
SOCIAL, DONDE ESTUVO RECLUIDO SU PACIENTE

ALTERNATIVAS	f	%
Si	07	28
No	18	72
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo.

Los resultados de los datos anteriores revelan que un 72% de la población investigada, respondió que no conocen al trabajador social por que no han tenido oportunidad, otros indican que solo han tenido comunicación con el médico y el psicólogo y una mínima parte consideran no necesitarlo. El otro 28%, manifestó conocerlo, por que les ha ofrecido orientación e información.

Este resultado confirma parte de la hipótesis planteada. En el aspecto de que no existe seguimiento de los casos y por ende una adecuada orientación por parte de los Trabajadores Sociales y otros profesionales. Siendo necesaria su intervención y participación, promoviendo programas educativos, para que exista una relación cercana con la familia del paciente, lo que permitirá una mejor

comunicación entre el hospital y familiares, contribuyendo a mejorar la atención y tratamiento de los pacientes. Acción con la cual, se evitarían los reingresos.

## CUADRO No. 20

## CONOCIMIENTO SOBRE ENFERMEDAD MENTAL

ALTERNATIVAS	Familiares		Trabajadores Sociales	
	f	%	f	%
Si	08	32	04	100
No	16	64	--	--
Sin respuesta	01	04	--	--
TOTAL	25	100	04	100

FUENTE: Investigación de Campo

De los resultados que arroja el cuadro anterior, se puede observar que un 64% de los familiares encuestados, no tienen ningún conocimiento respecto de la enfermedad mental que presenta su paciente. El otro 32% corresponde a una mínima parte que afirmó tener conocimientos sobre la enfermedad.

Los entrevistados, que respondieron que no habían recibido ninguna información; manifestaron que las causas se debían a factores tales como falta de tiempo y falta de interés.

En cuanto al resultado que reflejan los datos de la opinión de las profesionales en Trabajo Social el universo expresó contar con

conocimientos básicos de la enfermedad; aludiendo que es el medio en el cual se desenvuelven y que a través de la experiencia laboral han aprendido, así como también por medio de seminarios y talleres que la institución ha organizado.

Lo anterior demuestra que el profesional de Trabajo Social, se maneja aspectos generales de Psiquiatría y que por lo tanto tiene capacidad para impulsar programas a nivel preventivo que coadyuven a mejorar y conservar la salud mental de los familiares y de paciente.

## IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL PROFESIONAL EN TRABAJO SOCIAL.

respecto el 100% de los familiares manifestó:

Es importante el acercamiento del Trabajador Social porque puede orientar respecto a las enfermedades mentales y sobre el mejoramiento del paciente. Considerando que a través de la comunicación y conocimiento de su problemática, puede contribuir a resolver sus problemas y necesidades.

Esta respuesta es obvia la necesidad que tienen los familiares, solicitar la ayuda profesional del Trabajador Social, pues mediante su intervención a través del contacto familiar, la visita domiciliaria, podrá conocer el medio ambiente donde se desenvuelve el paciente y si éste es propicio o no para su rehabilitación, contribuyendo a la educación de la familia, con lo cual se lograrían mejores resultados y se evitarían los reingresos de los pacientes al Hospital.

### 3.2 OPINION DE LAS TRABAJADORAS SOCIALES DEL HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL:

Participación del Trabajador Social en la planificación general de las actividades de la Institución.

El 100% de las profesionales respondió que no participan en la planificación de los programas que se desarrollan en la institución para la cual trabajan, debido a que no son tomadas en cuenta las autoridades del hospital, siendo únicamente ejecutoras de actividades.

Conocimiento de las políticas del Hospital Nacional de Salud Mental.

El 100% de las entrevistadas respondió afirmativamente respaldando su opinión en el argumento siguiente:

"Dichas políticas son las que tiene el Ministerio de Salud Pública por lo que estas mismas les sirven de base para la ejecución de actividades"

Considera la sustentante que no todas las políticas del Ministerio de Salud Pública se conocen en su totalidad, porque no se tiene acceso a ellas; únicamente se conocen los objetivos de





## CUADRO No. 21

NIVELES QUE APLICA EL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL,  
PARA EL DESARROLLO DE SUS ACTIVIDADES

NIVELES	f	%
Casos	03	75
Grupos	01	25
TOTAL	04	100

FUENTE: Investigación de Campo

El cuadro anterior refleja que un 75% de Trabajadores Sociales manifestaron aplicar el nivel de casos para ejecutar sus actividades. El otro 25% que es una mínima parte, utiliza el nivel de grupos; lo cual demuestra que se brinda mayor atención a nivel individual que grupal. Es importante señalar que del trabajo en grupo se podría obtener mejores resultados, aprovechando para organizar y formar grupos de pacientes y grupos de familiares, con fines educativos en relación a la enfermedad mental.

## CUADRO No. 22

ACCIONES REALIZADAS POR EL PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL  
PARA CONTRARRESTAR LOS REINGRESOS DE PACIENTES

ACCIONES	f	%
orientaciones y/o programas	02	50
ninguna	02	50
TOTAL	04	100

FUENTE: Investigación de Campo

Como se puede observar en los resultados anteriores, un 50% de personas encuestadas afirmó haber tomado algunas acciones como: orientaciones a familiares y se han realizado visitas domiciliarias en algunos casos. El otro 50% representa al grupo de Trabajadores Sociales que no se han interesado en tomar ninguna acción para evitar los reingresos de pacientes. Lo que confirma que no le han dado la debida importancia a dicha problemática. Al momento no cuenta en el Departamento de Trabajo Social, con ningún programa preventivo considerando que sí es necesaria la intervención del profesional en Trabajo Social, con la finalidad de desarrollar estrategias conjuntamente con otros profesionales. Con el propósito de impulsar programas preventivos dentro de la

institución, que contribuya a reducir el número de reingresos  
pacientes.

## CUADRO No. 23

## CAUSAS POR LAS QUE NO EXISTE SEGUIMIENTO DE LOS CASOS

CAUSAS	f	%
Falta de interés profesional	02	50
Falta de interés de los usuarios	01	25
Falta de personal	01	25
TOTAL	04	100

FUENTE: Investigación de Campo

Los datos del cuadro anterior revelan que el 50% de los profesionales en Trabajo Social manifestaron que la causa principal por la que no existe seguimiento a los casos, se debe a la falta de interés por parte de los profesionales. Mientras que un 25% respondió que se debe a la falta de interés por parte de los familiares. El otro 25% refirió que es por falta de personal en el departamento de Trabajo Social. Factores que también son condicionantes en las recaídas de los pacientes, pues al no tener interés los usuarios y profesionales, se deduce que no existe un adecuado seguimiento de los casos. Estos datos vienen a corroborar la segunda hipótesis de la investigación.

3.3 PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS DEL VACIADO DE  
INFORMACION DE EXPEDIENTES

CUADRO No. 24

MOTIVO	f	%
No tomó medicinas	16	64
Agresividad	09	36
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

El cuadro anterior refleja que el 64% de pacientes, no tomó medicina. Este es el motivo principal de sus reingresos hospital.

El otro 36% representa al grupo de pacientes que ingresó debido a su agresividad, lo que demuestra que la familia no preocupa en proporcionarles la medicina de la manera indicada. Deduciéndose que ésta, a pesar de estar padeciendo toda problemática del paciente, aún no está consciente de su enfermedad y por lo tanto, no existe colaboración para el logro de rehabilitación.

## CUADRO No. 25

## PROCEDENCIA DEL PACIENTE SEGUN EXPEDIENTES

PROCEDENCIA	f	%
Interior de la República	15	60
Ciudad Capital	10	40
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

Se puede observar en el presente cuadro, que el 60% de los pacientes proceden y/o viven en el interior de la República y el restante 40%, por consiguiente en la ciudad.

Los pacientes que presentan el más alto porcentaje son originarios de los departamentos de Jutiapa, Santa Rosa, Zacapa y Quiché; los anteriores resaltan en comparación a la región occidental. Datos que confirman otros estudios realizados por algunos profesionales del hospital, interesados en la rehabilitación del discapacitado mental; aún no se establecen las causas del por qué de este problema, pero sí llama la atención que predominen más los reingresos de pacientes de las zonas sur y orientales del país, que de las zonas restantes.

## CUADRO No. 26

## DIAGNOSTICO MEDICO

DIAGNOSTICOS	f	%
Esquizofrenia	09	36
Episodio Psicótico Agudo	06	24
Síndrome Cerebral Orgánico	05	20
Depresión Neurótica	05	20
TOTAL	25	100

FUENTE: Investigación de Campo

Los resultados anteriores muestran que el 36% de los paciente con problemas de reingreso, padecen de Esquizofrenia; y el 24 presentan Episodio Psicótico Agudo (locura latente).

Al agrupar los dos últimos porcentajes hacen un total del 40 de los pacientes que padecen de Síndrome Cerebral Orgánico Depresión Neurótica.

De las cuatro clasificaciones de enfermedades mentales que se mencionaron con anterioridad, se deduce que la Esquizofrenia es la enfermedad que predomina ante las demás diagnósticos. Lo que significa que al suspender el tratamiento médico, el paciente

give a recaer debido a:

Falta de seguimiento y tratamiento del paciente; falta de  
responsabilidad y atención humana de la familia.





## CAPITULO 4

### 4.1. PROGRAMA DE EDUCACION INTEGRAL DIRIGIDO A FAMILIARES DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE REINGRESO.

#### 4.1.1. Justificación:

Tomando como base los resultados que arrojó la investigación de campo, realizada en el Hospital Nacional de Salud Mental, sustentante tuvo la oportunidad de conocer y analizar los factores más relevantes que influyen en los reingresos de pacientes a institución, predominando entre ellos los de carácter sociocultural, biológicos y psicológicos, desplegándose de esa otra serie de problemas que afectan grandemente el medio ambiente del paciente y su grupo familiar.

Al momento, no se le ha dado la importancia que merece dicha problemática, la que se agudiza cada vez más, incrementándose el número de pacientes en el hospital, lo cual constituye la razón principal de proponer alternativas de solución que permitan disminuir el problema a través de una eficaz rehabilitación del discapacitado mental.

Los resultados de la investigación justifican la necesidad de plantear la presente propuesta, que básicamente orientará la participación del profesional en Trabajo Social y de otras

disciplinas, que en forma integrada unificarán esfuerzos para proporcionar una mejor atención a la población afectada.

La modalidad a utilizarse consiste en la elaboración y ejecución de un Programa de Educación Integral Preventivo, dirigido a los familiares de pacientes que inciden en sus ingresos a la institución.

El crear de la propuesta, propicia que los Trabajadores Sociales participen activamente en la búsqueda de nuevas formas de producir y desarrollar el interés del trabajo grupal, es decir modificar actitudes negativas en positivas, con la finalidad de fundamentar teóricamente las actitudes y prácticas, a través de la validéz de la experiencia como fuente de saber y teoría que permitirá transformar positivamente la práctica social.

El Trabajador Social que actúe en este programa, deberá fundamentar su función con actitudes de participación y permanente renovación de conocimientos científicos de otras disciplinas tales como la Psiquiatría, Psicología, Terapia Ocupacional, Sociología, etc. Asumiendo su rol eminentemente educativo, auto-gestionario, crítico y de carácter humano y de transformación ante los problemas psicosociales que afectan al discapacitado mental y a su familia.

**4.1.2. Objetivos:****4.1.2.1 Generales:**

4.1.2.1.1 Promover y crear un Programa Educativo-Integral con enfoque preventivo dentro de la institución; que contribuya a la rehabilitación social del discapacitado mental.

4.1.2.1.2 Ofrecer a la población con discapacidad mental, una mejor atención y calidad de servicio, contribuyendo de esta forma a resolver parte de su problemática social.

**4.1.2.2 Específicos:**

4.1.2.2.1 Proporcionar conocimientos a familiares de pacientes, sobre enfermedad y salud mental, con el propósito de que participen en el tratamiento del paciente.

4.1.2.2.2 Promover la participación de los padres de familia, con el objeto de que se concienticen de los problemas y necesidades del paciente.

4.1.2.2.3 Coordinar los casos de reingresos con profesionales

de otras disciplinas, para el logro del buen funcionamiento de las actividades.

- 1.2.2.4 Planificar y realizar dos visitas semanales, que permitan el seguimiento de los resultados.

### 1.3. Metas:

- 1.3.1 Reducir en un 75% los reingresos de pacientes al Hospital Nacional de Salud Mental.
- 1.3.2 Propiciar, motivar y organizar cuatro grupos de familiares en los diferentes servicios con fines educativos.
- 1.3.3. Lograr la participación del 50% de los familiares para el desarrollo de las diferentes actividades.
- 1.3.4 Realizar dos evaluaciones: una parcial (seis meses) y otra final (anual) para fortalecer y enmendar errores.

### 1.4. Metodología:

Reuniones de grupo, con familiares, las que serán dirigidas por cada miembro del equipo multidisciplinario, dependiendo

[  ] [  ] [  ] [  ]

del tema a desarrollar.

4.1.5. Contenido General del Programa:

- a) Salud Mental:
  - Importancia de la salud mental
  - Porqué y para qué
- b) Enfermedad Mental:
  - Factores biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- c) Manejo y tratamiento del paciente:
  - Técnicas prácticas
  - Medicamento adecuado
  - Conducta a seguir
- d) La Familia
  - Su importancia en la rehabilitación del paciente

- Funciones de la familia
- Relaciones interpersonales
- Reconocimiento de cualidades y defectos

e) Adaptación Familiar y Social

- Independencia y sobreprotección
- Relaciones sociales y familiares
- Relación hogar-paciente

f) Detección de Problemas Conductuales

Guía del padre de familia

- Detección y atención de problemas del paciente

g) Afecto

- Su importancia en el ser humano

Calidad de afecto

- Formas de expresarlo

#### 4.1.6. Estrategias:

- Promover la salud mental de la familia, por ser la base formadora del paciente.
- Fortalecer los programas colectivos, como mecanismos de atención y tratamiento.
- Lograr la integración de otras disciplinas

#### 4.1.7. Recursos:

4.1.7.1. **Humanos:** familiares de pacientes con problemas de reingreso, Médico Residente III, Licenciado en Psicología, Enfermera Profesional y Trabajadora Social.

4.1.7.2 **Materiales y Físicos:** Mobiliario y equipo de oficina, máquina de escribir, escritorios, sillas, papelería, material audiovisual, etc. Auditorium y biblioteca del Hospital Nacional de Salud Mental y Escuela de Trabajo Social.

4.1.7.3. **Financieros:** El presupuesto del programa será financiado por el Hospital Nacional de Salud Mental. De acuerdo al siguiente presupuesto:

Materiales de Equipo y Oficina	Q3,000.00
Recursos Humanos (Psicólogos, Psiquiatras, Enfermeras, Trabajadoras Sociales, Médicos Internistas).	Q8,000.00
Gastos de Transporte	Q 500.00
Imprevistos	<u>Q5,000.00</u>
Total	<u>Q16,000.00</u>

#### 1.8 EVALUACION:

Se evaluará al final de cada actividad, para conocer si se está cumpliendo con los objetivos y las metas.

Se realizará una evaluación al finalizar el programa con el fin de evaluar los alcances y logros obtenidos.

#### 1.9 Beneficios y Utilidad:

##### 4.1.9.1. A nivel Institucional:

- a) Reducir los costos al máximo puesto que al espaciar sus ingresos, el hospital invertirá menos en tratamiento hospitalario y medicamentos.
- b) Mejorar y fortalecer los servicios de la atención psiquiátrica hospitalaria.



**4.1.9.2. A nivel Paciente y Familiar:**

- a) Evitar y espaciar sus recaídas y mantenerlo controlado su enfermedad la mayor parte del tiempo y reducir el deterioro físico y mental.
- b) A través de la educación se concientice a los familiares y comunidad para que asuman la responsabilidad de los pacientes con problemas de reingreso y/o crónicos aceptándolos y proporcionándoles servicios más adecuados.
- c) A través del programa los miembros de cada familia fortalecerán su autoestima, reconociéndose así mismos que permitirá su comprensión ante las dificultades, deficiencias, habilidades y destrezas del paciente.
- d) La aplicación de la Psicoterapia constante con la familia, contribuirá a minimizar las angustias y desesperaciones generadas por la patología del paciente y en algunos casos generalizada dentro del grupo familiar cercano.
- e) Cambio de actitudes y roles en los profesionales que laboran en el Hospital Nacional de Salud Mental, beneficien la rehabilitación Psicosocial del Discapacitado Mental.

## C O N C L U S I O N E S

1. Teóricamente y a través de encuestas a familiares de pacientes y profesionales de Trabajo Social, se logró confirmar que los factores Psicosociales, contribuyen fundamentalmente en la aparición de las enfermedades mentales generando un alto porcentaje de reingresos de pacientes a la institución.
2. El 64% de los familiares de pacientes, desconocen sobre la enfermedad mental, atribuyendo que esta es producto de ideas mágico-religiosas.
3. Las profesionales de Trabajo Social, no son tomadas en cuenta en la elaboración de la planificación general de la institución.
4. Dentro de sus funciones el Profesional de Trabajo Social del Hospital, se dedica en su mayoría a operativizar las actividades diarias y no cuentan con programas destinados a la educación y rehabilitación del paciente.
5. El 72% de los familiares entrevistados manifestaron no conocer a la profesional de Trabajo Social, donde se encuentra internado su paciente.
6. La mayoría de pacientes con problemas de reingreso, padecen de

esquizofrenia, por lo que están predispuestos a descompensarse al suspender el medicamento.

## R E C O M E N D A C I O N E S

Se recomienda a las autoridades y profesionales del Hospital Nacional de Salud Mental, tomar en cuenta los factores Psicosociales y su repercusión en las enfermedades mentales.

Promover y organizar congresos, seminarios, talleres sobre enfermedad mental y factores psicosociales, dirigidos a profesionales y familiares, con el fin de evitar al máximo reingresos continuos de los pacientes.

El Departamento de Trabajo Social deberá planificar anualmente sus actividades y cumplir programas de educación, dirigidos a familiares de pacientes con problemas de reingreso, por ser la familia el factor principal en propiciar ambientes sanos y/o enfermizos.

Las autoridades del hospital deben planificar anualmente sus actividades de acuerdo a las necesidades que presentan los usuarios, sin dejar de lado las políticas de salud. Así mismo, involucrar al profesional en Trabajo Social por tener un conocimiento más amplio de la problemática psicosocial del paciente y de su grupo familiar. Incluyendo además, la participación de otros profesionales de las diferentes disciplinas para lograr una mejor coordinación de las actividades.

5. El profesional en Trabajo Social deberá asumir su rol de responsabilidad, actitud crítica, renovadora y transformadora, coadyuvando a mejorar la calidad de atención de los servicios.
6. Brindar terapia de sostén y de apoyo a los familiares de pacientes con problemas de enfermedad mental, por parte del equipo multidisciplinario, para mantenerlo estable y prevenir sus recaídas.

## B I B L I O G R A F I A

1. Alvarado, Irma Leticia Pivaral, de. Tesis: "Ensayo Histórico de la Atención Psiquiátrica Hospitalaria Pública y la Salud Mental en Guatemala", 1988. Págs. 76-93.
2. Baena Paz, Guillermina, Dra. "Instrumento de Investigación" Colección Textos y Diccionarios. 12a Edición. Edit, Mexicanos Unidos, 12a. Edición, México, D.F. 1984. Págs. 11-129.
3. C. de Rodriguez, Felicita y N. de Bunker, Celia. "La Importancia de la Familia en la Educación Mental". Folleto, Capítulo XII, parte 1, s.a./s.e. Págs. 293-299. Parte II Págs. 300-306.
4. DITETS, Escuela de Trabajo Social, "Guía para Realizar Investigaciones Sociales", Cuaderno No. 5. USAC, Agosto 1983. Págs. 5-96.
5. Feldman, Saúl. "Enfermedad Mental y Economía", Boletín OPS, volumen 98. s.e. s.a. Págs. 104.
6. Garcia, Carmen Silvia, "Aspectos Sociales de la Psiquiatría y del Trabajador Social Psiquiátrico". S. e. México, 1989. Págs. 499-502, 508-511.