

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**



**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE:
LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA:**

**“INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA
SALUD MENTAL DESARROLLADA POR EL MINISTERIO DE SALUD DE EL
SALVADOR EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SAN SALVADOR,
REALIZADO EN EL PERIODO DE MARZO-OCTUBRE 2013”**

PRESENTADO POR:

- **GUZMÁN MOLINA, AMIRA ELENA** **GM08030**
- **ROMERO MUÑOZ, ELISA MARIELOS DE JESÚS** **RM07009**

**DOCENTE ASESOR:
LIC. OMAR PANAMEÑO CASTRO**

**COORDINADOR DE PROCESO DE GRADO:
LIC. CARLOS ARMANDO ZELAYA ESPAÑA**

SAN SALVADOR, EL SALVADOR, CENTROAMÉRICA, 25 DE NOVIEMBRE DE 2013



AUTORIDADES CENTRALES

- **RECTOR:**
ING. MARIO ROBERTO NIETO LOVO

- **VICE-RECTORA ACADÉMICA:**
MSC. ANA MARÍA GLOWER DE ALVARADO

- **VICE-RECTOR ADMINISTRATIVO (INTERINO):**
LIC. SALVADOR CASTILLO

- **SECRETARIA GENERAL:**
DRA. ANA LETICIA ZA VALETA DE AMAYA



AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES

- **DECANO:**

LIC. JOSÉ RAYMUNDO CALDERÓN MORÁN

- **VICE-DECANA:**

MSC. NORMA CECILIA BLANDÓN DE CASTRO

- **SECRETARIO DE LA FACULTAD:**

MSC. ALFONSO MEJÍA ROSALES



AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.

- ***JEFE DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA:***
LIC. WILBER ALFREDO HERNÁNDEZ

- ***COORDINADOR GENERAL DE PROCESO DE GRADO:***
LIC. MAURICIO EVARISTO MORALES
 - ***COORDINADOR ADJUNTO:***
LIC. CARLOS ARMANDO ZELAYA ESPAÑA

 - ***DOCENTE DIRECTOR:***
LIC. OMAR PANAMEÑO CASTRO

ÍNDICE

Contenido	Pág.
AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR.....	2
AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES.....	3
AUTORIDADES DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA.....	4
PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO.....	8
DEDICATORIA.....	9
AGRADECIMIENTOS.....	10
INTRODUCCIÓN.....	12
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	
A) JUSTIFICACIÓN.....	14
B) OBJETIVOS.....	18
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
A) Fundamentación jurídica	
1. Plan de Implementación de la Política Nacional de Salud Mental.....	21
2. Ley de Salud Mental (en proceso de creación).....	22
3. Norma de Atención Integral en Salud Mental.....	22
4. Política Nacional de Salud Mental.....	23
5. Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza”.....	23
B) Antecedentes	
1. Reforma Psiquiátrica Italiana.....	24
2. La Salud Mental a través de las Organizaciones Mundiales.	
2.1 Declaración de Caracas 1990 Organización Mundial de la Salud.....	28
2.2 Informe sobre los Sistemas de Salud Mental IESM-OMS.....	30
3. Desarrollo histórico de la Salud Mental en El Salvador.....	57

C) Fundamentación Teórica

1. Salud Pública.....	67
2. Salud Mental.....	68
3. Psicología de la Salud.....	69
4. Enfoques para el desarrollo de una Salud Mental diferente	
4.1 Critica a la Psiquiatría Biológica.....	70
4.2 El concepto de Psiquiatría Comunitaria.....	73
4.3 El nuevo enfoque de Franco Basaglia.....	77
4.4 El Tratamiento Asertivo Comunitario.....	84
5. Servicios de Salud Mental brindados por el Ministerio de Salud (MINSAL)	
5.1 Ministerio de Salud.....	86
5.2 Presupuesto designado a Salud.....	88
5.3 Los niveles de atención en salud y las redes integradas integrales del servicio de salud.....	88
5.4 Clasificación de los Hospitales.....	89
5.5 Metodología de trabajo.....	90

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

A) Diseño de la Investigación.....	96
B) Población y Muestra.....	96
C) Instrumentos.....	100
D) Procedimiento Metodológico.....	103

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A) Análisis de Resultados

1. Análisis de resultados del instrumento nº2 (Profesionales)	
2.1 Profesionales de Psicología.....	109
2.2 Profesionales del Psiquiatría.....	131
2.3 Profesionales de Medicina General.....	151
2. Análisis de resultados del instrumento nº 3 (Usuarios).....	158

B) Interpretación de Resultados

1. Interpretación de resultados del instrumento nº 1 (Funcionarios).....	178
2. Interpretación de resultados del instrumento nº2 (Profesionales).....	182
3. Interpretación de resultados del instrumento nº 3 (Usuarios).....	190

D) Diagnóstico.....	196
E) Propuesta.....	200
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
A) Conclusiones.....	205
B) Recomendaciones.....	209
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	
ÍNDICE DE ANEXOS.....	215

PRESENTACIÓN DEL TRABAJO DE GRADO



“INVESTIGACIÓN DIAGNÓSTICA SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD MENTAL DESARROLLADA POR EL MINISTERIO DE SALUD DE EL SALVADOR EN LA REGIÓN METROPOLITANA DE SAN SALVADOR, REALIZADO EN EL PERIODO DE MARZO-OCTUBRE 2013”

DEDICATORIA

El presente trabajo de grado está dedicado a cada una de las personas que permitieron que dicho proyecto se llevara a cabo, a las personas que brindaron su apoyo y sus conocimientos, así como también a todos/as quienes participaron en la aplicación de los distintos instrumentos de investigación de donde se obtuvo la información práctica y objetiva que determino los resultados de la investigación, y de forma especial, esta tesis está dedicada a las 230 personas usuarios/as de los servicios de salud mental de los 16 establecimientos de salud pública que conformaron la muestra, pues son ellos quienes reciben el producto del trabajo que coordinan y realizan los funcionarios y profesionales de la salud mental, y es por y para ellos, para su bienestar y para que reciban un servicio de mayor calidad que se realizan todos los esfuerzos posibles para mejorar esta área de la salud tan importante.

AGRADECIMIENTOS

Tal como lo plantea el militar y político estadounidense Colin Powell “*No hay secretos para el éxito. Éste se alcanza preparándose, trabajando arduamente y aprendiendo del fracaso*”, ha sido enriquecedor, la experiencia que se ha tenido en todo el trabajo realizado durante estos 6 años de la carrera de psicología, donde se han mezclado los elementos como: dedicación, esfuerzo, inteligencia, derrotas, trabajo en equipo, etc., a la par de ello se acompañan, aquellas personas significativas en las cuales, han marcado y siguen marcando una huella en el recorrido de mi caminar, por el cual, tengo el honor de presentarlos a continuación:

Agradezco, en primer lugar a *Díos y la Virgen María*, por ser los maestros en mi vida, quienes son los guía mi formación profesional, personal y auto superación.

Mi tío *José Francisco Pineda Molina y familia*, por su preocupación en mis estudios y su gran apoyo económico durante todo el desarrollo de la carrera.

A mi mamá *Lucila Elena Molina Pineda*, por su amor, dedicación y esfuerzo, en luchar por convertirme en una profesional y ayudarme a cumplir uno de mis tantos sueños en mi vida.

A mi hermana *Alejandra Michelle Guzmán Molina*, por su apoyo incondicional y palabras de ánimo durante las dificultades que se presentaron, desde el inicio de la carrera hasta la culminación del trabajo de grado.

A *Jorge Alexander Villeda Saravía y familia*, aparte de considerarlo como mi segundo padre, se le agradece por su cariño y sabios consejos que me permitieron y me permiten seguir creciendo como persona.

A mis amigos y amigas más íntimos: *Iliana Margarita Aguilar, Ana Gabriela Serrano, Salvador de Paz, Marvin Francisco Hernández, Germán Horacio Cerros y Luis Alberto Espinoza* por su amistad, sus ánimos y por ser mis fortalezas para escucharme en todo momento que lo necesite, por creer en mí y mis capacidades para realizar el trabajo.

A mis colegas *Sandra García y Estela Rivas* por compartir con mi persona, ciertas experiencias que me enriquecieron como futura profesional de la psicología.

A mi compañera de tesis *Elisa Marielos de Jesús Romero* por acompañarme en la realización del trabajo de grado y por su esfuerzo para afrontar juntas, este gran desafío en la finalización de nuestros estudios universitarios.

A nuestro asesor de tesis, el *Lic. Omar Panameño* por su orientación y conocimientos teóricos que permitieron ser la guía para el desarrollo el trabajo de grado.

Mis más sinceros agradecimientos para todas las personas, que de una u otra forma, me ayudaron en mi caminar profesional, aprendí mucho de cada persona con las que compartí y espero que mi padre Dios Todopoderoso, les derrame muchas bendiciones en sus vidas, gracias.

Amira Elena Guzmán Molina

AGRADECIMIENTOS

Se dice que “*incluso un camino sinuoso y difícil, nos puede conducir a la meta si no lo abandonamos hasta el final*”, en medio de ese camino que recorreremos para alcanzar nuestros propósitos, siempre encontramos el apoyo de personas que nos ayudan a salir adelante y alcanzar el triunfo, es por eso que al culminar el presente trabajo de grado y por ende finalizar mis estudios como profesional de la Psicología, quiero agradecer a quienes estuvieron a mi lado y me ayudaron a alcanzar esta nueva meta en mi vida:

Agradezco, en primer lugar a *Díos Todopoderoso*, por haberme brindado la vida, el entendimiento, la sabiduría, la salud y el amor, por permitirme ser quien soy hasta el momento y por guiarme en el camino de la vida.

A mi mamá *María de los Ángeles Muñoz de Romero*, por su amor, por ayudarme en todo lo que le fue posible, no solo en la realización de este proyecto sino que también a lo largo de todos mis estudios y por estar siempre incondicionalmente a mi lado.

A mi papá *Roberto Romero Navidad*, por su apoyo incondicional moral y económico, por su amor, por sus consejos y por estar a mi lado siempre a lo largo de mi vida.

A mi hermana *Gracia María Romero Muñoz* y a mi hermano *Lenín Roberto Romero Muñoz*, por brindarme su apoyo y sus ánimos durante este proceso.

A mis amigas *Lisseth Veraliz Alvarado* y *Wendy Guadalupe Guzmán*, a quienes quiero como a unas hermanas, por su amistad y cariño y por brindarme su apoyo, sus ánimos y por escucharme y aconsejarme siempre que lo necesite.

A mi compañera de tesis *Amira Elena Guzmán* por acompañarme en la realización de este trabajo de grado y enfrentar juntas este gran reto que implica la finalización de nuestros estudios.

A nuestro asesor de tesis, el *Lic. Omar Panameño* por brindarnos su orientación y conocimientos al asesorar este trabajo de grado.

Y a todas las personas: familiares, amigos y docentes que de una u otra forma me brindaron su apoyo y cariño a lo largo de toda mi actividad académica.

Sé que con estas sencillas palabras no puedo agradecerles todo lo que me brindaron, pero sé que Dios les recompensará todo su apoyo, a todos muchas gracias.

Elisa Marieños de Jesús Romero Muñoz

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo de grado permite conocer, uno de los temas poco usuales en el campo de la psicología clínica, el cual consiste en la realización de una investigación diagnóstica sobre el tema de: “La Situación de la Salud Mental desarrollada por el Ministerio de Salud de El Salvador en la Región Metropolitana”, realizado en el período de marzo a octubre del año 2013, este tema surge como iniciativa, para aportar una opinión crítica y objetiva, sobre la calidad de los servicios que se ofrecen en las instituciones de salud pública que cuentan con el área de salud mental. .

Primeramente, se presenta la justificación, donde se evidencia el propósito e interés en cuanto al desarrollo de la investigación, seguida de los objetivos que persigue el trabajo y que han sido una guía a este, a nivel general y específico; luego se encuentra el marco teórico, donde se ubica la argumentación de la información en cuanto a antecedentes, fundamentación jurídica y teórica, acerca del tema de los servicios de salud mental y de la participación que han tenido las autoridades competentes para contribuir al desarrollo de los servicios en la población.

En la metodología de la investigación, se describen las características de la muestra con la que se llevo a cabo esta, los instrumentos que fueron herramientas de trabajo para la obtención de información y el procedimiento metodológico, que se llevó a cabo en la ejecución del proyecto.

Seguidamente, se dan a conocer los resultados de la investigación, a través de los análisis cuantitativo y cualitativo, lo cual permite realizar un diagnóstico sobre cómo se están desarrollando los servicios de salud mental y la elaboración de una propuesta de trabajo, para solventar las necesidades detectadas.

Posteriormente, se presentan las conclusiones y recomendaciones, y se finaliza con la distribución de los anexos.

CAPÍTULO I

Planteamiento del Problema

A) JUSTIFICACIÓN

La Salud Mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, que le permite afrontar las tensiones normales de la vida y trabajar de forma productiva, por lo que se considera capaz de hacer una contribución a su entorno de vida¹. La dimensión positiva de la salud mental, se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: *“La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.

Con base a lo anterior, el presente trabajo de investigación se realiza con el objetivo de conocer la situación actual de la Salud Mental desarrollada por el Ministerio de Salud de El Salvador, y de esta forma, se permita dar una explicación de cómo ha sido la forma de trabajo en esta área, la evolución de los servicios y como se están desarrollando actualmente.

Según datos obtenidos en el Ministerio de Salud, la primera División de Salud Mental se creó en el año de 1972, la cual dejó de funcionar hasta el año de 1974; después de eso la Salud Mental se llevó a cabo con base a programas y planes básicos, hasta que en el año 2008 fue creada la Política Nacional de Salud Mental, reformada en el año 2011. Si bien el MINSAL cuenta con estos documentos recientes, que permiten el desarrollo del trabajo en esta área, no cuentan con una Ley propia que regule todo el trabajo, por lo mismo no existe una parte del presupuesto destinado a la Salud, que pueda designarse específicamente a los trabajos en Salud Mental, pues para recibir una parte específica del presupuesto es requisito tener una ley que ampare el trabajo.

Actualmente las acciones que realiza el MINSAL sobre Salud Mental, son regidas básicamente por la estrategia 14: “Toxicomanías, Violencia y Salud Mental” estipulada en la Reforma Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza” (2009-

¹http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/index.html

2014). Es así que, el Plan Nacional de Salud Mental contiene líneas de trabajo que van enfocadas a la prevención y tratamiento de dichas problemáticas. En el año 2012, se atendieron 12,000 casos a los que se les prestó los servicios de Salud Mental, y se ha llegado a determinar, (según las estadísticas) que los tres diagnósticos presentados con mayor frecuencia son: depresión, ansiedad y angustia².

Se puede decir que en el país existen condiciones psicosociales que llevan a la aparición de los diagnósticos mencionados, por ejemplo, en el año 2012, por medio del MINSAL se presentó una investigación sobre “La violencia social delincinencial asociada a la salud mental en los salvadoreños”³.

De acuerdo con los datos recolectados, las personas no gozan de una adecuada salud mental, pues se determina, que si existe incidencia de estrés y ansiedad en las personas que han sido víctima de violencia delincinencial, con mayor incidencia en mujeres que en hombres y en la zona urbana en relación a la rural. En los años 2001 y 2002 los trastornos de ansiedad fueron la primera causa de consulta en el Sistema Nacional de Salud, y en el año 2008 el Instituto de Medicina Legal reportó 635 suicidios, esto por mencionar algunas estadísticas.

Se debe mencionar también los recursos económicos que respaldan el trabajo, para eso según una evaluación realizada en el país por la OMS en el año 2009, del presupuesto que el Estado brinda a la Salud (422.4 millones), sólo el 1% (uno 4.22 millones) fueron dedicados para Salud Mental. De este 1%, el 92% se invierte en los dos hospitales psiquiátricos del país, del cual solo uno pertenece a la red de Salud Pública.

Es importante también mencionar, la cantidad de personas que trabajan en el área de Salud Mental, por ejemplo, en el departamento de San Salvador existen 36

² Según registros de la Dirección Regional de Salud Zona Metropolitana.

³ Diario Co Latino, San Salvador, 23 de febrero 2012: “Presentan estudio sobre la violencia social asociada a la salud mental”.

Unidades de Salud, de las cuales solamente en 13 se brinda atención psicológica y de los 31 grupos de ECOS Familiares, solo 2 cuentan con el aporte de profesionales de la psicología; a su vez, en el MINSAL, existen 62 plazas ocupadas por psicólogos/as trabajando en el área de Recursos Humanos y no en la ejecución del trabajo clínico o comunitario⁴.

Al tomar en cuenta todos estos datos, la pregunta es si la salud del psiquismo de los/as salvadoreños/as está teniendo incidencias por parte de un entorno determinado por factores psicosociales como la inseguridad y el costo de la vida, acompañado de la falta de cultura ciudadana de atender este componente de salubridad, y como el sistema de salud pública está trabajando e incidiendo para el mantenimiento o tratamiento de esta situación; ¿Bajo qué enfoque o enfoques se está trabajando? ¿Cómo está distribuido el nivel de trabajo en cuanto a las toxicomanías y trastornos mentales? y ¿Cómo se encuentra el trabajo de Salud Mental en el país en comparación a otros? Estos son solo algunos de los datos interesantes que se pretenden contestar en el desarrollo de la investigación.

Es evidente que el tema de la Salud Mental desarrollada por el MINSAL, es una temática bastante compleja pero a la vez novedosa, y bien se manifiesta en el Plan de Implementación de la Política Nacional de Salud Mental (2011-2014) de promover la investigación científica en esta área.

En esto se sustenta también que es necesario realizar investigaciones sobre el tema, para conocer las necesidades que demanda la población salvadoreña, con el propósito de ser un apoyo para la modificación de cambios y diseño de planes y programas institucionales que disminuyan las necesidades psicológicas como psicosociales que presenta la población, es por ello, que como grupo investigador, el propósito del presente proyecto, es trabajar en un tema novedoso para la Psicología que beneficie no solo a la formación de profesionales de la Salud Mental sino a las

⁴ Información brindada por el Lic. Carlos Hernández Perla, Jefe del área de Salud Mental de la Dirección Regional de Salud Zona Metropolitana.

autoridades encargadas de su cumplimiento, donde se pretende explicar cómo la Salud Mental es tratada e incorporada por el sistema de Salud Pública, cuales son los servicios que ofrece, como es desempeñado el proceso de atención psicológica y como es recibido por las personas usuarias.

Finalmente es necesario mencionar que en base a la investigación es relevante conocer el nivel de importancia y de compromiso que el Estado ha brindado a esta área de la Salud, pues el desarrollo de los servicios depende del apoyo, trabajo y coordinación que le han dado las autoridades correspondientes.

B) OBJETIVOS

Objetivo General

- ψ Diagnosticar la situación actual de la Salud Mental desarrollada por el Sistema de Salud Pública en El Salvador para presentar alternativas que fortalezcan a la misma.

Objetivos Específicos

- ψ Identificar las estrategias y metodología de trabajo que realiza el Ministerio de Salud en el área de Salud Mental.
- ψ Indagar acerca de la fundamentación jurídica, científica y técnica que respalda el trabajo de la Salud Mental implementada por parte del Ministerio de Salud.
- ψ Presentar orientaciones para desarrollar una salud mental fundamentada en las necesidades que presenta la población que requiere el servicio.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

A) FUNDAMENTACIÓN JURÍDICA

Toda persona nacida en una sociedad predeterminada, debe de ser protegido/a por el mismo Estado, para el alcance de un desarrollo integral; enfocándose en una de las áreas que el Estado debe cubrir, es el tema de la salud pública, que tiene a su respaldo, artículos que velan por el desarrollo y aplicación de este y promuevan, un bienestar en la salud del ciudadano salvadoreño, es por ello que la ley primaria (Constitución de la República) reconoce a la persona humana como el origen y fin de la actividad del Estado, que en consecuencia está obligado a protegerla (Art. 1). Los derechos humanos están reconocidos para todas las personas sin discriminación de ningún tipo. De acuerdo con el Art. 35, el Estado protegerá la salud mental y (Art. 37) se establece que promoverá el trabajo y el empleo de las personas con limitaciones o incapacidades físicas, mentales o sociales.

El Art. 70 establece que el Estado tomará a su cargo a los indigentes que, por su edad o incapacidad física o mental, sean inhábiles para el trabajo.

Basado en lo anterior, la presente investigación se centra específicamente en la salud mental, en el cual el Estado crea una Política dirigida al área de Salud Mental, que está sustentada en instrumentos que dan soporte y facilitan el desarrollo, la permanencia y la integración en todos los procesos de reestructuración de la atención de salud mental en el país, con el propósito de mejorar, reorientar y generalizar la provisión de servicios para la población. Estos instrumentos incluyen:

1. Constitución de la República de El Salvador. 1983.
2. Ley de Protección Civil, Prevención y Mitigación de Desastres. El Salvador, 2005.
3. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. El Salvador, 2007.
4. Ley de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, El Salvador, 2000.
5. Declaración Universal de los Derechos Humanos, Nueva York, 1948.
6. Declaración de los Derechos del Niño, Nueva York, 1959.

7. Declaración de Caracas. Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en las Américas. Venezuela, noviembre 1990.
8. Declaración de Brasilia. Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental: 15 años después de Caracas. Brasil, noviembre 2005.
9. Declaración de Montevideo. Conferencia Regional “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”. Uruguay, septiembre 2006.
10. Código de Salud. El Salvador, 1988.
11. Código de Familia, El Salvador, 1993.
12. Código de Trabajo, El Salvador, 1972.
13. Política Nacional de la Mujer, El Salvador, 2005.
14. Política Nacional de Equiparación de Oportunidades para las Personas con Discapacidad, El Salvador, 2000.
15. Normas de Atención Integral a la Mujer, Adulto Mayor, Adulto Masculino y Adolescencia. El Salvador.
16. Política Nacional de Salud. El Salvador, 2009-2014⁵

1. *Plan de Implementación de la Política Nacional de Salud Mental*

Es de mencionar en que, aun con el respaldo legal reflejado en los diferentes artículos mencionados con anterioridad, se aplicó un instrumento de evaluación para sistemas de salud mental evidenció que existen pocas asociaciones de usuarios y familiares, las cuales tienen poca interacción con los establecimientos de salud mental; de la misma manera, pocas ONG realizan algún tipo de intervención psicosocial. A partir de estos resultados se sugería que en El Salvador se elaboraran planes de salud mental basados en los datos de una línea base y con objetivos definidos y las acciones prioritarias a desarrollar en este campo. Igualmente, resultaría beneficioso monitorear el progreso en la implementación de políticas de reforma que promuevan los servicios comunitarios e involucren a los usuarios, familias y otras partes interesadas en la promoción, prevención, atención y

⁵Ministerio de Salud de El Salvador. Centro Virtual de Documentación Regulatoria. <http://www.salud.gob.sv/institucion/area-interna/centro-virtual-de-docum>

rehabilitación de salud mental. El plan se subdivide en las siguientes líneas de acción de trabajo:

- Primera línea de acción: Rectoría y gestión social
- Segunda línea de acción: Determinantes en Salud Mental
- Tercera línea de acción: Sistema Único de Información (SUIS)
- Cuarta línea de acción: Provisión de servicios integrales de salud
- Quinta Línea de Acción: Investigación en Salud Mental
- Sexta línea de acción: Desarrollo de recursos humanos
- Séptima línea de acción: Fortalecimiento de la participación social en la Salud Mental⁶

2. Ley de Salud Mental (en proceso de creación)

Para respaldar el trabajo en esta área de la salud pública, se han dado pasos en la preparación de una propuesta de ley sobre salud mental, pero actualmente no se ha consolidado dicho esfuerzo; esta iniciativa de ley se encuentra en proceso de revisión técnica. Hay pocos avances en la integración de los diversos sectores participantes en la promoción y prevención en salud mental, así como en el desarrollo de servicios especializados.⁷

3. Norma de Atención Integral en Salud Mental

En los instrumentos que se utilizaron para la creación de la política en salud mental, el plan de Gobierno de la República, basado en un enfoque de atención integral y con el propósito de contribuir a favorecer una mejor atención a todos los usuarios que necesiten una atención en salud mental, se creó la “Norma de Atención Integral en Salud Mental”, que tiene por objeto *“Regular los servicios relativos a la salud mental ya los procesos orientados a la Promoción, Prevención, Tratamiento, Rehabilitación, que son prestado a las personas en todo el territorio nacional.”*⁸

⁶<http://www.salud.gob.sv/temas/transversales/programas/676.html>

⁷<http://www.salud.gob.sv/temas/transversales/programas/676.html>

⁸<http://www.salud.gob.sv/temas/transversales/programas/676.html>

4. Política Nacional de Salud Mental

La política nacional de Salud Mental tiene como objetivo: “*Proteger la salud mental en la población de El Salvador, para contribuir al bienestar subjetivo, desarrollo y uso óptimo de las potencialidades psicológicas, cognitivas, afectivas y relacionales de sus habitantes*”, sus líneas estratégicas de trabajo son las siguientes:

- ✓ Financiamiento e inversión en Salud Mental
- ✓ Intersectorialidad
- ✓ Recursos Humanos y capacitación
- ✓ Sistema de información
- ✓ Investigación en salud mental
- ✓ Mejora de calidad
- ✓ Organización de los servicios
- ✓ Promoción de la salud mental
- ✓ Prevención, Tratamiento y Rehabilitación
- ✓ Marco Legal y Derechos Humanos⁹

5. Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza”

La presente política se relaciona con los servicios que ofrece el sistema de salud en cuanto al tema de salud mental, debido a que se encuentra construida con base a cinco insumos básicos: las discusiones sostenidas en el seno de las mesas del Diálogo, Social Abierto, el planteamiento del FMLN contenido en el Programa de Gobierno “Nace la Esperanza Viene el Cambio”, los aportes de la Alianza Ciudadana Contra la Privatización de la Salud (ACCP), los planteamientos sustentados por el Equipo Técnico de Salud en la Jornada de Reflexión sobre Salud convocada por organizaciones integrantes del Sistema de Naciones Unidas en El Salvador (PNUD, OPS/OMS, UNFPA y UNICEF) y el discurso del candidato a la presidencia Mauricio Funesen la misma jornada. En el cual el objetivo de la presente política se constituye en *Garantizar el derecho a la salud a toda la población salvadoreña a*

⁹ Autor: Jaime Barahona, Salvador Antonio, título: “Situación actual y propuesta de innovación en el desarrollo de las funciones del profesional de psicología en los establecimientos del ministerio de salud, para optar el título de Licenciatura en Psicología Universidad de El Salvador 2012 pág. 47

*través de un Sistema Nacional de Salud que fortalezca sostenidamente lo público (incluyendo a la seguridad social) y regule efectivamente lo privado, el acceso a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, un ambiente sano y seguro, incluyendo (pero no limitándose a ello) la creación y el mantenimiento de un sistema de atención a la salud eficiente, de alta resolutivez y con acceso equitativo a servicios de calidad para todas las personas.*¹⁰

B) ANTECEDENTES

Como parte del desarrollo histórico que ha tenido el tema en salud mental, los siglos XVIII y XIX se caracterizaron por una percepción distinta hacia los pacientes mentales. En Europa, la revolución iniciada por Pinel (1795) cambió la forma de percibir la enfermedad mental y, por tanto, la forma de tratarla. Comenzando en España en toda Europa se observó una tendencia a la construcción de hospitales psiquiátricos cuyos servicios eran principalmente asilares, pues en un origen, fueron instituciones diseñadas para ocultar los trastornos de conductas, perceptivos o del pensamiento y por ser estas manifestaciones movilizadoras para el grupo familiar o el grupo social de origen, se construyeron edificios con fines restrictivos más que terapéuticos, solventados por la caridad y personas con un humanismo basado en la fe religiosa, más que en la comprensión desde lo científico y social.¹¹

1. Reforma Psiquiátrica Italiana

Se ha considerado a la reforma psiquiátrica italiana como la más avanzada de las reformas europeas de la segunda mitad del siglo XX. La asistencia psiquiátrica italiana, hasta los años 60 se caracterizó por la presencia determinante del “manicomio” (termino que se utilizaba en esa época para referirse a los centros psiquiátricos). A partir de la década de los 50, con la influencia de las nuevas corrientes psicológicas, y las ideas aportadas por la sociología y la fenomenología, se empieza a realizar un cambio en la atención psiquiátrica, si bien lento y de

¹⁰<http://www.salud.gob.sv/temas/transversales/programas/676.html>

¹¹<http://psiquiatraselsalvador.com/historia/>

desigual desarrollo en el país. En la década de los 60 se ponen en marcha algunas iniciativas aisladas tomando como referencia la psiquiatría de sector francesa, pero fracasan.

Dentro de las experiencias reformadoras de la psiquiatría conviene destacar la llevada a cabo por Franco Basaglia en Perugia y Gorizia, cuyo objetivo principal era el cierre de los Centros Psiquiátricos de esa época. En Gorizia, convierte en un primer momento el hospital en una comunidad terapéutica; luego considera que es mejor devolver al paciente a la sociedad y desmantela el Centro Psiquiátrico. En su experiencia se plantea la comunidad terapéutica como una etapa necesaria, pero transitoria, en la evolución del hospital psiquiátrico. En la comunidad terapéutica todos los pacientes y profesionales participan en la terapia del propio paciente; todos los problemas y situaciones se afrontan de forma dialéctica y se discuten (Basaglia, 1972). Este autor ha tenido gran protagonismo dentro de la reforma italiana y antes de su temprana muerte extendió también fuera de su país su lucha por los cambios del sistema de atención a la salud mental.

En el año 1973 se crea el movimiento colectivo "Psiquiatría Democrática" en el que se agrupan un gran número de profesionales de la salud mental. El movimiento sirve de plataforma progresista para extender la reforma psiquiátrica a toda Italia. Se basa en las experiencias anti-institucionales llevadas a cabo por algunos centros de Italia (Gorizia, Perugia y Trieste). Este es el caldo de cultivo en el que surge la reforma psiquiátrica italiana. Había comenzado el proceso de desinstitucionalización de los hospitales psiquiátricos y el clima político de aquellos años favorecía un cambio en la concepción de los Centros Psiquiátricos, llamados "manicomios", donde empezaron a modificarse las condiciones de los propios pacientes mediante un enfoque más socio terapéutico.

Es en el año 1978 cuando se produce la consolidación de la asistencia psiquiátrica con la Ley 180 a partir de la cual no se permite el ingreso de nuevos pacientes en los hospitales psiquiátricos públicos, no obstante se permitía que los pacientes permanecieran en los hospitales como "huéspedes". La misma ley prohíbe la

construcción futura de hospitales psiquiátricos o su reconversión en centros que tengan alguna similitud con los mismos. Para conseguir estos objetivos se crearían servicios psiquiátricos comunitarios con un ámbito geográfico determinado y trabajando en coordinación con unidades de hospitalización psiquiátricas de no más de 15 camas. El objetivo de esta ley fue el diseñar instrumentos concretos para desplazar el eje de la atención desde el polo “manicomial” al territorio, acercando la atención a la comunidad y a la vida social de los ciudadanos.

En los primeros años de la década de los 80, se empieza a sentir en Italia la crisis del estado de bienestar que se concreta en una política de restricción del gasto público, lo cual afecta a la reforma psiquiátrica puesto que se dejan de apoyar aquellas iniciativas que supongan un aumento del gasto sanitario. Algunos años después de la promulgación de la Ley 180 comienzan los primeros problemas surgidos de su aplicación, entre los que se pueden citar la discontinuidad política y de programación de las actuaciones de las administraciones en el campo de la asistencia psiquiátrica lo que generó una situación de gran desigualdad a lo largo de todo el país.

La distribución de los recursos existentes en el país era muy heterogénea con diferencias notorias entre las diversas áreas territoriales. El personal sanitario también estaba implicado en esos cambios y en ese sentido se constata la dificultad del traspaso de los profesionales, de las instituciones a los servicios comunitarios; también se crean necesidades de formación para afrontar las nuevas situaciones asistenciales. La escasez de recursos alternativos, como estructuras residenciales en la comunidad, obliga en muchas ocasiones a derivar a los pacientes a otras instituciones como asilos, residencias, etc. Por último, y no por ello menos grave, aparecen problemas para la reinserción social de los pacientes que llevan muchos años en las instituciones y que no cuentan con soporte familiar, económico ni social.

Se han realizado muchos esfuerzos para evaluar los efectos de esta reforma de atención a la salud mental, pero estos intentos han encontrado una gran dificultad por la inexistencia de datos anteriores a la reforma (Torre et al., 1983; Tansella y

Williams ,1987; Tansella et al., 1987,1991). A pesar de las dificultades los autores Bollini y Mollica (1989) afirman que la reforma psiquiátrica demostró que una sociedad puede vivir sin Centros Psiquiátricos, aunque reconoce que se carece de datos sobre los pacientes dados de alta que están sin hogar y sin recursos.

Por otro lado, Crepet (1988) en su estudio sobre la reforma psiquiátrica afirma que todavía existen 30.000 pacientes que siguen siendo “huéspedes” de los hospitales psiquiátricos y que la reforma no ha llevado a cabo los cambios profundos que se esperaban. Este mismo autor, en otro estudio realizado 10 años después de la reforma (Crepet, 1990) afirma que, aunque han aumentado el número de recursos alternativos al hospital psiquiátrico, la atención que se le ofrece a los pacientes no es de calidad y que los recursos comunitarios todavía son demasiado escasos. Sin embargo, el antiguo hospital de Trieste se ha convertido en un centro para uso sanitario, educativo y laboral rodeado por varios centros de salud y donde muchos enfermos mentales están integrados en sociedades cooperativas.

En base a este esfuerzo y el trabajo logrado con la reforma psiquiátrica se funda la Declaración de la Organización Panamericana de la Salud realizada en Caracas, en el año de 1990, conocida más comúnmente como la Declaración de Caracas, hecha para los Gobiernos de Latinoamérica, la cual es un instrumento esencial para la promoción y protección de los derechos humanos de las personas con discapacidades mentales.¹²

¹²<http://www.topia.com.ar/articulos/la-reforma-psiquiatrica-en-trieste-italia>

2. La Salud Mental a través de las Organizaciones Mundiales

2.1 Declaración de Caracas 1990 Organización Mundial de la Salud

La Declaración de Caracas (1990), fue adoptada como resolución por un grupo de legisladores, profesionales de la salud mental, líderes de derechos humanos y activistas, a favor de los derechos de las personas con discapacidad, reunidos por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

Se llevó a cabo el 14 de Noviembre de 1990 por la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina, convocada por la OMS. De forma resumida su contenido es el siguiente:

Las organizaciones, autoridades de salud, profesionales, reunidos para la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica dentro de los Sistemas Locales de Salud.

Notando:

1. Que la atención psiquiátrica no permite alcanzar los objetivos compatibles con una atención comunitaria, participativa, integral y preventiva.
2. Que el hospital psiquiátrico obstaculiza el logro de los objetivos:
 - a) Aísla al enfermo de su medio y genera mayor discapacidad social
 - b) Crea condiciones desfavorables que ponen en peligro los derechos humanos y civiles del enfermo.
 - c) Imparte una enseñanza insuficiente vinculada con las necesidades de salud mental, de los servicios de salud y otros sectores.

Considerando:

1. Que la Atención Primaria de Salud es la estrategia adoptada por la OMS

Declaran:

1. Que la reestructuración de la atención psiquiátrica ligada a la Atención primaria de Salud y en los marcos de los sistemas Locales de Salud permite la promoción de modelos alternativos centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales.
2. Esta reestructuración implica la revisión del papel hegemónico del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios.
3. Que los recursos, cuidados y tratamiento provistos deben:
 - a) salvaguardar los derechos humanos y civiles
 - b) estar basado en criterios racionales y adecuados
 - c) pretender la permanencia del enfermo en su medio comunitario.
4. Que las legislaciones de los países deben ajustarse de manera que:
 - a) aseguren el respeto de los derechos humanos y civiles de los enfermos mentales.
 - b) promuevan la organización de servicios comunitarios de salud mental que garanticen su cumplimiento.
5. La capacitación del recurso humano en Salud mental debe apuntar a un modelo cuyo eje pasa por el servicio de salud comunitaria y propicia la internación psiquiátrica en los hospitales generales
6. Que las organizaciones se comprometan a desarrollar programas que promuevan esta reestructuración y la defensa de los derechos humanos de los enfermos mentales.¹³

¹³OPS, OMS (1990). Declaración de Caracas. Noviembre, 11-14, 1990,
http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

2.2 Informe sobre los Sistemas de Salud Mental IESM-OMS (2006)

Resultados de la evaluación del instrumento IEMS-OMS para Centro América y República Dominicana

El trabajo comenzó en 2005 con un primer taller celebrado en Managua (Nicaragua), donde se presentó el instrumento IEMS-OMS y se analizó su aplicación en Nicaragua, El Salvador y Guatemala. Los respectivos Ministerios de Salud dieron su consentimiento para el estudio y comprometieron su apoyo. Subsiguientemente, se presentó el instrumento a otros países centroamericanos y cada país aceptó participar en este proyecto.

La situación de la salud mental en Centroamérica y República Dominicana es compleja y ha estado afectada históricamente por una serie de factores sociales y políticos. La historia de la sub-región ha estado marcada por múltiples eventos traumáticos tales como desastres naturales y sangrientos conflictos armados; estos eventos han afectado a las personas y a las comunidades dejando heridas psicosociales permanentes, así como han contribuido a la disfunción familiar y a la discapacidad laboral. El impacto de estos eventos se intensifica por el hecho de que han ocurrido y continúan ocurriendo en un contexto de marcada pobreza.

Estas condiciones adversas sumadas a la exclusión social de los grupos indígenas y poblaciones rurales, perpetúan un ciclo vicioso de pobreza y sufrimiento. La frecuencia de los trastornos mentales aumenta inversamente al estatus socioeconómico, y estos dificultan los esfuerzos por parte de los grupos de la población más vulnerables para romper el ciclo de la pobreza.

La creciente carga de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe se ha convertido en un problema demasiado relevante como para ser ignorado. Una revisión realizada por la OPS (2005) de los estudios epidemiológicos más relevantes sobre los trastornos mentales, en los últimos 15 años (2004), reveló una prevalencia media anual estimada de 1% para psicosis no afectivas, 4.9% para depresión mayor y 5.7% para abuso o dependencia de alcohol.

Pero la brecha de tratamiento, es decir la proporción de personas con enfermedades mentales que no reciben ningún grado de atención es muy alta; más de un tercio de las personas con psicosis no afectiva, más de la mitad con trastornos de ansiedad y tres cuartas partes con abuso o dependencia de alcohol, no recibieron ningún tipo de atención en salud mental en los servicios especializados, ni en los servicios generales de salud. En 1990, se estimaba que los trastornos mentales y neurológicos representaban un 8.8% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe, en términos de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD). Para el año 2002, esta cifra se había más que duplicado llegando a alcanzar el 22.2%.

Debido a estas circunstancias la Organización Mundial de la Salud (OMS) llevo a cabo los procesos para el desarrollo y ejecución de un instrumento que permitiera evaluar las condiciones de la Salud Mental en los países, dando como resultado la creación del Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental WHOAIMS (por sus siglas en ingles); este instrumento es una herramienta y metodología que ha sido desarrollada para recopilar información esencial sobre los programas y servicios de salud mental.

Este instrumento ha sido aplicado, con la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la mayoría de las naciones de América Latina y el Caribe.

Las 10 recomendaciones para promover mejoras en los servicios de salud mental que fueron descritas en el *Informe sobre la Salud en el Mundo - 2001* constituyen la base del instrumento IESM-OMS. Este instrumento evalúa los componentes claves de los sistemas de salud mental e identifica sus principales debilidades y fortalezas. El IESM-OMS se estructura en 6 secciones con 28 sub-secciones y 155 ítems. Todas las secciones deben ser evaluadas con el fin de tener un panorama completo de un sistema de salud mental.

Los datos se recopilan a nivel nacional, departamental/provincial/distrital y local (centro, unidad o servicio). Se utilizan todas las fuentes relevantes con el fin de maximizar la exactitud de la información. Los hallazgos del instrumento IESM-OMS se pueden utilizar para abogar por reformas de salud mental, para desarrollar planes y programas, para monitorear el cambio y para evaluar el progreso.

Los ministerios de salud de los países han podido identificar de una manera más clara sus fortalezas, debilidades y prioridades a fin de afrontar el mejoramiento de los servicios; también a nivel regional y subregional se ha tenido una visión más precisa que permita orientar la colaboración técnica a este nivel. En base a las evaluaciones, se ha creado un documento que resume los resultados más esenciales y destacados en la evaluación de los países de Centro América y República Dominicana, este documento también permite comparar la situación entre países.

Una conclusión importante del informe es que los sistemas de salud mental, en la mayoría de los países evaluados, no responden satisfactoriamente a las necesidades de la población. Los hospitales psiquiátricos continúan siendo –en gran medida– el eje de la atención en salud mental, absorbiendo esas instituciones una proporción considerable de los recursos disponibles.

El desarrollo del componente salud mental en la Atención Primaria es aún limitado y los trabajadores a ese nivel no tienen la capacidad resolutive necesaria para afrontar este tipo de problemas. Sin embargo también hay experiencias positivas en la subregión que pueden servir de ejemplo de lo que se puede hacer en este campo de la salud pública. Todo esto según el periodo de las evaluaciones en cada país, que iniciaron en 2005 y terminaron en 2009.

Análisis de los resultados

Información Socio demográfica

La tabla 1 resume varios aspectos socio demográfico de los países y se destacan algunos aspectos de cada país; Guatemala es el país con mayor número de habitantes y también con la más alta proporción de población indígena, predominantemente de origen maya. El Salvador tiene la mayor densidad de población (332 habitantes por Km²) en la subregión y Panamá tiene la población más envejecida (5.9% de la población tenía más de 65 años de edad en el 2005).

Guatemala y Honduras tienen la menor esperanza de vida y Costa Rica y Panamá la más elevada. La renta per cápita más baja corresponde a Honduras y Nicaragua.

Tabla 1 – Datos sociodemográficos

Países	Población 2007	Esperanza de vida 2007	Nivel de alfabetización (> 15 a.) (%)	Renta per cápita ajustada por poder adquisitivo (\$) 2005
Guatemala	13.354.000	70.3	69.1	4410
El Salvador	6.857.000	71.9	80.6	5120
Nicaragua	5.603.000	72.9	76.7	3650
Panamá	3.343.000	75.5	93.1	7310
Honduras	7.106.000	70.2	80	2900
República Dominicana	9.760.000	72.2	87	7150
Costa Rica	4.468.000	78.8	94.9	9680

NOTA: como dato aparte y más actual a esta investigación, los datos del 2011 de la EHPM (Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples) muestran que la población de El Salvador es de 6, 213,730.

Sección 1 - Política y Marco Legislativo

En esta sección se evalúa la información en relación a la actualización más reciente que han hecho los países de sus políticas, planes y legislación sobre salud mental

así como de los programas de salud mental para situaciones de desastres y emergencias. La Tabla 2 muestra que todos los países tienen un plan de salud mental lo que implica un avance y expresa un grado de compromiso con el tema salud mental. Aún cuando había cuatro países que no tenían una política explícita de salud mental, los planes de salud mental a menudo tienen un marco general que aborda la política en este tema.

En ocasiones no está claramente delimitada la diferencia entre política y plan. Sin embargo, lo positivo es que de esos cuatro países, tres (Guatemala, El Salvador y Panamá) que no mostraban actualizada su política de salud mental ya la han desarrollado.

También se evidencia que la mayoría de los países tienen programas actualizados de protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias.

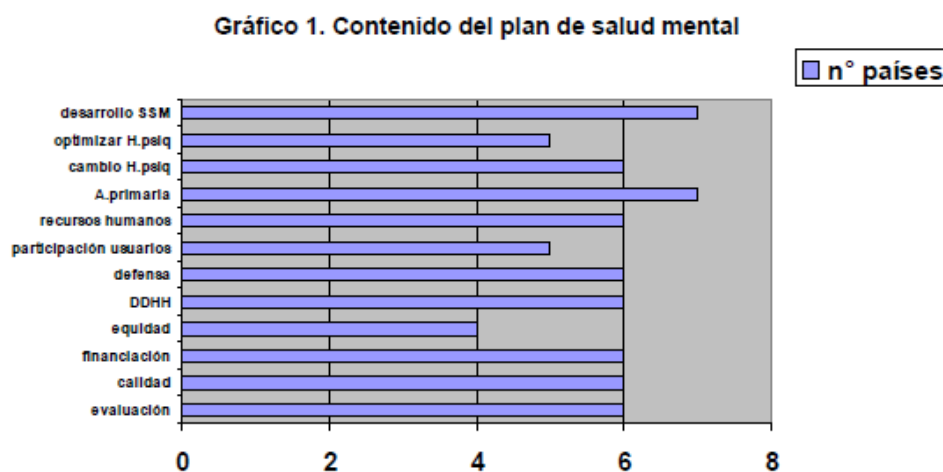
Tabla 2 – Planes y legislación para cada país

	Costa Rica	El Salvador	Panamá	Guatemala	Nicaragua	Honduras	República Dominicana
<u>Año de la última versión de la política de salud mental</u>	2006	NA	NA	NA	NA	2001	2006
<u>Año de la última versión del plan de salud mental</u>	2004	2005	2003	1997	2004	2007	2006
<u>Año de la última versión de un plan de salud mental en desastres/emergencias</u>	NA	2004	2005	2004	2004	2001	2006
<u>Año de la última versión de la legislación de salud mental</u>	1999	NA	2003	NA	NA	1999	2006

NA = No Actualizada (plan con más de diez años de antigüedad o ningún plan existente)

Los planes de salud mental parecen ser bastante amplios e inclusivos, ya que cubren la mayoría de los elementos sugeridos por la OMS (Gráfico 1). Los tres componentes que algunas veces no se abordan en varios de estos países son la reducción de los hospitales psiquiátricos (2 países: Guatemala y Honduras), la participación de usuarios y familiares (2 países: Honduras y El Salvador) y la equidad en la accesibilidad a la atención (3 países: Guatemala, Panamá y Honduras). Honduras fue el país con el menor número de componentes recomendados en su plan de salud

mental. Todos los países participantes reportaron la inclusión de los medicamentos psicotrópicos recomendados por la OMS en su lista de medicamentos esenciales.



Nota gráfico 1: El desarrollo de los servicios de salud mental se refiere a la organización de servicios de tipo comunitario. La optimización de los hospitales psiquiátricos se refiere a la reducción de los grandes hospitales psiquiátricos. El cambio de los h. psiquiátricos se refiere a desarrollar una atención más integral. La referencia a DDHH es a los derechos humanos.

El Gráfico 2 muestra que la mayoría de los países (5 de 7) tienen algún tipo de institución oficial de auditoría para la protección de los derechos humanos. Estas entidades pueden revisar el internamiento involuntario y los procedimientos para dar de alta en los hospitales psiquiátricos, así como también atienden y revisan reclamaciones y quejas; sin embargo, esto tiene un carácter casuístico y no regular. Estas instituciones denominadas, por lo general, procuraduría de los derechos humanos o defensoría del pueblo, no tienen autoridad ejecutiva para dictar medidas de obligatorio cumplimiento o sanciones, solo en Costa Rica se reportó que el organismo de revisión impone sanciones.

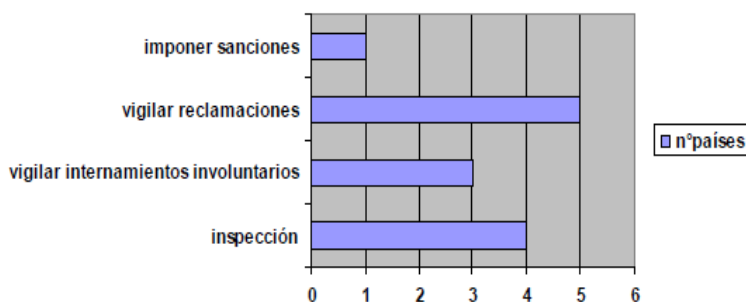
Los dos hospitales psiquiátricos de Costa Rica y uno de los dos de Guatemala, recibieron por lo menos una revisión/inspección externa en el año previo al estudio sobre la protección de los derechos humanos de los pacientes. Esto representa el 27% de los hospitales psiquiátricos de los países evaluados. Ninguna de las

unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales y ninguno de los establecimientos residenciales han recibido auditorías externas referidas a la protección de los derechos humanos de las personas internadas.

En los últimos dos años, 6 de los 11 hospitales psiquiátricos habían tenido por lo menos una sesión de capacitación sobre la protección de los derechos humanos de los pacientes.

Cuatro de estos hospitales reportaron el 100% de participación del personal en estos cursos. Dos unidades entre las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales y las de establecimientos residenciales comunitarios tuvieron capacitación en derechos humanos para el personal; estos se encuentran en la República Dominicana. Pero en general se destaca que no hay procesos regulares o sistemáticos de capacitación en el área de derechos humanos para los trabajadores de los dispositivos o servicios de salud mental.

Gráfico 2. Protección de los derechos humanos: funciones de los organismos de derechos humanos



Cinco de los siete países reportaron que los planes públicos de la seguridad social ofrecen cobertura a todos los tipos de trastornos mentales. La República Dominicana reportó una cobertura parcial y Nicaragua reportó no tener cobertura alguna. Costa Rica y Panamá son los únicos dos países que tienen instituciones del Seguro Social que cubren a la mayoría de la población, en el resto de los países la cobertura es muy baja. Un promedio del 27% de la población total en estos siete países tiene acceso gratuito a medicamentos psicotrópicos esenciales, esto significa que por lo menos el 80% del costo de estos medicamentos estaría cubierto para esa población.

Tabla 3 – Gastos en Salud Mental

	% del presupuesto de salud asignado a salud mental	% del presupuesto de salud mental dedicado a los hospitales psiquiátricos
Costa Rica	2.9%	67%
Honduras	1.6%	88%
Guatemala	1.4%	90%
Rep. Dominicana	0.4%	50%
Nicaragua	0.8%	91%
El Salvador	1.1%	92%
Panamá	2.9%	44%
<i>Promedios</i>	<i>1.6%</i>	<i>75%</i>

La media del porcentaje del presupuesto de salud asignado a salud mental en estos países es 1,6% por ciento. Existe una brecha importante si se compara con la carga asociada con los trastornos mentales en la carga general de enfermedad (aproximadamente 22% en América Latina y el Caribe). Pero por otro lado, la mayor parte de este presupuesto (75%) está asignado a los hospitales psiquiátricos. Aproximadamente el 90% del presupuesto total de salud mental se dedica a los hospitales psiquiátricos en Guatemala, El Salvador, Nicaragua y Honduras. Panamá y República Dominicana tienen la mejor situación en este indicador con un 44% y 50%, respectivamente, de su presupuesto de salud mental dedicado a los hospitales psiquiátricos. Ver tabla a continuación (tabla 3).

Sección 2 - Servicios de Salud Mental

Todos los países participantes reportaron la existencia de una autoridad nacional de salud mental que proporciona asesoría al ministerio de salud (gobierno) en política/legislación de salud mental y está involucrada en la planificación, el manejo y la coordinación de los servicios así como en el monitoreo y la evaluación de la calidad de la atención de salud mental. Por otra parte, todos los países participantes reportaron la existencia de áreas de atención sectorizadas (o regionalizadas) como una forma de organizar los servicios de salud mental.

Un total de 389.262 usuarios fueron atendidos en establecimientos de salud mental ambulatorios en los siete países participantes, con un promedio de 55.609 usuarios

por país. Esto se traduce en una tasa de 803,95 usuarios tratados por 100.000 habitantes.

Tabla 4 – Usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios por cada 100,000 habitantes

	Costa Rica	Honduras	Guatemala	Rep. Dominicana	Nicaragua	El Salvador	Panamá
Contactos ambulatorios por cada 100,000 habitantes	1916.31	1579.97	781.55	265.53	145.06	627.28	587.83

Seis de los siete países reportaron datos sobre el género de los usuarios de salud mental. De media el 60 % de los usuarios atendidos en los servicios ambulatorios de salud mental fueron mujeres. El 6% de los usuarios atendidos en los establecimientos ambulatorios de salud mental tenían 17 años de edad o menos. Hubo 995.685 contactos ambulatorios brindados a través de los establecimientos de salud mental ambulatorios en el último año, con un total de 290.001 usuarios atendidos (no se incluyen los usuarios de Guatemala al no conocerse el número de contactos), lo que arroja un promedio de 3.43 contactos por usuario. Estos datos incluyeron a seis de los siete países participantes.

Los Gráficos 3 y 4 muestran que el principal diagnóstico en todos los establecimientos (ambulatorios y de hospitalización) es el de los trastornos del estado de ánimo. El segundo diagnóstico más frecuente varía de acuerdo con cada establecimiento; los trastornos neuróticos en los establecimientos ambulatorios, los trastornos mentales de base orgánica en las unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales y la esquizofrenia en los hospitales psiquiátricos.

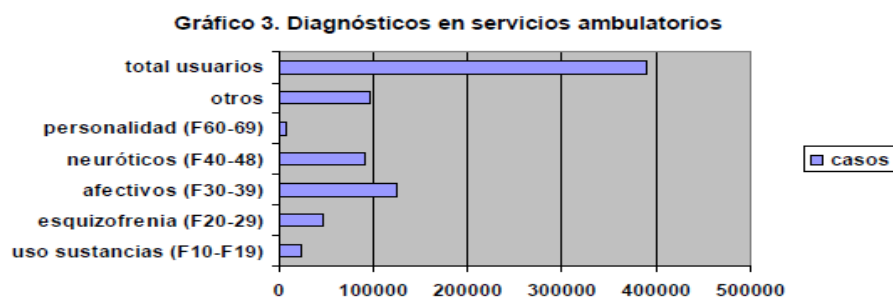
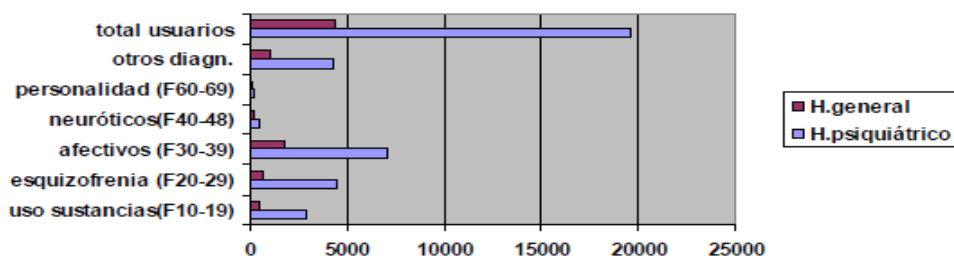


Gráfico 4. Diagnóstico pacientes hospitalizados (hospital psiquiátrico y hospital general)



En la tabla 5 se desglosan los establecimientos o servicios de salud mental por categorías y países. Se destaca que solo 15 de los 343 establecimientos de salud mental ambulatorios (4.4%) son exclusivos para niños y adolescentes. Solamente 31 de los 311 establecimientos de salud mental ambulatorios (9.9%), en seis de los siete países, reportaron que brindan un seguimiento en la comunidad de manera regular a las personas con trastornos mentales atendidas.

De un total de 14 hospitales de día en seis de los siete países participantes, 5 se encuentran en Nicaragua y por otro lado El Salvador no tiene ninguno. En los seis países con hospitales de día, 52.6% de los usuarios atendidos son mujeres. Los usuarios tuvieron una estancia promedio de 66 días en estos establecimientos.

Se reportó un total de 48 unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales en cinco de los siete países participantes; El Salvador y Honduras no reportaron contar con dichas unidades. En Costa Rica se encuentran ubicadas 26 de estas unidades de hospitalización. Hay 399 camas disponibles en estas unidades, lo que representa una tasa de 1,17 camas por cada 100.000 habitantes. De las 27.316 admisiones en las mismas, 56% eran mujeres. Tres países no recopilieron datos acerca del tiempo de estancia en estos establecimientos, en tanto que cuatro países (Panamá, Nicaragua, Guatemala y Costa Rica), de los siete países, sí reportaron esta información. En estos cuatro países los pacientes egresados tuvieron una estancia promedio de 11.4 días en las unidades de hospitalización psiquiátrica de los hospitales generales en el año anterior.

La mayoría de los países participantes reportaron no tener establecimientos residenciales comunitarios. Hay un total de 67 establecimientos residenciales comunitarios distribuidos en 3 países y en la República Dominicana solo hay 1 de estos establecimientos. Hay 1.432 camas en estos establecimientos, lo que representa una tasa de 7,7 camas por cada 100,000 habitantes. Sin embargo al evaluar las características de estos dispositivos reportados se observa que en su mayoría pertenecen al sector privado y reciben básicamente a ancianos con trastornos mentales o personas con discapacidad intelectual. Hay un total de 2.624 camas en hospitales psiquiátricos, lo que significa una tasa de 5,4 camas por cada 100.000 habitantes.

El 48% de los pacientes atendidos en los hospitales psiquiátricos son mujeres. Solo El Salvador y Panamá reportaron información sobre admisiones involuntarias, la cual fue obtenida mediante una muestra analizada en el marco de este estudio. En estos países hubo un total de 2.020 admisiones involuntarias, lo que representa el 42% del total de los internamientos. En general ninguno de los países disponía de mecanismos regulares de recogida de información sobre las admisiones involuntarias de personas con trastornos mentales en hospitales.

Tabla 5 – Establecimientos de salud mental en cada país

	Hospitales psiquiátricos	Establecimientos ambulatorios de SM	Hospitales de día	Servicios psiquiátricos en hospitales generales	Establecimientos residenciales
Costa Rica	2	38	2	26	35
República Dominicana	1	56	1	9	1
El Salvador	2	49	0	0	0
Guatemala	2	32	2	2	0
Honduras	2	31	1	0	0
Nicaragua	1	34	5	3	31
Panamá	1	103	3	8	0
TOTAL	11	343	14	48	67

Hay 64 establecimientos residenciales específicamente para personas con problemas de abuso de sustancias en seis de los siete países participantes. En cuatro países que tienen datos disponibles, hay un total de 1.861 camas en

establecimientos residenciales específicamente para personas con problemas de abuso de sustancias; Panamá reportó no tener dichas camas y la República Dominicana reportó 1.522 camas.

La disponibilidad de por lo menos un medicamento psicotrópico de cada categoría terapéutica fue reportada en los 11 hospitales psiquiátricos (100%), en 37 de las 48 unidades de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales (77%) y en 221 de los 343 establecimientos de salud mental ambulatorios (64.4%).

Seis países reportaron que los usuarios del medio rural están significativamente menos representados en el uso de los servicios ambulatorios en comparación y tan solo Costa Rica reportó que los usuarios rurales están casi igualmente representados.

La Tabla 6 muestra que en relación con el tiempo promedio de consulta con un psiquiatra, en casi todos estos países hay diferencias significativas entre los establecimientos de salud del gobierno y los establecimientos de salud con fines de lucro.

Tabla 6 – Diferencias entre los establecimientos de salud mental administrados por el gobierno y los establecimientos de salud mental con fines de lucro

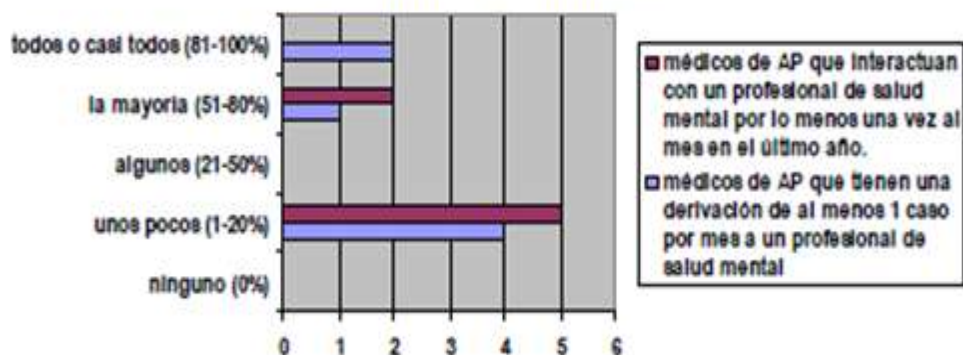
Aspecto evaluado	En general, una diferencia significativa (más de 50%)	
	SÍ	NO
Duración promedio de la lista de espera para una cita ambulatoria psiquiátrica inicial no considerada de urgencia	<ul style="list-style-type: none"> • Nicaragua • Honduras • R. Dominicana • Costa Rica 	<ul style="list-style-type: none"> • Panamá • Guatemala • El Salvador
Número promedio de minutos de una consulta ambulatoria con un psiquiatra	<ul style="list-style-type: none"> • Panamá • El Salvador • Nicaragua • Honduras • R. Dominicana • Costa Rica 	<ul style="list-style-type: none"> • Guatemala

Sección 3 - Salud Mental en la Atención Primaria

Los protocolos de evaluación y tratamiento para problemas claves de salud mental no están disponibles en los centros de atención primaria que cuentan con médico en cuatro de los países, están disponibles en el 20% o menos de estos centros en Guatemala y El Salvador y en el 51-80% de los mismos en Costa Rica.

El Gráfico 5 muestra que en la mayoría de los países, pocos médicos de atención primaria tienen una referencia por mes a un profesional de salud mental y pocos médicos de atención primaria interactúan mensualmente de manera regular con profesionales de salud mental. Los países con la mayor interacción entre médicos y profesionales de salud mental son Costa Rica y Panamá.

Gráfico 5 Derivaciones e interacción entre médicos de atención primaria y los profesionales de salud mental



Los médicos de atención primaria de salud están autorizados a prescribir medicamentos psicotrópicos en todos los países participantes; sin restricciones en cuatro de los países participantes y con restricciones en tres de los países. La accesibilidad a los medicamentos psicotrópicos es un problema importante en la mayoría de los países centroamericanos y la República Dominicana.

La Tabla 7 muestra que la mayoría de los centros de atención primaria de seis de los países no tienen suficiente cobertura de medicamentos psicotrópicos.

Tabla 7 – Disponibilidad de psicotrópicos para los pacientes en centros de atención primaria de salud que cuentan con un médico.

Centros de atención primaria de salud que cuentan con un médico en los que está disponible por lo menos un medicamento psicotrópico de cada categoría en el establecimiento o en una farmacia cercana durante todo el año.					
	0 %	1-20 %	21-50%	51-80%	81-100%
Número de países	2 Nicaragua Guatemala	2 Honduras República Dominicana	2 Panamá El Salvador	0	1 Costa Rica

Sección 4 - Recursos Humanos

Recursos humanos: tasas de profesionales de salud mental

La Tabla 8 muestra los índices de psiquiatras, enfermeros y psicólogos por 100.000 habitantes. Hay grandes divergencias entre los países centroamericanos en relación con el número de profesionales de salud mental disponibles; por ejemplo, Panamá tiene la tasa más alta de psiquiatras per cápita (3.46) y Guatemala tiene la tasa más baja (0.57). Existe una diferencia de seis veces entre estos países. Hay una diferencia de nueve veces entre el número de psicólogos en la República Dominicana (3.17) y en Guatemala (0.35).

En una mirada general es evidente que Panamá y Costa Rica muestran los mejores indicadores en términos de recursos humanos dedicados a la salud mental.

Además, existen diferencias en los programas de especialización. Por ejemplo, la residencia de psiquiatría puede variar de 3 a 4 años de acuerdo con el país. En muy pocos países hay formación especializada de psiquiatría infantil. También hay grandes diferencias en la formación de enfermeros ya que los países pueden tener de 2 a 4 niveles profesionales diferentes siendo el más alto el título universitario de licenciatura de enfermería y el más bajo el de auxiliar o asistente de enfermería.

Tabla 8 – Recursos humanos: tasas de profesionales en salud mental por 100.000 habitantes

Pais	Psiquiatras	Psicólogos	Enfermeros
Costa Rica	3.06	1.88	4.13
R. Dominicana	2.07	3.17	1.61
El Salvador	1.39	1.68	2.11
Guatemala	0.57	0.35	1.28
Honduras	0.81	0.77	2.58
Nicaragua	0.90	2.11	1.7
Panamá	3.46	2.99	4.38
Media	1.75	1.85	2.54

Profesionales de Salud Mental que trabajan en diferentes sectores

Según se evidencia en los siguientes gráficos (6 y 7), la mayoría de los psiquiatras trabajan en el sector privado o en la combinación gobierno-sector privado, mientras que la mayoría de los otros profesionales de salud mental (psicólogos, trabajadores sociales, y otros) trabajan para el gobierno solamente.

Los psiquiatras a menudo trabajan en más de un sector (público y privado), y esto puede deberse a la demanda o necesidad de estos profesionales y a la existencia de sueldos bajos que los motivan a buscar empleos o fuentes de ingreso complementarias.

Gráfico 6 Proporción de psiquiatras que trabajan en varios sectores de salud mental

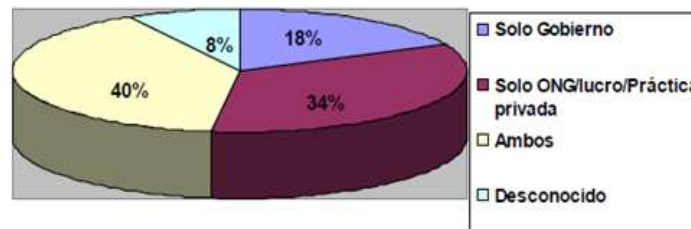
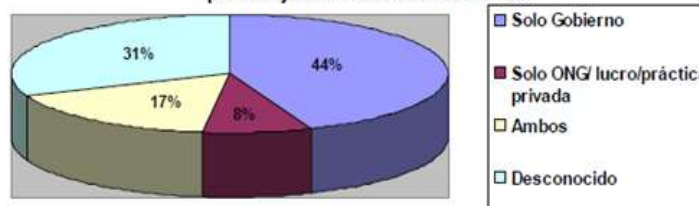
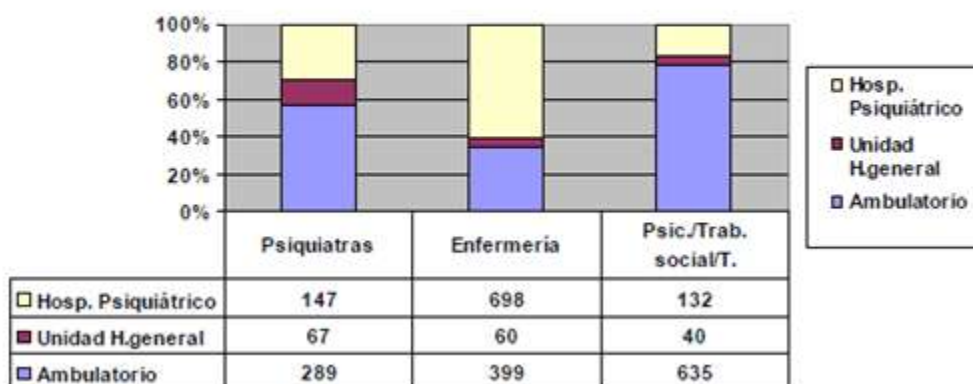


Gráfico 7 Psicólogos/Trabajadores sociales/enfermeros/terapeutas ocupacionales que trabajan en varios sectores de SM



El siguiente gráfico (8) muestra que el personal de enfermería labora en mayor proporción en los hospitales psiquiátricos, mientras que los psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales están más representados en los establecimientos ambulatorios.

Grafico 8 Porcentaje de personal que trabaja en hospital psiquiátrico/ establecimientos ambulatorios/unidades de hospitalización en hospitales generales



Profesionales de salud mental que trabajan en o cerca de la ciudad más grande de cada país

Los Gráficos 9 y 10 demuestran que los recursos humanos se concentran predominantemente en las capitales y las áreas urbanas de los países. Las ratios o cocientes más altas indican los países que tienen una mayor diferencia entre áreas urbanas y rurales (a favor de las primeras).

Los países con la mayor diferencia de psiquiatras y enfermeros entre las áreas urbanas y no urbanas son Honduras y Nicaragua. En Honduras, el número de psiquiatras per cápita es casi seis veces más alto en la ciudad más grande en comparación con todo el país. Los países con la menor diferencia para psiquiatras

son la República Dominicana y Costa Rica y los países con la menor diferencia para enfermeros son El Salvador y Panamá.

Gráfico 9 Razón entre la tasa de psiquiatras que trabajan en o cerca de la ciudad más grande por 100,000 habitantes en comparación con el conjunto del país

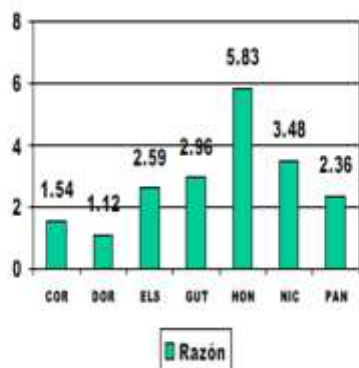
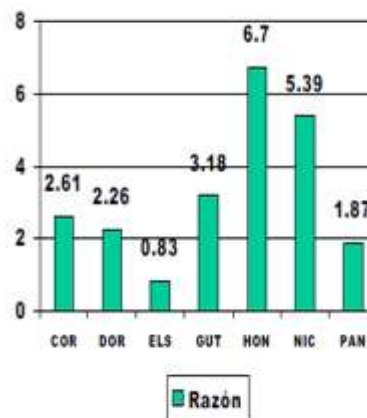


Gráfico 10 Razón entre la tasa de enfermeros en la ciudad más grande en comparación con la tasa de enfermeros en el conjunto del país



Educación y capacitación

La tasa más alta de médicos graduados corresponde a Costa Rica, República Dominicana y Panamá. El mayor índice de enfermeros graduados corresponde a Costa Rica y Guatemala. El índice más elevado de especialistas de psiquiatría graduados en el último año corresponde a Costa Rica y Panamá.

Tabla 9 – Tasa de profesionales que se han graduado en el último año por 100.000 habitantes según profesión y país

	COR	RD	ELS	GUT	HON	NIC	PAN
Médicos	17.4	15.2	7	2	2.6	4.5	13.3
Enfermeros	9	3.7	2.7	7.1	0.8	4.2	4.5
Psiquiatras	0.1	0.07	0.08	0.04	0.05	0.01	0.15

Migración de psiquiatras

Se calculó que entre 1 y 20% de los psiquiatras emigraron a otros países dentro de los primeros cinco años tras terminar su especialización en 4 de los países centroamericanos.

En dos países centroamericanos (El Salvador y Honduras) no se reportó psiquiatras especializados que hayan emigrado a otros países.

Sección 5 - Educación sanitaria y vínculos con otros sectores

Educación sanitaria y campañas de sensibilización en salud mental

Cinco de los siete países tienen organismos de coordinación para la educación sanitaria y las campañas de sensibilización en salud mental. Las instancias que promueven los temas de salud mental van desde las agencias internacionales a las instituciones gubernamentales, tales como el Ministerio de Salud o los de educación pública. Las asociaciones profesionales y las fundaciones privadas participan activamente en esta esfera en cuatro de los siete países; dos países indican que se desconoce la participación de las fundaciones privadas y un país indica lo mismo para las asociaciones profesionales.

Disposiciones para la protección legal y social

Nicaragua, Panamá, El Salvador y la República Dominicana tienen disposiciones vigentes que obligan legalmente a los empleadores a contratar un porcentaje de empleados con discapacidades, sin embargo, estas disposiciones legislativas no están implementadas de manera regular en la práctica. Honduras y Guatemala no tienen ninguna disposición legislativa para el empleo de personas con discapacidades. Sin embargo, Costa Rica tiene dichas disposiciones vigentes y se implementan.

Programas de colaboración y vínculos con otros sectores

El número total de escuelas públicas primarias y secundarias reportadas es de 36.182 de las cuales solo 3.334 disponen a tiempo parcial o completo de algún profesional de salud mental (9%). Esta cifra muestra que la gran mayoría de las

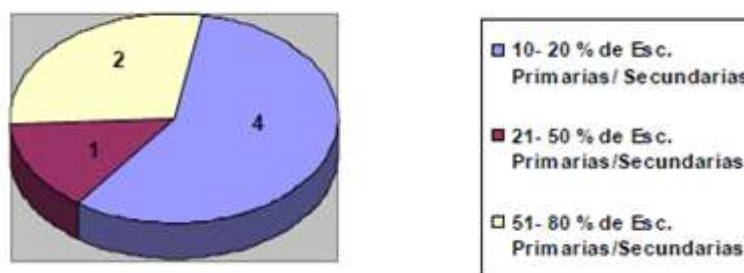
escuelas no tienen personal de salud mental asignado. En este indicador Nicaragua y la República Dominicana tienen el porcentaje más alto, 12 y 16%, respectivamente de las escuelas con personal de salud mental asignado (2004).

Tabla 10 – Número de escuelas con profesionales de salud mental por país

Pais	Número total de escuelas	Número de escuelas con profesionales de salud mental	%
Panamá	3295	24	0.7%
Nicaragua	6946	829	12%
Guatemala	1932	41	2%
El Salvador	6122	31	0.5%
Honduras	desconocido		
R. Dominicana	13860	2264	16%
Costa Rica	4026	145	3.6%
Total	36181	3334	9.21 %

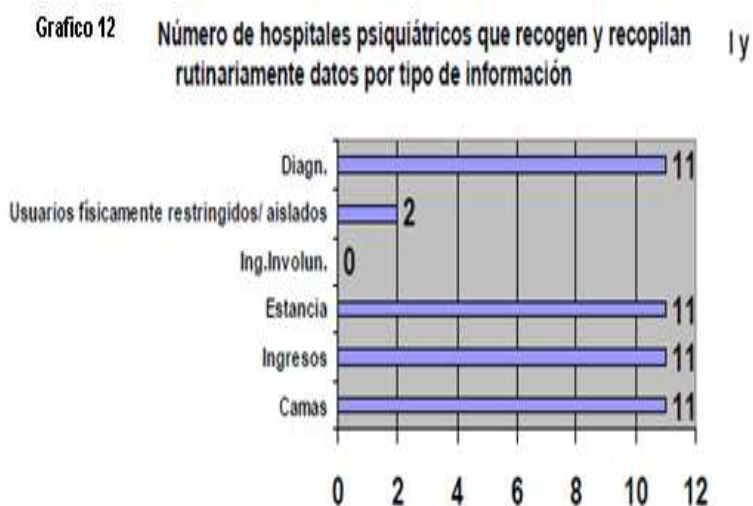
A pesar de no disponer siempre de los servicios regulares de profesionales de la salud mental se reporta la existencia de diferentes modalidades de programas de promoción de la salud mental en escuelas. En dos países (El Salvador y Costa Rica) tienen entre el 51- 80% de las escuelas con programas de este tipo. Sólo en un país (Nicaragua) se reporta este indicador como inferior al 20%.

Gráfico 11 Proporción de escuelas con programas para promover la salud mental y prevenir las enfermedades mentales (número de países según grupo)



Sección 6 - Monitoreo y Evaluación

El Gráfico 12 muestra cuántos hospitales psiquiátricos recopilan rutinariamente diversos tipos de información. Prácticamente ningún hospital psiquiátrico recopila, de manera regular, datos sobre el número de usuarios que están físicamente restringidos o aislados y sobre el número de admisiones involuntarias. Sin embargo, todos los hospitales psiquiátricos recopilan datos, sobre el número de camas, las admisiones los diagnósticos y los días de estancia en la institución.



Publicaciones

De acuerdo con los registros de Pub Med, solo 31 de las 16.523 publicaciones de salud en Centroamérica y R. Dominicana en los últimos cinco años estuvieron dedicadas a temas de salud mental. Esto representa el 0.18% de las publicaciones, lo cual significa una gran brecha.

Conclusiones de la Evaluación de los 7 países:

Los siete países han desarrollado sus sistemas de salud mental en mayor o menor medida de acuerdo a sus condiciones particulares y el grado de prioridad que ha recibido el tema en el campo de las políticas públicas de salud. Se reconoce muy positivamente la existencia de planes nacionales de salud mental en todos los países, lo cual les provee de un marco operativo y estratégico para el desarrollo de

los servicios de salud mental; sin embargo el reto parece ser la implementación real de estos planes.

Existen deficiencias en la cartera disponible de servicios de salud mental. El modelo de atención continua aún muy centrado en el hospital psiquiátrico; la gran mayoría de los recursos se asignan a estas instituciones (casi siempre de modelo asilar) y los servicios de salud mental en hospitales generales, los hospitales de día y los dispositivos residenciales en la comunidad son muy limitados e incluso en algunos países inexistentes.

Se coincide que una estrategia básica debe ser el desarrollo del componente salud mental en la Atención Primaria. Sin embargo, en la práctica la integración de la atención de salud mental en la atención primaria es muy deficiente. Un muy bajo porcentaje de médicos y enfermeros de la APS han recibido un estándar mínimo de capacitación o actualización en salud mental. No hay, por lo general protocolos de atención para los problemas básicos de salud en la APS y la mayoría de los centros del nivel primario no tienen suficientes psicotrópicos disponibles de forma regular durante todo el año.

Un problema relevante está relacionado con los recursos humanos y financieros evaluados como insuficientes y mal distribuidos (una elevada concentración de los recursos disponibles en las ciudades capitales y zonas urbanas). Debe señalarse que Panamá y Costa Rica tienen una situación más favorable en términos de recursos humanos dedicados a la salud mental.

El movimiento de usuarios y de familiares es aún débil y la membrecía en estas organizaciones es baja. También la relación con el sector público de estas asociaciones es pobre y su participación efectiva en el diseño e implementación de los planes de salud mental es casi inexistente.

Hay programas de educación y promoción de la salud mental en la mayoría de estos siete países pero la cobertura lograda (en especial de las escuelas públicas) es muy

baja. Muy pocas escuelas tienen profesionales de salud mental asignados. Con algunas excepciones, los trabajadores de otros sectores relacionados con la salud mental no han recibido de manera regular información o capacitación en el tema.

En general, existen vínculos entre los programas nacionales de salud mental y otras unidades organizativas del sector salud y con otros sectores. Hay muy pocas investigaciones y publicaciones de salud mental de estos siete países.

En conjunto, ha habido avances en el desarrollo de los sistemas de salud mental en estos países, pero es evidente que todavía queda mucho por hacer. Las prioridades identificadas para que pudieran ser realizadas en los próximos años son las siguientes:

1. Fortalecer la implementación de políticas y planes nacionales de salud mental a nivel de país.
2. Mejorar el financiamiento de los programas y de los servicios de salud mental. Modificar la actual estructura de los gastos (centrada en los hospitales psiquiátricos) para que se dediquen más recursos a los servicios ambulatorios de salud mental comunitarios vinculados con la APS.
3. Desarrollar una cartera de servicios más diversa, descentralizada y vinculada a la comunidad; lo cual incluye establecimientos ambulatorios, unidades de hospitalización en hospitales generales, servicios residenciales y otros.
4. Re-estructurar los hospitales psiquiátricos existentes; es necesario reducir la población de enfermos mentales severos de larga evolución en estas instituciones, muchos de los cuales “han vivido” allí durante largos periodos de tiempo.
5. Favorecer la hospitalización de personas con trastornos mentales, cuando sea necesario, en unidades de salud mental de los hospitales generales.
6. Incrementar la capacitación/entrenamiento en salud mental para los trabajadores de atención primaria y aumentar la disponibilidad de los psicotrópicos en los centros de atención primaria.
7. Fortalecer el recurso humano de salud mental, lo cual incluye trabajar en los programas de pre y post grado de profesionales y técnicos de salud mental.

8. Apoyar las organizaciones de usuarios y de familiares, fortaleciendo su participación directa en el diseño e implementación de los Planes de Salud Mental.
9. Continuar trabajando en la protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales aumentando la vigilancia sobre las prácticas hospitalarias.
10. Mejorar los sistemas de información.

IESM-OMS Evaluación de Cuba

Estos son parte de los resultados publicados por la OPS en el año 2011 sobre la evaluación hecha a Cuba con el instrumento IESM-OMS:

La República de Cuba es un archipiélago, cuya superficie total abarca 110, 922 Km². Posee un total de 11, 239, 128 habitantes, con una densidad poblacional de 102.3 habitantes por km². Las tres cuartas partes de la población cubana residen en áreas urbanas, sólo un cuarto de los habitantes vive en zonas rurales. El idioma oficial es el español.

Según los criterios del Banco Mundial (2004), el país pertenece al grupo de ingresos mediano/bajo; sin embargo, exhibe indicadores de salud y educación comparables con los de países con ingresos altos. Las actividades dirigidas a la salud son totalmente financiadas por el Estado.

En el año 2008 se invirtió en salud un presupuesto de \$4 001 000 000 MN, equivalente a \$355.99 MN per cápita. Esta cifra corresponde a 7,5% del PIB (La proporción del presupuesto de salud en el PIB era de 3,9 en El Salvador para el año 2009.). La población cubana posee 99,8% de alfabetización y la esperanza de vida al nacer es 78,97 años para el sexo femenino y 75,13 para el masculino.

El Ministerio de Salud Pública (MINSAP) es la estructura del Estado que integra los servicios de salud en el país, no hay una financiación diferenciada para la Salud Mental dentro del presupuesto de salud, aunque se garantizan todas las actividades de este programa, utilizando el presupuesto del MINSAP, para ofertar estos servicios, y se dispone de financiamiento de la Seguridad y la Asistencia Social, del

Ministerio de Trabajo, para otras prestaciones que requieran los enfermos mentales o sus familiares.

Existen 1837 instituciones que brindan servicios de salud, entre ellos: 498 policlínicos y 222 hospitales. La atención primaria, constituye el eje del funcionamiento de todo el Sistema Nacional. No existen instituciones privadas para la atención de la salud, ni salud mental de la población.

La mayoría de los servicios de salud mental se encuentran ubicados en la comunidad, vinculados a la Atención Primaria de Salud (APS) con la existencia de Servicios de Salud Mental (SSM) dentro de los Policlínicos, que son las unidades asistenciales de este nivel de atención y que cubren un área de salud con una población que oscila entre los 20 000 y 35 000 habitantes en su mayoría. Estos servicios cuentan con un equipo de atención fijo y poseen un local propio para realizar las acciones de salud mental y están vinculados estrechamente a los Centros Comunitarios de Salud Mental, instituciones de salud que por su complejidad constituyen un servicio especializado dentro del Segundo Nivel de Atención. Ellos son los centros de salud mental rectores dentro de un municipio, enlazan, asesoran técnicamente y controlan la actividad de todos los servicios de salud mental de los diferentes policlínicos que atiende el municipio de salud. Existen además servicios de hospitalización psiquiátrica en Hospitales Generales, Clínico Quirúrgicos, Pediátricos y Psiquiátricos que forman parte de las redes integrales de servicios.

La formación de recursos humanos para abordar esta área de la salud se hace a través de las carreras de Medicina, con la especialidad de Psiquiatría, Licenciaturas en Psicología, Enfermería, Tecnología de la Salud —en las especialidades de Trabajo Social y Terapia Ocupacional— así como la educación posgraduada en Maestrías y Diplomados en Salud Mental Comunitaria, Psicología de la Salud, Medicina Natural y Tradicional, Sexualidad, entre otras vinculadas. En este campo se desarrolla una Maestría en Salud Mental Comunitaria, que ya cuenta con 9 ediciones y 227 graduados de todo el país. Se debe tener en cuenta la educación de técnicos

de la salud mental tales como trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y psicometristas.

En Cuba se encuentran sistematizados los mecanismos para la protección de los derechos humanos de las personas con discapacidad mental. Se supervisan periódicamente por las diferentes estructuras del sistema y por otras instancias de la administración pública.

La política de Salud Mental de Cuba fue revisada por última vez en el 2002. En ésta se incluyen los siguientes componentes: organización de los servicios en cuanto a: desarrollo de los servicios de salud mental comunitaria, optimización de los hospitales psiquiátricos, desarrollo del componente de salud mental en la Atención Primaria de Salud (APS); desarrollo de los recursos humanos; participación de usuarios y familiares; defensa y protección de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales; mejora de la calidad de la atención y sistema de evaluación. Además, hay actualmente una lista de medicamentos esenciales, donde se incluyen antipsicóticos, ansiolíticos, antidepresivos, estabilizadores del humor, correctores antiparkinsonianos y drogas antiepilépticas.

La última revisión de los planes de salud mental se realizó en 2008. Este plan contiene los siguientes elementos previstos en el IEMS-OMS: desarrollo de servicios comunitarios de salud mental, participación de usuarios y familias, abogacía y promoción, protección de los derechos humanos de pacientes e igualdad de acceso de los diferentes grupos.

A partir del año 1995 se inició en Cuba la reorientación de los servicios de Psiquiatría hacia la comunidad. Este ha sido un proceso progresivo y sistemático. Cabe señalar que desde 1959, con el triunfo de la Revolución Socialista se comenzó la transformación de los hospitales psiquiátricos en aras de favorecer el trato humanizado a sus usuarios. La Ley de Salud Pública y su reglamento, publicados en 1983 y 1988 respectivamente, contienen secciones y artículos referidos a la salud

mental. Posteriormente se han elaborado regulaciones legales respecto a esta área, en función de las nuevas necesidades que han se ido planteando.

Existen 421 establecimientos de salud mental ambulatorios disponibles en el país, de los cuales 3.5 % son sólo para niños y adolescentes. Estos establecimientos brindaron atención a 247, 975 personas, lo que representa un índice de 2, 206 usuarios por cada 100,000 habitantes de la población general. De todos los usuarios atendidos en establecimientos de salud mental ambulatorios, 43% son mujeres, 16% son niñas o adolescentes. Los usuarios atendidos en establecimientos ambulatorios sus diagnósticos principales son trastornos neuróticos, relacionados con el estrés y somatomorfos (17%), esquizofrenia, esquizotipia y trastornos delirantes (8%).

En el 100% de los establecimientos ambulatorios se proporciona atención de seguimiento en la comunidad. En su concepción se contempla la movilidad de los equipos de salud mental, de modo que también el 100% tienen equipos móviles de salud mental, en 100% de ellos se ofrecen tratamientos psicosociales a sus usuarios. Todos, (100%), dispusieron en el establecimiento o en una farmacia cercana durante todo el año, de al menos un medicamento psicotrópico de cada clase terapéutica (medicamentos antipsicóticos, antidepresivos, estabilizadores del estado de ánimo, ansiolíticos y antiepilépticos).

Hay 9 en establecimientos de salud mental ambulatorios, además de contar con 19 Hospitales de Día dentro de los servicios de psiquiatría en hospitales generales y 19 en los hospitales psiquiátricos, que elevan a un total de 47 en todo el territorio nacional. En el país existen 31 servicios de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, clínico quirúrgicos y pediátricos, con un total de 10,2 camas por cada 100,000 habitantes; 7% de estas camas está reservado solo para niños y adolescentes; 47% de las admisiones en estos servicios son mujeres y 34% son niños / adolescentes. Existen 23 hospitales psiquiátricos disponibles en el país con un total de 56,68 camas por cada 100,000 habitantes; el 100% de estos

establecimientos están organizacionalmente integrados con establecimientos de salud mental ambulatorios.¹⁴

Valoración general entre las Evaluaciones de Centro América y Cuba

El instrumento IESM-OMS, fue aplicado en la zona de Centro América en los años 2004 y 2005, y las publicaciones de los resultados salieron a la luz en el año 2006. Por su parte en la República de Cuba, este instrumento fue aplicado en el año 2009, publicándose los resultados en el año 2011. Para hacer la siguiente valoración se debe tomar en cuenta este dato, pues los periodos de aplicación tienen un aproximado de 6 años de diferencia, por lo cual es posible que al momento de la evaluación en Cuba, algunas de las Repúblicas de Centro América hayan tenido algunos avances en base a su evaluación.

Un dato a comparar en cuanto a Cuba y las repúblicas de Centro América y República Dominicana, es que Cuba pertenece al grupo de países con ingresos mediano/bajo (al igual que la mayoría de los otros países de esta lista a excepción de Panamá y Costa Rica, que pertenecen al grupo de pises con ingreso mediano-alto); sin embargo, exhibe indicadores de salud y educación comparables con los de países con ingresos altos, y las actividades dirigidas a la salud son totalmente financiadas por el Estado. Es decir que de todos los países evaluados, solamente Cuba tiene un sistema de salud totalmente público sin la admisión de servicios de salud privados como los que se encuentran en los demás países.

En cuanto a los documentos jurídicos que velan por el desarrollo de la salud mental, Cuba si cuenta con la existencia de una Política Nacional de Salud Mental, al igual que los países de Costa Rica, Honduras y República Dominicana, los países restantes no contaban con la creación de dicho documento.

¹⁴http://www.who.int/mental_health/evidence/report_on_mental_health_systems_Spanish.pdf

En Cuba existen 421 establecimientos ambulatorios que brindan los servicios de salud mental, además de contar con 19 Hospitales de Día dentro de los servicios de psiquiatría en hospitales generales y 19 en los hospitales psiquiátricos. En el país existen 31 servicios de hospitalización psiquiátrica en hospitales generales, clínicos quirúrgicos y pediátricos.

Este dato indica que los servicios de salud mental se han incluido como parte de la red general que brinda los servicios de salud, lo que se podría denominar como una descentralización de los servicios de salud mental. Por su parte en los países de Centro América y República Dominicana, cuentan entre 1 y 2 hospitales psiquiátricos (cabe mencionar que en algunos de los países con 2 hospitales psiquiátricos sólo 1 pertenece a la red pública), sobre los establecimientos ambulatorios, Panamá cuenta con 103 y República Dominicana con 56, los demás países tiene un promedio de 30 establecimientos por cada uno.

En cuanto a los hospitales de día, Nicaragua tiene el máximo de establecimientos: 5, los demás países tienen entre 1 y 4 por cada uno y El Salvador no cuenta con este servicio. En los servicios psiquiátricos en hospitales generales, Costa Rica cuenta con 26, El Salvador y Honduras no poseen ese servicio y los países restantes poseen menos de 10 establecimientos.

Y finalmente sobre los establecimientos residenciales, en Cuba no existen este tipo de instituciones, al igual que en El Salvador, Honduras, Guatemala y Panamá, solamente tienen este servicio los países de Costa Rica (35 instituciones), Nicaragua (31 instituciones) y República Dominicana (1 institución).

Estos son los datos más significativos a comparar con las evaluaciones de los 8 países antes mencionados.

3. Desarrollo histórico de la Salud Mental en El Salvador

Los problemas de salud mental en El Salvador comenzaron a ser tratados de forma institucional por el gremio médico, a finales del siglo XIX. En 1859 el mandatario del país, capitán general Gerardo Barrios, formó una comisión para que estudiara las

normas relativas al tratamiento de las enfermedades mentales, pero no hubo avances significativos.

Según Infante Meyer (2000), la novedosa idea de fundar un hospital para atender a personas con trastornos mentales surgió en la presidencia de Rafael Antonio Gutiérrez (1895-1898). Antes, en la Finca Modelo al sur de la ciudad de San Salvador, funcionó la llamada “Casa de locas”, bajo los auspicios de la Sociedad de Señoras de la Caridad de San Vicente de Paúl. Dicha institución, como lo indica su nombre, atendía a mujeres con trastornos mentales. La población masculina afectada no recibía ningún tipo de atención y era, por lo general, recluida en las bartolinas municipales.

Así, el 12 de febrero de 1895, se conformó la primera Junta de Caridad del Hospital, la cual fue integrada por el Dr. Tomás Palomo (profesor de medicina operatoria y clínica quirúrgica del Hospital General) como presidente, Margarito González como secretario, Benjamín Madrid como tesorero, el Dr. Belisario Suárez como síndico y Carlos Meléndez, como primer vocal, quien, en 1913, fue Presidente de la República.

En 1896, la Primera Dama, Carlota Mejía de Gutiérrez, donó a dicha junta parte de sus joyas, valorada en 10 mil colones, para financiar el hospital. La venta de estas, en 1899, produjo menos que su valor original(6, 800 colones), pero con esta cantidad se pudieron adquirir siete manzanas de terreno, en el Barrio San Jacinto, en la misma zona donde estuvo localizada la “Casa de locas” (lugar donde actualmente se encuentra el Instituto Nacional Francisco Menéndez INFRAMEN de San Salvador). En 1897, el Dr. Genaro Muñoz fue nombrado primer médico del hospital, dotado con numerosas camas y un dispensario farmacéutico. Los primeros tratamientos eran rudimentarios, prolongados baños tibios (a 34 grados Celsius) y de bromuro de potasio para inducir el sueño. Más adelante, se adquirieron seis camisas de fuerza.

Cuando las instalaciones del hospital resultaron insuficientes, se consideró trasladarlo al colindante barrio de Candelaria, al noroeste de San Salvador, durante

el gobierno del Dr. Manuel Enrique Araujo. El nuevo hospital comenzó a ser diseñado de acuerdo al modelo de los hospitales psiquiátricos franceses, pero nunca fue construido. Para 1918 el gobierno de turno adquirió otras 7 manzanas en el cantón Venecia de Soyapango, donde se encuentra en la actualidad el hospital.

Según relata el psiquiatra Víctor Guillermo González (Infante Meyer, 2000), en 1926, al finalizar la construcción de seis pabellones, por orden del presidente Romero Bosque, se trasladó el sanatorio a estas instalaciones, en febrero de 1927. El “Manicomio” Nacional, conocido como Asilo Salvador, fue dirigido por el Dr. Adán Laínez. Las edificaciones antiguas fueron cedidas a la Sociedad de Señoras de la Caridad, para el Dispensario de la Medalla Milagrosa, y a la Cárcel de Mujeres.

En la década de 1930, con las nuevas instalaciones psiquiátricas, el gremio médico abandonó algunas de las viejas técnicas y las sustituyó progresivamente con nuevos métodos de tratamiento. Según González (Infante Meyer, 2000, p. 296) entre “1931 [y] 1935 los procesos terapéuticos profesionales se ampliaron con la utilización de abscesos de fijación por inyecciones de trementina y por picaduras de abejas [empleado por el Dr. Guillermo Trigueros]... [También se utilizaron] la malarioterapia, específicamente para el tratamiento de pacientes con parálisis general progresiva... [Además] La insulino-terapia y la convulsoterapia por inyecciones de cardizol fueron introducidas en 1938 por el Director del hospital, Dr. Alonso Velasco, constituyéndose en los primeros recursos altamente efectivos para el tratamiento de la psicosis”. Otros datos mencionados son la apertura, en 1935, de la Farmacia del Hospital de Dementes y la introducción de la terapia de electrochoque, en 1943.

En 1949 el Dr. José Molina Martínez es nombrado director del Hospital Psiquiátrico. Este notable médico habría de introducir en la psiquiatría una modernización notable y una actitud científica, en 1950, se inauguró el primer Laboratorio de Electroencefalografía. Fue el Dr. Molina Martínez quien introdujo la cátedra de psiquiatría en la carrera de Medicina en la Universidad de El Salvador en 1954.

El 16 de octubre de 1975 se inauguraron los nuevos edificios del Hospital Nacional General y de Psiquiatría Dr. José Molina Martínez.¹⁵

Hablando más propiamente de la historia de la psicología en El Salvador, este es un tema sobre el cual se conoce poco o se desconoce todo. De hecho, por la escasez de trabajos dedicados a tratar el tema, lo poco que se conoce se debe en buena medida a la transmisión oral de su historia. De este modo la Psicología nace amparada por extranjeros que llegaron a la Escuela Normal a preparar maestros, pues la psicología siempre ha sido un apoyo a la educación, en 1928 llegaron al país los primeros psicólogos colombianos que capacitaron a los maestros de La Escuela Normal, y comenzaron las primeras evaluaciones de maduración e inteligencia como el “A B C” y el “Goodenough”, el “gabinete Psicológico” como era llamado en 1943 logró introducir a la psicología en la educación del país. La Escuela Normal Superior produce técnicos de psicología y de educación espacial en 1954.

Los psicólogos en El Salvador Tijerino Rizo y Alberto Walter Stahel motivaron para formar la carrera de Psicología en la Universidad de El Salvador (UES) en 1956, proponiendo la creación del departamento de psicología, pero el grado otorgado era el de psicómetrista, no el de psicólogo/a, al segundo año de haber iniciado el grado en psicometría, este fue clausurado y, posteriormente, asimilado por el naciente programa de licenciatura en psicología. Dicho programa fue el único disponible en el país hasta 1969, año en el que la Universidad Centroamericana José Simeón Canas (UCA) comenzó también a ofrecer la licenciatura en psicología.

Por su parte lo que respecta a proyectos de trabajo en Salud Mental en el Ministerio de Salud se puede iniciar retomando los trabajos iniciados en el año de 1971, en la cual un grupo de Psiquiatras, entre ellos el Dr. Carlos Escalante (actual jefe del Programa Nacional de Salud Mental del MINSAL) diseñaron un proyecto de creación

¹⁵Asociación Salvadoreña de Psiquiatría. (n.d.)<http://psiquiabrasalvador.com/historia>

de una estructura en el Ministerio de Salud que se incorporara a los otros programas de salud que ya existían.

El ministro de esa época, el Dr. Víctor Esquivel aceptó darle seguimiento a esa solicitud y pidió asesoría a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que revisara el proyecto, el cual aprobó después de seis meses, y se creó a partir de 1972, la División de Salud Mental, cuyas funciones básicas serían: hacer una evaluación de lo que existía en materia de salud mental, reuniendo aspectos de psicología, psiquiatría, pedagogía, entre otros aspectos que tuvieran incidencia; hacer normas para que lo que ya existía se rigiera por normas actualizadas de acuerdo a los contextos modernos de lo que era la salud mental, y otra función iba destinada a la docencia, dar clases, enseñar, entrenar y hacer investigaciones buscando un enfoque verdaderamente científico. El equipo que conformaba esta división estaba compuesto por tres psiquiatras, un psicólogo, un trabajador social y una enfermera.

Cabe mencionar que antes de este proyecto se prestaban servicios de salud mental, solamente en el Hospital Psiquiátrico y 2 consultorios más, uno en el Hospital Nacional Rosales y otro en el Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom.

El enfoque con el que se pretendía trabajar en este nuevo proyecto era la salud mental comunitaria, pues se buscaba ir a las comunidades y alejarse un poco del trabajo realizado en los hospitales, el trabajo estuvo asesorado por la OMS.

En el año de 1974 esta División fue suspendida, según lo relatado por el Dr. Carlos Escalante, debido a que como el programa era de enfoque comunitario y en 1974-1975 se comenzaron a gestar los problemas revolucionarios de reivindicación del país, debido a esto era prohibido para el gobierno que hubiera programas comunitarios, porque esto implicaba ir a las comunidades, y como las comunidades habían estado siempre abandonadas era inevitable no sacar a relucir aspectos políticos, sociales, económicos y de convivencia social, eso fue amenazante para las personas al mando en el gobierno. Por ese motivo en diciembre de 1974 por orden

ministerial se cerró el programa, justificando el cierre por la falta de recursos financieros.

En los años de 1975 a 1978 no hubieron mayores trabajos en salud mental por parte del ministerio de salud, y debido al desarrollo, que se tenía en ese entonces, del conflicto armado, la salud mental llegaba a las comunidades por medio de Organizaciones No Gubernamentales de origen internacional que llegaban al país a brindar ayuda.

Luego en el año de 1979 se creó en el Ministerio de Salud un Programa de Salud Mental, pero ya no con la categoría ni el nivel jerárquico que tenía la antigua División, sino que era como una sección adscrita a otro programa que se llamaba “Epidemiología”, con el pasar del tiempo lo transcribieron a otro programa llamado “Educación para la Salud”.

Para el año de 1988, debido al terremoto de 1986, una ONG Italiana llegó al país para brindar ayuda en la reconstrucción de las Unidades de Salud que estaban dañadas, para ese entonces ya existía un Departamento de Salud Mental, creado a partir del programa anterior. Con la ayuda de esta ONG se buscó la forma de darle nuevamente impulso a los trabajos en esta área, la cual tenía un trabajo muy débil pues carecían de presupuesto, y solo estaba conformado por el director del departamento y su secretaria. Con el apoyo de la ONG, se incorporó al equipo un psiquiatra, y se llevó a cabo la organización de un cuerpo colegiado integrado que se denominó CONACSAM, pero el trabajo realizado fue muy lento, desde el año 1988 a inicio de los noventa, en 1992 la ONG italiana dejó ir sus recursos y al final no se pudo concretar nada.

En 1994 se volvió a cerrar el Departamento de Salud Mental existente, para abrirse nuevamente en 1998, con el nuevo nombre de Unidad de Salud Mental, en 1999 se creó el Consejo Nacional de Salud Mental, pero para esas fechas no existía una política de salud mental y el consejo no podía hacer nada pues incluso en el año 2000 no había sido juramentado. Dicho Consejo que estaba conformado por 13

instituciones multisectoriales, entre gubernamentales, ONGs y empresa privada, se creó con el objetivo principal de apoyar a la Política Nacional de Salud Mental, la cual no existía para ese entonces.¹⁶

Como se ha visto hasta ahora, el MINSAL desarrolló el Programa de Salud Mental de forma discontinua desde el año 1972, y en el 2000, fue evaluado por la OPS, encontrándose implementado en un rango entre 10% a 25%, y donde se planteó que necesitaban ser desarrollados los componentes siguientes: Reforma de los servicios de salud, promoción y prevención, integración de los servicios de Salud Mental y desarrollo de las instancias especializadas; así como priorizando la problemática de adicciones a sustancias y violencia. El Programa de Salud Mental fue oficializado bajo Decreto Ministerial 961 en Octubre del año 2000.

En el segundo semestre de 2005, se aplicó el “Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental”, de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS), el cual permitió recopilar información sobre el sistema de Salud Mental en el país. El estudio ilustró la disgregación de la información y en algunos casos, la ausencia de registros en la inmensa mayoría de los cuarenta y nueve dispositivos que prestaban servicios de Salud Mental; asimismo, que de los gastos de salud sólo el 1% está destinado a Salud Mental y, de esto el 93% está destinado a gastos de los hospitales psiquiátricos.

En dicha evaluación se encontró que a nivel de prestación de servicios no se disponía de establecimientos de tratamiento diurno, unidades de hospitalización psiquiátrica de base comunitaria ni establecimientos residenciales comunitarios. Solamente se disponía de cuarenta y nueve establecimientos ambulatorios de Salud Mental con las características siguientes: Menos de la mitad contaban con psicofármacos, atendían un promedio de 2,34 consultas por usuario/año, se brindaban tratamientos de tipo psicosocial en menos del 50% de ellos, solo el 6%

¹⁶ Autor: Castaneda Rodríguez, título: “Situación de la salud mental en El Salvador” grado para optar la Licenciatura en Periodismo, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, año 2000 pag. 6

daba seguimiento comunitario, y solo un 1% estaba destinado específicamente a niños y adolescentes.

Otros hallazgos determinaron que en ese período existían dos entidades complementarias: El Consejo Nacional de Salud Mental y la Unidad de Salud Mental del MINSAL, con autoridad en Salud Mental. El Consejo Nacional de Salud Mental, era el encargado de la coordinación interinstitucional e intersectorial en materia de educación al público y concientización en Salud Mental, desarrollando campañas dirigidas a múltiples sectores de la población.

El mismo estudio indicó que a pesar de existir legislación vigente a favor de las personas con discapacidad y la discriminación laboral, ésta no se cumplía en un 100%. Pocas escuelas primarias y secundarias contaban con profesionales de psicología y realizan actividades para promover la Salud Mental y prevenir los trastornos mentales a la población estudiantil. En las cárceles, menos del 2% de las personas privadas de libertad padecían de psicosis; casi todas las cárceles (81-100%) poseen por lo menos una persona privada de libertad por mes en un proceso de intervención psicoterapéutico con un profesional de salud mental.

La disponibilidad de recursos humanos en Salud Mental era de 10.01 por 100,000 habitantes distribuidos así: 92 profesionales en Psiquiatría (1.39 por 100,000 habitantes), 72 otros médicos no psiquiatras (1.07), 114 profesionales en Psicología (1.68), 143 profesionales en enfermería (2.12), 105 profesionales en trabajo social (1.55) y 10 terapistas ocupacionales (0.14). La distribución de profesionales por camas por 100,000 habitantes es de 0.04 profesionales en Psiquiatría, 0.04 profesionales en enfermería y 0.04 profesionales en psicología. Existen 2.59 profesionales en Psiquiatría por 100,000 habitantes que trabajan cerca o en la ciudad más grande del país (1.39 en todo el país). Se graduaron en el año de referencia 0.0887 profesionales en Psiquiatría y 7.590 profesionales de Medicina por 100,000 habitantes.

Entre las debilidades más importantes en los servicios de Salud Mental, se encontraron: La falta de legislación y Políticas sobre Salud Mental, la no existencia de mecanismos para la promoción y protección sistemática de los derechos humanos de los pacientes con problemas mentales, bajo porcentaje del gasto para la atención de Salud Mental y concentración del recurso humano en la ciudad de San Salvador.

El instrumento de evaluación, evidenció que existen asociaciones de usuarios y familiares, y que tienen poca interacción con los establecimientos de Salud Mental; de la misma manera, existen ONG's que realizan intervenciones psicosociales, entre ellas se encuentran ACISAM (Asociación de Capacitación e Investigación para la Salud Mental) y ASFAE (Asociación Salvadoreña de Familiares y Amigos de personas con Esquizofrenia y otros trastornos mentales).

Se identificaron como fortalezas de los servicios de Salud Mental: La existencia de autoridades y de un Plan Nacional de Salud Mental con un componente de intervención en desastres (este fue evaluado en el año 2001 y se había implementado entre un 10 y 25%); así mismo se disponía de documentos regulatorios para la intervención, hay vínculos formales con otros subsectores, una red de unidades que brindan atención especializada y acceso a información registrada en los establecimientos del MINSAL, ISSS e ISBM. También se desarrollan acciones de promoción y educación sobre temas de Salud Mental, así como capacitación del personal de atención primaria de salud y equipos de primera respuesta.

Tomando en consideración dicha evaluación se inicia la formulación y elaboración de la Política Nacional de Salud Mental contando con el apoyo técnico y financiero de la OPS y del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). El proceso se inicia en el 2003 y finaliza el 2008, y hubo participación de representantes del conjunto de sectores que realizan acciones de salud mental. El documento fue oficializado por las autoridades del MINSAL, ISSS, ISBM Comando de Sanidad Militar (COSAM) e Instituto Salvadoreño de Rehabilitación de Inválidos (ISRI) en el año 2008.

En el segundo semestre de 2009, se aplicó nuevamente el “Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental”, donde se encontró la Política Nacional de Salud Mental oficializada e incremento en la capacidad instalada del MINSAL para ejecutar acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la Salud Mental a nivel comunitario. Cabe mencionar que los resultados de esta investigación aún no habían sido publicados para el año 2011.

Con el cambio de administración gubernamental (2009-2014), desaparece la figura del Consejo Nacional de Salud Mental y se impulsa la Reforma de Salud basada en la atención primaria de salud integral (APSI) por lo que se reestructura el Programa Nacional de Salud Mental, y se plantea la revisión, actualización y contextualización de la Política de Salud Mental en concordancia con la Política Nacional de Salud “Construyendo la Esperanza”, particularmente expresada en la Estrategia catorce “Toxicomanías, Violencia y Salud Mental”. Después de esto se creó el Plan de Implementación de la Política Nacional de Salud Mental, el Plan Estratégico para la prevención y Atención Integral de las personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas (en 2012) y una serie de guías y material de trabajo a favor de la Salud Mental. Actualmente (2013) está en proceso la creación de la Ley de Salud Mental, las autoridades correspondientes esperan tenerla culminada antes que termine el periodo de gobierno actual.¹⁷

¹⁷Ministerio de Salud de El Salvador (2011). Política Nacional de Salud Mental. http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Politica_Nacional_de_Salud_Mental_consulta_publica.pdf

C) FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

1. *Salud Pública*

La salud pública es la ciencia y el arte de impedir las enfermedades, prolongar la vida, fomentar la salud y la eficacia física y mental, mediante el esfuerzo organizado de la comunidad para:

- El saneamiento del medio
- El control de las enfermedades transmisibles
- La educación sanitaria
- La organización de los servicios médicos y de enfermería
- El desarrollo de los mecanismos sociales que aseguran al individuo y la comunidad un nivel de vida adecuado para la conservación de la salud.

Se puede concluir que la salud pública es la ciencia y el arte de organizar y dirigir todos los esfuerzos de la comunidad destinados a defender y promover la salud de la población cuando está sana y a restablecerla cuando se ha perdido.

La salud pública es una responsabilidad de los gobiernos, a los que corresponden la organización de todas las actividades comunitarias que directa e indirectamente, contribuyen a la salud de la población. Las acciones propias de los servicios de salud, dirigidas al fomento y defensa de la salud y prevención de la enfermedad, se clasifican en dos grandes grupos:

* Según incidan sobre el medio ambiente (Protección de la salud)

* O sobre el individuo (promoción de la salud y prevención de la enfermedad)
Acciones de protección.- dirigidas al control sanitario del medio ambiente, en su sentido más amplio.

Trata de prevenir los riesgos para la salud humana derivados de la contaminación física, química o biológica del medio ambiente donde el hombre vive y trabaja y de los alimentos que consume.

1.1 Funciones de la Salud Pública

Las funciones esenciales de la salud pública son el conjunto de acciones que deben ser realizadas con fines concretos, para mejorar la salud de las poblaciones.

Las funciones esenciales de la salud pública son:

- a) Seguimiento, evaluación y análisis de la situación de salud.
- b) Vigilancia de la salud pública, investigación, control de riesgos y daños en salud pública.
- c) Promoción de la salud.
- d) Participación de los ciudadanos en la salud.
- e) Desarrollo de políticas y capacidad institucional de planificación, y gestión en materia de salud pública.
- f) Fortalecimiento de la capacidad institucional de regulación, y fiscalización en materia de salud pública.
- g) Evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios.
- h) Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública.
- i) Garantía y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud individual y colectiva.
- j) Investigación en salud pública.
- k) Reducción del impacto de las emergencias y desastres en la salud.¹⁸

2. Salud Mental

Es como se conoce, en términos generales, al estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural, lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida. Comúnmente, se dice “salud mental” como analogía a “salud o estado físico”, pues lo mental corresponde a dimensiones más complejas que el funcionamiento meramente orgánico del individuo. La salud mental ha sido definida de múltiples formas por autores de

¹⁸<http://www.buenastareas.com/ensayos/Concepto-Actual-De-Salud-Publica/1541665.html>

diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía y potencial emocional, entre otros. Sin embargo, las precisiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) establecen que no existe una definición “oficial” sobre lo que es salud mental y que cualquier definición estará siempre influenciada por diferencias culturales, suposiciones, disputas entre teorías profesionales, la forma en que las personas relacionan su entorno con la realidad, etc.

En cambio, un punto en común en el cual coinciden los teóricos es que “salud mental” y “enfermedades mentales” no son dos conceptos opuestos, es decir, la ausencia de un reconocido desorden mental no indica necesariamente que se tenga salud mental y, al revés, sufrir un determinado trastorno mental no constituye un impedimento para disfrutar de una salud mental razonablemente buena.

La observación del comportamiento de una persona en su vida diaria es el principal modo de conocer el estado de su salud mental en aspectos como el manejo de sus temores y capacidades, sus competencias y responsabilidades, la manutención de sus propias necesidades, la forma en que afronta sus propias tensiones, sus relaciones interpersonales y la manera en que dirige una vida independiente. Además el comportamiento que tiene una persona frente a situaciones difíciles y la superación de momentos traumáticos permiten establecer una tipología acerca de su nivel de salud mental.¹⁹

3. Psicología de la Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 1964) define la salud como: "un estado de bienestar completo físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia". Esta definición subraya la naturaleza biopsicosocial de la salud y pone de manifiesto que la salud es más que la ausencia de enfermedad. El bienestar y la prevención son parte de nuestro sistema de valores y continuamente

¹⁹Pacheco, G. (n.d.). El Concepto de Salud Mental. <http://www.psicomed.net/saludmental.html>

se nos invita a evitar aquellos hábitos que afecten negativamente sobre la salud como la dieta pobre, la falta de ejercicio y el consumo de alcohol.

Los pensamientos, sentimientos y estilo general de manejo son considerados como requisitos para lograr y mantener la salud física, es lo que podríamos denominar integración mente y cuerpo.

Resulta generalmente aceptado que el primer intento de definición formal de la psicología de la salud parece deberse a Matarazzo (1980), quien la considero como "el conjunto de contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas".

Esta definición acabo por convertirse en la definición "oficial", de la División de la Psicología de la Salud de la American Psychological Association (APA), ya que en su reunión anual 1980, fue adoptada como tal con muy pocos cambios.²⁰

4. Enfoques para el desarrollo de una Salud Mental diferente

4.1 Crítica a la Psiquiatría Biológica²¹

La Psiquiatría Biológica considera a los trastornos psicológicos como enfermedades mentales, ya que considera como una disciplina dedicada a la investigación de los determinantes constitucionales de desórdenes psicológicos, con el objetivo de planificar las medidas preventivas y terapéuticas correspondientes para todo lo que pueda ser nocivo para el organismo. Su método de trabajo se limita a la investigación empírica, el análisis estadístico y la lógica inferencial formal, por lo tanto su tratamiento para atacar dichas enfermedades se basa en la administración de fármacos, el autor Breggin sostiene que el mal uso de los medicamentos, contrae

²⁰<http://www.monografias.com/trabajos26/psicologia-salud/psicologia-salud.shtml>

²¹Ruiz, A. (2004). La Depresión: una enfermedad inexistente. Visión crítica desde la psicología y psicoterapia cognitiva post-racionalista. Junio, 30, 2004, www.inteco.cl

efectos colaterales, por lo que denomina a la psiquiatría como “psiquiatría tóxica”.

El autor Pam señala que la psiquiatría biológica (no la psiquiatría en general, sino, definitivamente, la psiquiatría biológica) “es una pseudociencia que se ha hecho dominante en la psiquiatría norteamericana.., y que representa una biología reduccionista que distorsiona y tergiversa sus investigaciones”.

Hasta la fecha sostiene en que los trastornos mentales son enfermedades pero sin tener evidencia que lo respalde, Pam piensa que “las variables somáticas son los factores preponderantes en la biología de la conducta anormal; y, de acuerdo a sus principios, el individuo anormal debe sufrir de algún defecto protoplasmático o una predisposición constitucional de la enfermedad mental”. Un ejemplo de esto es que no existe evidencia sobre qué defectos genéticos o bioquímicos están involucrados en los desórdenes psiquiátricos, como en la depresión y en la totalidad de los trastornos mentales.

La psiquiatría biológica no puede cumplir cabalmente su misión debido a que, en su estado actual, no tiene sustancia como disciplina científica, en primer lugar: la metodología de la psiquiatría biológica es suficientemente defectuosa como para dudar del peso de sus hallazgos y en segundo lugar se refiere a que su enfoque de la psicopatología está basado en el determinismo biológico, por lo que introduce un sesgo ideológico que modela selectivamente la investigación que se hace.

En el artículo “Errores lógicos en la psiquiatría biológica” de Pam, se plantean los siguientes errores más significativos en cuanto al tema:

- “Si viene de la familia, entonces debe ser genético”.
- “Si responde a la medicamentación, debe tener causa biológica”. “Las pruebas de laboratorio pueden mejorar la seguridad del diagnóstico psiquiátrico”.
- “El rol del psiquiatra es tratar enfermedades biológicas”
- “La base genética de la esquizofrenia está científicamente establecida”.
- “La depresión está basada en un déficit biológico, probablemente como la serotonina o la función adrenolérgica”.

- “El placebo es un artefacto y, por ende, no de interés intrínseco”.

Otro tema importante que pone en duda la veracidad de la psiquiátrica biológica es *la crisis de la clasificación psiquiátrica*; refiriéndose al DSM-III ya que los psiquiatras biológicos lo tomaron dándole un desarrollo a la clasificación, que pretendía ser plenamente científica, no obstante seguía siendo influida tanto por Kraepelin como por los neo-kraepelinianos, que también intervinieron en el DSM-III. Es de mencionar que ellos siguen asumiendo estos postulados. “El DSM-III empieza a ser muy influido por problemas de tipo político y económico...”; en los aspectos políticos hubo una transición en el tema de homosexualidad, debido a que se consideró como trastorno mental por el DSM-II, por lo que no apareció para la recapitulación del DSM-III, ya que para esas fechas, el movimiento gay estaba tomando cierto poder por la lucha de sus derechos; el segundo problema; surgió sobre un aumento de la cantidad de enfermedades mentales por lo que aumento la diversidad de las categorías de clasificación, al editarse, y en su primera edición, recaudo casi diez millones de dólares, después se fueron agregando muchas ediciones, incluyendo ediciones que enseñaban a diagnosticar con el DSM-III, a su vez, no se acepta para ninguna investigación científica, incluyendo la psicoterapia y los tratamientos psiquiátricos, si no se tiene la clasificación de la APA.

Otro tema relacionado es la industria farmacéutica, se dice por ejemplo que, en los años 90, el “prozac” le reportó en ingresos al laboratorio, en un año, más que el producto interno bruto, en ese mismo año, de varios países latinoamericanos. Esas son las cantidades de dinero que se están manejando con esto que se llama “la industrialización de la psiquiatría” o más modernamente la globalización de la psiquiatría.

De todo esto se puede inferir que, lo que ocurre con la psiquiatría biológica es que aún está adherida a paradigmas empiristas o racionalistas, y, por ende, obsoletos, pues los psiquiatras biológicos solamente aceptan que cada nuevo hallazgo sea evaluado sólo por ellos mismos, no dejan posibilidad alguna de que sus propios

hallazgos puedan ser contrastados o enriquecidos con otras disciplinas u otras metodologías. Todo ello hace que se mantenga como una ciencia adherida a paradigmas “añejos”, quiere decir que obstruye la posibilidad de buscar otro tipo de respuestas con base a otras disciplinas y de esta manera se va incrementando el conocimiento, hasta que se llega a un punto en que esta información crítica tiene que ser procesada de otra manera. Y esto es lo que no ha ocurrido en la psiquiatría biológica.(Para revisión del artículo completo ver ANEXO N° 1)

4.2 El concepto de Psiquiatría Comunitaria

El término “psiquiatría comunitaria” fue ganando aceptación en Gran Bretaña a partir de 1957 y se empezó a generalizar su uso cuando la "Royal Commission", en la Ley (Mental Health Act, 1959) relativa a la enfermedad mental y la deficiencia mental, se refiere a ella como el tratamiento mediante el cual no se ingresa a los pacientes en los hospitales psiquiátricos o, si esto ocurre, se les da de alta con más brevedad que antes. En el informe de la OMS de 1953, se utiliza el término comunitario para referirse a aquellos "hospitales mentales" en los que se realizan no solamente ingresos hospitalarios sino que también se desarrollan servicios ambulatorios que actúan en la comunidad.

El modelo conceptual que Caplan (1966) desarrolla para la psiquiatría comunitaria incluye los conceptos de prevención, poblaciones en riesgo y la teoría de la crisis. Este autor aporta una de las concepciones más novedosas de la psiquiatría tradicional al introducir los términos de prevención de los trastornos mentales tomando la noción ya existente en salud pública de los tres tipos de prevención:

- Prevención primaria, que consiste en la eliminación de los factores que causan la enfermedad o contribuyen a su desarrollo.
- Prevención secundaria, cuyo objetivo es la identificación precoz de los trastornos y la instauración temprana del tratamiento adecuado que evite la cronificación y la aparición de las discapacidades.

- Prevención terciaria, que trata de evitar o disminuir las minusvalías generadas por las enfermedades mentales y sus discapacidades secundarias (se incluye el concepto de rehabilitación).

Freudenberg (1976) afirmó que la psiquiatría comunitaria asume que las personas con trastornos psiquiátricos pueden ser más efectivamente ayudadas cuando viven con sus familias y amigos y son mantenidos por la sociedad en general. Su objetivo es proporcionar prevención, tratamiento y servicios de rehabilitación para un distrito. Serban (1977) describe la psiquiatría comunitaria introduciendo tres aspectos: primero como un movimiento social; segundo como una estrategia de suministro de servicios que enfatiza la accesibilidad a los mismos y la globalidad de la responsabilidad sobre las necesidades de salud mental de toda la población; y tercero, pone el énfasis en los trastornos psiquiátricos mayores y en el tratamiento fuera de las instituciones.

El origen de este enfoque de atención a la salud mental se basa en la reflexión sobre la asistencia que ofrecen los hospitales psiquiátricos a los enfermos mentales. Según afirma Goffman (1961), con el paso del tiempo, éstos se han convertido en centros donde los pacientes que permanecen en ellos se convierten en enfermos crónicos, en muchas ocasiones fruto de la incapacidad producida por su enfermedad, combinada con los efectos de la institucionalización.

En la teoría de la psiquiatría comunitaria concurren varias corrientes que la estructuran como un discurso ecléctico en el que se incluyen el psicoanálisis, la sociología, las teorías del comportamiento y ciertas tendencias de la psiquiatría clínica. Hay que encarar al enfermo y a su medio, al individuo y a la sociedad como un todo, un conjunto que debe evolucionar de forma global (Hochmann, 1971).

La definición de psiquiatría comunitaria engloba una serie de conceptos e introduce una nueva concepción de la salud (Bennett y Freeman, 1991). Términos como prevención, territorialización, continuidad de cuidados, desinstitucionalización, equipos multidisciplinares, configuran este enfoque de atención a la salud mental. Se

puede considerar como una ideología o un posicionamiento ante un tipo de asistencia psiquiátrica determinada, con unas características que la diferencian de la atención tradicional a la enfermedad mental.

Para establecer el diseño del nuevo modelo de atención se suelen tener en cuenta los siguientes ejes:

- Desinstitucionalización: o la conveniencia de hacer desaparecer el hospital psiquiátrico y su sustitución por una serie de servicios alternativos ubicados en la comunidad.
- Prevención: la complementación de las actividades meramente asistenciales con intervenciones enfocadas a la prevención y promoción de la salud mental.
- Atención primaria: a partir de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Alma-Ata (1978) se reorienta todo el sistema sanitario y el nivel primario se consolida como la puerta de entrada a todo el sistema, el cual debería garantizar el abordaje integrador de los problemas psiquiátricos.
- Territorialización: la demarcación geográfica de la población cubierta por los dispositivos de salud mental, con un volumen variable (70.000-200.000 habitantes) y no excesivamente amplio, teniendo en cuenta para su sectorización factores de accesibilidad, demarcación geográfica, sanitaria, de servicios sociales, partidos judiciales, etc.
- Continuidad de cuidados: se debe garantizar la continuidad de la asistencia mediante la coordinación entre las distintas unidades y los profesionales implicados en el tratamiento del enfermo a través del seguimiento y la monitorización del mismo.

- Equipos interdisciplinarios: los equipos de salud mental están formados por profesionales de distintas disciplinas, lo que permitirá un abordaje integral del paciente en todas sus facetas.
- Participación de la comunidad: fomentar la participación del entorno social próximo para el apoyo y ayuda al enfermo mental mediante la creación de asociaciones de pacientes, de familiares, grupos de autoayuda, etc.

En definitiva, lo que se plantea es el desarrollo de una red de servicios sanitarios y sociales integradora y basados en la comunidad de forma que aún sin pretenderlo el hospital psiquiátrico pierde su sentido. Este enfoque supone un importante cambio de perspectiva en la organización y funcionamiento de los servicios para la atención a la salud mental que consiste en:

- a) Diversificar la oferta asistencial, adaptarla a la diversidad de los problemas y articularla en niveles de progresiva complejidad y especialización.
- b) Situar el núcleo del sistema y el mayor número posible de dispositivos en el ámbito comunitario, en adecuadas condiciones de accesibilidad e integración en la estructura de la población.
- c) Integrar el conjunto de los servicios específicamente sanitarios en el marco del sistema sanitario general, en el nivel que corresponda a cada uno, en una ordenación coherente con el papel de la Atención Primaria de Salud.
- d) Desarrollar estructuras de coordinación territorial que permitan la actuación integrada del conjunto de dispositivos existentes en un mismo ámbito poblacional y garantizar la continuidad en la atención a cualquier problema a lo largo de las diferentes situaciones y fases evolutivas.

Por último, Tansella (1986) define la psiquiatría comunitaria como un sistema de cuidados dedicado a una población definida, basado en un servicio completo e integrado de salud mental, que incluya consultas externas, centros para entrenamiento de día y residenciales, alojamiento en hogares, talleres protegidos y unidades de hospitalización en hospitales generales; de forma que asegure, a través del trabajo en equipo multidisciplinario, el diagnóstico precoz, el tratamiento temprano, la continuidad del cuidado, el soporte social y la estrecha colaboración con otros servicios sanitarios y sociales basados en la comunidad y, en particular, con los médicos generales.²²

4.3 El nuevo enfoque de Franco Basaglia

En todo el mundo los hospitales psiquiátricos, ricos o pobres, limpios o sucios, se fundan en la medicina positivista, considerada por algunos como inadecuada para el malestar psíquico, y más sobre el mandato social de proteger la comunidad contra los locos, diferentes y mal considerados. Franco Basaglia, psiquiatra de Venecia, fue director del hospital psiquiátrico de Gorizia, Italia, desde 1961, e intentó humanizarlo. Posteriormente fue director del hospital psiquiátrico de Trieste (1971-79) y fue allí donde completó su objetivo cerrándolo. Por lo tanto él fue considerado como el verdadero padre de la psiquiatría sin “manicomios”.

Hizo su formación en la antigua Universidad de Padua y tuvo contactos estrechos con la Fenomenología alemana y con todos los movimientos de crítica institucional, filosófica y social sobre la psiquiatría y la diversidad, que nacieron en el mundo occidental después de la 2º guerra mundial.

²²<http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/4420/1/01.pdf>

Estos movimientos criticaban las democracias occidentales por las violaciones de los derechos humanos de grandes minorías del pueblo, sobre todo los internados en hospitales psiquiátricos (millones en Europa y los Estados Unidos); después de la 2ª guerra mundial miles de soldados veteranos estaban sin trabajo, sin ideales, inadaptados y se incrementaban el número de camas psiquiátricas, ya ocupadas por los “desechos humanos” de la industrialización y urbanización; criticaban la ciencia psiquiátrica por aceptar la función de control social, ocultándolo detrás de la cientificidad de ser parte de la medicina biológica.

Pero ningún instrumento de la medicina estaba viable en psiquiatría: no había prognosis si no la cronicidad; no tratamiento si no electroshock; pocos fármacos sedativos, sólo de síntomas y llaves (contención); un diagnóstico kraepeliniano. En cuanto a las intervenciones concretas: solamente la división en pabellones según conductas agitadas, agresivas, tranquilas, confusas, sucias. *“Las intervenciones psiquiátricas se fundan sobre el poder, no sobre la ciencia”* (F. Basaglia). Entonces la eficacia terapéutica del hospital psiquiátrico aparecía oscura; pero estaba ya clara su patogenicidad a través de la creación de crónicos, “neurosis institucional” por objetivación de los internados, alejamiento de la vida y de sí mismos por no ser posible ningún contacto con el mundo ni con el futuro. F. Basaglia y su grupo de trabajo veían y discutían cada día estas estrategias institucionales tan inadecuadas e injustas para pacientes destruidos más que peligrosos. La formación fenomenológica le permitía enfrentar no sólo a la institución por su violencia sino también por su posición frente al “otro”, el ser humano, la persona que hay que respetar en cualquier nivel de desgracia en vez de embrutecerla.

F. Basaglia con estas ideas intentó humanizar al hospital psiquiátrico de Gorizia (1961-70), abandonando toda medida de restricción física y eliminando los tratamientos electro-convulsivos, considerándolos como torturas y la ergoterapia como explotación, y desarrollando el sistema de puertas abiertas según los principios de la comunidad terapéutica de Maxwell Jones.

Volver a dar voces y poder a las personas dentro del hospital, pacientes y enfermeros reunidos conjuntamente en asambleas abiertas a todo el mundo, cada día, para decidir juntos cómo reorganizar la institución hospitalaria en sus partes inadecuadas, cómo estructurar el tiempo, cómo dividir funciones con reglas claras, reconstruyendo relaciones significativas, tender a un clima de participación afectivo y un nivel de responsabilidades cada vez mayor, que permita la mejoría de cada internado. Consideraba que la evolución tendiente hacia la autonomía era bloqueada por el poder legal y simbólico de los muros hospitalarios, guardaespaldas de la institución psiquiátrica, que no podía permitir la libertad y ejercicio de los derechos en el afuera.

La institución psiquiátrica hospitalaria determinaba, sin dejar espacio de maniobra para los psiquiatras, una enfermedad médica fundamentalmente incurable y peligrosa con tratamientos superficialmente sedativos, que debía quedar encerrada para protección de la sociedad de los sanos, a veces con contención violenta, sistema que sustentaba circularmente la agresividad de pacientes y enfermeros. La institución debía respetar reglas absolutas, ajenas a su contexto comunitario para defenderse, totalizando los pacientes en su enfermedad (y los profesionales en su papel de guardianes), olvidando nombres, historias de vida, deseos, capacidades residuales, y derechos.

Basaglia inventó la “Desinstitucionalización”, lo que significaba que había que reformar desde lo interior, trabajando dentro de las instituciones que en el tiempo tienden a cerrarse en sus reglas ya desproporcionadas y corruptas, para modificarlas o anularlas, defendiendo así los derechos de los ciudadanos.

La estrategia de la Desinstitucionalización prevé varios niveles:

a) *Cultural-Científico*: La enfermedad psiquiátrica está dentro de la persona, pero no tanto en sus genes y no es por sobre todo biológica (esta interpretación favoreció la cronificación), es más bien un disturbio muy complejo, que implica muchas causas, necesidades insatisfechas a nivel somático, psicológico, social, cultural; y entonces precisa de soluciones más complejas que las médicas.

b) *Organizativo*: A nivel de la organización institucional F. Basaglia primeramente construyó un grupo de médicos sensibles a problemas científicos, institucionales y humanos, junto con ellos empezó a transformar el papel de los enfermeros, de porteros-llaveros a personas que hablan con los pacientes y se transforman en agentes de relación terapéutica; esto fue posible a través de una capacitación teórico-práctica, trabajando siempre junto a ellos, asumiendo la responsabilidad de abrir puertas, y bloquear con su presencia física y su ejemplo el sistema de auto-reproducción de la violencia dentro del hospital, cosa que reducía la función de "policía interna" y de llaveros.

Después de una huelga de los enfermeros, todavía limpiadores de los pabellones, F. Basaglia generó la posibilidad de que los pacientes ayudaran en la manutención, transformarse en trabajadores, creando una cooperativa con las mismas reglas económicas del mundo laboral, sin dejar de vivir dentro del hospital (nació en 1973 la Cooperativa Trabajadores Unidos).

Esta negociación, difícil pero al fin positiva, con la Dirección Administrativa del hospital, fue seguida por otra transformación. Los internados, que ya estaban participando y trabajando, pasaron a ser huéspedes voluntarios, hospitalizados para tratar un padecimiento y no más forzosos (automáticamente interdictos judicialmente), cosa que permitió salir de las reglas policiales de ingreso y de alta. Alrededor de esas medidas el hospital iba a volverse cada vez más vivo, ingresaban ciudadanos curiosos, jóvenes interesados en experiencias personales, artistas que veían nuevos campos de intervención, técnicos de todo el mundo interesados en esa escena confusa, más rica de encuentros, sugerencias, afectividades, proyectos; se hacían fiestas con artistas importantes, músicos, pintores, se hacían talleres expresivos abiertos a pacientes, profesionales, visitantes.

Todo eso movilizaba muchas energías humanas, físicas y mentales, necesarias para combatir la inercia de la enfermedad mental y de su institución, creando dinamismo, nuevas perspectivas sobre la enfermedad, críticas contra brutalidades innecesarias. También continuaba el proyecto de humanización de cada paciente, incluyendo

también voluntarios, para reconstruir gradualmente derechos (dignidad de personas, posibilidades de encuentro con otros, familiares, afectos, intereses).

Y después de tanta contaminación humana, casi un electroshock afectivo contra años de abandono institucional, se podía trabajar con el paciente y su familia, para regresarlo a ella, o a un grupo de convivencia o a su pareja, tal vez protegidos; se involucraron también las Viviendas Públicas. Para sostener esta evolución la Dirección Administrativa fue convencida, como ahorro de internación, de ofrecer a los egresados pobres (casi todos) una subvención de alta y sobrevivencia afuera. Contemporáneamente se construían Servicios de Salud Mental en la Comunidad para ofrecer seguimiento a los egresados y a los nuevos pacientes del área sin hospitalizarlos. En cuanto salían pacientes, salían trabajadores y dinero para fortalecer los Servicios Comunitarios, porque no había recursos supletorios.

c) *Relaciones Humanas*: La atención a los internados fue contemporánea a las intervenciones institucionales, con personas aniquiladas por la institución durante tantos años se precisaba reconstruir contactos humanos, estimulando confianza comunicativa, reconstruyendo juntos el nombre del internado, su identidad de antes (papel familiar y laboral, relaciones, actitudes, deseos, proyectos), poniendo atención en espacios y objetos personales (armarios, ropas) y momentos de privacidad para motivar el camino hacia la autonomía personal, mas interacciones y protagonismo (asambleas, fiestas, talleres, periódicos internos, salidas, vacaciones) y niveles de poder más paritarios con los terapeutas, hacia la recuperación del cuerpo y de los valores de intercambio social (trabajo, dinero, tiempo, amistades, poder social).

A la salida del hospital llegaba un paciente diferente que el de los años de internación coercitiva. Salía al mundo real con más instrumentos, confianza, curiosidad, también con miedo de los rechazos de los sanos; precisaba todavía de un acompañamiento por las nuevas instituciones comunitarias, dirigido hacia los cuidados, vivienda, trabajo y otros.

Se tuvieron muchos éxitos en Trieste, por ejemplo: De 1300 internados forzados por año en hospital psiquiátrico en 1971 se pasó a unos 30 pacientes/año con TSO (tratamiento coercitivo). No había psiquiátricas privadas para internación en la región. Los pacientes quedan con todos los derechos de ciudadanía y viven dentro de la comunidad, con apoyos diferentes según los particulares problemas que padecen. Nacieron auto-organizaciones de familiares y otras de pacientes, que colaboran con los Servicios y expresan bastantes satisfacciones, aunque tener un paciente crónico en la casa sea siempre problemático.

En base a esto existen Indicadores de Servicios de S. M. Comunitarios que pueden garantizar el respeto de los derechos de los ciudadanos:

- ▶ Verdadera RED ÚNICA de Servicios Públicos de S. M. para integrarlos e impedir estrategias discordantes y abandono de pacientes, organizando la responsabilidad política y profesional de atención sanitaria sobre un área. Esto permite una reconversión de los recursos hospitalarios a la atención comunitaria y de nuevas necesidades de las personas usuarias.
- ▶ Centros de S.M. comunitarios ACCESIBLES (funcionando 24 horas/día durante los 7 días de la semana) con acogida en el mismo día, sin filtros, en conexión con las instituciones sanitarias, sociales y comunitarias del área. La institución se acerca al ciudadano.
- ▶ Hacerse cargo con CONTINUIDAD, sobretodo de los casos mas graves, utilizando también profesionales no-médicos como operadores de referencia. Desarrollar programas de rehabilitación personalizados a nivel domiciliario y comunitario. Escuchar, motivar, hacer juntos el camino.
- ▶ Activar, involucrar y sostener REDES REALES de apoyo entorno al paciente, con familiares, amigos, colegas, voluntarios, y otros Servicios no

específicos del área, crea a largo plazo posibilidades de un mejor pronóstico. Para construir salud mental se precisa colaborar entre profesionales y no profesionales.

- Una estrategia de REHABILITACIÓN: Primero rehabilitar las instituciones y después a los pacientes, utilizando en forma diferente los recursos públicos que están destinados al control más que a la emancipación. Crear accesos reales a los derechos de ciudadanía a través de recursos concretos en sus lugares de vida dando capacitación y acompañamiento a los pacientes. La discapacidad empieza rápidamente con el alejamiento de los agudos de sus lugares, deberes, afectos; se precisa tener una actitud terapéutica y de rehabilitación tempranamente. Los factores no específicos (historia personal, afectos, actitudes, sentido personal del proyecto, nuestra mirada o expectativa.) prevalecen en el logro de buenos resultados.

- El TRABAJO constituye el nivel máximo de rehabilitación porque construye y precisa de muchas habilidades (higiene, autonomía, relacionarse) y produce gran recupero de valores sociales si está realizado en lugares reales y no artificiales, con sentido personal, creando productos de calidad y no pasatiempos. Contra el prejuicio que los esquizofrénicos no pueden trabajar, una investigación del Instituto Nacional M. Negri sobre 2.000 pacientes, después de 5 años de tratamiento en Servicios Comunitarios Italianos, demostró que el 62% trabajan.

- No aceptar que la intervención psiquiátrica sea sólo para hacer diagnósticos y etiquetar, que favorecen el rechazo por otras instituciones y queda el paciente totalizado en la enfermedad mental, negándole sus derechos a otras respuestas. Precisa construir espacios de comprensión y **ENCUENTRO ENTRE NORMALIDAD Y DIVERSIDADES** dentro de todos los lugares donde se actúa (C.S.M., Hospital general, Médicos de Salud Pública y Médicos de Familia, Comunidad, Familias). Contra el prejuicio de

la peligrosidad, que aleja a las personas, también el delito equipara locos y normales (no hay diferencia estadística) y de la misma manera la pena debe ser evaluada por igual; solo después entran las circunstancias atenuantes de una enfermedad y las necesidades de tratamiento, en la Cárcel o en Servicios Sanitarios.

- No olvidar que la DESINSTITUCIONALIZACIÓN es una lucha continua dentro de todas las instituciones humanas, las hospitalarias y asistenciales, y las comunitarias, los medios de información, pero también las de la vida diaria, para abrirlas a las necesidades móviles de las personas y evitar que éstas, sin acogida, vuelvan al malestar. Dar voz directa a los ciudadanos pacientes, arriesgar con ellos para el cambio. Trieste, después de casi 40 años de trabajo en el sector, es testigo de que la salud mental se construye a través de una continua lucha en cada conjunto humano, con muchas dificultades para abrir espacios de vida a las personas más débiles.

En esta actitud se funda la Declaración OPS de Caracas, hecha para los Gobiernos de Latinoamérica en 1990. ¡Que las declaraciones lleguen a ser un trabajo diario con propósitos de transformación de los micro dispositivos de exclusión. La locura está dentro de la normalidad, es una parte de la sociedad, la otra cara de cada persona, de nosotros, tenemos que aprenderlo y aceptarlo y educar a los demás a tratar pero también a convivir con la locura suya y de los otros, esto crea prevención y salud; al contrario “la protección para los vulnerables se vuelve en amenaza” (R. Castel) si no los mantenemos en un contexto junto a los demás.²³

4.4 El Tratamiento Asertivo Comunitario

El Tratamiento Asertivo Comunitario (TAC) surge en EE.UU. en la década de 1970. Se trata de un modelo de tratamiento intensivo, integral y comunitario para el tratamiento de los pacientes etiquetados como "trastornos mentales graves" (TMG).

²³<http://www.topia.com.ar/articulos/la-reforma-psiquiatica-en-trieste-italia>

Los TMG se caracterizan por presentar: 1) gravedad diagnóstica (con la esquizofrenia como paradigma); 2) grave deterioro en el desempeño psicosocial y; 3) larga duración o cronicidad.

El modelo ha sido definido de forma muy detallada, concretándose los criterios específicos que debe cumplir un tratamiento para ser considerado un TAC. Los rasgos principales son: 1) trabajo sobre población definida; 2) baja ratio paciente/profesional; 3) equipo multidisciplinar; 4) responsabilidad de los casos compartida por todos los profesionales, con énfasis en el trabajo en equipo; 5) prestación de la mayor parte de los servicios en el ambiente natural del paciente; 6) oferta de servicios individualizados e integrales (psicológicos, médicos, cuidados de enfermería y sociales); 7) cobertura permanente; y 8) servicios ilimitados en el tiempo (López-Santiago, 2010).

El TAC es uno de los modelos de tratamiento para los "trastornos mentales graves" que mayor apoyo empírico ha recibido y ha tenido un gran desarrollo tanto en EE.UU. como en el resto del mundo (Marshall y Looockwood, 2002). En España, el desarrollo de equipos comunitarios para la atención de los TMG es muy irregular (Alonso, et al., 2004). El primer equipo basado en los principios del TAC fue desarrollado en Avilés en 1999 (Martínez-Jambrina, 2008).²⁴

¿Qué es TAC? es un programa que adapta los servicios de salud mental a las necesidades de los usuarios. El enfoque comprensivo y práctico de TAC asegura que el consumidor reciba en forma continua y a largo plazo los servicios que necesita.

El modelo TAC tiene las siguientes características:

- El usuario no tiene que ir a la oficina de TAC, la mayoría de servicios se ofrecen en las casas, lugares de trabajo y de recreación de los usuarios.
- Ayuda al usuario a manejar los síntomas de su enfermedad.

²⁴ José López-Santiago, Luis V. Blas y Mónica Gómez (2012). Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (1), 1-10.

- Brinda apoyo y enseña a la persona a como enfrentarse a las situaciones del diario vivir y a reconocer los síntomas de la enfermedad.
- Provee la medicación más moderna y personal de apoyo para ayudar al usuario con el manejo de sus medicamentos.
- Ayuda al usuario a obtener empleo
- Enseña al usuario a socializar con los demás y a realizar una variedad de tareas domésticas.
- Supervisa toda la asistencia médica, incluyendo cuidado general y planificación familiar.
- Ayuda al usuario a conseguir ayuda económica, vivienda y asistencia médica no psiquiátrica.
- Está constantemente disponible para ayudar al usuario y a su familia.
- Cuando un usuario no puede hacer algo por sí mismo, el equipo le ayuda a hacerlo.
- El tipo de servicios que TAC ofrece cubre todo los aspectos necesarios para que el usuario pueda vivir en la comunidad.
- TAC funciona como un equipo de trabajo, y aún cuando hay cambio de personal, el apoyo que se brinda al usuario continúa sin afectar la calidad de servicios.
- Los usuarios trabajan con todo el equipo en una forma integral.
- El tratamiento, la rehabilitación y los servicios de ayuda en la comunidad se adaptan a las necesidades del individuo.²⁵

5. Servicios de Salud Mental brindados por el Ministerio de Salud (MINSAL)

5.1 Ministerio de Salud

El Ministerio de Salud (MINSAL) es el Órgano Ejecutivo de la República de El Salvador: *“Es la instancia rectora en materia de salud, que garantiza a los habitantes*

²⁵http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4023

de la República de El Salvador la cobertura de servicios oportunos e integrales, con equidad, calidad y calidez, en corresponsabilidad con la comunidad, incluyendo todos los sectores y actores sociales, para contribuir a lograr una mejor calidad de vida” y es por esa misión que el Ministerio de Salud es la institución responsable de generar desarrollo en el campo de la salud mental en corresponsabilidad con distintos actores.

El Ministerio de Salud es el proceso de reforma del sistema de salud de El Salvador, ha realizado pasos firmes para lograr el objetivo fundamental de su Política, garantizando el derecho a la salud o a toda la población salvadoreña, a través de la construcción del Sistema Nacional Integrado de Salud. Dicho proceso inicia con la reorganización del sistema basado en la Atención Primaria en Salud Integral (APSI).

Los principales resultados de la actual reforma de salud son: en la primera fase inicio en julio 2010 en ochenta municipios, con 190 Equipos Comunitarios de Salud Familiar Especializados, en adelante Ecos especializados; la segunda fase en enero del 2011, llegando hasta ciento treinta municipios, con 380 Ecos Familiares y 28 Ecos Especializados; en la tercera fase en agosto del 2011 en ciento cincuenta y tres municipios, con 422 Ecos Familiares y 28 Especializados, de esta manera funcionan a finales del año 2012 en su totalidad 450 Ecos.

Estos trabajan en el espacio geográfico y poblacional previamente definido, proporcionado a las personas, familia y comunidad los servicios de salud, articulando con los Hospitales de su territorio, para garantizar el continuo de la atención, coordinando con las comunidades, actores locales y otros agentes del estado, con el propósito de buscar las soluciones oportuna a los problemas, con abordaje intersectorial, con el fin de modificar las determinantes sociales de la salud.²⁶

²⁶Autor: Jaime Barahona, Salvador Antonio, título: “Situación actual y propuesta de innovación en el desarrollo de las funciones del profesional de psicología en los establecimientos del ministerio de salud, para optar el título de Licenciatura en Psicología Universidad de El Salvador 2012 pág. 48

5.2 Presupuesto designado a Salud

A Salud Mental se le asigna el 1 por ciento del presupuesto total asignado al Ministerio de Salud (MINSAL). Para el año 2012 el Ministerio asignó un total de 522 millones de dólares.

En cuanto al hospital psiquiátrico, del total del presupuesto que se le asigna el 44 por ciento se utiliza para el hospital general, es decir que el hospital psiquiátrico funciona con el 56 por ciento, el 0.56 por ciento del presupuesto general de Salud.

En cuanto a la OPS, se conoce que no tienen un estándar específico que sirva de recomendación para el país sobre cuanto debería ser el presupuesto ideal a asignar a salud mental. Lo que ellos hacen es una clasificación de los países por las Naciones Unidas, los dividen entre “países muy pobres”, “países en desarrollo”, “países en desarrollo mediano” y “países muy desarrollados”. En la región de las Américas, la clasificación de Naciones Unidas solamente da a Haití y Honduras como países muy pobre; los países de El Salvador, Perú, Bolivia entre otros están en los países en desarrollo; y eso significa que los “muy pobres” tienen menos recursos y los que están en desarrollo los gobiernos cuentan con más recursos para destinar a salud y educación.²⁷

5.3 Los niveles de atención en salud y las redes integradas e integrales del servicio de salud

Primer nivel de atención en salud

En el primer de atención es la organización y utilización adecuada de los medios, recursos humanos, materiales, financieros y prácticas, orientadas a la promoción y conservación de la salud, prevención del daño y sus complicaciones como el tratamiento oportuno de las enfermedades, está conformado por: a) la persona y la familia, b) los agentes de salud; c) equipos institucionales comunitarios y d) casas y

²⁷ Una jordana en el infierno (2012, 31 de octubre). Diario Digital Contra Punto. <http://www.contrapunto.com.sv/salud/una-jornada-en-el-infierno>

unidades de promoción de la salud sus funciones consisten en promover y conservar la salud mediante la participación ciudadana y corresponsabilidad de los actores sociales, prevenir el daño y sus complicaciones y tratar oportunamente las enfermedades.

Segundo nivel de atención en salud

El segundo nivel es la organización de mediana complejidad, orientada a brindar servicios permanentes e integrales, de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento, en las especialidades básicas y algunas subespecialidades; esta conformado por los Hospitales Nacionales Generales del SIBASI.

Tercer nivel de atención en salud

El tercer nivel es la organización de alta complejidad, orientada a brindar servicios ambulatorios, de emergencia e internamiento, para dar respuesta oportuna y efectiva a la referencia especializada de todos los SIBASI. Está conformada por los centros especializados de referencia nacional: Hospital Nacional de Niños, Hospital Nacional de Maternidad y el Hospital Nacional Rosales.²⁸

5.4 Clasificación de los Hospitales

El Ministerio de Salud clasifica a los Hospitales de la siguiente manera:

Hospitales Nacionales Generales o De Primer Nivel

Son aquellos que ofrecen servicios de las cuatro áreas básicas de atención: Medicina, Cirugía, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y otras especialidades de la medicina y cirugía.

Hospitales Nacionales Centrales o De Segundo Nivel

Son los de mayor capacidad resolutive dentro de un Departamento y geográficamente ubicados en la Cabecera Departamental. Tendrán un sistema de

²⁸Autor: Jaime Barahona, Salvador Antonio, título: "Situación actual y propuesta de innovación en el desarrollo de las funciones del profesional de psicología en los establecimientos del ministerio de salud, para optar el título de Licenciatura en Psicología Universidad de El Salvador 2012 pág. 49

referencia al Hospital de Tercer Nivel, a otro de igual categoría y a otro establecimiento según sea el caso.

Hospitales Nacionales Especializados o De Tercer Nivel

Son aquellos que ofrecen servicios de determinada especialidad en Medicina y Cirugía. Solo se puede asistir a una consulta en estos a través de referencias de otros Hospitales Públicos o Privados y de los Hospitales de Segundo y Primer nivel.

Para ver organigrama del Ministerio de Salud Mental de El Salvador, revisar ANEXO N°2.

5.5 Metodología de trabajo

Existen una serie de documentos, guías y lineamientos de trabajo que deben seguir los empleados del MINSAL que se encargan de realizar su trabajo en el área de Salud Mental:

a) Guía Técnica para facilitadores en Atención Psicosocial

Es una guía técnica realizada por el Ministerio de Salud en el año 2005, la cual aún se encuentra en vigencia. Esta herramienta se creó con el fin de facilitar al personal de salud y comunitario a realizar una intervención oportuna y eficaz, así como el seguimiento de los casos atendidos y dar respuesta a los avances en el proceso de modernización institucional contributivo a la reforma del sector salud (a partir de ese año).

Esta guía técnica es producto del esfuerzo de un grupo de profesionales en salud mental, y para su elaboración se priorizaron las técnicas y herramientas de ayuda al usuario, técnicas de respuesta empáticas, facilitar catarsis y remarcar la conducta. Por lo tanto es una herramienta conceptual y metodológica que orienta al desarrollo de actividades dirigidas a garantizar una atención psicosocial, oportuna y eficaz para mejorar la calidad de vida de la población usuaria, por lo cual se puso a la disposición de los recursos institucionales de salud y actores comunitarios, para que llevaran a cabo su aplicación y uso de la misma, asegurando con esto una atención

de calidad en el manejo de las condiciones y los trastornos psicosociales que se derivan de ella. Las técnicas empleadas en ese documento son las siguientes:

- Técnicas de ayuda
- Técnicas para ayudar al usuario a sentirse aceptado y entendido.
- Situaciones a considerar que puedan interferir en el deseo hacia el cambio por parte de la persona.
- Elementos importantes para propiciar el cambio en la persona.
- Técnicas a considerarse como herramientas de ayuda
- Resultados de escuchar empáticamente
- Obstáculos para escuchar empáticamente
- Recomendaciones sobre la manera de formular respuestas
- Técnicas en facilitar catarsis
- Técnicas de remarcar la conducta
- Técnicas para enfrentar situaciones potenciales hacia el suicidio.
- Remitir oportunamente
- Facilitar nuevas redes sociales
- Tener y comunicar fe
- Ayudar a los niños

b) Guía clínica de atención a los problemas más frecuentes de salud mental I, II y III

Es una guía técnica realizada por el Ministerio de Salud en el año 2005, la cual aún se encuentra en vigencia. Esta tiene un contenido relacionado con los principales trastornos mentales definiendo los factores de riesgo, la clasificación para el diagnóstico, categorías clínicas, diagnósticos diferentes, la co-morbilidad, tratamiento farmacológico y no farmacológico por nivel de atención, exámenes de laboratorio y los criterios para determinar la respuesta a los tratamientos y su modificación. Con esto se pretende contar con un instrumento que logre la sistematización de criterios para las intervenciones orientadas a restablecer la salud mental de los usuarios.

c) Guías Clínicas para la Atención a Personas con Conductas Adictivas a Sustancias Psicoactivas P.I, P.II y P.III

Es una guía técnica realizada por el Ministerio de Salud en el año 2006, la cual aún se encuentra en vigencia. Esta contiene lo relacionado con las principales patologías a las conductas adictivas a sustancias psicoactivas, definiendo los factores de riesgo, la clasificación para el diagnóstico, categorías clínicas, diagnósticos diferenciales, la co-morbilidad, tratamiento farmacológico y no farmacológico por nivel de atención, exámenes de laboratorio y los criterios para determinar la respuesta a los tratamientos y su modificación. En base a esto se realizó el instrumento para lograr la sistematización de criterios para las intervenciones orientadas, siempre a restablecer la salud mental de los usuarios.

d) Norma de Atención a Personas con Conductas Adictivas a Sustancias Psicoactivas. Esta norma fue aprobada por el Ministerio de Salud en el año 2004, y aún se encuentra en vigencia. Esta norma tiene por objeto regular las acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, aplicadas a las personas que adolecen de conductas adictivas a sustancias psicoactivas, así como los requisitos mínimos que deberán reunir los profesionales legalmente autorizados y los establecimientos donde se proporcionen estos servicios de atención.

e) Guías Clínicas de Psiquiatría. Este documento fue elaborado, en el años 2012, por un grupo de especialistas de la red de salud pública, partiendo de evidencia y revisión de datos disponibles sobre las enfermedades psiquiátricas, los que han sido fortalecidos y adaptados a la realidad local, para contar con estas Guías Clínicas que fueron el resultado de un esfuerzo sin precedentes en el campo de la psiquiatría. Resulta indispensable la implementación de las guías clínicas en la actuación médica, para sintetizar el estado del conocimiento científico y establecer un equilibrio entre riesgos y beneficios, en este caso para la atención de los principales problemas priorizados en esta área.

Los principales objetivos de esta guía son: Estandarizar los procesos de atención de pacientes, con las principales enfermedades psiquiátricas en las Redes integrales e integradas del Sistema Nacional de Salud, y fortalecer el sistema de referencia, retorno e interconsulta que permita que los pacientes con las principales enfermedades psiquiátricas sean atendidos según el nivel de complejidad en los establecimientos de salud.

Otros lineamientos y formas de trabajo se encuentran estipulados en los siguientes documentos:

- Modelo de Intervención en Crisis en Situaciones de Emergencias y Desastres
- Norma de Atención Integral en Salud Mental

Lineamientos técnicos para categorización y prestación de servicios hospitalarios

Según estos lineamientos del MINSAL se detallan cuáles son los servicios que se ofrecen en el área de Salud Mental (siempre y cuando exista esa dependencia) en los diferentes centros hospitalarios sean estos de primero, segundo o tercer nivel:

Hospitales Básicos (1º Nivel)

Unidad de consulta externa, Clínica de salud mental psicología y psiquiatría.

- Detección de trastornos de la salud mental.
- Detección de alteraciones de conducta: hiperactividad, déficit atencional.
- Detección de trastornos alimentarios.
- Detección de uso y abuso de sustancias psicoactivas.
- Detección de víctimas de violencia intrafamiliar.
- Detección de casos de maltrato infantil.
- Otras alteraciones mentales.

Hospitales Departamentales y Regionales (2º Nivel)

Unidad de consulta externa, Clínica de salud mental psicología y psiquiatría.

- Detección de trastornos de la salud mental.
- Detección de alteraciones de conducta: hiperactividad, déficit de atención.
- Detección de trastornos alimentarios.
- Detección de uso y abuso de sustancias psicoactivas.
- Atención de víctimas de violencia intrafamiliar.
- Atención de víctimas de abuso sexual.

Servicios Exclusivos del Hospital Saldaña, Consulta Externa

- Atención Integral al VIH: Atención y seguimiento de casos.
- Club del Adulto Mayor
- Atención de víctimas de violencia intrafamiliar.
- Atención de víctimas de abuso sexual.

Hospitales Escuelas (3º Nivel, esta categorización solo es válida para los Hosps.

Escuela: H. Rosales, H. Bloom y H. de Nacional de Maternidad)

Unidad de consulta externa, Clínica de salud mental psicología y psiquiatría.

- Detección de trastornos de la salud mental.
- Detección de alteraciones de conducta: hiperactividad, déficit atencional.
- Detección de trastornos alimentarios.
- Detección de uso y abuso de sustancias psicoactivas.
- Detección de víctimas de violencia intrafamiliar.
- Detección del abuso sexual.

Atención en Hospitalización, Psiquiatría-Salud Mental

- Ingreso, plan de tratamiento y egresos de psiquiatría.²⁹

²⁹ Ministerio de Salud de El Salvador. Centro Virtual de Documentación Regulatoria.
<http://www.salud.gob.sv/institucion/area-interna/centro-virtual-de-docum>

CAPÍTULO III

Metodología de la Investigación

A) Diseño de la Investigación

La presente investigación es de tipo Diagnóstica, pues es un proceso orientado a descubrir los factores o condiciones generales y específicos, objetivos y subjetivos del fenómeno de estudio, en este caso la situación de la Salud Mental desarrollada por el Sistema de Salud Pública en el país. De esta información se infieren posibles causas, efectos, su dinámica y las respectivas alternativas de solución, que en el presente documento se tomarán como las orientaciones para desarrollar una salud mental fundamentada en las necesidades que presenta la población que requiere el servicio.

B) Población y Muestra

1. Población

Para definir la población de la cual se tomó la muestra de la presente investigación, es necesario explicar que el Ministerio de Salud está organizado en cinco regiones de salud, según el área geográfica: Región Occidental, Región Central, Región Metropolitana, Región Para central y Región Oriental.

La población con la que se trabajó, corresponde a la Región Metropolitana, que abarca geográficamente al Departamento de San Salvador.

Según la investigación, esta población se compone de tres sectores:

- a) *Funcionarios encargados de la Salud Mental en la Salud Pública.* Son las personas que laboran en el Ministerio de Salud y sus dependencias encargadas del área de Salud Mental.

- b) *Profesionales que laboran en el área de Salud Mental por parte del MINSAL.* Son las personas que laboran en el Ministerio de Salud, que tienen cargos directamente relacionados al trabajo en Salud Mental: licenciados en psicología, médicos psiquiatras, médicos generales y licenciados en artes plásticas (quienes recientemente están siendo incluidos en los grupos de SM por el MINSAL).

c) *Usuarios de los servicios de Salud Mental, que brinda el MINSAL.* Son las personas atendidas en el área de salud mental, en los establecimientos del MINSAL que la proporcionan. Según datos estadísticos del año 2012 la población atendida en esta área en la región Metropolitana fue de 7,542 personas.

2. Muestra

Usuarios

De un total de 7,542 personas atendidas anualmente (dato de 2012) se obtuvo una muestra de 377 personas, quienes representan el 5% del total de la población.

Este dato corresponden a personas adultas, con una edad igual o mayor a los 18 años (en el caso de los menores de edad consultantes se encuestó a sus padres o responsables que los acompañen en el tratamiento) del sexo masculino y femenino, que tenían un mínimo de 3 consultas recibidas, usuarios de los servicios de atención psicológica y/o psiquiátrica en los distintos centros de salud pública de la Región Metropolitana del MINSAL que proporcionan este servicio ya sean Unidades de Salud y Hospitales.

Para obtener este dato se realizó el siguiente procedimiento de cálculo:

N _____ 100%

X _____ 5%

Donde “N” es igual al total de la población, que en este caso es 7542 y representa el 100%, X sería la cantidad de la muestra a seleccionar, que representa el 5% de la población total, en el cual, este porcentaje, permitirá validar los datos en la investigación.

7542 _____ 100%

X _____ 5%

$$X = \frac{5 \times 7542}{100}$$

$$X = 377$$

Profesionales

La muestra de los profesionales con los que se trabajó en la investigación corresponde a 17 psicólogos/as que laboran correspondientemente en 11 de las 35 Unidades Comunitarias de Salud Familiar (UCSF) de la Región Metropolitana que brindan este servicio, así como en 5 de los 7 hospitales de la región y 2 grupos de Equipos Comunitarios Especializados (ECOS E). También corresponden a este sector de la muestra 6 médicos psiquiatras y 14 médicos generales (que laboren en las UCSF u Hospital) y un profesional de artes plásticas (laborando en la UCSF, del Distrito Italia, que es el único grupo que posee uno).

A continuación se presenta un listado de las instituciones que entran en la investigación:

- 1) Hospital Nacional General y de Psiquiatría "Dr. José Molina Martínez".
- 2) Hospital Nacional Especializado de niños "Benjamín Bloom".
- 3) Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña".
- 4) Hospital Nacional General "Dr. Juan José Fernández", Zacamil.
- 5) Hospital Nacional General "Enf. Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo.
- 6) Unidad de Salud Comunitaria Familiar de Apopa.
- 7) Unidad de Salud Comunitaria Familiar Distrito Italia.
- 8) Unidad de Salud Comunitaria Familiar "Enf. Zoila Marina de Guadrón" (Soyapango).
- 9) Unidad de Salud Comunitaria Familiar Unicentro (San Fernando).
- 10) Unidad de Salud Comunitaria Familiar Altavista.

- 11) Unidad de Salud Comunitaria Familiar “Dr. Roberto Cáceres Bustamante” (San Marcos).
- 12) Unidad de Salud Comunitaria Familiar “Dr. Mauricio Sol Nerio” (San Jacinto) y ECOS-E San Jacinto.
- 13) Unidad de Salud Comunitaria Familiar “Dra. Elba Calderón Tobar” (Lourdes).
- 14) Unidad de Salud Comunitaria Familiar “Dr. Juan Ramón Alvarenga Andino” (San Miguelito).
- 15) Unidad de Salud Comunitaria Familiar de San Marín y ECOS-E San Martín.
- 16) Centro de Atención Integral a la Adolescencia (CAISA) de Barrio Lourdes.

NOTA ACLARATORIA: Modificación de la Muestra Inicial

En el Proyecto de Investigación, se presentó un listado de 21 centros de salud en los cuales se llevaría a cabo el estudio, pero debido a razones de políticas internas de algunos establecimientos y a problemas de salud de una profesional, no se pudo aplicar los instrumentos de usuarios y profesionales en los siguientes lugares:

- 1) Hospital Nacional Especializado "Rosales"
- 2) Hospital Nacional Especializado de Maternidad "Dr. Raúl Arguello Escolán"
- 3) Unidad de Salud Comunitaria Familiar Rosario de Mora
- 4) Unidad de Salud Comunitaria Familiar Panchimalco
- 5) Unidad de Salud Comunitaria Familiar Planes de Renderos

Para revisar constancias y requisitos ver ANEXO N° 3.

Es importante, también señalar que en otros 5 centros de salud que son parte de la muestra se dio una reducción de está, debido a las siguientes razones: la demanda es poca, los profesionales también laboran en el Equipo de ECOS-E del establecimiento (lo que disminuye las horas de trabajo en consulta externa), los profesionales están recibiendo clases de un diplomado, (esto también reduce sus horas laborales) y otros son seleccionados para asistir constantemente a distintas reuniones y capacitaciones impartidas por la Región Metropolitana y el MINSAL.

Se realizaron hasta 7 visitas a algunos de estos establecimientos y debido a las dificultades ya mencionadas solamente se logró encuestar, en la mayoría de estos casos, a una tercera parte de la muestra que se debía retomar en cada establecimiento.

Una descripción más detallada de estos establecimientos, se encuentra en el apartado del análisis de resultados, tanto de profesionales como usuarios.

De este modo la lista de establecimientos se redujo a 16, la muestra de profesionales también obtuvo una reducción, quedando conformada del modo como se explica en el inicio del apartado de profesionales y la de usuarios se conformó con un total de 230 personas.

Funcionarios

La muestra de funcionarios corresponde a 3 personas, quienes tienen cargos de directores o jefes de área de las dependencias del Ministerio de Salud encargadas de la Salud Mental, como son el Área de Salud Mental de la Región Metropolitana y el Programa Nacional de Salud Mental del MINSAL. En este caso también hubo una reducción de la muestra, lo cual se explica con más detalle en el ANEXO N° 8 (cuadros de vaciado de funcionarios).

C) Instrumentos

Se utilizaron 3 tipos de instrumentos, cada uno dirigido a los 3 diferentes sectores de la muestra con la que se trabajó:

1. Para Funcionarios encargados de la Salud Mental en la Salud Pública.

Este instrumento fue dirigido a los altos funcionarios del Ministerio de Salud que tienen a su cargo la evaluación y organización de los trabajos de salud mental desarrollados. Este instrumento lleva dos objetivos: 1) Indagar acerca de la fundamentación jurídica, científica y técnica que respalda el trabajo de la Salud Mental implementada por parte del MINSAL, y 2) Identificar las

estrategias y metodología de trabajo realizada por el MINSAL en área de Salud Mental.

El instrumento contiene una primera parte que corresponde a los datos generales de la persona entrevistada, y una segunda parte de ítems, que está dividido en 4 categorías: el trabajo del MINSAL a los servicios relacionados con la salud mental, Marco jurídico, Servicios en salud mental y Metodología de trabajo, en conjunto las cuatro categorías contienen un total de 21 ítems. Se han utilizado tres tipos de preguntas: con respuesta abierta, con respuesta de opción múltiple y con respuesta dicotómica (2 opciones), estas dos últimas formas tienen en su mayoría un anexo que permite explicar brevemente el porqué de la respuesta.

2. Para Profesionales que laboran en el área de Salud Mental por parte del MINSAL.

Este instrumento fue dirigido a los profesionales empleados del Ministerio de Salud que trabajan en el área de salud mental. contiene dos objetivos: 1) Indagar acerca de la fundamentación jurídica, científica y técnica que respalda el trabajo de la Salud Mental implementada por parte del MINSAL, y 2) Identificar las estrategias y metodología de trabajo realizada por el MINSAL en área de Salud Mental.

El instrumento contiene una primera parte que corresponde a los datos generales de la persona entrevistada, y una segunda parte de ítems, que está dividido en 5 categorías: El trabajo del MINSAL a los servicios relacionados con la salud mental, Metodología de trabajo de los profesionales encargados del área de salud mental, Metodología de trabajo desarrollada por los psicólogos, Metodología de trabajo desarrollada por los psiquiatras y Remisión de casos a los profesionales de la salud mental. En conjunto las 5 categorías tienen un total de 25 ítems de tres tipos de preguntas: con respuesta abierta, con respuesta de opción múltiple y con respuesta dicotómica (2 opciones),

estas dos últimas formas tienen en su mayoría un anexo que permite explicar brevemente el porqué de la respuesta.

3. Para Usuarios de los servicios de Salud Mental, que brinda el MINSAL.

Este instrumento fue dirigido a las personas usuarios de los servicios de salud mental que brinda el MINSAL a través de toda su red de instituciones. Este instrumento lleva un objetivo: Conocer la situación de la Salud Mental desarrollada por el Sistema de Salud Pública en el país.

El instrumento contiene una primera parte que corresponde a los datos generales de la persona entrevistada, y una segunda parte de ítems, que está dividido en 3 categorías: Conocimiento de los usuarios acerca del tema de la salud mental, Evaluación de los servicios de salud mental por los usuarios y Solicitud del servicio por los usuarios. En conjunto las 3 categorías tienen un total de 12 preguntas de tres tipos: con respuesta abierta, con respuesta de opción múltiple y con respuesta dicotómica (2 opciones), estas dos últimas formas tienen en su mayoría un anexo que permite explicar brevemente el porqué de la respuesta.

Para ver el modelo de los instrumentos, consultar ANEXO N° 5.

Los datos se analizaron dependiendo de la forma de respuesta, de ese modo en las preguntas con respuesta de opción múltiple, el conteo y análisis de los datos se realizó en base a las respuestas escogidas por las personas de la muestra. En el caso de las preguntas con respuesta de opción libre, se diseñaron a modo de que la respuesta sea concisa y permita sintetizarlas y en base a ellas se creó la categorización para proceder a realizar el conteo y análisis de la información.

Como una herramienta para el análisis de los datos se utilizó tablas de vaciado de datos para contabilizar y categorizar la información de los 3 instrumentos.

(Para ver las tablas del vaciado de datos consultar ANEXO N° 8).

D) Procedimiento Metodológico

- En primer lugar se hizo la Presentación del Perfil del Proyecto de Investigación (el día 12 de marzo, del presente año, específicamente), que contenía la información inicial de la investigación: tema, justificación, objetivos, una propuesta de metodología y el inicio de la bibliografía utilizada. La devolución del perfil debidamente revisado por el coordinador del proceso de grado se efectuó el día 15 de marzo.
- Una vez aprobado el Perfil inicial, se realizó la revisión bibliográfica para recopilar toda la información pertinente a la temática. Esto conllevó a la indagación de la fundamentación jurídica, científica y técnica que respalda el trabajo de la Salud Mental implementada por el MINSAL, la identificación de las estrategias y metodología de trabajo y la identificación de las necesidades que presenta la población que requiere el servicio, para poder formular las orientaciones adecuadas en la propuesta.
- Como siguiente punto se realizó el estudio de los sectores de la población, los cuales en este caso fueron 3 sectores como ya se mencionó en el apartado de población y muestra, y se determinó la muestra con la cual se trabajaría y a quienes se aplicarían los instrumentos.
- Posteriormente Se crearon 3 instrumentos de investigación, dirigidos a los tres diferentes sectores de la población. Se sometieron dichos instrumentos a la revisión de 4 jueces de distintas instituciones para que realizaran las observaciones pertinentes, y firmaran una constancia de participación en la validación. Los jueces participantes fueron:
 1. El Licenciado en Psicología José Ángel Meléndez, docente del Departamento de Psicología de la Universidad de El Salvador.

2. El Licenciado en Psicología Francisco Danilo Reyes, psicólogo clínico en el Hospital Psiquiátrico del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (Policlínica Arce ISSS) y docente en la Universidad Tecnológica de El Salvador.
3. La Licenciada en Psicología Vilma Dorys Alfaro de García, psicóloga clínica del Hospital Nacional de Ilobasco, Cabañas.
4. La Licenciada en Psicología Mirna Elizabeth Salazar de Jule, psicóloga clínica del Hospital Nacional Rosales.

(Para ver constancias de validación de los instrumentos, revisar ANEXO N° 4).

Una vez que se tuvieron los 4 puntos de vista, se realizó un consenso de las observaciones y se aplicaron a los instrumentos originales. Una vez lista la modificación se obtuvo los instrumentos validados. El periodo de tiempo en el que se realizó la validación comprendió del día 20 de mayo al 21 de junio.

- El día 26 de junio se hizo la entrega del Proyecto de la Investigación al Departamento de Psicología para su revisión. Este proyecto contenía aparte de lo presentado en el Perfil, el Marco Teórico, el Procedimiento Metodológico con los instrumentos ya validados y un cronograma preliminar de trabajo. El día 11 de julio se recibió la respuesta del Proyecto debidamente revisado.
- El día 8 de julio se solicitó un primer permiso a las autoridades correspondientes de la Región Metropolitana de Salud para tener acceso a los Hospitales y Unidades de Salud que comprenden la muestra. Para tales efectos, la Región solicitó se presentara un mini proyecto de la investigación, una copia de los instrumentos a aplicar y una carta del Departamento de Psicología solicitando el permiso.

- Hubo una discrepancia en el formato de la carta presentada dirigida a la Región por el Departamento de Psicología. Debido a esto, y con fines de agilizar la obtención de un permiso, se solicitó el día 16 de julio otro permiso, pero al Programa Nacional de Salud Mental, del MINSAL.
- El Programa Nacional de Salud Mental, entregó un permiso el día 24 de julio (Ver ANEXO N° 6), el cual tiene fecha de extensión a los Hospitales y Unidades de Salud el día 19 de julio. Este permiso consistía en un memorándum que fue enviado por el jefe del programa a cada uno de los directores de los centros de salud a visitar.
- Del periodo comprendido entre el 25 de julio y 20 de agosto se procedió a la aplicación del instrumento dirigido a funcionarios, solamente el director del H. Psiquiátrico se negó a contestar la encuesta después de varias visitas. También se procedió a visitar los distintos centros de salud. Durante ese tiempo, se supo, que el memorándum solo fue recibido en el Hospital Psiquiátrico y en la Unidad de Salud de Unicentro, Soyapango. En los otros centros visitados en ese periodo de tiempo (12 centros de los 20) la respuesta dada fue que dicho memorándum no había llegado por lo tanto se denegó el acceso.

Cabe aclarar que tiempo después que se obtuvo un segundo permiso (que se explica en las siguientes líneas), se supo que el memorándum proporcionado por el PNSM si fue enviado a los centros de salud, pero de la Región Metropolitana se les informó que no estaba aprobado por la institución y que hicieran caso omiso de él. Se puede decir que el memorándum presentado fue desacreditado lo cual indica posibles problemas burocráticos en las jefaturas del MINSAL.

- Durante ese mismo periodo de tiempo se recibió una notificación del jefe del área de Salud Mental en la Región Metropolitana informando que no se habían hecho las observaciones pertinentes para gestionar el permiso que se solicitó allí (la discrepancia en el formato de la carta) dando a entender que por lo tanto el permiso del PNSM era inválido.

- Se solicitó un segundo permiso a la Región Metropolitana. Se extendieron 2 tipos de memorándum que fueron enviados a los distintos centros de salud, desde el 28 de agosto, pero dichos documentos fueron entregados a las estudiantes los días 1 y 3 de septiembre (Ver ANEXO N° 6).
- El día 4 de septiembre se reinició con la aplicación de los instrumentos a profesionales y usuarios.
- Del 26 de septiembre al 8 de octubre el MINSAL realizó un paro de labores en la mayoría de sus centros asistenciales, debido a protestas para impedir que se les quite el escalafón salarial a los empleados, por lo cual se suspendieron las atenciones de la consulta externa, incluyendo de este modo los servicios de psicología y psiquiatría. Esto provocó un retraso en la aplicación de los instrumentos.
- Se terminó con la aplicación de los instrumentos el día 21 de octubre.
- Posteriormente se procesó toda la información obtenida, y se llevó a cabo el análisis e interpretación crítica de los resultados.
- Finalmente se redactó y elaboró el Informe Final, y una vez revisado y aprobado se llevó a cabo la exposición o defensa del informe final.
- Se hará entrega de una copia de la investigación a las instituciones que la han solicitado durante el proceso: la Región Metropolitana de Salud, Programa Nacional de Salud Mental y distintos centros de salud que son parte de la muestra que están interesados en la investigación.

Para ver el cronograma de todas las actividades descritas anteriormente, ver ANEXO N° 7.

CAPÍTULO IV

Análisis e Interpretación de los Resultados

A) ANÁLISIS DE RESULTADOS

1. Análisis de resultados del instrumento nº2: dirigido a los Profesionales de la Salud Mental

Este instrumento estuvo dirigido a los profesionales empleados del Ministerio de Salud que trabajan en el área de salud mental. contiene dos objetivos: 1) Indagar acerca de la fundamentación jurídica, científica y técnica que respalda el trabajo de la Salud Mental implementada por parte del MINSAL, y 2) Identificar las estrategias y metodología de trabajo realizada por el MINSAL en área de Salud Mental.

El instrumento contiene una primera parte que corresponde a los datos generales de la persona entrevistada, y una segunda parte de ítems, que está dividido en 5 categorías: El trabajo del MINSAL a los servicios relacionados con la salud mental, Metodología de trabajo de los profesionales encargados del área de salud mental, Metodología de trabajo desarrollada por los psicólogos, Metodología de trabajo desarrollada por los psiquiatras y Remisión de casos a los profesionales de la salud mental. En conjunto las 5 categorías tienen un total de 25 ítems de tres tipos de preguntas: con respuesta abierta, con respuesta de opción múltiple y con respuesta dicotómica (2 opciones), estas dos últimas formas tienen en su mayoría un anexo que permite explicar brevemente el porqué de la respuesta.

2.1 PROFESIONALES DE PSICOLOGÍA

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 21 a 30 años	2	12%
De 31 a 40 años	3	17%
De 41 a 50 años	8	47%
De 51 a 60 años	4	24%
TOTAL	17	100%

El 47% de los psicólogos/as encuestados/as, tienen un rango de edad de 41 a 50 años, seguidamente un 24% de la población, se ubican los que poseen un rango de edad entre los 51 a 60 años; posteriormente con una baja puntuación, el 17% se ubican entre los 31 a 40 años y con 12% se sitúan los que tiene una edad de 21 a 30 años, esto indica que la mayor parte de profesionales de psicología se encuentran en la etapa de la adultez tardía.

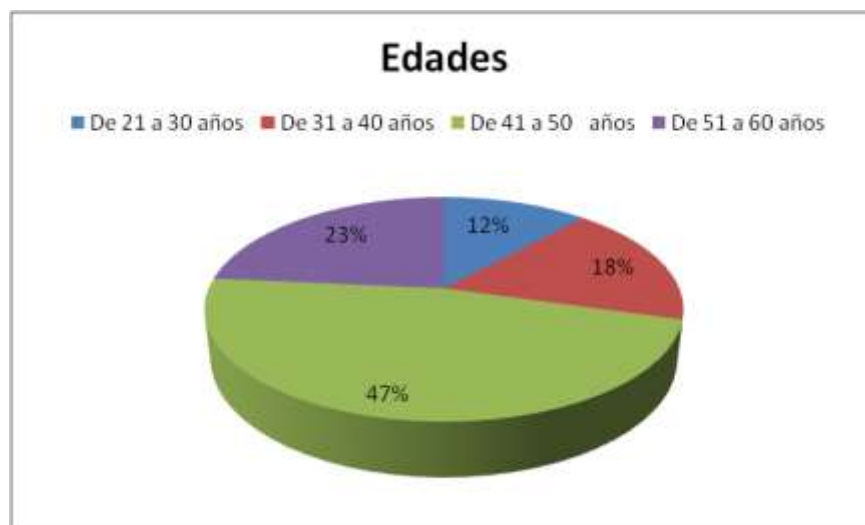


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	2	12%
Femenino	15	88%
TOTAL	17	100%

El 88% de los profesionales encuestado en el área de psicología, se encuentran desarrollándose por el sexo femenino y únicamente un 12% se respalda con el sexo masculino; probablemente, el sexo de los profesionales puede intervenir en los usuarios, ya que comúnmente lo solicita mujeres y niños, es posible que los hombres, no sientan la confianza con una persona del sexo contrario.

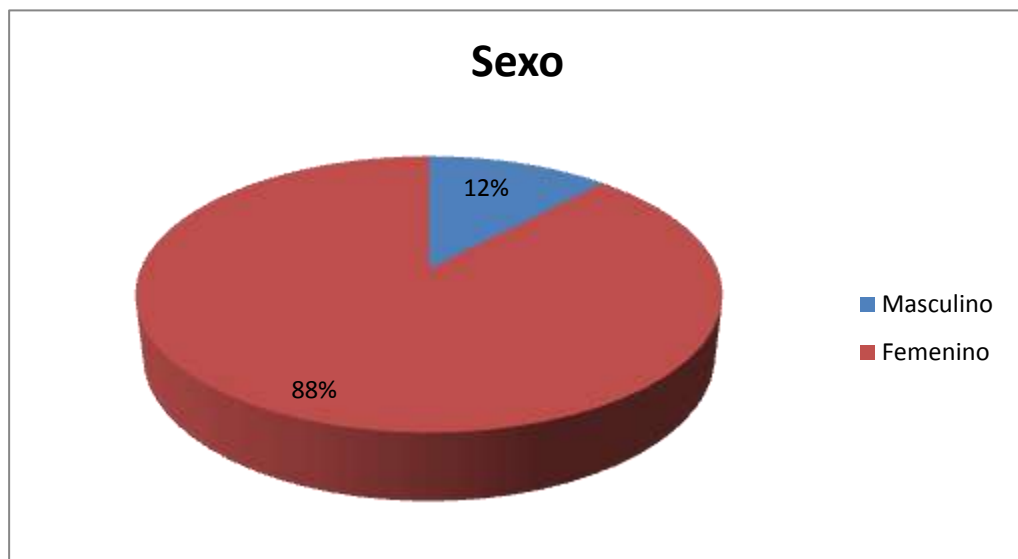


Figura # 2
Sexo

Cuadro # 3
Tiempo de ejercer la profesión

Tiempo de ejercer la profesión	f	%
De 1 a 5 años	3	18%
De 6 a 10 años	5	29%
De 11 a 15 años	3	18%
De 16 a 20 años	4	23%
De 21 a 25 años	1	6%
De 26 a 30 años	1	6%
TOTAL	17	100%

El 29% de los profesionales de psicología ejercen su profesión entre los 6 a 10 años, en cual esto coincide, en el rango de edades con mayor relevancia ubicándose entre los 41 a 50 años.



Figura # 3
Tiempo de ejercer la profesión

Ítem a: ¿Cómo calificaría el trabajo actual que está realizando el MINSAL en el área de salud mental?

Cuadro # 1
Trabajo realizado por el MINSAL en relación al área de salud mental

a) trabajo actual que está realizando el MINSAL en el área de salud mental	f	%
Excelente	3	18%
Muy Bueno	9	52%
Bueno	4	24%
Regular	1	6%
Necesita Mejorar	0	0%
TOTAL	17	100%

El 52% de los profesionales encuestados opinan en que el trabajo del MINSAL, lo califican en términos de “Muy bueno” esto se debe, en que ha habido una transición en estos últimos años, ya que con anterioridad no se le brindaba la importancia debida, en cuanto a la demanda de los servicios en relación al área de salud mental, aunque mencionan en que no les otorgan los recursos necesarios para desempeñar de manera satisfactoria su trabajo, de igual forma una minoría de la población califica el trabajo con categoría “Regular” en un 6% debido a que expresan, en que no son informados del trabajo que realiza el MINSAL en cuanto a salud mental y no son partícipe de capacitaciones que ellos ofrecen.



Figura # 1
Trabajo realizado por el MINSAL en relación al área de salud mental

Ítem b: ¿Cómo se podría calificar la respuesta de los usuarios ante los trabajos realizados por el MINSAL?

Cuadro # 2
Respuestas de los usuarios ante el trabajo que realiza el MINSAL

b) Respuesta de los usuarios	f	%
Hay aceptación y colaboración adecuada por parte de los usuarios	9	53%
Existe una aceptación limitada solo por una parte de los usuarios.	8	47%
No existe la aceptación que se espera.	0	0%
TOTAL	17	100%

El 53% de los profesionales coinciden en que existe una aceptación y colaboración adecuada por parte los usuarios, esto se refleja, en la gran demanda que existe en cuanto al servicio psicológico, la disponibilidad en las asistencias a las consultas y participación activas durante el proceso.



Figura # 2
Respuestas de los usuarios ante el trabajo que realiza el MINSAL

Ítem d: ¿Tiene conocimiento sobre los documentos creados por el MINSAL que rigen su trabajo? (normas, política, lineamientos de trabajo)

Cuadro # 3
Conocimiento de los documentos creado por el MINSAL

d) Conocimiento de los documentos creado por el MINSAL	f	%
Si	15	88%
No	2	12%
TOTAL	17	100%

El 88% de la población expresan que poseen el conocimiento de los documentos creados por el MINSAL que respalda el trabajo psicológico, entre ellos se encuentra: Política y Normas de atención en cuanto a Salud Mental, Protocolos y directorios de lugares que brindan AP en el MINSAL, normas de atención en adicciones y lineamientos de trabajo de emergencia, normas de ética, Política y lineamiento de la carrera de Psicología y el conocimiento acerca del proceso de creación de la ley.



Figura # 3
Conocimiento de los documentos creado por el MINSAL

Ítem e: ¿Cuáles son las técnicas e instrumentos de trabajo que usted utiliza?, ¿Cuál de esas técnicas e instrumentos es la que considera da mejores resultados?

Cuadro # 4
Técnicas e instrumentos de trabajo

e)Técnicas e instrumentos de trabajo	f	%
Entrevista	3	6%
Observación	3	6%
Pruebas Psicométricas	10	20%
Visitas domiciliarias	1	2%
Consejería y apoyo	2	4%
Promoción de Salud Mental	1	2%
Terapia Cognitiva-Conductual	6	12%
Terapia Conductual	2	4%
Terapia Cognitiva	5	10%
Terapia lúdica	4	8%
Terapia Educativa	3	6%
Terapia Grupal	4	8%
Terapia Familiar	2	4%
Otros	3	6%
Se remitió a contestar	1	2%
TOTAL	50	100%

En el proceso de evaluación y diagnóstico de la problemática, los profesionales hacen uso en su mayoría de las pruebas psicométricas reflejándose en un 20% en el cual, utilizan escalas de ansiedad, depresión, dibujos libres entre otros; así mismo, un 1%, los profesionales realizan visita familiar, es posible que, únicamente al enfocarse solo en los resultados de las pruebas psicológicas, no profundicen en el caso y desconozcan el origen de la problemática, ya que desconocen el entorno familiar por el que se desenvuelve el consultante; en cuanto al proceso de

intervención hacen uso a la terapia cognitiva conductual en un 12%, probablemente trabajan en la modificación de las ideas irracionales para el cambio en la conducta del consultante y de las personas responsables a este.



Figura # 4
Técnicas e instrumentos de trabajo

Ítem f: ¿Recibe capacitaciones por parte del MINSAL sobre el trabajo que realiza en Salud Mental?

Cuadro # 5
Capacitación por parte del MINSAL

f) Capacitaciones por parte del MINSAL para el desarrollo de su trabajo.	f	%
Si	11	65%
No	6	35%
TOTAL	17	100%

El 65% de los profesionales encuestados, han recibido capacitación por parte del MINSAL acerca de los temas de: Autocuidado, Situaciones de riesgo, familias fuertes, pruebas psicológicas, derechos y deberes de las personas con VIH, guía Mh Gap, primeros auxilios psicológicos, Arteterapia, Violencia, Prevención del suicidio entre otros, en el cual los reciben cada 1 o 3 meses.

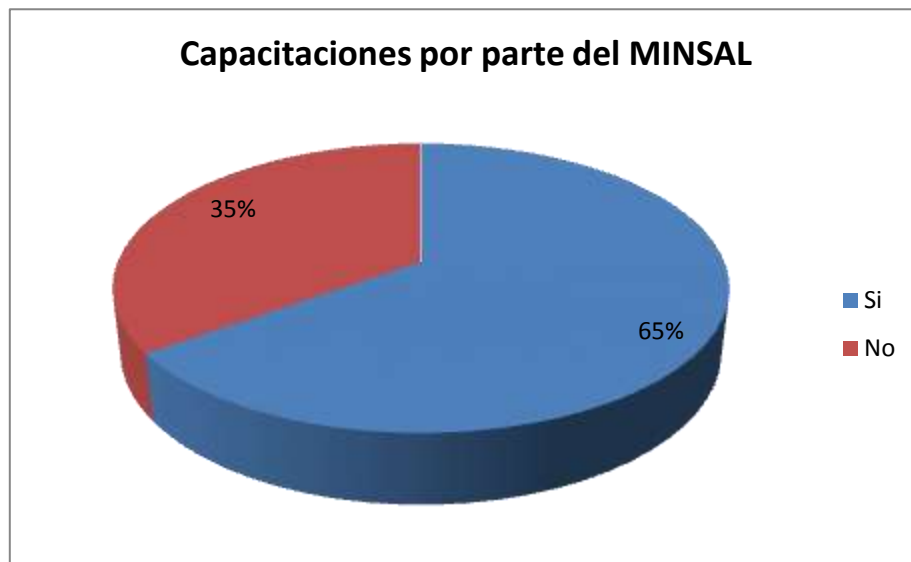


Figura # 5
Capacitación por parte del MINSAL

Ítem g: ¿Cuenta con los recursos adecuados para realizar su labor?

Cuadro # 6
Recursos materiales necesarios

g) Cuenta con los recursos materiales necesarios	f	%
	2	12%
	15	88%
TOTAL	17	100%

El 88% de los profesionales expresan en que no cuentan con los recursos necesarios para desempeñar su labor, dado a que la institución nos le ofrece los materiales necesarios que les facilite llevar a cabo su trabajo, como a su vez, no cuentan con el área adecuada que garantice la confidencialidad y discreción que implica la profesión.



Figura # 6
Recursos para la realización de su labor

Ítem h: ¿Qué manuales de clasificación se utilizan para establecer el diagnóstico a los consultantes?

Cuadro # 7
Manuales de clasificación se utilizan para establecer los diagnósticos

h) Manuales de clasificación se utilizan para establecer los diagnósticos.	f	%
DSM-IV	1	6%
CIE-10	15	88%
Otros	1	6%
TOTAL	17	100%

El 88% de los profesionales hacen uso del CIE-10 como manual de clasificación de los diagnósticos, esto se debe, en que los profesionales comentan, en que el sistema salud (MINSAL) lo ha dictaminado como la herramienta para identificar las diferentes necesidades psicológicas que presenta la población; como a su vez, consideran en que su utilidad se basa en el ofrecimiento de las debidas orientaciones para establecer los diagnósticos.



Figura # 7
Manuales de clasificación se utilizan para establecer los diagnósticos

Ítem i: ¿Encajan las problemáticas atendidas con los criterios diagnósticos planteados en los manuales?

Cuadro # 8
Coincidencia de las problemáticas con los manuales de clasificación

i) Coincidencia de las problemáticas con los manuales de clasificación	f	%
Los criterios diagnósticos se cumplen en un 100% la mayoría de veces	2	11%
Los criterios diagnósticos se cumplen en un 80% la mayoría de veces	12	71%
Los criterios diagnósticos se cumplen en un 60% la mayoría de veces	3	18%
No es frecuente que encajen las problemáticas con los criterios diagnósticos	0	0%
TOTAL	17	100%

El 71% de los encuestados consideran que los criterios diagnósticos otorgados por el CIE-10 cumplen con el 80% de las veces, los profesionales expresan en que su utilidad radica, porque el MINSAL lo establece como una herramienta de clasificación a nivel de salud pública y dichos criterios, son considerados aceptables para categorizar las problemática de los usuarios.

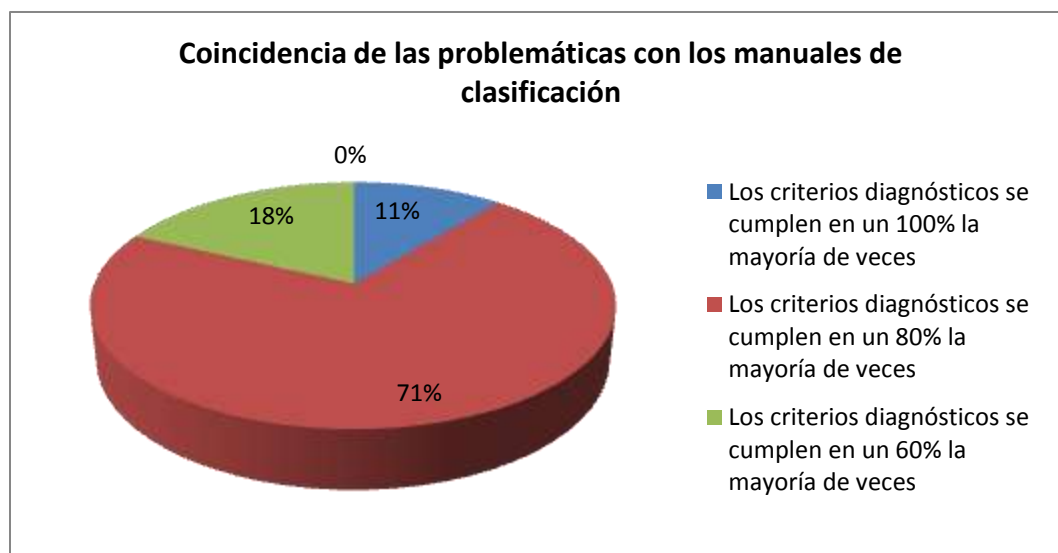


Figura # 8
Coincidencia de las problemáticas con los manuales de clasificación

Ítem k: ¿Cuáles son los diagnósticos que se presentan con mayor frecuencia?

Cuadro # 9
Frecuencia de los diagnósticos

k) Tipos de diagnósticos que presentan los usuarios.	f	%
Trastorno de Ansiedad	25	35%
Trastorno de Personalidad	2	3%
Trastorno de Estado de Animo	17	24%
Trastorno de inicio de la infancia, la niñez o adolescencia	15	21%
Trastorno de Conducta Alimentaria	1	1%
Trastorno Adaptativo	4	6%
Trastorno Relacionado con Sustancias	4	6%
Trastorno del Sueño	1	1%
Trastorno Sexual y de Identidad sexual	1	1%
Trastorno Cognoscitivo	1	1%
Trastorno Somatomorfo	1	1%
TOTAL	72	100%

Los profesionales encuestados indican que los diagnóstico con mayor frecuencia que presenta los usuarios, se engloba en los trastornos de ansiedad con un 35%, identificándose en el estrés, estrés pos-traumático y los síntomas de ansiedad; seguidamente se ubica los trastornos del estado de ánimo con un 24%, en ellos se encuentra los diferentes problemas emocionales, depresiones, duelos etc. y finalmente los trastornos de inicio de la infancia, la niñez o adolescencia con un 21%, donde se sitúan los problemas de conducta y de aprendizaje que presentan los menores de edad. Es probable que la relevancia de estas problemáticas, se relacione con el estilo de vida de los consultantes, en donde lo social y lo familiar son factores que externos que influyen en la subjetividad de la persona (lo externo a través de lo interno).

Diagnósticos establecidos por los Psicólogos/as

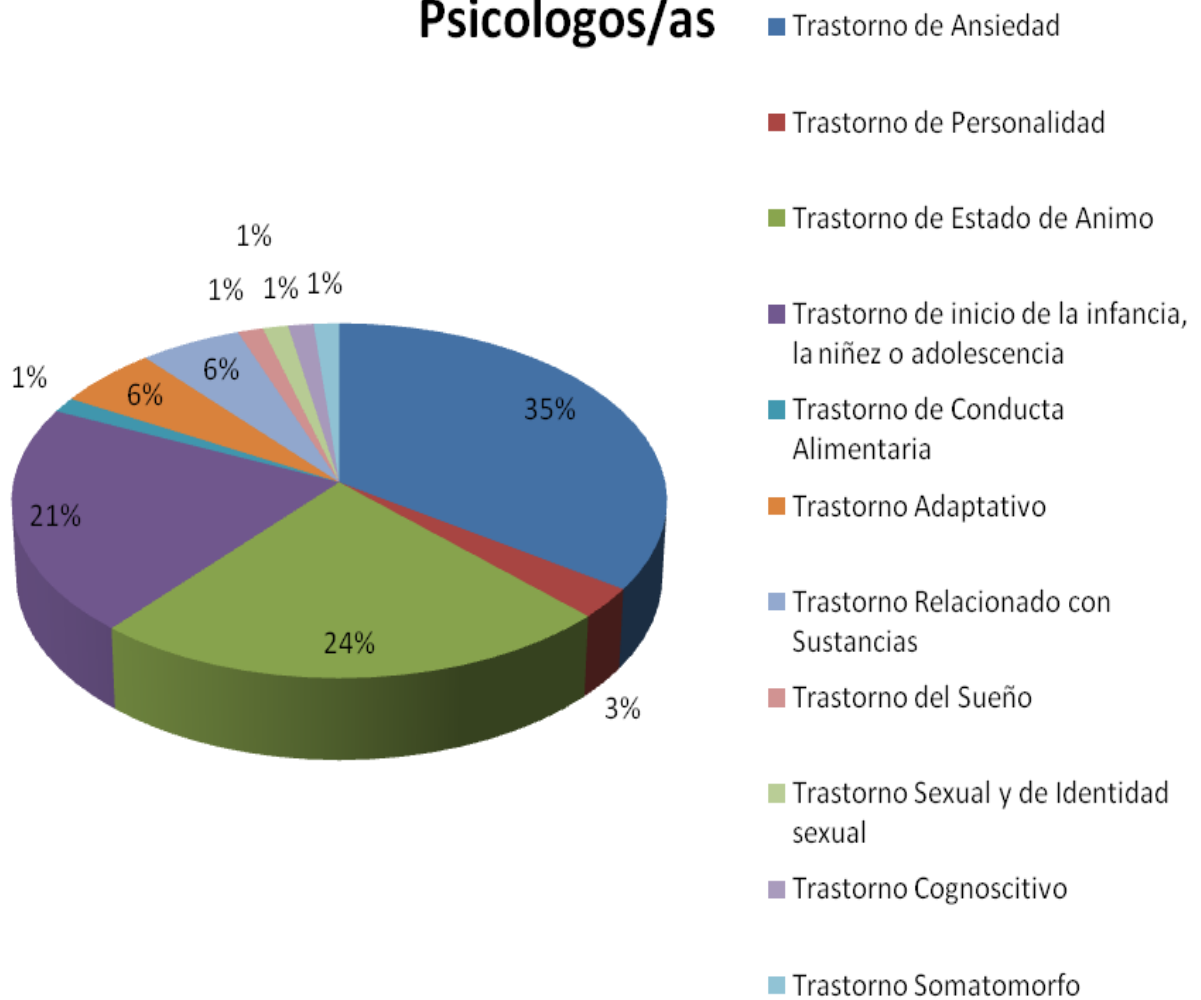


Figura # 9
Frecuencia de los diagnósticos

Ítem I: Indique de mayor a menor frecuencia, el tipo de personas consultantes: mujeres, hombres, adolescentes y niños.

Cuadro # 10

Frecuencia del tipo de usuarios que reciben el servicio psicológico

I) Frecuencia del tipo de personas que asisten a la consulta.	f	%
Mujeres, niños, hombres y adolescentes	3	17%
Mujeres y hombres	1	6%
Mujeres, niños, adolescentes y hombres.	4	23%
Mujeres, hombres y adolescentes	1	6%
Adolescentes, niños, hombres y mujeres	2	12%
Adolescentes, niños mujeres y hombres	2	12%
Adolescente, hombres y mujeres	1	6%
Mujeres, adolescentes, niños y hombres	1	6%
Niños, adolescentes, mujeres y hombres	1	6%
Adolescentes, mujeres, niños y hombres	1	6%
TOTAL	17	100%

Los profesionales encuestados consideran en que el tipo de usuario con mayor frecuencia en solicitar el servicio psicológico son: Las mujeres, niños, adolescentes y hombres con un 23% como a su vez, un 17 % tiende a constituirse por mujeres, niños, hombres y adolescentes. Por lo tanto, se infiere en que la mayoría de las problemáticas atendidas son representados por mujeres y niños, esto se relaciona, con sexo de los usuarios que solicitan el servicio y que la ocupación en su mayoría, son oficios domésticos, es probable, que por encargarse únicamente de las necesidades del hogar, son las responsables del bienestar de sus hijos, por lo tanto, la participación del padre, es mínima y puede mostrar resistencia para participar en el proceso.

Frecuencia del tipo de usuarios que reciben el servicio psicológico.

- Mujeres, niños, hombres y adolescentes
- Mujeres y hombres
- Mujeres, niños, adolescentes y hombres.
- Mujeres, hombres y adolescentes
- Adolescentes, niños, hombres y mujeres
- Adolescentes, niños mujeres y hombres
- Adolescente, hombres y mujeres
- Mujeres, adolescentes, niños y hombres
- Niños, adolescentes, mujeres y hombres
- Adolescentes, mujeres, niños y hombres

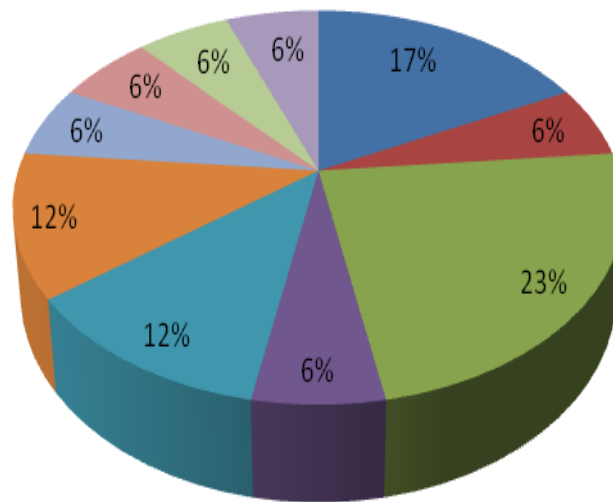


Figura # 10

Frecuencia del tipo de usuarios que reciben el servicio psicológico

Ítem n: ¿En cuales diagnósticos o según qué síntomas se considera adecuados hacer remisión al médico psiquiatra?

Cuadro # 11
Diagnósticos o Sintomatología se considera adecuada para remisión con el médico psiquiatra.

m) Diagnósticos o sintomatología se considera adecuada para remisión con el médico psiquiatra.	f	%
Depresión	10	24%
Adicciones	3	7%
Ideación o intento suicidas.	6	14%
Estrés post-traumático	1	2%
Trastorno del sueño	3	7%
Trastorno Mental orgánico	2	5%
Esquizofrenia y trastorno Psicótico	8	19%
Epilepsia	1	2%
Problemas de conducta: TADH y Agresividad	2	5%
Ansiedad	3	7%
Neurosis	1	2%
Somatización	1	2%
Trastorno de personalidad	1	2%
TOTAL	42	100%

Según la información obtenida de los profesionales encuestados, los diagnósticos que son remitidos al médico psiquiatra con mayor relevancia son la Depresión con un puntaje 24%, posiblemente se debe, en que tienen el concepto de que su origen es a nivel biológico, por lo tanto, debe de ser tratada por una prescripción médica en base a los medicamentos.

Remisión de los diagnósticos y sintomatología al área de Psiquiatría

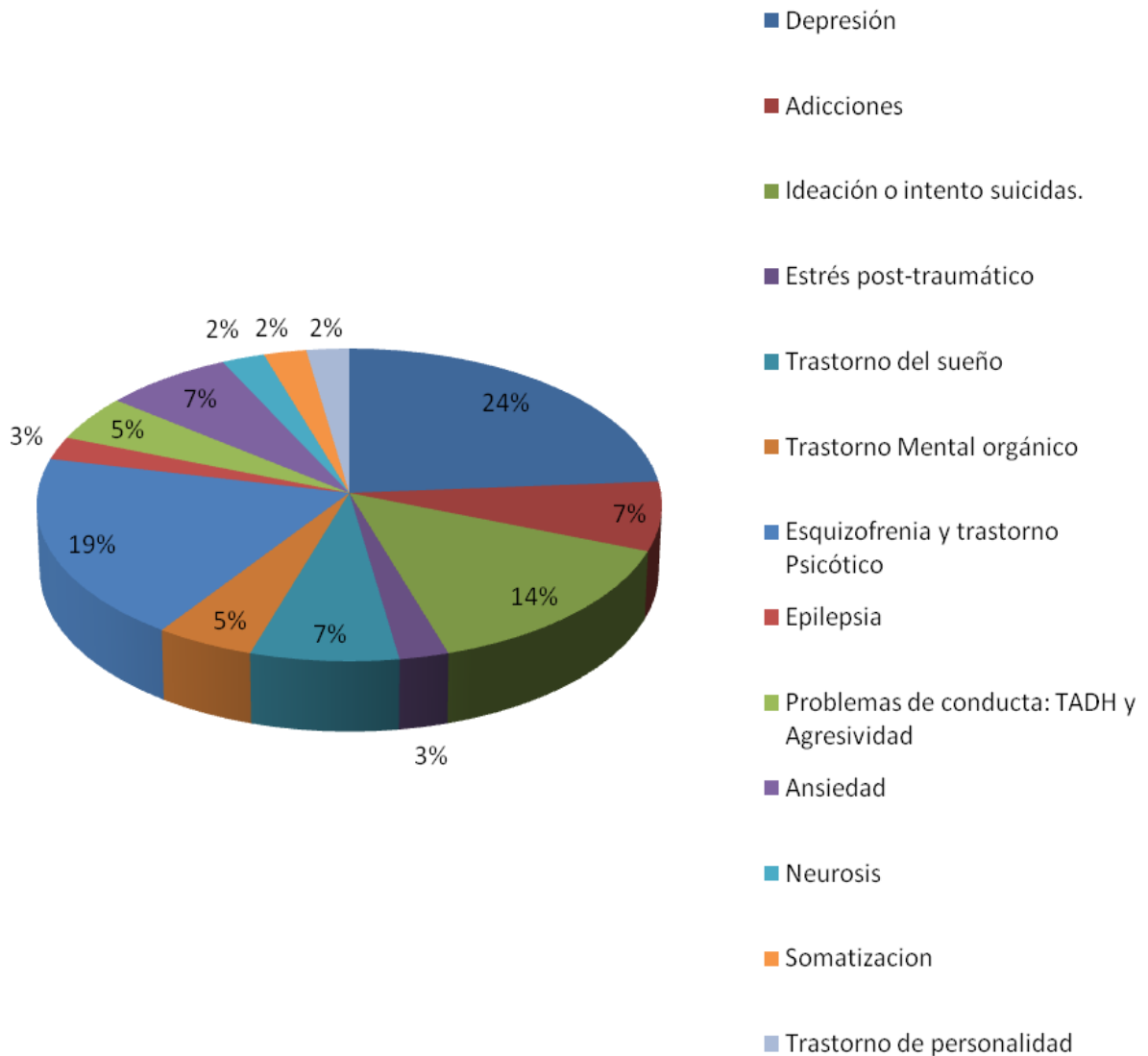


Figura # 11
Diagnósticos o Sintomatología se considera adecuada para remisión con el médico psiquiatra.

Ítem p: ¿Existe un número estipulado de consultas con las que debe cumplir la intervención en una persona?

Cuadro # 12
Número estipulados de consultas.

p) Nº estipulado de consultas	f	%
Si	10	59%
No	7	41%
TOTAL	17	100%

Los profesionales manifiestan en un 59%, la existencia de un número estipulado de consultas que deben de cumplir la cual varía entre 10 a 20 sesiones, posiblemente, el 41% manifiestan no haber un número estipulado de consultas ya que eso dependerá de cada caso; es posible que el método de trabajo de los profesionales difiere, puesto q algunos utilizan un método de tratamiento que tiene un límite, mientras q otros se acoplan a la evolución de cada caso, también es probable que intervengan, la gran demanda del servicio, por lo que dependerá del profesional que se cuenta en cada centro.



Figura # 12
Número estipulados de consultas.

Ítem q: ¿Se solicita la colaboración de otras personas allegadas al consultante?

Cuadro # 13
Colaboración de personas allegadas al consultante

q) Colaboración de personas allegadas	f	%
Si	15	88%
No	2	12%
TOTAL	17	100%

El 88% de los profesionales necesitan la colaboración de las personas allegadas para realizar el proceso de exploración principalmente de la familia y en algunos casos (referidos a los niños o adolescentes) suelen recurrir a los maestros de la institución. Esto se relaciona con la opinión de los usuarios, según ellos, los profesionales solicitan hablar por lo menos con un miembro del núcleo familiar, ya que no todos los miembros de la familia están de acuerdo en participar en el proceso, pueda que esto se deba, en que no todas las personas (comúnmente los padres) no tienen el nivel de conciencia sobre los beneficios del servicio psicológico y sobre la responsabilidad compartida en el problema.



Figura # 13
Colaboración de personas allegadas al consultante

Ítem r:Según los lineamientos de trabajo a seguir ¿se considera importante la participación de otras personas allegadas al consultante (familiares. profesores) para su intervención?

Cuadro # 14
Colaboración de personas allegadas al consultante

p) Colaboración de personas allegadas	f	%
Si	16	94%
No	1	6%
TOTAL	17	100%

El 94% de los profesionales de la psicología, utilizan la participación de las personas allegadas a los consultantes (familiares y maestros) ya que ellos consideran, en que les ha permitido conocer la problemática de manera integral y fortalecer las redes de apoyo sociales, el 6% no consideran necesario la intervención de los allegados en los casos con personas de VIH/SIDA, ya que el tratamiento es únicamente para las persona infectadas.



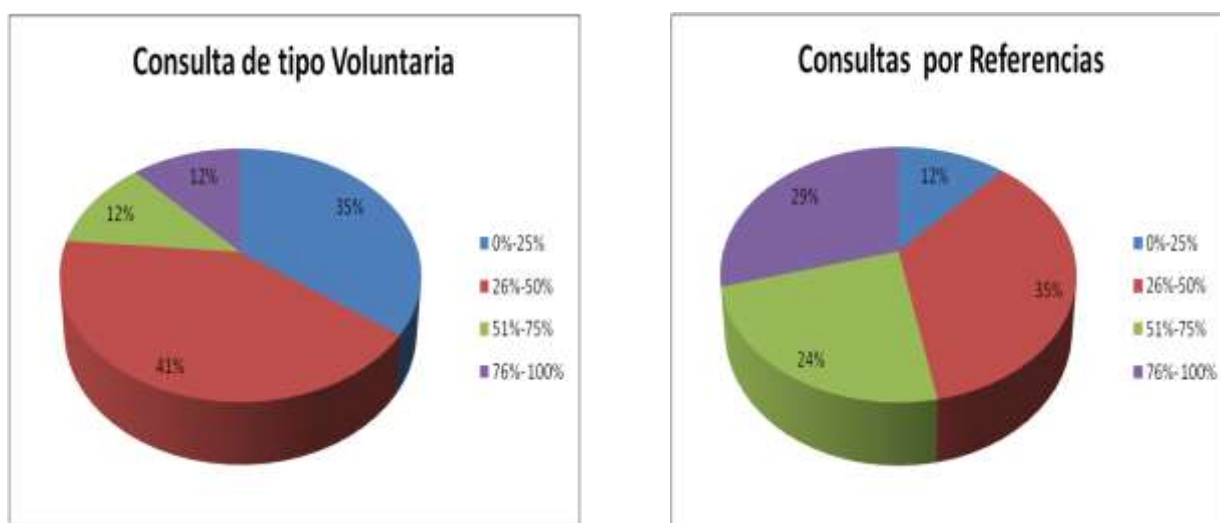
Figura # 14
Colaboración de personas allegadas al consultante

Ítem s: En cuanto a los casos atendidos anualmente ¿Qué porcentaje solicita la consulta voluntariamente y que porcentaje estimado asiste por referencia del médico u otros?

Cuadro # 15
Consulta voluntaria o por referencia

Rango en %	s) Tipos de consulta			
	F (voluntaria)	%	F (Referencias)	%
0%-25%	6	35%	2	12%
26%-50%	7	41%	6	35%
51%-75%	2	12%	4	24%
76%- 100%	2	12%	5	29%
TOTAL	17	100%	17	100%

Los profesionales encuestados manifiestan que tanto las consultas de tipo voluntarias y por referencias, se sitúan en un mismo rango de 26%-50% de las veces, con una puntuación de 41% y 35%, por lo tanto, esto indica en que no existe ninguna variación en ambas partes.



Figuras # 15
Consulta voluntaria o por referencia

2.2 PROFESIONALES DE PSIQUIATRÍA

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 31 a 40 años	4	66.66%
De 41 a 50 años	1	16.66%
De 51 a 60 años	0	0%
De 61 a 70 años	1	16.66%
TOTAL	6	100%

De las personas encuestadas, la mayor parte de la muestra se encuentran, en un 66.66%, entre las edades de 31 a 40 años, seguidamente en un 16.6% oscilan las edades de 41 a 50 años y 61 a 70 años, por lo tanto, se puede inferir en que la mayoría de los psiquiatras se encuentran en el periodo de vida de la edad adulta temprana y tardía.

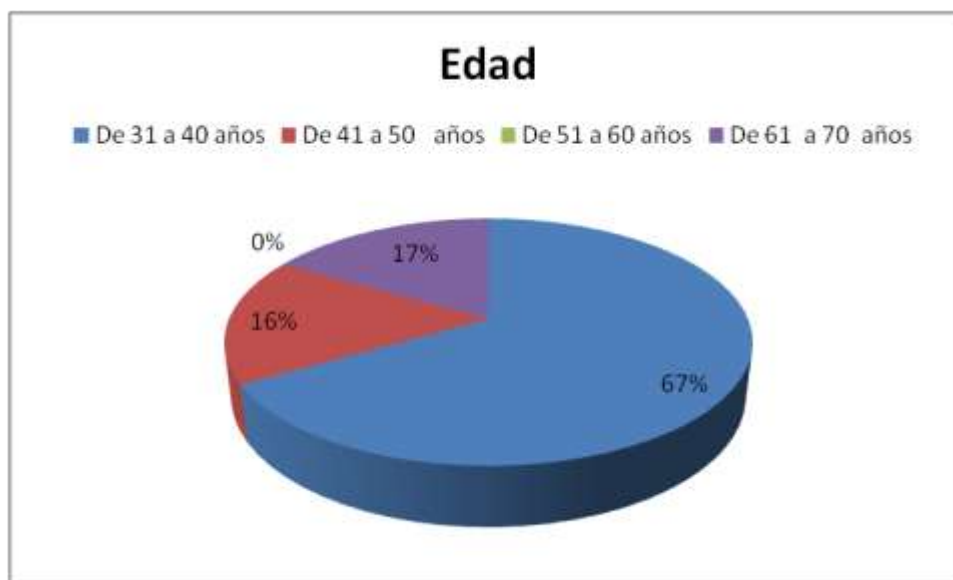


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	2	33%
Femenino	4	67%
TOTAL	6	100%

El 67% de las personas encuestadas predomina el sexo femenino y el 33% el sexo masculino. Los datos dan a demostrar que la mayoría de personas que trabajan en el área de psiquiatría equivalen al sexo femenino.

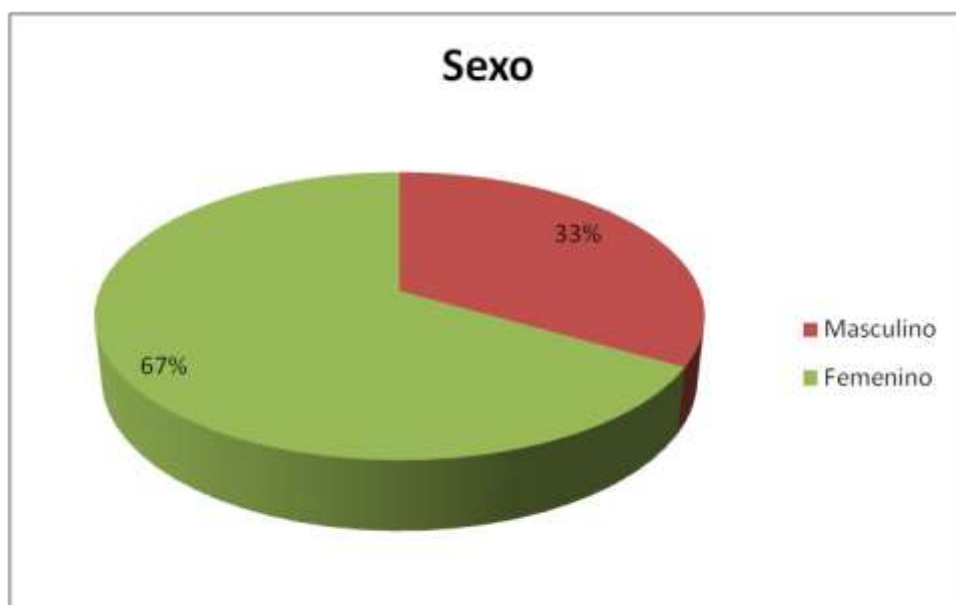


Figura # 2
Sexo

Cuadro # 3
Tiempo de ejercer la profesión

Tiempo de ejercer la profesión	f	%
De 1 a 5 años	1	16.6%
De 6 a 10 años	1	16.6%
De 11 a 15 años	3	50%
De 16 a 20 años	0	0%
De 21 a 25 años	1	16.6%
TOTAL	6	100%

Según la muestra seleccionada, el tiempo de mayor frecuencia en cuanto al ejercicio de su profesión es de 11 a 15 años con un porcentaje de 50%, el tiempo mínimo varía de 1 a 5 años con una puntuación de 16.6%, de 6 a 10 años con un porcentaje de 16.6% y entre los 21 a 25 años se refleja en 16.6%.



Figura # 3
Tiempo de ejercer la profesión

Ítem a: ¿Cómo calificaría el trabajo actual que está realizando el MINSAL en el área de salud mental?

Cuadro # 1
Trabajo realizado por el MINSAL en relación al área de salud mental

a) trabajo actual que está realizando el MINSAL en el área de salud mental	f	%
Excelente	0	0%
Muy Bueno	1	17%
Bueno	2	33%
Regular	0	0%
Necesita Mejorar	3	50%
TOTAL	6	100%

En un 50% los profesionales del área de psiquiatría califican el trabajo realizado por el MINSAL en términos de “Necesitan Mejorar,” ya que consideran en que no existe personal idóneo en la jefatura de Salud Mental, carecen de personal, materiales y medicamentos para realizar el trabajo y comentan en que los servicios no son accesibles para todo el país.



Figura # 1
Trabajo realizado por el MINSAL en relación al área de salud mental

Ítem b: ¿Cómo se podría calificar la respuesta de los usuarios ante los trabajos realizados por el MINSAL?

Cuadro # 2
Respuestas de los usuarios ante el trabajo que realiza el MINSAL

b) Respuesta de los usuarios	f	%
Hay aceptación y colaboración adecuada por parte de los usuarios	2	33%
Existe una aceptación limitada solo por una parte de los usuarios.	3	50%
No existe la aceptación que se espera.	1	17%
TOTAL	6	100%

El 50 % de los profesionales encuestados, consideran en que existe una aceptación limitada por parte de usuarios ante el trabajo realizado por el MINSAL, debido a la poca motivación y falta de educación del personal de salud mental para dar a conocer la importancia de los servicios a los usuarios y familiares.



Figura # 2
Respuestas de los usuarios ante el trabajo que realiza el MINSAL

Ítem d: ¿Tiene conocimiento sobre los documentos creados por el MINSAL que rigen su trabajo? (normas, política, lineamientos de trabajo)

Cuadro # 3
Conocimiento de los documentos creado por el MINSAL

d) Conocimiento de los documentos creado por el MINSAL	f	%
Si	6	100%
No	0	0%
TOTAL	6	100%

El 100% de la población tiene conocimiento de los documentos creados por el MINSAL que regulan su trabajo, entre las cuales se encuentran: Política de SM y lineamientos clínicos, Normal de SM, Manual de puesto, ley del servicio civil, manual de organización y funciones, proceso en la creación de la ley de SM, lineamientos de abordaje psicosocial, Estrategia del plan de gobierno y normas de atención de SM.



Figura # 3
Conocimiento de los documentos creado por el MINSAL

Ítem e: ¿Cuáles son las técnicas e instrumentos de trabajo que usted utiliza?, ¿Cuál de esas técnicas e instrumentos es la que considera da mejores resultados?

Cuadro # 4
Técnicas e instrumentos de trabajo

e) Técnicas e instrumentos de trabajo	f	%
Terapia Lúdica	2	17%
Grupos de Apoyo	1	8%%
Pruebas Psicométricas	2	17%
Terapia Familiar	1	8%
Terapia Conductual	1	8%
Terapia Cognitiva	1	8%
Terapia Psicodinamica	2	17%
Historia clínica longitudinal.	1	8%
Se remitió a contestar	1	8%
TOTAL	12	100%

En el proceso de evaluación y diagnóstico de la problemática, los profesionales hacen uso en su mayoría de las pruebas psicométricas reflejándose en un 17%, en el cual utilizan escalas de ansiedad, test de actitudes y detección de pensamientos automáticos, en cuanto al proceso de intervención, hacen uso de la terapia Psicodinamica con un 17% y la terapia lúdica cuando son casos de menores de edad con un valor del 17%; es posible que utilicen nada más las escalas para corroborar la información que les facilite conocer la patología o se auxilian del psicólogo para una evaluación psicométrica, lo cual les permitirá realizar el diagnóstico; para el tratamiento se basa en la administración de psicofármacos y orientan a la familia, sobre cómo deben actuar ante la patología del “paciente”.

Técnicas e instrumentos de trabajo

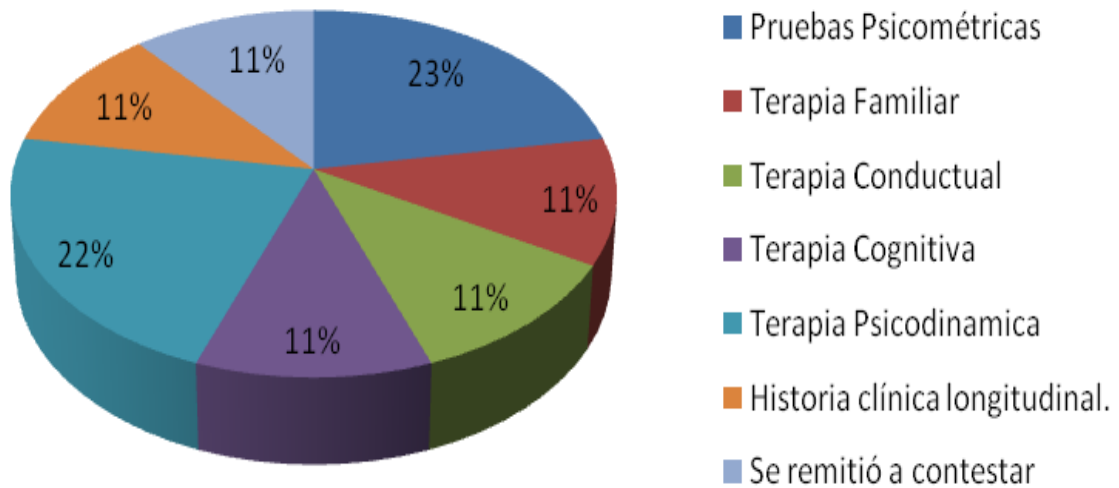


Figura # 4
Técnicas e instrumentos de trabajo

Ítem f: ¿Recibe capacitaciones por parte del MINSAL sobre el trabajo que realiza en Salud Mental?

Cuadro # 5
Capacitación por parte del MINSAL

F) Capacitaciones por parte del MINSAL para el desarrollo de su trabajo.	f	%
Si	4	67%
No	2	33%
TOTAL	6	100%

El 67% de los profesionales encuestados han recibido capacitación por parte del MINSAL acerca de los temas de: Guías clínicas, terapia lúdica, Arteterapia, en donde se lleva a cabo una vez al mes, así mismo, les ofrecen: diplomados, cursos en la universidad y a nivel online por un periodo de 6 meses, finalmente, uno de los encuestados comenta ser el encargado de impartir dichas capacitaciones.



Figura # 5
Capacitación por parte del MINSAL

Ítem g: ¿Cuenta con los recursos adecuados para realizar su labor?

Cuadro # 6
Recursos para la realización de su labor

f) Recursos para realizar de manera adecuada su trabajo.	f	%
Si	1	17 %
No	5	83%
TOTAL	6	100%

El 83% de los profesionales encuestados expresan, no poseer los recursos necesarios para desempeñar de manera eficaz su jornada laboral, esto se debe en que presenta ciertas dificultades como: falta de espacio físico, no disponen de los recursos y tiempo necesarios, desabastecimiento de medicamentos y trabajan con material didáctico limitados.



Figura # 6
Recursos para la realización de su labor

Ítem h: ¿Qué manuales de clasificación se utilizan para establecer el diagnóstico a los consultantes

Cuadro # 7
Manuales de clasificación

g) Manuales de clasificación	f	%
DSM-IV	0	0%
CIE-10	6	100%
Otros	0	0%
TOTAL	6	100%

El 100% de los profesionales hacen uso del CIE-10 como manual de clasificación de los diagnósticos, ellos expresan, en que su utilidad radica, en la accesibilidad de hablar en el mismo lenguaje de los profesionales para establecer diagnósticos verídicos y otorgar un tratamiento adecuado dependiendo del cuadro clínico que presenta la persona.



Figura # 7
Manuales de clasificación

Ítem i: ¿Encajan las problemáticas atendidas con los criterios diagnósticos planteados en los manuales?

Cuadro # 8
Coincidencia de las problemáticas con los criterios diagnósticos

i) Encajamiento de las problemáticas a los criterios diagnósticos.	f	%
Los criterios diagnósticos se cumplen en un 100% la mayoría de veces	0	0%
Los criterios diagnósticos se cumplen en un 80% la mayoría de veces	5	83%
Los criterios diagnósticos se cumplen en un 60% la mayoría de veces	1	17%
No es frecuente que encajen las problemáticas con los criterios diagnósticos	0	0%
TOTAL	6	100%

El 83% de los encuestados consideran que los criterios diagnósticos otorgados por el CIE-10 cumplen con el 80% de las veces, ellos expresan en que, aparte que el MINSAL lo establecen como una herramienta de clasificación, clarifica los diagnósticos por síndromes lo cual aporte en beneficio al diagnósticos y tratamiento.

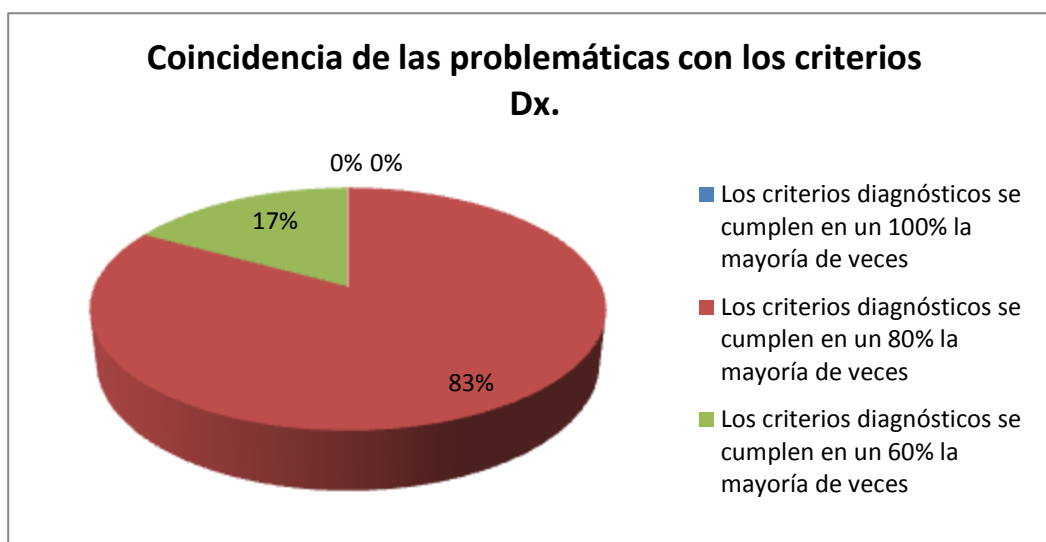


Figura # 8
Coincidencia de las problemáticas con los criterios diagnósticos

Ítem k: ¿Cuáles son los diagnósticos que se presentan con mayor frecuencia?

Cuadro # 9
Tipos de diagnósticos que presentan los usuarios

n) Tipos de diagnósticos que presentan los usuarios.	f	%
Trastorno de Ansiedad	4	29%
Trastorno de Estado de Animo	5	36%
Trastorno de conducta	1	7%
Trastorno Relacionado con Sustancias	2	14%
Trastorno relacionado con enfermedades médicas.	1	7%
Trastorno Mentales orgánicos.	1	7%
TOTAL	14	100%

Los profesionales encuestados indican que los diagnósticos con mayores frecuencias que presenta los usuarios, se engloba en los trastornos de estados de ánimos con un 36% donde se ubica la depresión, seguidamente se encuentra los trastornos de ansiedad con un 29% y finalmente los trastornos relacionado con sustancias en un 14% en el cual se sitúan las adicciones a las drogas y el alcohol, es posible que las personas que consideran el servicio a causa de las problemáticas anteriores, consideran que su tratamiento debe ser en base a psicofármacos, por lo que no poseen un conocimiento adecuado, acerca del rol del psicólogo y psiquiatra.



Figura # 9
Tipos de diagnósticos que presentan los usuarios

Ítem I: Indique de mayor a menor frecuencia, el tipo de personas consultantes: mujeres, hombres, adolescentes y niños.

Cuadro # 10
Frecuencia del tipo de usuarios que reciben el servicio psicológico

k) Frecuencia del tipo de personas que asisten a la consulta.	f	%
Mujeres, hombres y adolescentes	2	33%
Mujeres, adolescentes, hombres y niños.	2	33%
Mujeres, hombres, adolescentes y niños,	1	17%
Niños y adolescentes	1	17%
TOTAL	6	100%

Los profesionales encuestados consideran en que el tipo de usuario con mayor frecuencia en solicitar el servicio son: Las mujeres, hombres y adolescentes con un 33% y las mujeres, adolescentes, hombres y niños con un 33%. Por lo tanto, la mayoría de las problemáticas atendidas son representados por mujeres y adolescentes; es posiblemente como se mencionó con anterioridad en el apartado de los psicólogos, las mujeres son las que tienen más conciencia de los servicios y por su rol en la familia, son más responsable de la salud de de sus hijos/as.



Figura # 10
Frecuencia del tipo de usuarios que reciben el servicio psicológico

Ítem t: ¿En cuáles diagnósticos o según qué síntomas se considera adecuados hacer remisión del paciente al psicólogo?

Cuadro # 11
Remisión con el psicólogo/a.

t) Diagnósticos o sintomatología se considera adecuada para remisión con el psicólogo/a.	f	%
Depresión	3	17%
Adicciones	1	5%
Trastorno Alimenticios	1	5%
Problemas de conducta	2	11%
Ansiedad	1	5%
Neurosis y Encopresis	1	5%
Trastorno de aprendizaje	1	5%
Trastorno de personalidad	1	6%
Trastorno de Adaptativos	1	6%
Trastorno Somatomorfo	1	5%
Trastorno Disociativo	1	6%
Disfunciones sexuales.	1	6%
El psiquiatra se alianza al psicólogo para afirmar medicamentos.	1	6%
Para una evaluación psicométrica.	2	11%
TOTAL	18	100%

Según la información obtenida de los profesionales encuestados, los diagnósticos que son remitidos al psicólogo/a en mayor frecuencia se encuentran: La depresión con un puntaje 17%, los problemas de conducta (casos de menores de edad) y la realización de una evaluación psicométrica se ubican con el mismo valor de 11%. Esto posiblemente que su remisión se deba, en que la gravedad de la problemática es leve o moderada, ya que usualmente, ellos se encargan de trabajar con patologías graves.

Diagnósticos o Sintomatología remitidos al Psicólogo/a

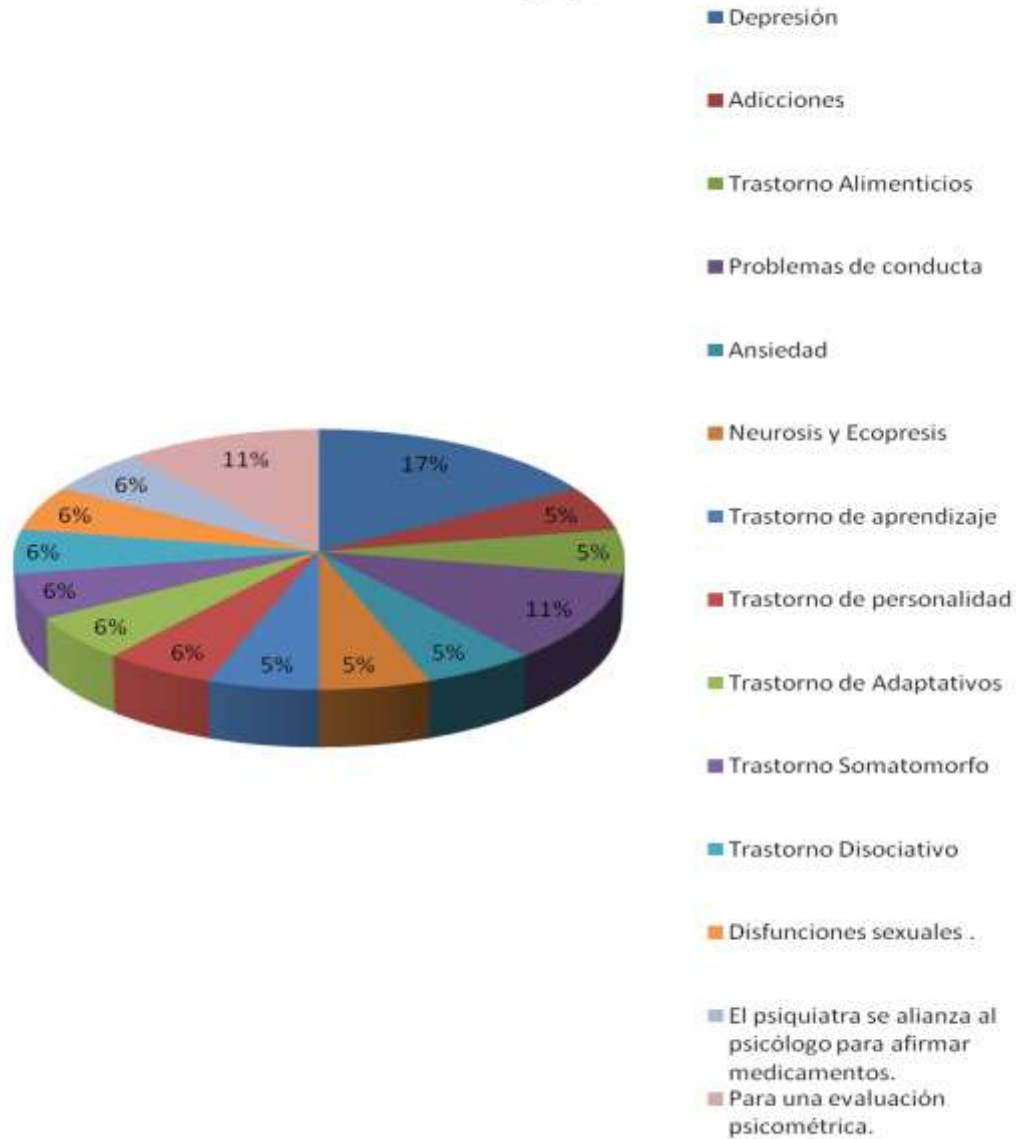


Figura # 11
Remisión con el psicólogo/a.

Ítem u: ¿En cuáles diagnósticos es necesario recetar psicofármacos?

Cuadro # 12
Diagnósticos en los que se recetan Psicofármacos

u) Diagnósticos en los que recetan Psicofármacos	f	%
Esquizofrenia y Trastorno Psicóticos	5	31%
Trastorno del Estado de Animo	5	31%
Trastorno de Ansiedad	2	13%
Trastorno Obsesivo Compulsivo	1	6%
Insomnio	2	13%
Dependiendo de la evaluación del TDAH en casos de menores de edad.	1	6%
TOTAL	16	100%

Los/as psiquiatras encuestados consideran en que los diagnósticos en que se administran los psicofármacos se ubican en un 33% las esquizofrenia/ trastornos psicóticos y los trastornos del estado de ánimo, en el que destaca los estados depresivos, se infiere, en que este tipo de patologías con gravedad, a lo largo de la historia de la psiquiatría, se ha establecido como su único tratamiento, la administración de los psicofármacos por su origen biológico, ya que intervienen en las reacciones físicas inmediatas que presentan la persona.

Diagnósticos en los que se administran Psicofármacos

- Esquizofrenia y Trastorno Psicóticos
- Trastorno del Estado de Animo
- Trastorno de Ansiedad
- Trastorno Obsesivo Compulsivo
- Insomnio
- Dependiendo de la evaluación del TDAH en casos de menores de edad.

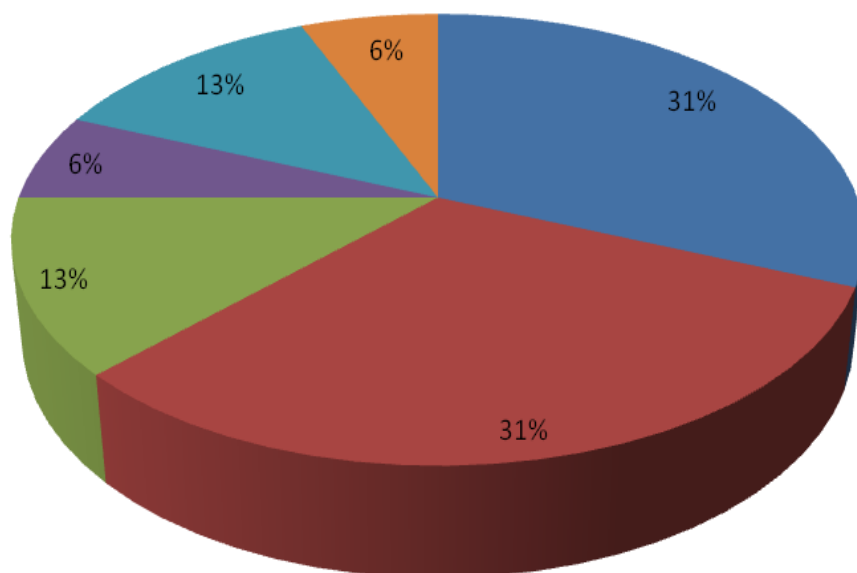


Figura # 12
Diagnósticos en los que se recetan Psicofármacos

Ítem v: ¿Se solicita la colaboración de otras personas allegadas al consultante?

Cuadro # 13
Colaboración de personas allegadas al consultante

v) Colaboración de personas allegadas	f	%
Si	6	100%
No	0	0%
TOTAL	6	100%

El 100% de los profesionales encuestados necesitan la colaboración de las personas allegadas para realizar el proceso de exploración, principalmente de la familia o de personas responsable del consultante, es probable que el psiquiatra, necesita obtener la información pertinente, para conocer como se ha evolucionado la “patología” en la persona, con el fin de poder establecer qué tipo de medicamento puede recetar.



Figura# 13
Colaboración de personas allegadas al consultante

Ítem w: Según los lineamientos de trabajo a seguir ¿se considera importante la participación de otras personas allegadas al consultante (familiares. profesores) para su intervención?

Cuadro # 14
Colaboración de personas allegadas al consultante en la intervención

q) Colaboración de personas allegadas	f	%
Si	6	100%
No	0	0%
TOTAL	6	100%

El 100% de los/las psiquiatras encuestados, utilizan la participación de las personas allegadas a los consultantes o la familia, probablemente, porque los psiquiatras recurren a personas que conozcan al “paciente”, con el propósito de orientar, para la aplicación del tratamiento (medicamento), debido en que se posee la concepción de que la persona enferma, es la que presenta la enfermedad.



Figura # 14
Colaboración de personas allegadas al consultante en la intervención

2.3 PROFESIONALES DE MEDICINA GENERAL

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 21 a 30 años	1	7%
De 31 a 40 años	6	43%
De 41 a 50 años	3	21%
De 51 a 60 años	3	21%
De 61 a 70 años	1	7%
TOTAL	14	100%

La mayor frecuencia de edad entre los médicos encuestados/as se ubican en un rango de edad de 31 a 40 años con un puntaje del 43%, seguidamente en un 23% poseen un rango de edad entre los 41 a 50 años y 51 a 60 años; posteriormente con una baja puntuación se encuentran con un 7% los rango de edad de 21 a 30 años y 61 a 70 años, esto posiblemente indica, que la mayor parte de los médicos generales en unidades de salud y hospitales se encuentran en la etapa de la adultez media.

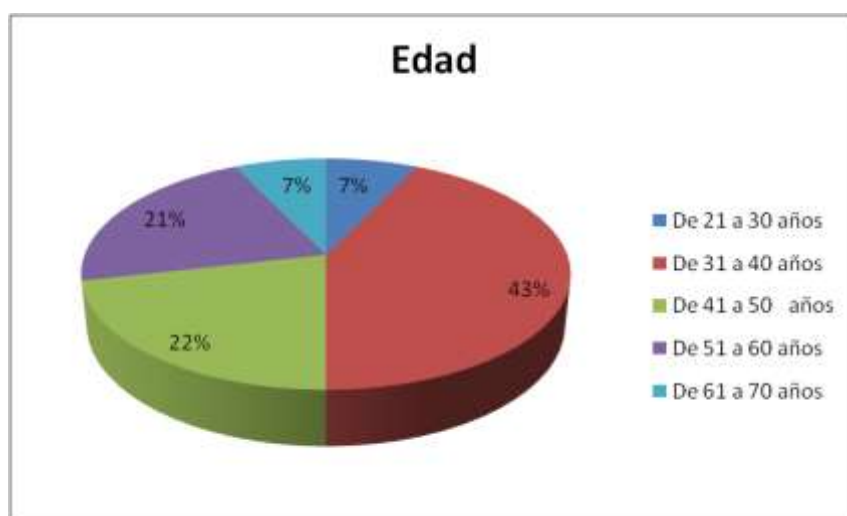


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	10	71%
Femenino	4	29%
TOTAL	14	100%

El 71% de los profesionales encuestados en medicina general se encuentran laborando por el sexo masculino y únicamente un 4% se encuentran desarrollados por el sexo femenino.

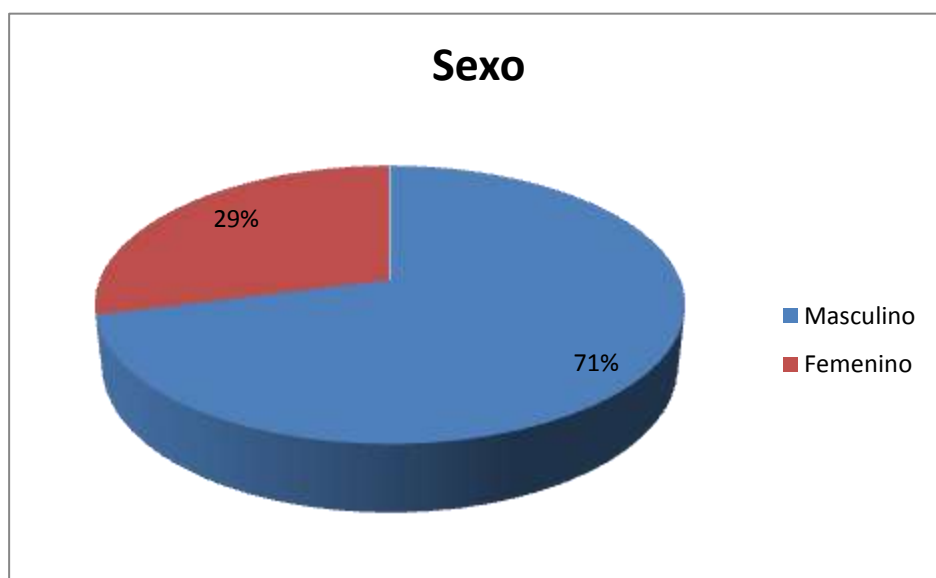


Figura # 2
Sexo

Cuadro # 3
Tiempo de ejercer la profesión

Tiempo de ejercer la profesión	f	%
De 1 a 5 años	0	0%
De 6 a 10 años	3	21%
De 11 a 15 años	7	50%
De 16 a 20 años	2	14%
De 21 a 25 años	2	14%
De 26 a 30 años	0	0%
TOTAL	14	100%

El 50% de los profesionales del área de medicina general ejercen su profesión entre los 11 a 15 años.



Figura # 3
Tiempo de ejercer la profesión

Ítem a: ¿En cuáles diagnósticos o síntomas se considera adecuados hacer remisión del paciente al psicólogo?

Cuadro # 1
Remisión al psicólogo/a

Remisión al psicólogo/a	f	%
Ansiedad	10	27%
Depresión	8	21%
Trastorno de Bipolaridad	1	3%
Violencia intrafamiliar	3	8%
Duelo	1	3%
Trastorno del Sueño	1	3%
Enfermedades crónicas degenerativo	1	3%
Adicciones	1	3%
Trastornos alimenticios	1	3%
Disfunciones sexuales	1	2%
Neurosis	1	2%
Sospecha de suicidio	3	8%
Enuresis	1	3%
TDAH	3	8%
Trastorno de personalidad	1	3%
TOTAL	37	100%

Los diagnósticos o sintomatología que son remitidos al psicólogo con mayor frecuencia se encuentran en un 27% la ansiedad y un 21% la depresión, esto dependerá según los profesionales, la gravedad del diagnóstico que presenta el/la consultante, ya que en aquellos casos en el que tratamiento sea necesario la administración de psicofármacos, son remitidos al psiquiatra.

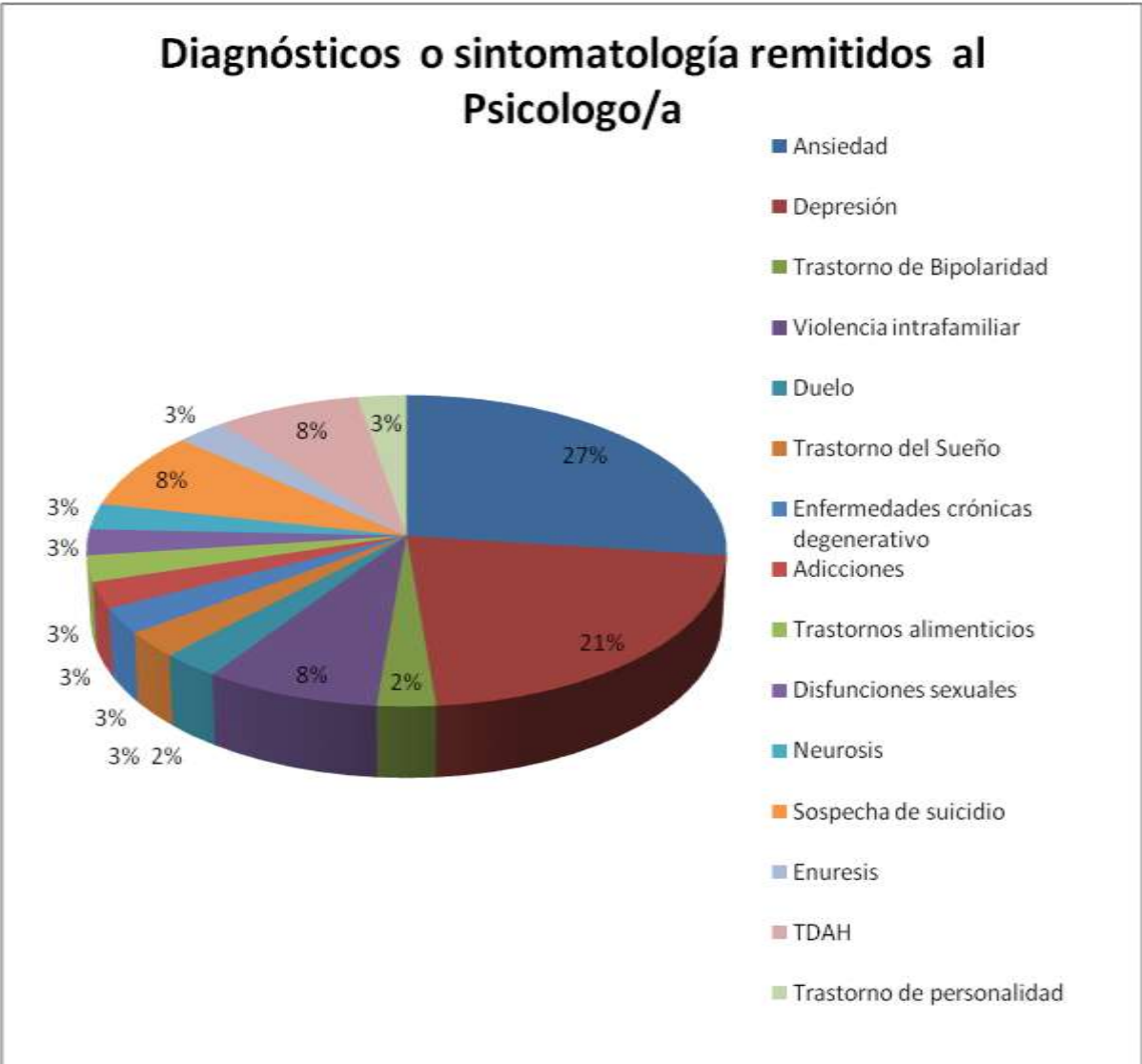


Figura # 1
Remisión al psicólogo/a

Ítem b: ¿En cuáles diagnósticos o según qué síntomas se considera adecuados hacer remisión al médico psiquiatra?

Cuadro # 2
Remisión al Médico psiquiatra

Remisión al Médico psiquiatra	f	%
Esquizofrenia y Trastornos Psicóticos	11	36%
Retraso Mental	1	3%
Depresión	7	23%
Ideas suicidas	2	6%
Trastorno del Sueño Crónico	3	10%
Ansiedad severa	1	3%
Evaluación psiquiátrica para establecer psicotrópicos.	3	10%
Delirium Tremens	1	3%
Trastorno Obsesivo Compulsivo.	1	3%
TOTAL	30	100%

Los diagnósticos o sintomatología que son remitidos al médico psiquiatra con mayor frecuencia se encuentran en un 36% la esquizofrenia y trastornos psicóticos como los: Psicosis maniaco depresivo, ideas delirantes entre otros, y un 31% si sitúa la depresión; según los profesionales, consideran en que su tratamiento debe ir a base de psicofármacos.

Diagnóstico o Sintomatología al Médico Psiquiatra.

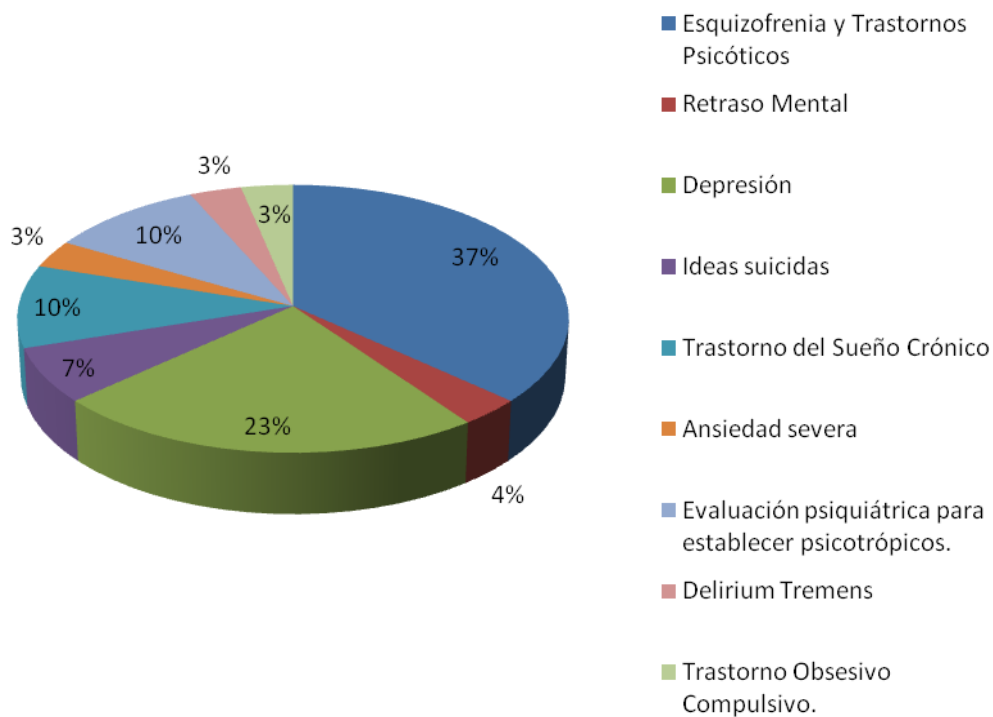


Figura # 2
Remisión al Médico psiquiatra

2. Análisis de resultados del instrumento nº 3: dirigido a los Usuarios de los servicios de Salud Mental (Resultados globales de todos los centros de salud).

Este instrumento estuvo dirigido a las personas usuarios de los servicios de salud mental que brinda el MINSAL a través de los centros de salud comprendidos en la muestra. Este instrumento tiene el objetivo de conocer la situación de la Salud Mental desarrollada por el Sistema de Salud Pública en el país.

El instrumento contenía una primera parte que corresponde a los datos generales y una segunda parte de ítems, que se dividió en 3 categorías: Conocimiento de los usuarios acerca del tema de la salud mental, Evaluación de los servicios y Solicitud del servicio por los usuarios. En conjunto las 3 categorías comprendían un total de 12 preguntas, de tres tipos: con respuesta abierta, con respuesta de opción múltiple y con respuesta dicotómica (2 opciones), estas dos últimas formas tienen en su mayoría un anexo que permitía explicar brevemente el porqué de la respuesta.

A continuación se presenta el análisis de los datos globales obtenidos del total de los 5 hospitales y las 11 Unidades Comunitarias de Salud Familiar.

Cuadro #1
Tabla de Establecimientos

ESTABLECIMIENTOS	f	%
Hospital Nacional de Psiquiatría "Dr. José Molina Martínez	18	7.8%
Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom	18	7.8%
Hospital Nacional General "Dr. Juan José Fernández", Zacamil	18	7.8%
Hospital Nacional General "Enf. Angélica Vidal de Najarro", San Bartolo	18	7.8%
Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña"	18	7.8%
UCSF Unicentro (San Fernando)	18	7.8%
UCSF "Dra. Elba Calderón Tobar" (Lourdes)	18	7.8%
UCSF "Dr. Juan Ramón Alvarenga Andino" (San Miguelito)	18	7.8%
UCSF Distrito Italia	18	7.8%
UCSF de Apopa	18	7.8%
UCSF "Dr. Roberto Cáceres Bustamante" (San Marcos)	18	7.8%
UCSF "Dr. Mauricio Sol Nerio" (San Jacinto)	10	4.6%
UCSF "Enf. Zoila Marina de Guadron" (Soyapango)	6	2.6%

UCSF Altavista	6	2.6%
UCSF San Marín	6	2.6%
Centro de Atención Integral a la Adolescencia (CAISA) de Barrio Lourdes	4	1.8%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, un porcentaje de 7.8% por igual, se obtuvo de los siguientes hospitales: Hospital Psiquiátrico, Hospital de Niños Benjamín Bloom, Hospital Zacamil, Hospital de San Bartolo y Hospital Neumológico, y también de las siguientes UCSF: Unicentro, Lourdes, San Miguelito, Distrito Italia, Apopa y San Marcos. El 4.6% se obtuvo de la UCSF de San Jacinto, un 2.6% por igual, de las UCSF de Soyapango, Altavista y San Martin y el 1.8% restante se obtuvo del Centro Integral a la Adolescencia de Barrio Lourdes.



Figura #1
Tabla de Establecimientos

Resultados del Instrumento de Investigación nº 3
Dirigido a: Usuarios de los servicios de Salud Mental, que brinda el MINSAL

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	64	28%
De 28 a 37 años	51	22%
De 38 a 47 años	55	24%
De 48 a 57 años	24	10%
De 58 a 67 años	18	8%
De 68 a 77 años	14	6%
De 78 a 87 años	4	2%
TOTAL	230	100%

Del 100% de la muestra encuestada, un 28% tienen edades entre los 18 y 27 años, el 24% entre 38 y 47 años, el 22% entre 28 y 37 años, el 10% entre 48 y 57 años, el 8% entre 58 y 67 años, el 6% entre 68 y 77 años y el 2% restante entre 78 y 87 años de edad. Los datos muestran que la mayoría de personas se encuentra en la etapa de la adultez temprana y adultez media y solo una minoría se encuentra en la etapa del adulto mayor, por lo que se infiere que las personas jóvenes son las que mayormente solicitan la atención psicológica.

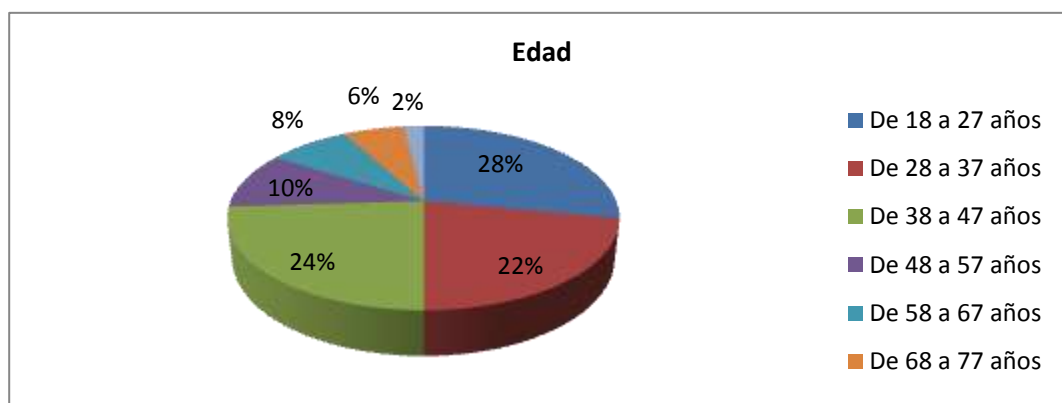


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	53	23%
Femenino	177	77%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 77% son del sexo femenino y el 23% restante del sexo masculino. Esto indica que la mayoría de participantes fueron mujeres y la minoría hombres. La diferencia entre cantidades es bastante significativa, de hecho el máximo de hombres que se encuestaron en cada centro de salud, no excedió de siete, en todos los casos la mayoría siempre fueron las mujeres. Por lo que se infiere que no se podría decir que son las mujeres quienes más padecen de dificultades psicológicas, sino que son quienes están mayormente consientes de estas situaciones, esto se sustenta con el hecho de que una gran parte de las mujeres de la muestra son madres de familia quienes llevan a terapia a sus hijos/as.

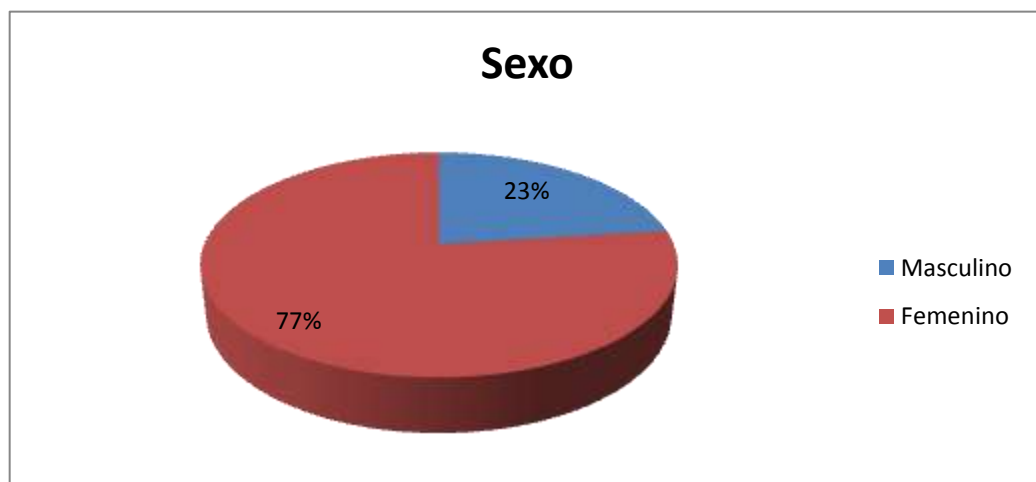
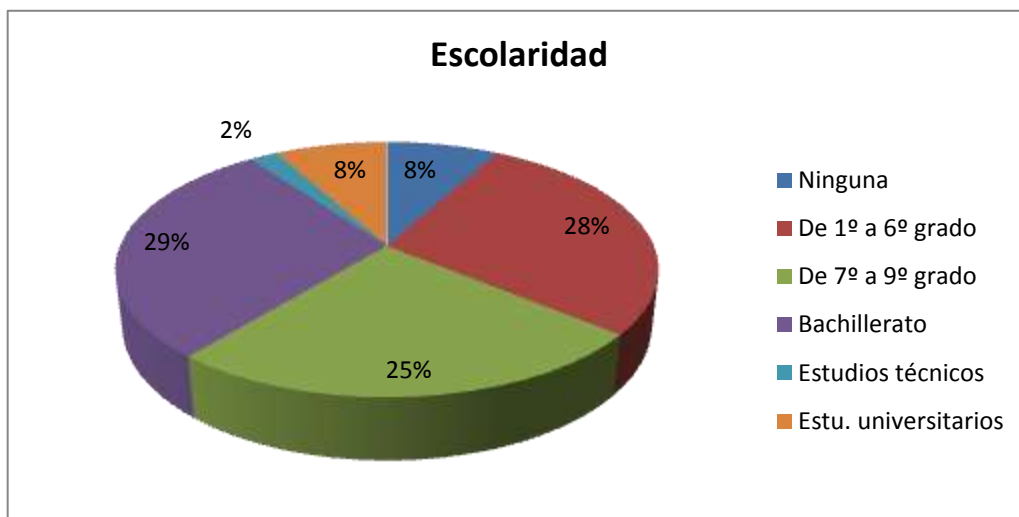


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	19	8%
De 1º a 6º grado	64	28%
De 7º a 9º grado	59	25%
Bachillerato	67	29%
Estudios técnicos	2	2%
Estu. universitarios	19	8%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 29% poseen estudios de bachillerato, el 28% ha cursado entre el 1º y 6º grado, el 25% ha cursado entre el 7º y 9º grado. Un 8% está cursando estudios universitarios, el otro 8% no tiene estudios de ningún tipo y el 2% restante posee estudios técnicos. Estos datos indican que la mayoría de personas posee un grado académico sobre todo en los niveles de educación básica y media, la minoría tiene estudios de niveles técnico y superior o no posee estudios de ningún grado.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	118	51%
De 7 a 10	57	25%
De 11 a 14	22	10%
De 15 a 18	10	4%
Más de 19	23	10%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 51% había recibido entre 3 y 6 consultas, el 25% entre 7 y 10 consultas, un 10% entre 11 y 14 consultas, otro 11% había sobrepasado las 19 consultas y el 4% restante había recibido entre 15 y 18 consultas. Estos datos indican que la mayoría de las personas se encontraba en una fase inicial del tratamiento y la minoría en una etapa más avanzada del tratamiento. Se puede inferir que la cantidad de personas que perseveran en el tratamiento es poca, es posible que cierto porcentaje deje de asistir a las consultas en determinado momento, esto también reflejaría una poca conciencia en el compromiso que debe asumir el consultante en la terapia.



Figura # 4
Número de consultas recibidas

**Cuadro # 5
Profesión u oficio**

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	22	10%
Ama de casa	91	40%
Comercio / Venta	47	20%
Empleado	17	7%
Estudiante	29	13%
Oficios varios	24	10%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 40% son amas de casa, el 20% se dedica a actividades del comercio y/o venta de productos, el 13% son estudiantes, un 10% se dedica a actividades de oficios varios (agricultura, albañilería, carpintería, cosmetología, costura y oficios domésticos), otro 10% no se dedican a ninguna actividad laboral y el 7% restante son empleados en empresas privadas. Los datos indican que la mayoría de participantes son mujeres amas de casa, y solo la minoría son empleados del sector privado, las demás personas realizan diferentes oficios y/o se dedican al comercio informal. Se puede inferir que en relación al nivel académico, se ven reflejados en estos datos que la mayoría de la actividad laboral son oficios y no profesiones, puesto que la mayoría de personas con profesiones son atendidas en otros establecimientos de salud no pertenecientes a la salud pública, en este caso los servicios de salud pública son para aquellas personas que no pueden pagar un servicio privado o no poseen seguros de salud.



**Figura # 5
Profesión u oficio**

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	23	10%
Urbana	207	90%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 90% residen en zonas urbanas y el 10% restante en zonas rurales. Estos datos muestran que la mayoría de los participantes vive en barrios o colonias aledañas al centro de salud y la minoría vive en cantones o caseríos un poco más alejados de la zona. Es importante señalar que en el caso de las UCSF las personas encuestadas eran residentes exclusivamente de las zonas más cercanas al establecimiento. En el caso de los hospitales (con mayor énfasis en los especializados) las personas encuestadas eran no solo de la zona de San Salvador, sino también de otros departamentos del país.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Conocimiento de los usuarios acerca del tema de la salud mental

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	131	57%
No	99	43%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 57% dijo saber que significaba el concepto de Salud Mental, y brindaron un pequeño concepto al respecto, el 43% restante dijo no saberlo. Es de importancia decir que de los 131 conceptos brindados, 90 fueron correctos y 41 incorrectos, incluso en la mayoría de estos casos el significado fue contrario al término de Salud Mental, haciendo alusión a: enfermedad, trastorno y anormalidad mental. Se puede inferir que la promoción sobre la salud mental ha sido mínima y no se ha brindado de una forma totalmente comprensible para las personas a quien va dirigida.

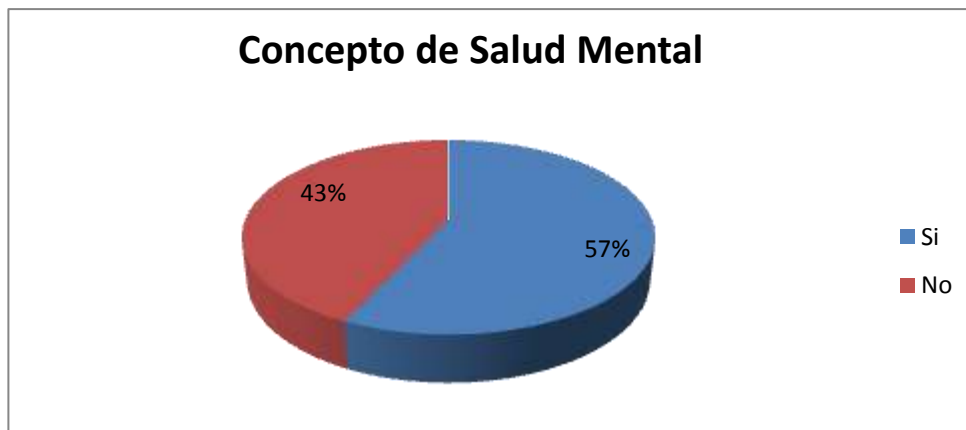


Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	48	21%
No	182	79%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 21% ha recibido por lo menos una charla sobre el tema de la Salud Mental, el 79% restante no ha recibido ningún tipo de promoción al respecto. Los datos muestran que la mayoría no ha recibido promoción sobre la Salud Mental y una minoría si, y la diferencia entre ambos casos es bastante significativa. Estos resultados pueden explicar el hecho de que las personas tengan un concepto equivocado sobre el tema en cuestión (Cuadro #1).



Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Evaluación de los servicios de salud mental por los usuarios

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	109	47%
Muy Buena	88	38%
Buena	31	13%
Regular	1	1%
Necesita mejorar	1	1%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 47% califico la atención que había recibido como “Excelente”, el 38% la calificó como “Muy Buena”, el 13% como “Buena”, un 1% como “Regular” y el otro 1% restante como “Necesita Mejorar”.

Estos datos indican que la mayoría de los participantes ha dado una calificación aceptable y aprobada al tratamiento que recibe, mientras que la minoría desaprueba la atención y menciona tener algunas quejas (esto sucedió solo en 2 casos de 2 centros de salud distintos, Ver ANEXO N° 8, cuadros de usuarios).



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención psicológica? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	203	88%
No	27	12%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, 88% son conocedoras del diagnóstico por el cual están siendo atendidas, pero el 12% restante no lo conoce. Esto indica que la mayoría de participantes ha recibido la debida explicación por parte del profesional que lo/a atiende, mientras que la minoría no. También es importante señalar que este último caso se presentó principalmente en las personas que estaban iniciando el tratamiento.



Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	200	87%
No	30	13%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 87% ha comprendido el desarrollo de la terapia y/o consultas que ha recibido, el 13% restante no, y ha quedado con algunas dudas al respecto. Se puede decir que en la mayoría de casos, los profesionales que brindan el servicio han podido darse a entender de una forma adecuada para con sus consultantes, pero en una minoría de casos, las personas han quedado con algunas dudas sobre el proceso, es posible que el profesional no logre darse a entender de un modo idóneo para con el usuario, según su nivel cultural, por eso debe dársele la debida importancia a este aspecto tomando en cuenta las características particulares de cada persona que es atendida.

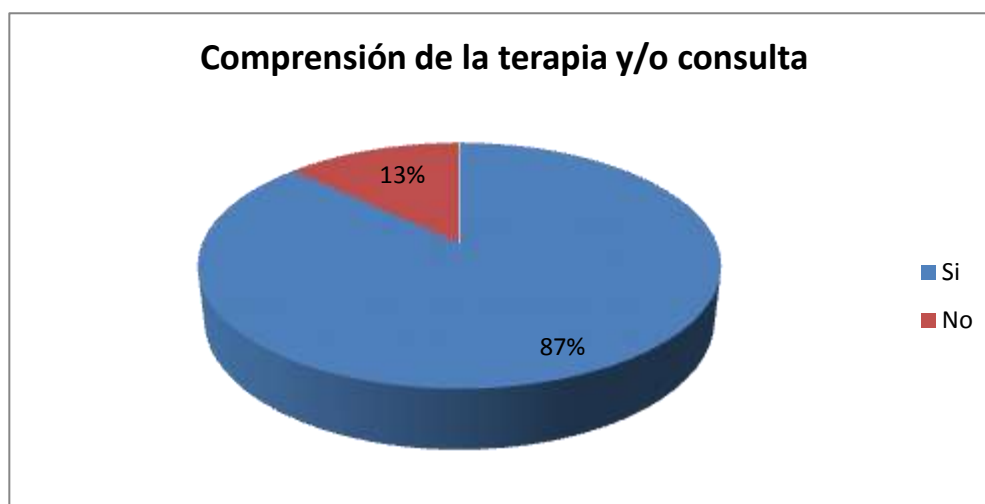


Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Ninguna	172	75%
Brindaron ideas	58	25%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 75%, es decir la mayoría, no brindo ideas para poder mejorar la terapia que reciben, ya sea porque mencionaron que todo el proceso estaba completo o porque no se les ocurrió ninguna actividad para mencionar. El 25%, una minoría de la muestra, si brindo ideas que se pueden incluir como actividades para mejorar el desarrollo y los resultados de la terapia. Las ideas más destacadas, son las siguientes: Actividades de dibujo y manualidades, charlas sobre la Salud Mental y Sexualidad, asesoría para padres en el trato y cuidado de los hijos, trabajo en equipo de padres e hijos, incluir o mejorar las técnicas de relajación, hacer actividades físicas y recreativas, Biblioterapia y ampliar un poco más el tiempo de las consultas. (Ver ANEXO N° 8 vaciado de datos de usuarios).



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Solicitud de la atención

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	151	65%
Poco satisfactorios	78	34%
Insatisfactorios	1	1%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 65% ha tenido resultados muy satisfactorios como producto del tratamiento que recibe, el 34% ha tenido resultados poco satisfactorios y el 1% restante ha tenido resultados insatisfactorios. Estos datos indican que para la mayoría de los participantes, el tratamiento que recibe ha sido de mucha ayuda y han tendido resultados satisfactorios; para la minoría, el tratamiento solo le ha ayudado a sentirse un poco mejor, por ende son resultados poco satisfactorios, y solamente un caso dijo que sus resultados han sido insatisfactorios, no viendo ningún cambio.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	67	29%
Asistencia por decisión de otros	41	18%
Asistencia por referencia (médico general u otros).	122	53%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 53% inicio el tratamiento por la referencia de un médico, el 29% lo inicio por decisión propia y el 18% restante lo inicio por la decisión de familiares o maestros. Estos datos muestran que la mayoría de las personas participantes ha tomado el tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por indicación y determinación del médico, seguida de un porcentaje que lo ha tomado por su propia necesidad y voluntad, y una minoría lo ha hecho por la decisión de padres y/o maestros, (principalmente casos de menores de edad). Se puede inferir que posiblemente a falta de la debida promoción sobre la SM y el servicio limitado que se brinda, la cantidad de personas que consultan de forma voluntaria es mínima en comparación a los que asisten por la indicación de otros.



Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	40	17%
No	190	83%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 83% jamás pensó en desistir del tratamiento que recibe, el 17% restante si lo ha pensado. Estos datos indican que la mayoría de personas no ha tenido inconvenientes para recibir el tratamiento y ha sido perseverante en el mismo, pero la minoría de las personas si ha tenido inconvenientes, las causas que se presentaron con más frecuencia, son las siguientes: falta de tiempo, desmotivación, recaídas, no desean tomar muchos medicamentos (casos del área de psiquiatría), enfermedades físicas, problemas económicos, porque ya se sienten mejor y no consideran necesario asistir, y una actitud inadecuada por parte del profesional que los atiende.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	44	19%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	15	6%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	4	2%
Ninguna de las situaciones anteriores.	167	73%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 73% no ha presenciado ninguna de las situaciones planteadas en las tres primeras casillas de la tabla anterior. El 19% ha presenciado interrupciones durante la consulta por parte de otros miembros del personal del establecimiento, el 6% dijo que durante la consulta hay ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio, y el 4% dijo que en ocasiones no hay consultorios disponibles para ser atendidos. En cuanto a estos inconvenientes, 45 de los 63 casos dijeron que pasan con poca frecuencia y 18 que con mucha frecuencia. Las opiniones al respecto fueron que estas situaciones generan molesta, incomodidad y que se pierde el hilo de la consulta.

Los datos indican que en la mayoría de los casos no existen inconvenientes durante el periodo de consulta y estas se desarrollan con la mayor normalidad, pero en la minoría de los casos si existen inconvenientes que perjudican el normal desarrollo de las consultas.

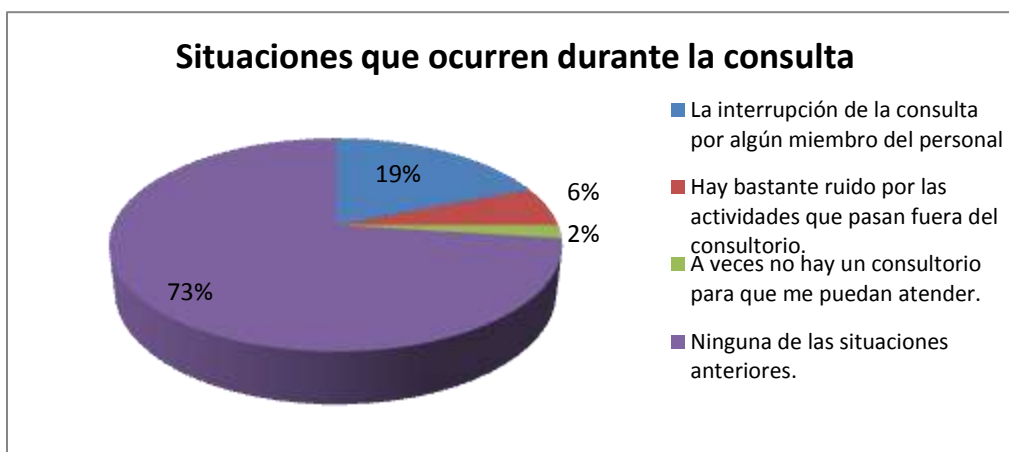


Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	149	65%
No	81	35%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, al 65% se le ha solicitado hablar con uno o varios familiares como parte del tratamiento que reciben, al 35% restante no se le ha hecho tal solicitud. Para 55 de los 81 casos a quienes no se les ha solicitado hablar con familiares, mencionaron que no consideran que esto sea necesario, pues el problema es personal, para los otros 26 casos restantes si es necesario informar a por lo menos un familiar. Se puede inferir que, aunque a la mayoría se le ha solicitado hablar con familiares no en todos los casos se cuenta con el apoyo de la familia, y para otros casos el hablar con sus familiares no lo consideran necesario, lo que indica que hace falta hacer un poco más de conciencia tanto en el usuario como en sus allegados sobre la importancia de la Tx. Familiar.

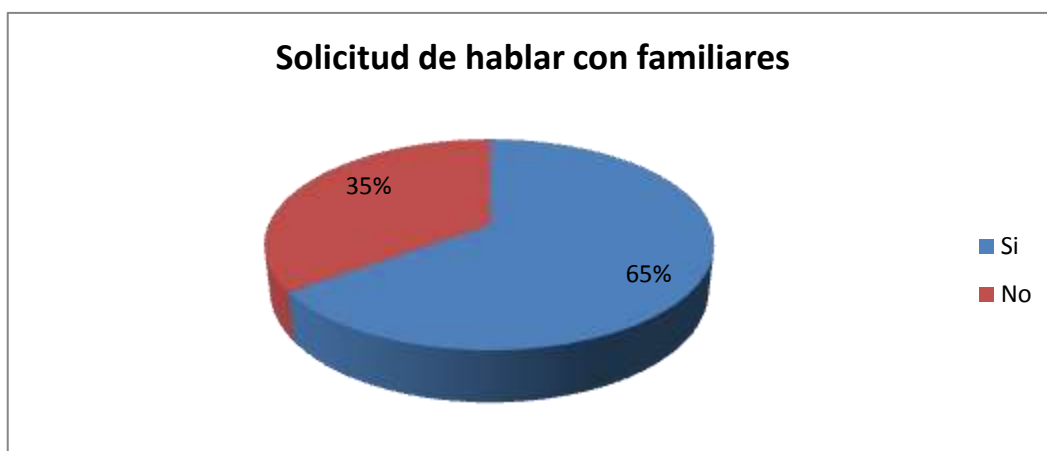


Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	42	18%
No	188	82%
TOTAL	230	100%

Del 100% de las personas encuestadas, el 82%, es decir la mayoría, no había consultado antes con un psicólogo y/o psiquiatra, el 18% restante, la minoría, sí. 14 de los 42 casos que si habían consultado antes, terminaron el tratamiento y fueron dados de alta, mientras que los 28 casos restantes no terminaron el tratamiento, algunas de las principales causas fueron: perdida de la cita, cambio de domicilio y por ende de centro de salud, actitudes inadecuadas de los profesionales que los atendían y recaídas. En base a esto último se puede inferir que se debe hacer un poco más de conciencia en los usuarios sobre la importancia de darle continuidad al tratamiento y ser perseverantes en este, haciéndoles ver el compromiso que ellos mismos/as poseen en el proceso.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Nota: se realizó un análisis de los resultados de forma individual por cada centro de salud, este se encuentra en el ANEXO N° 9.

B) INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

1. Interpretación de resultados del instrumento nº 1: dirigido a los Funcionarios del MINSAL

Las personas que participaron en esta encuesta fueron solamente tres³⁰, funcionarios del MINSAL, con cargos de: Jefatura del Programa Nacional de Salud Mental, Subdirección de Psiquiatría del Hospital Nacional Psiquiátrico y Coordinación de Salud Mental de la Región Metropolitana, respectivamente. Las edades de los participantes oscilante entre los 36 y 78 años, se contó con la participación de dos personas del sexo masculino y una del sexo femenino, las profesiones ejercidas son: médicos en psiquiatría y un licenciado en psicología y el tiempo de ejercer dichas profesiones oscila entre los 9 y 40 años.

El trabajo del MINSAL a los servicios relacionados con la salud mental

Los funcionarios en su mayoría, califican el papel que juega el Sistema de Salud Pública del país al finalizar el Conflicto Armado (1980-1992) en el área de SM, en términos de “No acertado”, esto se debe a que no existen intereses por parte de las autoridades encargadas, en cuanto a la calidad de los servicios de salud mental, por lo tanto, es poca la prioridad que el Sistema de Salud Pública le ha otorgado al área de SM a lo largo de la historia, debido a que ha prevalecido en estos años, el esquema médico psiquiátrico y la concepción de la psiquiatría basada en esquemas “manicomiales”, en el cual, aún no ha quedado entendible cual ha sido el motivo de su prevalencia.

En cuanto al trabajo actual que está realizando el MINSAL, lo califican en términos de “Muy Bueno” ya que se ha visto el tema de Salud Mental como una ciencia y no como un aspecto político, pero posee la limitante en cuanto a la falta de funcionamientos, por lo que consideran, que se deberían de crear más servicios nuevos como alternativas al Hospital Nacional Psiquiátrico tradicional.

³⁰Ver nota aclaratoria en el ANEXO Nº 7 (Tablas de vaciado de Funcionarios).

Los funcionarios consideran en que las áreas educativas más importantes para capacitar a los profesionales encargados de brindar el servicio psicológico se encuentran:

- El área psicosocial referente a las etapas de la vida
- Educación y formación continua.
- Actualización de métodos de intervención.
- Políticas de Recursos Humanos y Salud Mental.
- Manejo de patologías.
- Derechos humanos en personas con discapacidad mental.

Marco jurídico

En los aspectos jurídicos, los funcionarios explican que la causa de que hasta la fecha no se haya creado una ley de salud mental que ampare el trabajo que están realizando se debe, al poco apoyo político a esta área. Se inició con este proyecto hace más de un año, pero no se le dio el seguimiento debido; por lo que la creación de la ley aún sigue en proceso; de llegarse a realizar este proyecto, en su beneficio esperan obtener el aumento del presupuesto tanto para curación como prevención, regular judicialmente las acciones que se están tomando en cuanto a la calidad de los servicios y continuar con todo lo establecido en la actualidad, para que los avances que se han logrado se mantengan y sigan creciendo.

Los profesionales que han tenido mayor participación en la creación de los documentos relacionados a la Salud Mental han sido los médicos psiquiatras, aunque la influencia principal la han brindado los psicólogos, con el entrenamiento en SM, la formación y practica comunitaria, han sido determinantes para influir en la toma de decisiones y elaboración de documentos.

En cuanto al Plan de Implementación de la Política Nacional de Salud Mental se ha ejecutado en un 30%, y la estrategia que más avances ha tenido es la: “E. 2: Favorecer el abordaje sinérgico intra e intersectorial de las determinantes sociales de la SM”.

Servicios en salud mental

El desarrollo de los servicios de SM se caracteriza por los siguientes componentes: La distribución del presupuesto destinado al área de Salud Mental corresponde al 1% del presupuesto total designado a la Salud, en el cual, el 99% se dirige a la compra de medicamento, por lo que no hay un aporte financiero para la promoción y prevención.

La cantidad de profesionales que brindan servicios de SM contratados por el MINSAL se distribuye en los siguientes niveles: • Nivel Nacional: Laboran 100 psicólogos, 40 médicos psiquiatras y 10 profesionales de otras áreas como de artes plásticas, con el propósito de ofrecer en los equipos la Arte terapia; la cantidad de profesionales se considera insuficiente en consecuencia a la falta de presupuesto asignado a SM. • Nivel del área metropolitana: Se cuenta con 25 psicólogos, 18 médicos psiquiatras y 3 profesionales en artes plásticas, por lo que la cantidad se considera también insuficiente ya que en cada UCSF debería de haber por lo menos un psicólogo, pero no contratan más personal dado a que el tema de SM, según mencionaron, no lo consideran un componente importante, pero hasta que llegó la administración de la Dra. Rodríguez se le ha otorgado recursos y el papel que le corresponde. • En el hospital Psiquiátrico: Laboran 4 psicólogas en todo el hospital y 16 médicos psiquiatras, considerando una cantidad insuficiente para la demanda presentada.

El nivel de atención en salud donde se han realizado mayores trabajos en SM, es el tercer nivel de atención, ya que se considera más factible clasificar y recetar que hacer promoción y prevención, esto se relaciona con el 3° nivel de prevención que más se ha trabajado el país en cuanto a la Salud.

Los diagnósticos presentados con mayor frecuencia relacionados a la falta de Salud Mental se clasifican en: depresión, trastorno de ansiedad, angustia, abuso de sustancias como alcohol y drogas, esquizofrenia y epilepsia.

El trabajo realizado hasta la fecha en SM, ha sido satisfactorio en algunas áreas, ya que, los funcionarios dicen, estar conscientes de los pocos avances que se han establecido, se ha logrado tener una fuerte incidencia para mejorar el desarrollo de los servicios, como a su vez, se han elaborado otros documentos sobre técnicas jurídicas y se han abierto otras alternativas de SM en el 1° y 2° nivel de atención, es por ello que la respuesta de los usuarios ante el trabajo del MINSAL se manifiesta en una aceptación y colaboración adecuada, debido a que las personas tienen un alto nivel de importancia para los servicios, como también, en el trabajo comunitario que se ha desarrollado, existe una participación social; por lo tanto, las mayores dificultades a las que se ha enfrentado el MINSAL para el crecimiento del área de la Salud Mental consiste en: falta de un presupuesto establecido, capacitaciones limitadas, recursos humanos y didácticos limitados, no hay transporte y poca asignación de plazas para los psicólogos; se tiende a priorizar la contratación de médicos, enfermeras y odontólogos.

Metodología de trabajo

En cuanto a las funciones que realizan los médicos psiquiatras, el MINSAL, básicamente se encarga de brindar capacitaciones para mejorar la calidad del servicio, enfocándose tanto en el trabajo individual como el apoyo a los grupos de terapia.

Sobre las funciones de los profesionales de psicología, al igual que en el caso anterior, el MINSAL se encarga básicamente del tema de la capacitación, en estos casos, en cuanto al desempeño en la atención clínica y grupos de apoyo, desempeño en los equipos ECOS E y atención al personal interno de los establecimientos, entre otros. Y sobre las funciones de otros profesionales para realizar trabajos de Salud Mental, en estos casos el MINSAL se encarga de capacitar a enfermeras, médicos generales, entre otros, que laboran sobretodo en los centro

de 1º y 2º nivel de atención (hospitales departamentales y UCSF) sobre temas específicos como la prevención en el consumo de sustancias (drogas, tabaco y alcohol), prevención de la violencia y charlas educativas sobre la salud mental.

Y finalmente en cuanto al tema de los psicofármacos utilizados como parte del tratamiento en el área de psiquiatría, los tres encuestados concordaron en que son de mucha importancia para el tratamiento, puesto que en algunos casos, los fármacos son vistos como la única solución al diagnóstico que la persona presenta

2. Interpretación de resultados del instrumento nº2: dirigido a los Profesionales de la Salud Mental (Profesionales de psicología, Psiquiatría, Medicina General y Artes Plásticas)

El trabajo del MINSAL a los servicios relacionados con la salud mental

Los resultados obtenidos califican como aceptable el trabajo que está realizando actualmente el MINSAL en el área de salud mental, dado a que en los últimos años, ha tenido un cambio trascendente en cuanto al desarrollo de sus servicios; esto es producto del nivel de importancia que le ha otorgado la población salvadoreña respectivamente, a las necesidades de tipo psicológica y psicosocial, aunque también cuenta, con ciertas dificultades que limitan el trabajo realizado, entre ellas se encuentran: el personal de la jefatura de Salud Mental, estas no son consideradas idóneas para el puesto que desempeñan, así mismo la falta de recursos humanos y materiales que obstruye al desarrollo de sus funciones.

Con base a lo anterior, el impacto que han tenido dichos servicios en la población, se refleja por dos partes: en primer lugar, existe una aceptación y colaboración adecuada por parte de la mayoría los usuarios, esto se debe a que las personas que solicitan el servicio, poseen un alto nivel de compromiso y disponibilidad en el proceso, asisten a las consultas establecidas y su participación suele ser de manera activa; en segundo lugar, existe una minoría de los usuarios que tienen una

aceptación limitada, debido a la poca motivación y falta de educación del personal de salud mental, para dar a conocer la importancia de los servicios.

Según la experiencia de los profesionales, ofrecen las siguientes pautas que permitirían mejorar la calidad de los servicios:

- Contratar al personal idóneo que se encargue de desarrollar dichos servicios (establecer un adecuado proceso de inducción al área de trabajo).
- Definir con claridad la visión y el enfoque de trabajo.
- Otorgar al personal encargado, materiales didácticos y establecer un área de trabajo fijo.
- Sensibilizar a las demás disciplinas para poder brindar un servicio integral.
- Contar con el apoyo de las autoridades correspondientes, para que conozcan el trabajo que se realiza en el área.
- Los profesionales deben tener una participación activa en el desarrollo de las capacitaciones por parte de las autoridades competentes.
- Promover a los usuarios los beneficios de tener una buena salud mental y estilos de vida saludables.
- Mejorar el presupuesto destinado al área de salud mental.
- Los profesionales de la psicología deben actualizarse en cuanto a las técnicas e instrumentos de trabajo: protocolos y pruebas psicométricas.
- Ampliar los servicios de prevención y promoción en cuanto a salud mental.
- Mejorar el programa de diagnósticos de los psiquiatras.
- Mayor difusión de servicios por TV o radio de los grupos que cuentan con los servicios de Salud Mental.
- Apertura en el 1° y 2° nivel de atención en las unidades de salud.

Así mismo, los profesionales tienen conocimientos de los documentos creados por el MINSAL que regulan su trabajo, entre los cuales se encuentran Política y Normas de atención en cuanto a Salud Mental, Protocolos y directorios de lugares que brindan AP en el MINSAL, normas de atención en adicciones y lineamientos de trabajo de

emergencia, normas de éticas, política y lineamiento de la carrera de Psicología y el conocimiento acerca del proceso de creación de la ley en el área de salud mental, Manual de puesto, ley del servicio civil, Manual de organización y funciones, lineamientos de abordaje psicosocial y para casos de violencia.

Metodología de trabajo desarrollada por los profesionales en el área de salud mental

Para el conocimiento del trabajo que se está realizando en salud mental, se profundiza en ciertos elementos:

En primer lugar, las condiciones físicas y materiales que se requieren para ejecutar el trabajo, no son suficientes para realizar sus funciones de una manera adecuada, ya que no cuentan con el área específica que garantice la confidencialidad y discreción que implica la profesión, dado a que, en algunos casos, los consultorios suele ser compartidos con otros profesionales, no se encuentran definidos los tiempos necesarios para la consultas, existe desabastecimiento de medicamentos y trabajan con material didáctico limitado.

En segundo lugar, la preparación del profesional de los servicios en salud mental, implica en que una de las funciones del MINSAL, es ofrecer capacitaciones a los empleados que trabajan en esta área, por lo tanto, los profesionales reciben capacitaciones, en cuanto a los temas de: “Autocuidado”, “Situaciones de Riesgo”, “Familias Fuertes”, “Pruebas psicológicas”, “Derechos y Deberes de las personas con VIH”, “Guía Mh Gap”, “Primeros auxilios psicológicos”, “Violencia”, “Prevención del suicidio”, “Guías clínicas”, “Terapia lúdica” y “Arteterapia”; estas son exclusivas para los psiquiatras: Diplomados, cursos en la universidad y a nivel online por un periodo de 6 meses.

Los tiempos para impartirse varían según la profesión: para los psicólogos son cada 1 ó 3 meses y para los psiquiatras son cada mes. Se debe mencionar, que la persona encargada de impartir estas capacitaciones, es un profesional de Psiquiatría, por ende, el enfoque con el que se trabaja, es a nivel psiquiátrico, como a su vez, quienes han tenido mayor influencia en la creación de los documentos que

respaldan el trabajo, son los psiquiatras, únicamente se han auxiliado del psicólogo para establecer el abordaje en el trabajo comunitario.

En tercer lugar, se da a conocer el proceso metodológico que se está realizando actualmente en los servicios de salud mental: Durante la exploración de las problemáticas, ambas profesiones (psicólogos y psiquiatras) utilizan como instrumento de trabajo en su mayoría, las pruebas psicométricas, entre las más aplicadas se encuentran: pruebas proyectivas, escalas de ansiedad, depresión, actitudes entre otras, esto suele ser respaldado por la observación y la entrevista (solamente aclarar que los psiquiatras utilizan como pruebas psicométricas, la aplicación de escalas o remiten al consultante con el psicólogo para una evaluación, con base a esto sustentan la obtención de un diagnóstico), quiere decir, que su abordaje radica principalmente, a nivel individual, es una minoría en que el profesional de salud mental (en este caso el psicólogo), utiliza la perspectiva familiar para conocer el entorno del consultante (visitas domiciliarias), únicamente se remiten a solicitar la colaboración de un miembro de la familia o un responsable, para tener otra crítica diferente al del consultante; esto significa en que consideran a la persona como "objeto" a "descubrir" o a "investigar", pero no "a escuchar", es decir, solamente se enfocan en conocer el síntoma y lo separan de las experiencias de la persona (esto se refleja en el trabajo de los psiquiatras, cuando no se interesan en conocer el mensaje de los delirios y alucinaciones), por lo que no permite, un estudio a profundidad del caso sobre las condiciones externas que influyen en la problemática consultada.

Ahora bien, para el proceso de intervención, los psicólogos utilizan en mayor frecuencia, el enfoque cognitivo-conductual, los psiquiatras usan el enfoque Psicodinámico y farmacológico, en casos de menores de edad, ambos han coincidido en aplicar la terapia lúdica; por consiguiente, el tratamiento siempre se aplica de manera individual, se solicita el apoyo de aquellos miembros de la familia o personas responsables del consultante, que tenga la accesibilidad de participar en el proceso, puesto que en el caso de los psicólogos, les ofrece las debidas orientaciones sobre cómo deben actuar ante la problemática de los niños o adolescentes, en cuanto a los

psiquiatras, orientan sobre la manera en que deben actuar ante la “patología” que presenta el “paciente”.(Solamente en los casos de VIH/SIDA el tratamiento es únicamente para la persona que presenta la enfermedad).

En situaciones de emergencia como violencia intrafamiliar, abuso sexual y embarazos en la niñez, los profesionales están obligados a dar avisos a la PNC o instituciones de protección para las mujeres, la niñez o la adolescencia, en caso contrario, es delito dirigido para el profesional. La atención varía para ambos casos:

- En menores de edad, el proceso se realiza llenando un protocolo de violencia y se dirige a la dirección del establecimiento para que se coordine con la PNC. Es de agregar que el Hospital Benjamín Bloom, cuenta con un área predilecta para dichos casos (Pediatria Social) encargada de la atención médica, psicológica y legal en los menores de edad.
- En personas adultas, únicamente se remite la orientación sobre el ciclo de violencia, la importancia de establecer límites y hacer la denuncia debida; también se le dan a conocer los diferentes grupos de apoyo que pueden auxiliarle para afrontar la situación.

Para el establecimiento de los diagnósticos, los profesionales hacen uso de la CIE-10 como manual de clasificación, esto se debe en que el MINSAL lo ha dictaminado como la herramienta para identificar las diferentes necesidades psicológicas que presenta la población; como a su vez, los profesionales consideran en que su utilidad se debe a la accesibilidad de hablar en el mismo lenguaje que los profesionales, para establecer diagnósticos verídicos y otorgar un tratamiento apropiado dependiendo del cuadro clínico que se presente; las problemáticas atendidas coinciden en un 80% de los criterios diagnósticos; para los psicólogos es considerado como aceptable el categorizar las problemática de los usuarios y en los psiquiatras, clarifican los diagnósticos por síndromes, lo cual aporta un beneficio al establecimiento de los tratamientos.

En el caso de que la problemática no tenga mayor relación con alguno de los diagnósticos de los manuales de clasificación, existe una contingencia y divergencia en los profesionales, en su mayoría coinciden, en buscar una aproximación al que posee una gran cantidad de indicadores según el manual, en otros casos, el psicólogo, utiliza la opinión de colegas para una mejor orientación, realizan un diagnóstico multiaxial o hacen usos de la Guía mh Gap³¹, y finalmente, se profundiza en el contexto familiar, estableciendo una entrevista a la familia para la aclaración de los puntos que han quedado confusos; en cuanto a los psiquiatras, solicitan la ayuda del psicólogo/a o envían a documentación bibliográfica, el caso, a nivel central a estadísticas, junto con el número de expediente clínico del paciente para que se aperture ese diagnóstico y en última instancia, colocan un diagnóstico presuntivo o sindrómico como primera impresión, este suele modificarse con el proceso terapéutico, todo va a depender si el enfoque es psicodinámico o fenomenológico.

Este proceso de establecer categorías diagnósticas en base a los manuales como el DSM-IV de la APA o el CIE 10 de la OMS, se están tomando a modo de entidades reales, en lugar de analizarse como constructos hipotéticos, esto limita a que los trastornos mentales y/o de conducta en general, sean de origen psico-social sino que consideran su causa por factores biológicos; de igual forma, la etiquetación en categorías previas, impiden ver la originalidad a la persona; como error social y político llevan a la marginación y a la exclusión en la sociedad (casos de personas con trastornos psicóticos).

Los diagnósticos con mayor frecuencia que presentan los usuarios, se engloban en los Trastornos de Ansiedad, identificándose en el estrés, estrés pos-traumático y los síntomas de ansiedad; seguido a estos se ubican los Trastornos del Estado de Ánimo, con problemas emocionales, depresiones, duelos etc., los trastornos relacionados con el consumo de sustancias y los Trastornos de inicio de la infancia,

³¹Guía de intervención, para los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, en el nivel de atención de la salud no especializada. Es parte del Programa de acción para superar las brechas en salud mental, de la OMS, "mhGap", por sus siglas en inglés.

la niñez o adolescencia, donde se sitúan los problemas de conducta y de aprendizaje que presentan los menores de edad.

Entre los diagnósticos o sintomatología que son remitidos al psicólogo con mayor frecuencia se encuentran: la depresión y los problemas de conducta de los menores, esto dependerá según la gravedad del diagnóstico que presenta el/la consultante, ya que en aquellos casos en el cual el tratamiento sea necesario la administración de psicofármacos, son remitidos al psiquiatra; por lo tanto, entre los diagnósticos o sintomatologías que se presentan con mayor frecuencia se encuentran: la esquizofrenia y trastornos psicóticos como las Psicosis maniaco depresiva, ideas delirantes, entre otros.

Según lo anterior, el tratamiento farmacológico puede producir varias consecuencias, solamente disminuye la reacción en el momento pero no la raíz del problema, a medida que se prolongue el consumo del medicamento, puede generar cierta adicción, de este modo las personas, pueden experimentar nuevas crisis cuando el fármaco no lo consiguen en ningún establecimiento de salud, como también, producen efectos secundarios que perturben otras partes del organismo; estas consecuencias podrían evitarse si se investigase más sobre la problemática consultada, como a su vez que tipo de consecuencias psicológicas puede contraer a largo plazo el consumo de un medicamento, antes de remitir el caso al psiquiatra, además se establece una mala praxis del profesional, puesto que se oculta la información veraz al consultante sobre el verdadero papel de los psicofármacos, dado a que su función es paliativa no curativa.

Los servicios psicológicos se desenvuelven en dos ámbitos:

- ✓ En consulta externa: por una parte, existe un número estipulado de consultas que se deben recibir, el cual varía entre 10 a 20 sesiones por lo tanto esto depende en que no pueden prologarse en la fase de intervención debido a la gran demanda de los servicios, aunque para otros profesionales, no existe un número estipulado de consultas, ya que eso dependerá de la naturalidad de cada caso; los tipos de consultas: voluntarias y por referencias, se presenta

con el mismo valor del 50% de las veces, por lo que no existe ninguna relevancia por ambas partes. El tipo de usuario en solicitar el servicio se limita a las mujeres, niños y adolescentes, son pocos los padres que tienden a involucrarse de manera activa, probablemente se deba, (con base a la muestra de los usuarios), en que la “mujer” prevalece en solicitar los servicios, ya que por ser “ama de casa”, tiene la responsabilidad de la estabilidad en el hogar, culturalmente se sitúa, en que la mujer vela por los intereses familiares y el hombre se encarga del aporte económico.

- ✓ El trabajo comunitario: este se desarrolla por los ECOS Especializados, conformado por los psicólogos (según la muestra de esta investigación) que trabajan en las UCSF de: San Jacinto y San Martín; su trabajo consiste en establecer una atención clínica y no comunitaria, ya que primeramente se contacta con el médico responsable del programa, el cual hace la valoración de la intervención psicológica, aquellos casos que no pueden ser atendidos, se remiten a la unidad de salud; todo este proceso se realiza en un tiempo de dos días a la semana por un periodo de 6 meses en cada sector comunitario. La UCSF del Distrito Italia, cuenta con un equipo especializado (Equipo de Salud Mental Comunitario) encargado de brindar atención al servicio de las necesidades que presenta la comunidad, dicho equipo lo conforman los siguientes profesionales: una Médico Psiquiatra, una Psicóloga, un profesional de Artes Plásticas y un Trabajador Social. Su metodología de trabajo inicia con la inserción comunitaria, lo cual permite realizar un diagnóstico de las necesidades de la población, para el establecimiento y ejecución de un plan de acción y promoción de salud mental y finalmente se otorga un seguimiento y monitoreo de evaluación.

Esto indica que el trabajo del psicólogo en la comunidad es limitado, ya que es poca la promoción en cuanto a salud mental y no se desarrolla la prevención sobre las necesidades psicosociales.

3. Interpretación de resultados del instrumento nº 3: dirigido a los Usuarios de los servicios de Salud Mental (Resultados globales de todos los centros de salud).

La muestra de usuarios la conformaron 230 personas, consultantes del área de salud mental, en base al análisis de los resultados obtenidos de la encuesta que se les aplicó, se puede decir lo siguiente:

Quienes consultan con mayor frecuencia son personas en la etapa de la adultez temprana y media y menores de edad (según resultados de la encuesta a profesionales), en los datos de la encuesta a usuarios, esto se vio reflejado en el hecho de que se contó con la participación de varias madres de familia quienes tenían a sus hijos en tratamiento; los adultos mayores consultan con menos frecuencia.

En base al sexo, son las mujeres quienes más consultan, la afluencia de hombres es bastante mínima. Es posible que esto se deba a varios factores: en primer lugar, que las mujeres son quienes pasan más tiempo en casa y están más pendiente de las dificultades que puedan presentar sus hijos/as (esto en los casos de madres de familia y amas de casa), otro factor pueden ser las características propias de cada género, puesto que las mujeres son un poco más expresivas en cuanto a las emociones y sentimientos; el factor machismo también tendría influencias ya que es una problemática y característica psicosocial que se da en el país, lo que limita a la población masculina a buscar ayuda; también es posible que el hecho de que las personas que brindan la atención sean en su mayoría mujeres, tenga influencia en la decisión de consultar, por parte de los hombres.

En los establecimientos que se brindan servicios de psicología y de psiquiatría, la mayoría de las personas había recibido ambos tipos de tratamiento, algunos habían sido remitidos por parte del psicólogo al psiquiatra y viceversa o recibían tratamiento combinado con ambos profesionales. En este último caso, es posible que el tratamiento psiquiátrico tenga influencias sobre el tratamiento psicológico, pues el consumo de fármacos podría limitar los avances en la terapia psicológica, debido a factores de dependencia.

Conocimiento de los usuarios acerca del tema de la salud mental

Se debe señalar que dentro de las estrategias del Plan de Implementación de la Política Nacional de SM, se encuentra la promoción y socialización de la SM incluso en los medios de comunicación masiva. Pero la realidad encontrada según los resultados de la investigación, indican que la mayoría de personas no tiene un conocimiento básico de este componente de la salud. No conocen el significado del término “Salud Mental”, o se posee un significado erróneo, las personas relacionan “salud mental” con “enfermedad mental”, es decir se tiene una idea contraria. Esto se debe, en parte a que la promoción sobre SM es mínima y posiblemente la poca información que se difunde (la cual se da básicamente en forma de charlas informativas) no logra ser totalmente entendible para el nivel cultural de las personas a quienes va dirigida. Se puede inferir que el conocimiento sobre este tema es mínimo y limitado debido a la poca difusión del mismo.

Evaluación de los servicios de salud mental por los usuarios

Los usuarios han calificado, en su mayoría, de forma aceptable la atención que han recibido, justificando que el tratamiento los hace sentir bien, que han logrado cambios y que se sienten escuchados por los profesionales que los atienden, es más en algunos casos, los usuarios (del área de psicología) que tienen un tratamiento prolongado, de varios años y que forman parte de los grupos de Tx. Grupal, tienen en mucha estima a los profesionales que los atienden.

Sobre el conocimiento del diagnóstico y la comprensión del tratamiento por parte de los usuarios, los resultados reflejan que a la mayoría se le informa de su diagnóstico y la mayoría comprende el tratamiento, las actividades e indicaciones que se les dan. Respecto a esto se puede inferir que los profesionales logran darse a entender de un modo adecuado para con sus consultantes y que el trato que brindan esta basado en el respeto y la amabilidad.

Pero es de señalar que en cuanto a los cuadros diagnósticos, se les etiqueta a las personas según una categoría medica de etiología biológica, en base a lo que dicen los manuales de clasificación (CIE-10, DSM-IV), lo que provoca que se descarte la posibilidad de encontrarle un origen psicosocial a las problemáticas presentadas, (el

mecanismo de establecer un diagnóstico orgánico es usado tanto por psicólogos como por psiquiatras).

Esto puede tener influencia en el tratamiento de las personas, puesto que se le califica como “enfermo/a”, lo que puede crear una estigmatización que le limite las posibilidades de tener avances o mejoras en el dificultad que presenta, y en el caso de las personas que reciben tratamiento farmacológico las limitantes son aún mayores puesto que todo avance o retroceso depende del consumo del medicamento, tomando en cuenta también que su consumo produce efectos secundarios, tolerancia y dependencia.

En cuanto a la terapia psicológica se le solicito a las personas que compartieran ideas para poder mejorarla, en resumen las más destacadas son las siguientes: Actividades de dibujo y manualidades, charlas sobre la Salud Mental y Sexualidad, asesoría para padres en el trato y cuidado de los hijos, trabajo en equipo de padres e hijos, incluir o mejorar las técnicas de relajación, hacer actividades físicas y recreativas, biblioterapia y ampliar un poco más el tiempo de las consultas. Se puede decir que estas ideas que brindaron los usuarios reflejan algunas inconsistencias en la terapia, aunque esto se puede atribuir a la escases del recurso material.

Otro punto importante es el área física donde se lleva a cabo el trabajo, pues tiene influencia sobre las personas consultantes; es ideal trabajar en un cubículo amplio, ventilado, iluminado, limpio, ordenado, con el mobiliario suficiente y libre de ruidos e interrupciones, pues las personas se sentirán más cómodas, a gusto y podrá ser un poco más fácil, tener la confianza de expresar lo que están sintiendo.

Si bien, según los resultados la mayoría no ha presenciado mayores inconvenientes según este aspecto, una cantidad significativa si. Las personas de la muestra que han presenciado interrupciones frecuentes, ruidos o falta de consultorios, opinaron que estas situaciones generan incomodidad, molestia, inhibición (algunos mencionaron que estaban llorando al momento que alguien entro al consultorio y se sintieron avergonzados), en el caso de los adultos mayores, se les olvida lo que están diciendo y pierden el hilo de la consulta, solo en algunos casos, las personas

están acostumbradas a las interrupciones o el ruido, lo ven como algo normal y no les incomoda y toman una actitud de comprensión al respecto.

Tomando en cuenta lo que se pudo observar en las visitas a los 16 establecimientos de la muestra, solamente uno cuenta con instalaciones bastante aceptables, es el caso de la UCSF del Distrito Italia, pues el área cuenta con un anexo exclusivo para los servicios de salud mental (psicología, psiquiatría, artes plásticas, trabajo social y fisioterapia), los consultorios son amplios, iluminados, ventilados y limpios, tienen mobiliario sencillo pero suficiente: escritorio, sillas, canapé, sillones, mesa de centro. También se cuenta con un salón de terapia familiar y uno de usos múltiples.

Otros consultorios aceptables son los del CAISA³², que también es amplio y cuenta con mobiliario suficiente (escritorio, sillas, sillones, mesa) y un poco más elegante que en el caso del Distrito Italia. También los consultorios del Hospital Bloom, UCSF de San Marcos y UCSF de Barrio Lourdes, en este último caso también se cuentan con un cubículo de terapia familiar y salón de usos múltiples, los únicos inconvenientes son la falta de mobiliario y que en el consultorio hay un baño y una pequeña bodega, lo que provoca interrupciones.

Los establecimientos con consultorio inadecuado son: la UCSF de Unicentro, pues en un mismo cubículo atienden 3 personas (un profesional y 2 estudiantes), lo único que los separa entre sí es una sábana, y la UCSF de San Martín, en la cual el cubículo es improvisado formado con biombos y lockers³³. Y los establecimientos que no cuentan con consultorio fijo son: UCSF Apopa, UCSF San Jacinto y Hospital Saldaña, en estos casos se usan cubículos que estén libres cuando los médicos generales no dan consulta.

Sobre los demás consultorios de los 6 establecimientos restantes, son moderadamente aceptables, pues si tienen algunos inconvenientes: unos son muy

³² Centro de Atención Integral a la Adolescencia

³³ El establecimiento está de forma temporal en una casa alquilada mientras se repara el establecimiento, por lo cual todos los cubículos son improvisados y con espacio limitado.

pequeños, otros son poco ventilados e iluminados y otros son usados también como almacenamiento de papelería, lo cual da un aspecto de desorden debido al exceso de esta. Es importante señalar que en los casos donde hay consultorios inadecuados o falta de ellos, son dificultades exclusivas del área de psicología, en el caso de los psiquiatras todos tienen un cubículo fijo.

Solicitud de los servicios de salud mental por los usuarios

En base a los resultados de la encuesta, la mayor parte de las personas ha obtenido buenos resultados y ha logrado cambios significativos como producto del tratamiento, incluso aunque algunos estén aún en la fase inicial de este y a pesar de las limitantes que el mismo puede tener, por la falta de recursos materiales. Esto indica que existe aceptación y compromiso por parte del usuario, para justificar el dato, según resultados en la encuesta, es mínima la cantidad de personas que en algún momento pensó en desistir de las consultas.

Relacionado a esto, existe un número significativo de casos que si había consultado anteriormente con otro psicólogo y/o psiquiatra, pero no terminaron el tratamiento, estas personas que por segunda ocasión intentan llevar un tratamiento en salud mental, significarían un reto para los profesionales que los atienden, pues ninguna de estas personas se mostró desilusionada o preocupada por no haber continuado con las consultas anteriores, sino que lo toman como algo natural o similar a una consulta de medicina general, es decir un tipo de consulta corta sin mayor continuidad.

En cuanto a la razón por la cual las personas iniciaron la intervención, es mínima la cantidad que lo hace por decisión propia en comparación a quienes lo inician por indicación del médico o decisión de familiares o maestros. Se puede decir que debido a la poca promoción que se hace sobre la SM y la limitación de los servicios, aún es poca la cantidad de personas que asiste por decisión voluntaria.

En relación al apoyo de los familiares de los usuarios en sus consultas, en el caso de los menores de edad, es un requisito que se cuente con el apoyo de por lo menos uno de los padres o un encargado, también en los casos de psiquiatría es bastante necesario que se cuente con el apoyo de un familiar o responsable, incluso

dependiendo de la gravedad del diagnóstico, la consulta se brinda en conjunto: consultante-familiar o responsable.

En el caso de los usuarios que reciben solo atención psicológica y que no son menores de edad, unos están de acuerdo en hacer parte del tratamiento a su familia y aunque no se les haya solicitado, lo desean, otros no lo consideran necesario pues, según lo expresado, su problema es personal, por esta razón, aunque se les haya solicitado contar con la presencia de familiares, ellos se han negado a llevarlos.

Con respecto a esto, se puede inferir que los profesionales deben hacer un poco más de énfasis en la importancia de contar con el apoyo familiar, porque, según lo que plantea la teoría, la problemática en sí, se desarrolla a nivel familiar y quien se presenta a la consulta (voluntariamente o por decisión de otros) viene siendo el “paciente identificado” o quien presenta con más intensidad los síntomas del problema.

Todos los puntos anteriormente planteados son variables que muestran como se encuentra la situación actual de la salud mental desarrollada por el sistema de salud pública en el área metropolitana del país, evaluada desde el punto de vista de los usuarios, es decir a quienes van dirigidos los servicios que brinda esta área de la salud en general y para quienes se realiza el trabajo.

Para ver fotografías de algunos de los consultorios mencionados, ir a ANEXO N° 10.

D) DIAGNÓSTICO

En base a los resultados obtenidos de la presente investigación diagnóstica; La Situación Actual de la Salud Mental desarrolla por el MINSAL, se caracteriza por los siguientes aspectos:

❖ *Evaluación del trabajo realizado sobre los servicios de Salud Mental.*

El trabajo que se está realizando actualmente, sobre los servicios de salud mental, es calificado como aceptable, debido a la evolución y crecimiento que estos han tenido; pues según la revisión de antecedentes, desde los últimos 5 años, ha habido un cambio significativo, provocado por la descentralización de los servicios, ya que antes se brindaban exclusivamente en el Hospital Psiquiátrico y hospitales especializados (de tercer nivel). Actualmente, dichos servicios se han expandido hasta llegar al primer nivel de atención, es decir se incluye el desarrollo de un trabajo comunitario. Es de mencionar que el desarrollo ha sido lento y limitado, pero esto es debido a que el área de SM, no cuenta con una ley que respalde el trabajo que se ha venido realizando, puesto que sin una base legal, no hay un presupuesto establecido propiamente para llevar a cabo los servicios; si bien una parte del presupuesto designado a Salud, es destinado a SM, el uso de eso, básicamente es para la compra de fármacos.

❖ *Metodología de trabajo por parte de los funcionarios y profesionales encargados del área de Salud Mental.*

Los recursos materiales y humanos para realizar el trabajo son insuficientes, esto se debe principalmente, por la falta de presupuesto y la poca importancia que le ha dado el gobierno a esta área a lo largo de los años.

También existe una inadecuada distribución de los recursos existentes, prueba de ello es que en el área metropolitana, se cuentan actualmente con 25 psicólogos/as que laboran en 11 de las 35 UCSF y 7 hospitales nacionales, de este modo, no en todos los establecimientos labora un psicólogo/a pero en otros existe más de un recurso. La escasez del recurso también se ve evidenciado en el trabajo comunitario

en zonas de alto riesgos, ya que existen 28 equipos de ECOS Especializados en todo el país y solamente 2, forman parte del área metropolitana (La muestra de este estudio).

El trabajo comunitario que se está realizando en los equipos ECOS-E es similar al que se desarrolla en consulta externa únicamente que se traslada a la comunidad, a diferencia del Equipo Comunitario de Salud Mental del Distrito Italia (único equipo en el país) quienes trabajan bajo un enfoque comunitario más integral sobre el diagnóstico de las necesidades y la creación e implementación de un plan de acción; el MINSAL ha instaurado la carrera de “Artes plásticas” para el trabajo comunitario con la Arte Terapia, siendo este el auxiliar del psicólogo o el psiquiatra, con el propósito de mejorar la calidad de los servicios.

A pesar de los avances, aún hace falta darle más importancia a la metodología que se está realizando en el trabajo comunitario, ya que permite al profesional conocer el ambiente real y cotidiano de las personas, para así establecer un diagnóstico más acertado y proponer un modo de tratamiento más adecuado en base a las condiciones de vida.

De este modo, aunque los servicios se han expandido, la mayoría de la atención se brinda en los centros de atención del segundo y tercer nivel: hospitales departamentales y especializados; es de mencionar que el Hospital Psiquiátrico, siendo considerado como la máxima especialidad en cuanto al trato de las enfermedades mentales, es una forma de institucionalización y centralización de los servicios de SM, porque no asegura la total recuperación del usuario y la reinserción de este a la sociedad, puesto que al internar a una persona lo que se hace es aislarlo y apartarlo de la sociedad.

En cuanto al nivel de “prevención”, este se enfoca básicamente en la “curación” de las enfermedades, es decir, cuando la problemática se encuentra latente en las personas, por lo tanto, no está muy resaltada la promoción y prevención en salud mental.

Sobre la forma práctica de dar el servicio en esta área, suele estar sustentado bajo un enfoque psiquiátrico (biologista), tanto para los psiquiatras como para los psicólogos, puesto que se utilizan los manuales de clasificación para establecer diagnósticos; debido a lo anterior, se puede hacer una crítica a esta metodología: en primer lugar, dichos manuales no tienen una base científica, porque no existe una especie de “test químico” que valide la existencia de las enfermedades o trastornos mentales que se encuentran en los manuales, también, se tienden a etiquetar a la persona en un cuadro clínico, por lo que se limita la realización de un estudio del caso a profundidad, es necesario que las problemáticas no se consideren siempre como orgánicas, sino que se evalúen desde una perspectiva de origen social, abarcando todos los contextos en que se desenvuelve la persona, reconociendo la existencia de dificultades psicosociales.

Ahora bien, para la fase de intervención, difieren en el trabajo que realizan psicológicos y psiquiatras, en el primer caso, realizan una psicoterapia bajo el enfoque Cognitivo –Conductual, en el segundo caso, utilizan la terapia Psicodinámica y farmacológica, y en ambos casos prevalece el tipo de intervención de modo individual sobre el familiar.

Haciendo énfasis sobre la utilización de los psicofármacos, se puede inferir que no es un tipo de terapia efectiva, puesto que se atacan los efectos o síntomas inmediatos que presentan las personas, pero no la raíz del problema, es decir básicamente consiste en un alivio de la dificultad, es de mencionar que en muchos casos, la persona no está cociente de los efectos secundarios del fármaco, ya que el profesional que lo administra, no da la debida explicación sobre el uso del medicamento; los usuarios deben saber que a corto plazo, el fármaco disminuye los síntomas de la dificultad, pero que el consumo a largo plazo conlleva, a generar algún tipo de adicción, dependencia o tolerancia al medicamento y que puede también generar enfermedades en algunos órganos del cuerpo.

Otro aspecto importante es que, cuando en el establecimiento de salud hay falta del medicamento administrado (situación que suele ocurrir en el país) las personas que los consumen están propensas a sufrir recaídas. En base a esto es importante señalar que las personas tienen el derecho de negarse a someterse a una medicación obligatoria, puesto que en conclusión, la terapia farmacológica genera más problemas que soluciones.

El cuanto a la terapia familiar, es necesario concientizar a los usuarios y a los profesionales, sobre la importancia del desarrollo de esta, puesto que el apoyo de los familiares se ve únicamente como personas responsables que se les orienta referente a la actitud que deben asumir ante la problemática del consultante.

❖ ***Los Diagnósticos que se entienden con mayor frecuencia***

La clasificación de los diagnósticos que se presentan con mayor frecuencia en los usuarios son: depresión, ansiedad y los problemas de conducta en los menores, por lo tanto, aquellos diagnósticos o sintomatologías que serán remitidos al psicólogo o psiquiatra, dependen del nivel de gravedad que estos presenten, es por ello que se infiere, que al consultante se le clasifica rigurosamente según su padecimiento, centrándose únicamente en la sintomatología que presenta en el momento y limitándose a realizar, un estudio a profundidad del caso para el conocimiento de su origen. Sumado a esto, la categorización diagnóstica en las personas, provoca una estigmatización. La categorización es necesaria solo porque permite la elaboración de estadísticas que exige la OPS por medio del MINSAL.

❖ ***Conocimiento de los usuarios acerca del tema de la Salud Mental.***

Según los datos recabados en la investigación, más de la mitad de la muestra seleccionada, no posee un concepto claro acerca de lo que es la salud mental, incluso tienen una idea contraria a lo que esto significa, esto quiere decir, que la promoción sobre el tema, es mínima y no se ha logrado explicar de una forma comprensiva a nivel cultural de los usuarios; a pesar de esto, existe una aceptación y colaboración por parte de ellos.

❖ **Solicitud de los servicios**

Las personas que solicitan con mayor frecuencia los servicios de Salud Mental, son mujeres y niños; la distribución de las consulta se constituye de manera equitativa tanto por referencia del médico como por decisión voluntaria, lo cual se considera favorable debido a que, las personas tienen conciencia de los servicios para solventar sus problemáticas, aunque esta concientización debe ser aumentada para que las personas conozcan la importancia de perseverar en el tratamiento.

E) PROPUESTA

A continuación se expone una propuesta de actividades que tienen el fin de mejorar los servicios de salud mental que se brindan en el sistema de salud pública del país. Esta propuesta se hace para cada uno de los tres niveles de prevención en salud:

✓ **Primer nivel de prevención**

Esta atención se enfoca en la población en general, que no han solicitado el servicio de salud mental, para trabajar con este nivel, se proponen las siguientes actividades:

- La promoción del significado de la salud mental utilizando un lenguaje verbal y escrito entendible para la población. (ver ANEXO N° 11).
- Desmitificar el rol del psicólogo y diferenciarlo con el rol del psiquiatra (ver ANEXO N° 11).
- Promoción de un estilo de vida saludable, por medio de temas tomados a base de las necesidades que presenta la población (prevención de: la violencia intrafamiliar, abuso sexual, problemas familiares, consumo de sustancias, problemas de aprendizaje y de conducta, aborto, violencia social, los cambios en la adolescencia, etc.) explicados de un modo que se adapta al nivel cultural que poseen los usuarios. (así como se ha hecho con otros temas de salud como el dengue y lavado de manos).

✓ **Segundo nivel de prevención**

Esta atención se enfoca en la población que debido a determinados estilos de vida o del entorno están en riesgo de encontrarse con dificultades psicosociales que afecten su bienestar y están propensas a necesitar los servicios de salud mental. Para trabajar con este nivel, se proponen las siguientes actividades de trabajo:

- Charlas informativas en las escuelas sobre la salud mental y temas relacionados, dirigidas sobre todo a estudiantes de tercer ciclo y bachillerato y a padres de familia.
- Creación de más Equipos Comunitarios de Salud Mental (así como el que labora en la UCSF del Distrito Italia) en zonas de alto riesgo para identificar y tratar las necesidades que presente la comunidad.
- Charlas informativas sobre el tema de salud mental en todos los centros de salud (Hospitales y UCSF) del área de salud pública, ya sea que brinden o no atención psicológica/psiquiátrica (en el caso de no brindarla se debe informar en qué lugares si se imparte y la posibilidad de solicitar una referencia).
- Mayor propaganda para el Centro de Atención Integral de la Salud para la Adolescencia (CAISA), ya que es el único centro del país que se enfoca en la atención exclusiva para la adolescencia y es importante que los jóvenes estén mejor informados de los servicios que allí se prestan y así motivar su asistencia ante alguna dificultad.
- Así mismo también es beneficioso que en las UCSF se impulse la atención para con los adolescentes, creando grupos de apoyo o terapia grupal exclusivos para jóvenes.

✓ **Tercer nivel de prevención**

Esta atención se enfoca en la población que si ha solicitado la atención en salud mental y son usuarios de los servicios. Para trabajar con este nivel, se proponen las siguientes actividades de trabajo:

- Hacer conciencia en los profesionales y usuarios sobre la importancia que posee la familia en el tratamiento y la responsabilidad que los miembros poseen alrededor de este. De este modo hacer de la terapia familiar una actividad incluida y no opcional en el tratamiento.
- El profesional debe de resaltar la importancia de ser perseverante en el tratamiento, es decir explicar a los consultantes, desde un principio que el tratamiento puede durar un determinado periodo de tiempo, que dependerá del nivel de colaboración y compromiso que tenga el consultante, por lo tanto es necesario no desistir y ser constante para cumplir los objetivos de la terapia.
- Explicar las ventajas y desventajas sobre el consumo de fármacos, a los casos de las personas que se les administran, aclarando que el medicamento únicamente ataca la reacción del momento por lo que genera un alivio momentáneo pero no ataca la raíz del problema, por lo que el profesional, también, debe visualizar otro tipo de terapia. Se deben explicar también los efectos o reacciones secundarias al consumo de los fármacos (tolerancia, adicción o dependencia). Es necesario e importante tomar en cuenta que las problemáticas que presentan los usuarios no deben ser visualizadas rigurosamente como una enfermedad, puesto que hace que la persona tome una actitud de “enfermo/a” (lo que dificulta avances en su recuperación), también se debe tomar en cuenta la opción de visualizar las problemáticas como dificultades psicológicas o psicosociales y no basarse solamente en cuadros orgánicos.
- Es necesario tomar en cuenta que las personas tienen derecho a negarse a someterse a un tipo de tratamiento farmacológico o medicación obligatoria.
- Explicar al usuario, al inicio de la intervención, el concepto de salud psicológica por parte del profesional que da el servicio, auxiliándose de material didáctico (puede ser incluso un cartel de la propia creatividad del profesional, en caso de no contar con los recursos necesarios).

- Incluir técnicas de Biblioterapia según la problemática atendida, auxiliándose de material fotocopiado.
- Estimular la creatividad por medio de actividades manuales en la terapia.
- En cuanto a la atención con menores de edad, realizar talleres en los que se trabaje en conjunto padres e los hijos/as.
- Promover la terapia grupal en todos los centros de salud que brindan atención en salud mental y hacer más propaganda de esos grupos de terapia para que las personas estén informadas al respecto y promover su participación.

CAPÍTULO V

Conclusiones

y

Recomendaciones

A) CONCLUSIONES

- ψ El Ministerio de Salud de El Salvador, ha realizado investigaciones a nivel macro sobre los servicios de SM, por lo tanto, estudios como la presente investigación, le permiten a las autoridades competentes, conocer a profundidad, las condiciones de trabajo en las que se desarrolla la labor sobre esta área de la Salud y la opinión que los usuarios poseen ante el servicio que se les ofrece. Es de mencionar que la última evaluación realizada acerca de los servicios en cuanto a SM, fue en el año 2009, donde la OPS aplicó el instrumento IESM OMS, pero sus resultados aún no han sido publicados.

- ψ En la realización de los documentos legales y jurídicos que respaldan los servicios de Salud Mental, no se ha seguido un orden adecuado para la creación de dicha documentación, sino que los documentos, han sido creados en base a la conveniencia y circunstancias que se presentaban en el momento que se hicieron. Como eje principal, la Ley sobre la Salud Mental, debió haber sido el primer elemento en aprobarse, pero actualmente, dicha ley, todavía sigue en proceso de aprobación por las autoridades, obstaculizando los trabajos en esta área de la salud por medio de su limitante principal que es la falta de un presupuesto establecido para el desarrollo de los servicios. En relación a esto, el documento legal que ha dirigido el trabajo realizado hasta el momento es la Política Nacional de SM (2011), por medio de su Plan de Implementación, pero los avances han sido mínimos, logrando realizar solamente algunas actividades planteadas en 3 de las 7 estrategias con que cuenta.

- ψ Es posible que los avances en SM han sido escasos debido a que el trabajo se ha realizado principalmente, bajo una centralización de los servicios, donde la SM se ha desarrollado mayoritariamente en el tercer nivel de atención, es decir se enfoca más en la curación de las problemáticas y no en la prevención.

Prueba de ellos es que la utilización del presupuesto asignado se usa prioritariamente para la compra de medicamentos.

- ψ En relación a lo anterior, la estrategia que ha utilizado el MINSAL para mejorar los servicios, es la ampliación de estos en el primer nivel de atención, es decir el trabajo comunitario. Pero estos esfuerzos han sido insuficientes o poco adecuados debido, en primer lugar a que los recursos tanto humanos como materiales son mínimos, y en segundo lugar el trabajo no se desliga totalmente de un enfoque médico-biológico, una prueba de ello es que, en la metodología de trabajo, no se le permite a la persona solicitar voluntariamente los servicios de SM, sino que tiene que ser previamente evaluada por un médico y ser referida.
- ψ El trabajo realizado en las comunidades, no va enfocado a la promoción de la salud mental ni al abordaje de las necesidades psicosociales, ya que únicamente se remiten a la atención clínica que se ofrece en las UCSF, por lo tanto, las autoridades competentes, deben promover que el rol del psicólogo sea más activo en estas zonas de alto riesgo, y así concientizar a la población acerca del verdadero papel que juega el psicólogo como profesional de la salud mental y modificar posibles esquemas inadecuados.
- ψ Las estrategias y metodologías de trabajo que realiza el Ministerio de Salud en el área de SM, suelen estar enfocadas bajo una concepción psiquiátrica, en donde el rol del psicólogo se limita únicamente como auxiliar y no como una imagen de autoridad para el área de psicología, esto se ve reflejado, en que, en la mayoría de los hospitales y UCSF, la jefatura encargada de monitorear el trabajo de los psicólogos son los psiquiatras. Además la influencia del trabajo y funciones del psiquiatra se toma más en cuenta que las del psicólogo, prueba de ello es el poder que tienen los psiquiatras en la elaboración de los documentos jurídicos y legales que amparan las labores, y

en cuanto a la educación sobre SM, son ellos quienes reciben más capacitaciones y quienes las brindan a los demás profesionales en el área.

- ψ Los procesos de exploración e intervención, se realizan bajo un enfoque biologista, convirtiendo los cuadros clínicos en enfermedades mentales y descartando la existencia de dificultades psicológicas o psicosociales, de este modo se le resta importancia a las estrategias de terapia psicológica y a la terapia con un enfoque familiar, puesto que, como solamente el consultante tiene la etiqueta de “enfermo/a” la familia no se incluye en la terapia o se desplaza únicamente al plano de supervisor del consultante. Además en los casos de usuarios de los servicios de psiquiatría la forma de terapia se limita únicamente al consumo de fármacos.
- ψ La utilización de los manuales diagnósticos (CIE-10, DSM-IV) no aportan al establecimiento del tratamiento, ya que tal como se ha planteado en la Crítica a la Psiquiatra Biológica, los criterios no tienen en su totalidad cierta validez, ya que dichos manuales, no poseen una base científica ni sus antecesores (DSM-I, DSM-II, DSM-III etc.), pues la elaboración de estos se rige principalmente de factores políticos y económicos, entre otros, por lo que no se establece una validez en el diagnóstico ya que no especifican el origen de cómo surge la problemática, remitiéndose únicamente a la sintomatología presentada. Por lo tanto las medidas de tratamiento que se proponen en base a ese diagnóstico., vendrían siendo específicas para calmar o paralizar los síntomas, no en si para superar la problemática, así mismo, en el manual, no hay lineamientos para dictaminar el tratamiento.
- ψ Hay casos en los que se ha dado un tratamiento paralelo, es decir la combinación de la terapia psicológica con el medicamento, pero su resultado no es favorable porque nada más contribuye en que la persona se categorice como “enfermo/a” y que por lo tanto, siga pensando que su enfermedad es de tipo somática, es decir, que su alivio sería nada más el consumo del

medicamento, atribuyendo que lo que está viviendo no es parte de su experiencia sino algo que ocurre fuera de sí mismo, por lo tanto, lo más recomendable, es que en el tratamiento debe guiarse a la persona para que sea “flexible”, es decir que analice su situación desde diferentes puntos de vista y conozca cómo se ha originado el síntoma que actualmente está vivenciando, para que lo considere como parte de una experiencia más de su vida actual, en el cual cabría decir, que su problemática no se englobaría o no se puede establecer bajos los criterios que dictan los manuales de clasificación de las enfermedades o trastornos mentales.

- ψ La propuesta elaborada por el grupo investigador, tiene la finalidad, de abordar los 3 niveles de prevención, a través de estrategias metodológicas accesibles para los profesionales de la salud mental, ya que su propósito es promover en los usuarios, un conocimiento más práctico y entendible de salud mental, hacer un aporte para la ampliación de la terapia y la concientización del rol del psicólogo y el trabajo psicológico que se realiza para el abordaje de las problemáticas por las que se solicita el servicio.

B) RECOMENDACIONES

- ψ Impulsar la investigación y evaluación de los servicios de salud mental que permita conocer de un modo práctico el trabajo realizado, no basarse solamente en números y estadísticas, es importante indagar no solo a nivel general, sino también conocer a profundidad la particularidad del desempeño. De este modo, es recomendable la realización de una investigación diagnóstica, como la presente, pero a nivel del trabajo que se desarrolla en los Equipos ECOS E en cuanto a la SM, para fortalecer y mejorar la labor que se realiza.
- ψ Realizar los esfuerzos debidos para que las estrategias de trabajo planteadas en el Plan de Implementación de la Política Nacional de Salud Mental puedan cumplirse, a su vez también, enriquecer estas estrategias basándose en los recursos disponibles, es decir trabajando en base a lo existente no solo en lo ideal; y en el caso de culminar y aprobar la Ley de Salud Mental, enfocarse no solo en innovar y hacer crecer los servicios, sino también en fortalecer el trabajo que se esta realizado hasta el momento.
- ψ Disminuir esa brecha que existe entre el trabajo que realizan los psicólogos con el que realizan los médicos psiquiatras (y otros profesionales de la SM), pues la diferencia básica que existe entre la labor psicológica y psiquiátrica es el poder prescribir medicamentos (por parte de los psiquiatras debido a su condición de médicos). Es necesario que no se tienda a ver al profesional de la psicología solamente como el auxiliar de un psiquiatra, esto hace que se desvalore la labor realizada, por eso es importante que se utilice como estrategia de trabajo la creación de equipos multiaxiales, en las que se combine el trabajo de varios profesionales, como psicólogo, psiquiatra, trabajador social, entre otros (como el equipo de SM Comunitaria de la UCSF de Distrito Italia) capacitados en SM, con el propósito de brindar un servicio más completo.

- ψ Utilizar estrategias de trabajo que permitan ampliar la aplicación de tratamientos de carácter psicológico, evitando así, en algunos casos, que los usuarios vean los fármacos como única salida a su dificultad, pues estos no curan, solo alivian o regulan los procesos de deterioro de la SM, de este modo también se busca evitar la dependencia a los medicamentos. Es importante implementar el trabajo mediante un enfoque social de las dificultades psicológicas, ampliando la visión de que estas no son originadas únicamente por causas orgánicas, sino que el ambiente social también tiene incidencias sobre el origen de estas.

- ψ Mejorar las condiciones de trabajo en las que laboran los profesionales de salud mental, puesto que existe carencia tanto de recursos materiales (en todos los establecimientos de la muestra) como de un área física propia para brindar las consultas (en algunos casos). Sumado a esto, en algunos establecimientos las condiciones de los consultorios no son las adecuadas. Se debe poner atención al aspecto del área física donde se labora para propiciar una atención aceptable desarrollada en condiciones favorables tanto para el profesional como para el usuario.

- ψ Darle mayor realce e importancia a la terapia familiar y a las visitas domiciliarias, puesto que el entorno familiar es un factor clave en cada caso que se atiende, ya que puede tener influencia tanto en el origen de la dificultad presentada como en el desarrollo del tratamiento. Y en cuanto a las visitas domiciliarias permiten conocer de primera mano el entorno en el que se desenvuelve la persona (su cotidianidad) esto sustenta el establecimiento más acertado de un diagnóstico y también puede dar pautas para el establecimiento del tratamiento.

CAPÍTULO VI

Referencias

Bibliográficas

- ψ El Salvador. Ministerio de Salud. (2011). *Programa Nacional de Salud Mental*. San Salvador: MINSAL.
- ψ El Salvador. Ministerio de Salud. (2011). *Política Nacional de Salud Mental*. San Salvador: MINSAL.
- ψ El Salvador. Ministerio de Salud. (2018). *Política Nacional de Salud Mental (Derogada)*. San Salvador: MINSAL.
- ψ Calderón de Orellana, L. (2006). *Historia de la psicología en El Salvador 1928-2005*. San Salvador: Criterio.
- ψ Organización Panamericana de la Salud. (2006) *IESM-OMS Informe sobre los Sistemas de Salud Mental en Nicaragua, El Salvador y Guatemala*. Washington: OPS/OMS.
- ψ Autor: Jaime Barahona, Salvador Antonio, título: “Situación actual y propuesta de innovación en el desarrollo de las funciones del profesional de psicología en los establecimientos del ministerio de salud, para optar el título de Licenciatura en Psicología Universidad de El Salvador 2012 pag. 47
- ψ Autor: Castaneda Rodríguez, título: “Situación de la salud mental en El Salvador” grado para optar la Licenciatura en Periodismo, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, año 2000 pag. 6
- ψ Autor: Jaime Barahona, Salvador Antonio, título: “Situación actual y propuesta de innovación en el desarrollo de las funciones del profesional de psicología en los establecimientos del ministerio de salud, para optar el título de Licenciatura en Psicología Universidad de El Salvador 2012 pag. 49
- ψ José López-Santiago, Luis V. Blas y Mónica Gómez (2012). Efectividad de un programa de tratamiento asertivo comunitario para pacientes con trastorno mental grave. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17 (1), 1-10.
- ψ Ruiz, A. (2004). La Depresión: una enfermedad inexistente. Visión crítica desde la psicología y psicoterapia cognitiva post-racionalista. Junio, 30, 2004, www.inteco.cl
- ψ Portillo, N. Antecedentes, desarrollo y aplicaciones tempranas de la Psicología en El Salvador (1850-1950). *ECA Estudios Centroamericanos*, 61(687): 17-49, enero, 2006.

- ψ Ministerio de Salud de El Salvador. Centro Virtual de Documentación Regulatoria. <http://www.salud.gob.sv/institucion/area-interna/centro-virtual-de-docum>

- ψ Asociación Salvadoreña de Psiquiatría. (n.d.) <http://psiquiabraselsalvador.com/historia/>

- ψ Una jordana en el infiero (2012, 31 de octubre). Diario Digital Contra Punto. <http://www.contrapunto.com.sv/salud/una-jornada-en-el-infierno>

- ψ <http://www.topia.com.ar/articulos/la-reforma-psiquiatrica-en-trieste-italia>

- ψ http://www.oas.org/dil/esp/Declaracion_de_Caracas.pdf

- ψ http://www.who.int/mental_health/evidence/report_on_mental_health_systems_Spanish.pdf

- ψ Ministerio de Salud de El Salvador (2011). Política Nacional de Salud Mental. http://www.salud.gob.sv/archivos/pdf/Politica_Nacional_de_Salud_Mental_consulta_publica.pdf

- ψ Pacheco, G. (n.d.). El Concepto de Salud Mental. <http://www.psicomed.net/saludmental.html>

- ψ <http://www.monografias.com/trabajos26/psicologia-salud/psicologia-salud.shtml>

- ψ <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/4420/1/01.pdf>

- ψ http://www.infocop.es/view_article.asp?id=4023

- ψ Citizen Commission on Human Rights International. (2006). Psiquiatría Industria de la Muerte. <http://informacionporlaverdad.wordpress.com/2013/07/31/psiquiatría-una-industria-de-la-muerte/>

AneXos

ÍNDICE DE ANEXOS

Contenido	Pág.
Anexo nº 1	
‣ Crítica a la Psiquiatría Biológica (Artículo completo).....	216
Anexo nº 2	
‣ Organigrama del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL).....	225
Anexo nº 3	
‣ Requisitos para acceder a los siguientes hospitales: Hospital Nacional Especializado Rosales y Hospital Nacional Especializado de Maternidad	227
‣ Constancia de las UCSF de Panchimalco, Planes de Renderos y Rosario de Mora.....	227
Anexo nº 4	
‣ Constancias de Validación de los Instrumentos de Investigación.....	229
Anexo nº 5	
‣ Instrumento nº 1: Dirigido a Funcionarios encargados de la Salud Mental en la Salud Pública.....	234
‣ Instrumento nº 2: Dirigido a Profesionales que laboran en el área de Salud Mental por parte del MINSAL.....	234
‣ Instrumento nº 3: Dirigido a Usuarios de los servicios de Salud Mental, que brinda el MINSAL.....	234
Anexo nº 6	
‣ Memorándum de permiso entregado por el Programa Nacional de Salud Mental Memorándums de permisos Entregados por la Región Metropolitana.....	248
Anexo nº 7	
‣ Cronograma de Actividades.....	255
Anexo nº 8	
‣ Tablas de Vaciado de Datos: Instrumento nº 1.....	258
‣ Tablas de Vaciado de Datos: Instrumento nº 2.....	261
‣ Tablas de Vaciado de Datos: Instrumento nº 3.....	277
Anexo nº 9	
‣ Análisis de los datos del Instrumento nº 3: Dirigido a Usuarios de los servicios de Salud Mental, que brinda el MINSAL, por cada establecimiento de salud.....	309
Anexo nº 10	
‣ Fotografías de algunos consultorios.....	614
Anexo nº 11	
‣ Tríptico informativo.....	623

Anexo nº 1

- ▶ Crítica a la Psiquiatría Biológica (Artículo completo).

CRITICA A LA PSIQUIATRÍA BIOLÓGICA

Visión crítica desde la psicología y psicoterapia cognitiva post-racionalista

El artículo escrito por Aaron Beck en relación con el tema de la “depresión endógena”, publicado en el año 1988, planteó lo siguiente: “¿es adecuado –decía- hablar de *depresión endógena* y, a la vez, adecuado hablar de *depresión reactiva*?” Porque hablar de “depresión endógena” significa que es consecuencia de una enfermedad, y ésta sería obviamente una enfermedad del cerebro, pues ahí se localiza el sistema nervioso central y, por ende, la enfermedad; y que, habría otro tipo de depresión, llamada “reactiva”, que no sería producto de una enfermedad, sino de una situación que una persona experimenta en su vivir, pero que no tendría ninguna consecuencia o causa de tipo bioquímico.

En base a esto, se impone el siguiente problema: si al paciente se le diagnostica una depresión endógena, que se supone es una “enfermedad”, el tratamiento concomitante sería sobre la base de medicamentos, capaces de corregir una supuesta anomalía bioquímica. Si, por otro lado, la depresión es reactiva, en tal caso la indicación es una psicoterapia. Se ve, el tratamiento va a depender del tipo de diagnóstico que haga el especialista.

Ahora, los estudios de Beck sobre la depresión tienen un referente en las investigaciones de Seligman. Este autor hizo una investigación experimental en la cual, si se ponía a un perro en una situación en la cual no era capaz de tener ningún grado de control sobre su ambiente, y, habiéndosele expuesto a reiterados estímulos negativos, ese animal entraba a lo que se denomina una experiencia de “desamparo aprendido”, de este modo el perro ya no ofrecía resistencia y se volvía totalmente pasivo (al punto de adoptar una actitud de tenderse en la parrilla, en donde estaba siendo estimulado negativamente a través de shocks eléctricos).

Lo que propone Seligman, por tanto, es que un organismo o un sistema vivo, toda vez que esté sometido a una situación de incontabilidad de su ambiente, ese sistema va a experimentar “el desamparo” en términos de aprendizaje. Pero lo que sucede es que, a diferencia del perro o cualquier animal, el ser humano tiene la capacidad de darse explicaciones y de hacer “atribuciones”; de este modo la persona va a hacer atribuciones en el sentido de que ella no tiene control sobre los estímulos negativos que está viviendo, y entonces, a causa de esa atribución, a la persona le sobreviene la depresión. En suma, Seligman postula el desamparo como una conducta aprendida, acuñando el término “desamparo aprendido”; así, la depresión viene a ser el producto de una experiencia de desamparo.

Tomando en cuenta estos estudios, Beck plantea que, al producirse una experiencia emocional y conductual de desamparo, *al mismo tiempo* se está verificando un descenso en las catecolaminas. En otras palabras, lo que postula Beck -a través del experimento de Seligman- es que, estar en una situación de desamparo y, al mismo tiempo, experimentar un descenso en las catecolaminas, vendría a ser como las dos caras de la misma moneda, no pudiendo existir un evento sin el otro. O también, no puede haber una experiencia de desamparo sin que al mismo tiempo no exista una situación bioquímica, que a la vez vaya modulando la experiencia de desamparo. Esto quiere decir, según Beck, que no es adecuado hablar de depresiones endógenas y depresiones reactivas, ya que son dos aspectos de lo mismo: siempre una depresión va a tener, como dos caras de la misma moneda, una reacción bioquímica.

Así pues, se creía que había quedado zanjado el problema, en cuanto a que la depresión no es una enfermedad; “pues con esto se tenía una fuerte evidencia, señalada por uno de los investigadores más autorizados en depresión, de que este problema está resuelto”.

Pero, no ha ocurrido así; puesto que, se ha continuado creyendo que la depresión es una enfermedad.

Incluso más: se mantiene la idea de que el origen de la depresión no puede ser sino bioquímico o genético; pero sin tener evidencias concluyentes de que eso sea así. Los defensores de esta teoría dicen que no sólo la depresión tiene un origen bioquímico y genético, sino que también tienen el mismo origen: la esquizofrenia, la psicosis, los trastornos bipolares, los trastornos de pánico, las obsesiones...Y en general se empieza a considerar que toda la gama de trastornos mentales presenta este origen bioquímico y genético. Pero se mantiene esta idea sin que existan datos concluyentes, sin que se haya validado científicamente que estos trastornos psicológicos obedezcan a este origen.

El problema se empieza a tornar bastante serio. Porque se habla de “enfermedades” mentales, cuál va a ser entonces la consecuencia del tratamiento: ¿los medicamentos? El fenómeno que se empieza a verificar acá, por tanto, va a consistir en un gran desarrollo de la industria farmacéutica, en términos de crear nuevos medicamentos, especificados para tratar los más diversos síntomas. No obstante, lo interesante de señalar aquí también es que, el origen de todos estos medicamentos, así los antidepresivos, los neurolépticos, etc., no ha sido el resultado de una investigación sistemática, sino que estos medicamentos han sido encontrados solamente por azar. Por ej., uno de los primeros medicamentos antidepresivos que se descubrieron fue la imipramina, que se descubrió por azar sus efectos para reducir los síntomas de la depresión, y de ahí en adelante la imipramina se identificó como un antidepresivo.

Así, por tanto, la hipótesis a desarrollar en esta crítica se orienta a que no existe evidencia alguna en cuanto a que, ni la depresión, ni las supuestas “enfermedades mentales” (descritas en el DSM-IV, de la Clasificación Psiquiátrica Norteamericana) sean precisamente “enfermedades”. En consonancia con esto, una investigadora británica, la Dra. MaryBoyle, se hace la siguiente pregunta, que tituló “Todo es hecho con humo y espejos. O cómo crear la ilusión de que la esquizofrenia es una enfermedad del cerebro” –con la esquizofrenia ocurriría lo mismo, en el sentido de ser también considerada una enfermedad-. Cito: “Uno de los aspectos que más intriga en la literatura sobre la esquizofrenia, es la discrepancia que existe entre el poder de la creencia de que la esquizofrenia es una enfermedad del cerebro y la disponibilidad de evidencia directa que la sostenga, incluso entre aquellos que aceptan que no hay datos que sostengan que la esquizofrenia es una enfermedad del cerebro”, “¿A través de qué métodos se manifiesta el concepto de depresión o esquizofrenia para mostrarla como enfermedad del cerebro, de tal modo que la falta de evidencia es desvalorizada o, sencillamente, no tomada en cuenta”.

Entonces, qué es lo que ocurre, según la autora: Los psiquiatras, que son profesionales que tienen -en su gran mayoría- la noción de que todos estos trastornos son de origen cerebral, genético o bioquímico, de algún modo no toman en cuenta las evidencias. Es un planteamiento muy interesante; algo pasa ahí, que se tiene que explicar. Puesto que, como se puede apreciar, todo esto está teniendo grandes consecuencias, si se extiende la creencia de que todas estas enfermedades se van a solucionar con medicamentos, algunos de los cuales producen –por lo demás- efectos secundarios bastante severos, sobre todo los neurolépticos, con los cuales se trata la psicosis.

Hay un autor, llamado Richard Bentall, quien escribió el libro “La Locura Explicada”, o también, “Culpando al Cuerpo” –como él le puso-. El argumenta así: “El entendimiento actual de la esquizofrenia y de otra de las enfermedades mentales severas, la depresión, es fatalmente errónea.

Muchos de los enfoques contemporáneos al problema de la enfermedad mental, sugieren que, aunque la psiquiatría se viste con la apariencia del rigor científico, tiene más en común con la astrología que con la ciencia”. Y entonces este autor propone “un cambio radical en la manera de pensar acerca de las experiencias de las enfermedades psicóticas. Una perspectiva en que se debe abandonar el diagnóstico psiquiátrico y, al mismo tiempo, tratar de explicar y comprender la experiencia y conducta de los

enfermos mentales”.

Además, Bentall piensa que, para comprender el origen de este malentendido hay que remontarse a Kraepelin, (fundador de la Clasificación Psiquiátrica). El clasifica, a principios de siglo veinte, como resultado de todo el entendimiento que había en el siglo diecinueve, dos amplias categorías de enfermedades psiquiátricas: a) la demencia precoz, y b) la psicosis maníaco-depresiva. Y postula, por primera vez, que estos trastornos son causados por enfermedades del cerebro. Ahora, la clasificación de Kraepelin es la base del DSM-III, que constituye la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Norteamericana más importante e influyente en la actualidad. Además fue la que produjo un cambio notable, y muy importante, entre la clasificación del DSM-III y la clasificación del DSM-II; todo lo que ocurre después simplemente son revisiones de esta clasificación de la psiquiatría norteamericana.

Ahora bien, el DSM-I como clasificación psiquiátrica aparece en la década de los cincuenta, cuya orientación fue totalmente psicoanalítica, corriente que dominaba en la psiquiatría en Estados Unidos. Luego aparece el DSM-II, que sigue siendo psicoanalítica, pero se ampliaron los cuadros que aparecen en esta clasificación. No obstante, con el DSM-III se puede reconocer un cambio sustancial, por cuanto aquí se percibe la influencia de lo que se denomina “la psiquiatría biológica”. Es decir, cambia el enfoque en psiquiatría, desde una orientación psicoanalítica a una orientación biológica. ¿Cómo se explica este cambio? ; por dos razones: (1) El psicoanálisis estaba fracasando notoriamente en términos de tratamiento. Y (2) los psicoanalistas se estaban alejando mucho de lo que se consideraba el modelo médico. Lo que percibían los psiquiatras norteamericanos, entonces, era un fenómeno de separación paulatina con respecto a la medicina; factor muy importante para ellos, pues los psiquiatras naturalmente se han sentido mucho más cercanos a la medicina que a la psicología o a la psicoterapia.

Por su parte, AlvinPam, autor del libro: “Pseudociencia en Psiquiatría Biológica”, hace responsable de este error –de considerar a los trastornos psicológicos como enfermedades mentales- a la psiquiatría biológica. Así, él define a la psiquiatría biológica como “una disciplina dedicada a la investigación de los determinantes constitucionales de desórdenes psicológicos, con el objetivo de planificar las medidas preventivas y terapéuticas correspondientes para todo lo que pueda ser nocivo para el organismo. Esta tarea se lleva adelante usando el método científico, lo cual incluye: la investigación empírica, el análisis estadístico y la lógica inferencial formal”; “Por ejemplo –señala Pam-, el campo de la psicofarmacología ha sido riguroso en las pruebas de nuevas drogas, sin embargo Breggin sostiene que “el mal uso de los medicamentos, con sus efectos colaterales, hace posible llamar a esta psiquiatría (que aplica los medicamentos) “psiquiatría tóxica”. Asimismo, Breggin propone que, se debe abrir un debate sobre el estudio de los efectos colaterales o los efectos secundarios de los medicamentos”. Pam señala que la psiquiatría biológica (no la psiquiatría en general, sino, definitivamente, la psiquiatría biológica) “es una pseudociencia que se ha hecho dominante en la psiquiatría norteamericana...”, “...Y que representa una biología reduccionista que distorsiona y tergiversa sus investigaciones”.

Vale decir, esta posición es coherente con la pregunta que se hacía Mary Boyle, en el sentido de por qué, sin haber evidencias, se sigue pensando que los trastornos mentales son enfermedades. En esta misma dirección, Pam piensa que “las variables somáticas son los factores preponderantes en la biología de la conducta anormal; y, de acuerdo a sus principios, el individuo anormal debe sufrir de algún defecto protoplasmático o una predisposición constitucional de la enfermedad mental”. También, Pam acusa “la falta de evidencia para señalar exactamente qué defectos genéticos o bioquímicos están involucrados en los desórdenes psiquiátricos, como en la depresión y en la totalidad de los trastornos mentales”. Como se ve, la psiquiatría biológica no ha logrado definir con exactitud cuáles serían esos mecanismos.

Ahora, si bien Bentall es psicólogo clínico, Pam es psiquiatra, lo cual indica que esta problemática está

surgiendo al interior de la psiquiatría. Para este autor, la psiquiatría biológica no puede cumplir cabalmente su misión debido a que, en su estado actual, no tiene sustancia como disciplina científica, y esto por dos razones que prueba en uno de los artículos de su libro, “La Psiquiatría Biológica: ¿Ciencia o Pseudociencia?” En la primera, dice que “la metodología de la psiquiatría biológica es suficientemente defectuosa como para dudar del peso de sus hallazgos”. Y en la otra, dice que “en un enfoque de la psicopatología basado en el determinismo biológico, introduce un sesgo ideológico que modela selectivamente la investigación que se hace”. Asimismo, para Pam “una aproximación a la psicopatología basada en el pensamiento reduccionista inevitablemente conduce a que la investigación será influenciada por estos sesgos implícitos, lo que va a generar una metodología experimental expresamente manipulada para enfatizar el rol crucial de las variables somáticas, con el resultado de datos usados circularmente para validar una teoría reduccionista”. Se tendría, por tanto, una excelente respuesta a la pregunta que se hacía Mary Boyle.

Otro de los artículos interesantes que componen el libro de Pam, es éste: “Crítica a la metodología de la psiquiatría biológica”. Y la crítica de la siguiente forma: Pam sostiene que, para que haya una buena metodología de investigación psiquiátrica, se debe adoptar la clasificación de método e investigación de Akiskal y Web, en la interface entre biología y psicología; de tal manera que, según el autor, se tiene que ver claramente cuál es la relación que hay entre biología y psicología, de acuerdo a la siguiente metodología:

- a) Estudio de la ascendencia –es decir, la genética-.
- b) Estudios de las respuestas farmacológicas.
- c) Hallazgos neurofisiológicos y neuropsicológicos.
- d) Y correlatos bioquímicos de las emociones.

En las cuatro áreas, el pasado y presente de la investigación ha establecido frecuentemente que, o las conclusiones a que se ha llegado son dudosas, o bien que, no ha habido ninguna evidencia concluyente en relación con la existencia de factores biológicos dominantes a la base de los trastornos psicológicos. Por ello, se comprenderá que la ciencia no funciona con evidencias dudosas, o con pseudoevidencias, sino la ciencia funciona con evidencias concluyentes. Pam señala, también, que “tampoco la psiquiatría biológica en sus investigaciones satisface los estándares de calidad científica”. En otras palabras: ninguna de estas metodologías, cuando son aplicadas desde la psiquiatría biológica, satisface los estándares de calidad científica. Otro de los artículos de Pam se denomina “Errores lógicos en la psiquiatría biológica”. Los más significativos son los siguientes:

- **“Si viene de la familia, entonces debe ser genético”**. Esto pasa cuando un psiquiatra llega a la conclusión de que la depresión es endógena. Puesto que, si el papá tuvo depresión y, también el abuelo, entonces este paciente sufre de una depresión endógena. Esto es absolutamente aceptado, casi como un dogma. Así, basta con que uno de los miembros de la familia tenga depresión, para que inmediatamente al paciente se le diagnostique el mismo trastorno. Lo mismo con respecto a la psicosis.
- **“Si responde a la medicamentación, debe tener causa biológica”**. Ello es también bastante común. Es decir, si este tratamiento que se hace con antidepresivos resulta, quiere decir que el origen de la depresión de esta persona es biológico. Del mismo modo, se puede tratar los ataques de pánico con imipramina, si se tiene éxito, se infiere que el origen de los ataques de pánico es biológico. Y lo mismo si se extinguen los delirios con un neuroleptico, se tiene que concluir el mismo origen, etc.
- **“Las pruebas de laboratorio pueden mejorar la seguridad del diagnóstico psiquiátrico”**. Esto

está muy relacionado, por ejemplo, con el gran desarrollo que han tenido las imágenes cerebrales.

- **“El rol del psiquiatra es tratar enfermedades biológicas”**
- **“La base genética de la esquizofrenia está científicamente establecida”.**
- **“La depresión está basada en un déficit biológico, probablemente como la serotonina o la función adrenolérgica”.**
- **“El placebo es un artefacto y, por ende, no de interés intrínseco”.**

Ahora, se pueden tomar algunos de estos planteamientos e investigar en dónde están los errores lógicos. Por ej., si se toma “el patrón de transmisión familiar”, es decir si hay algún miembro de la familia que tiene una depresión, significaría que la depresión que sufre la persona es genética. Aquí el error lógico radica en que, si una persona está en una posición contraria a la psiquiatría biológica, siendo incluso hostil a ésta, puede perfectamente llegar a postular lo contrario.

Así, puede decir que, si se encuentran antecedentes en la familia, implicaría que ese problema es “aprendido” ¿Por qué no? O sea, la persona que tiene una visión más bien deduccionalista -que también hay en la psiquiatría biológica-, podría entender que el trastorno depresivo fue consecuencia de un aprendizaje.

También se puede detectar un error lógico por *inversión*. Si no hay antecedentes genéticos o de transmisión familiar, o sea si una persona tiene depresión y no se encuentra entre los ascendientes a alguien que haya experimentado depresión, quiere decir entonces que el problema no es genético. Y lo mismo se podría decir con respecto a que, si el asunto no es genético, significaría que esto es aprendido, que es producto de las interacciones de esa persona con el medio. O, también, alguien podría decir que el problema es una consecuencia de ambos factores.

Como se observa, los errores lógicos se hacen manifiestos. Y se puede agregar que ahora, de acuerdo a los estudios de “transmisión inter-generacional”, se ha observado que las conductas de interacción con los otros son conductas muy complejas que provienen de las interacciones que se tienen con las “figuras de *attachment* o de vinculamiento” –como se le llama-, y, por tanto, lo que se transmite como una tendencia a repetir son los modos de relacionarse que se han tenido con las figuras de vinculamiento.

Así, esto echa por tierra todo el planteamiento de que las conductas de este tipo son genéticas. Por ejemplo, esto se ve muy claramente en los niños abusados; puesto que, ellos después como adultos tienden a transformarse en padres abusadores, repitiéndose posteriormente estas mismas conductas; incluso se ha llegado a investigar hasta cuatro generaciones, comprobándose que en todas ellas se tiende a repetir este patrón de abuso, en orden a que son formas de interacción que tiene el niño con sus padres y viceversa.

Vale decir, tampoco serían conductas aprendidas, sino que son modos muy complejos que tienen los seres humanos de funcionar y de interactuar con aquellas figuras significativas con las que se relacionan.

Por último, esto que les acabo de mencionar, y que he criticado desde el punto de vista lógico, ha sido una temática que en la práctica ha sido tratada como un dogma por la psiquiatría biológica.

Otro punto es el siguiente error lógico: “Si el tratamiento responde a la medicamentación, entonces tiene causas biológicas”; o bien, si responde a la medicamentación, el tratamiento tiene que ser precisamente ese. O sea, cuando alguien tiene un ataque de pánico, cualquier observador puede percibir que lo que está sufriendo la persona en ese momento es un ataque de pánico, vale decir es una situación bastante bien definida.

Pero, qué es lo que puede ocurrir aquí; los ataques de pánico se pueden inducir fácilmente: se pueden provocar en la consulta, se pueden inducir en un ambiente de laboratorio, en fin; y, en el mismo momento, se pueden bloquear. Ahora, esto se puede hacer de varias maneras: bloquear con un medicamento, como sería por imipramina; pero perfectamente bien se puede bloquear con terapia cognitiva. En suma, se puede inducir en la consulta un ataque de pánico y, al mismo tiempo, bloquearlo con terapia cognitiva. ¿Qué significa esto? ¿Es efectivo entonces que, si se bloquea un ataque de pánico con un medicamento, se tiene que llegar a la conclusión de que obedezca a un origen biológico? ¿Es esta una explicación válida, siendo que se puede bloquear con terapia cognitiva sin usar ningún medicamento, y siendo que se puede inducir todas las veces que se quiera y, al mismo tiempo, bloquearlo también? Y lo mismo se puede decir de otro tipo de trastornos, incluyendo la depresión.

Otro suceso que pasa con la psiquiatría biológica, como un error lógico, es lo que ellos también postulan, que *las enfermedades más serias que tienen los seres humanos son de origen biológico* (así, la esquizofrenia, la psicosis, la psicosis maníaco depresiva o el trastorno bipolar), *locual significa que son del campo de la medicina, y, por tanto, pertenecen absolutamente al campo de la psiquiatría.*, (y esto hace que al nivel de equipo de salud mental, exista una diferenciación muy grande entre el psiquiatra y el psicólogo). Es como decir “nosotros tenemos un status de médicos y, por tanto, tratamos enfermedades biológicas, a las cuales ustedes, por formación, no pueden tener acceso”. O bien, “ustedes no se preocupen de enfermedades tan serias, ya que ustedes tienen que ocuparse de enfermedades que no son biológicas, y esas...ustedes las toman no más; pero a nosotros sí que nos corresponde ocuparnos de las enfermedades importantes”. Así pues, esta postura marca inmediatamente la diferencia con el psicólogo.

Es decir que, del punto de vista de la relación del equipo, el psiquiatra mantiene un status superior, y el psicólogo aparece como un profesional de rango inferior.

Por ejemplo en Estados Unidos; los que hacen terapia en ese país no son sólo los psicólogos, sino también son enfermeras que se han preparado para hacer terapia, y, lo mismo, las asistentes sociales. Así, pues, en la estructura del equipo, el psiquiatra es el que tiene el status superior, y al psicólogo, o a la enfermera, o a la asistente social, se les otorga un nivel casi de paramédico; esto hace, por lo demás, que se esté siempre marcando la diferencia entre el psicólogo y el psiquiatra. En estos casos, los más perjudicados con todo esto son los pacientes.

Ahora bien, se puede decir claramente, que esta instancia de poder ver ahora que todos estos trastornos descritos no constituyen enfermedades, se abre entonces un amplio campo para que sean tratados con psicoterapia. Vale decir, el rol que va a tener el psicólogo en el futuro, en el tratamiento de los trastornos psicológicos, va a ser muy significativo, siempre y cuando este modelo de psiquiatría biológica ceda un poquito el campo de acción.

Otro tema importante es *la crisis de la clasificación psiquiátrica*; para esto hay que referirse al DSM-III. Al DSM-III lo tomaron los psiquiatras biológicos, dándole un desarrollo a la clasificación. Pero esta clasificación, que pretendía ser plenamente científica, no obstante seguía siendo influida tanto por Kraepelin como por los neo-kraepelinianos, que también intervinieron en el DSM-III. Vale decir, ellos siguen asumiendo estos postulados. Incluso un autor, de nombre Klerman, publicó un manifiesto en el que postula que los trastornos mentales son enfermedades, y, por consiguiente, tienen que ser tratados como enfermedades; habiendo –según él– una diferencia tajante entre lo que es una enfermedad mental y lo que es una persona normal.

Pues bien, una vez que se construye todo esto, pasa Bentall a señalar que esto pertenece ya a “la industrialización de la psiquiatría”; o sea, la psiquiatría deviene en una industria con jugosas ganancias

económicas. Dice este autor: “El DSM-III empieza a ser muy influido por problemas de tipo político y económico...”; ahora, no hay que olvidar que el DSM-III salió publicado en el año 1980.

A qué viene esto, que tiene relación con la validez científica de la Clasificación Psiquiátrica Norteamericana. Porque resulta que en el DSM-II aparecía la homosexualidad como un trastorno psiquiátrico, es decir como una enfermedad mental. Pero sin embargo ésta no aparece en el DSM-III. ¿Qué ocurrió? Lo siguiente: que, antes que se editara, o sea en los años previos a 1980, desde el punto de vista político habían grandes problemas con el mundo “gay”, que era un movimiento en expansión; y este movimiento empezó a influir en las personas que estaban redactando o editando el DSM-III, a fin de que la homosexualidad la sacaran de la lista de enfermedades mentales; de lo contrario, se iban a ver en serios problemas con el movimiento gay. Se puede decir, entonces, no fue por razones propiamente científicas sino políticas, que la homosexualidad fue excluida del DSM-III.

Desde el punto de vista económico, se produce un notorio aumento de la cantidad de enfermedades mentales en el DSM-III; es decir aumenta muchísimo la categoría de enfermedades mentales. Esto hizo posible también que, cuando se editó el DSM-III, se convirtió en un best-seller. De tal modo que, cuando se editó la primera edición, en el año 1980, la APA (Asociación Psiquiátrica Norteamericana) se embolsó casi diez millones de dólares. Después se fueron agregando muchas ediciones, incluyendo ediciones que enseñaban a diagnosticar con el DSM-III.

Otro aspecto que está relacionado también con el tema económico se refiere a que, no se acepta para ninguna investigación científica, incluyendo la psicoterapia y los tratamientos psiquiátricos, si no se tiene la clasificación de la APA.

Además, ninguna Aseguradora en Estados Unidos reembolsa el seguro de salud si no va acompañado, en este caso, del DSM-IV. Así, los usuarios del sistema están obligados a cumplir con la Clasificación Psiquiátrica Norteamericana.

Otro tema relacionado es la industria farmacéutica (en Estados Unidos es una entidad poderosísima). Se dice por ejemplo que, en uno de los años 90, el “prozac” le reportó en ingresos al laboratorio, en un año, más que el producto interno bruto, en ese mismo año, que varios países latinoamericanos. Esas son las cantidades de dinero que se están manejando con esto que se llama “la industrialización de la psiquiatría” o más modernamente la globalización de la psiquiatría.

De todo esto se puede inferir que, lo que ocurre con la psiquiatría biológica es que aún está adherida a paradigmas empiristas o racionalistas, y, por ende, obsoletos. Pues los psiquiatras biológicos solamente aceptan que cada nuevo hallazgo sea evaluado sólo por ellos mismos, no dejan posibilidad alguna de que sus propios hallazgos puedan ser contrastados o enriquecidos con otras disciplinas u otras metodologías. Todo ello hace que se mantenga como una ciencia adherida a paradigmas “añejos”.

¿Cómo explicarse esto? Si se relaciona al enfoque de Kuhn, que dice que lo que ocurre en una ciencia normal es que de pronto, repentinamente, cambia su paradigma, pero sin que se tenga cabal conciencia de ello en ese momento. Es decir, las personas no son conscientes de esto, sino que empiezan a buscar otras formas de explicación, empiezan a mirar hacia otras disciplinas, y de esta manera se va incrementando el conocimiento, hasta que se llega a un punto en que esta información crítica tiene que ser procesada de otra manera. Y esto es lo que no ha ocurrido en la psiquiatría biológica.

En este sentido también se tiene la explicación de Pam para este aspecto, en que él diría lo siguiente (acuñando un término); que así como hay cambios de paradigma en una ciencia normal, en una pseudociencia normal nunca se va a producir ese cambio de paradigma. Y esto es lo que ocurre también con el psicoanálisis; también esta disciplina se mantiene hasta este momento como un dogma, ya que

nunca se contrasta con otras teorías.

Por su parte, Karl Popper señala que el avance científico funciona con las teorías científicas que son más explicativas. Siempre, la teoría científica que prevalece es la que presenta una mayor potencia explicativa. Las teorías científicas funcionan al modo de la teoría de Darwin, pues la garantía de supervivencia de una teoría es su potencia explicativa. Y, por supuesto, esta teoría de que los trastornos mentales son de origen biológico no tiene ninguna fuerza explicativa, como se ha demostrado acá. Pero como los psiquiatras biológicos no se han abierto al debate, ellos se están quedando cada vez más encerrados en sus paradigmas.

Finalmente, se puede decir que, esto de tratar a las personas como si fueran enfermas, tiene consecuencias sociales muy importantes.

Anexo nº 2

- ▶ Organigrama del Ministerio de Salud de El Salvador (MINSAL)

Anexo nº 3

- ▶ Requisitos para acceder a los siguientes hospitales: Hospital Nacional Especializado Rosales y Hospital Nacional Especializado de Maternidad “Dr. Raúl Argüello Escolán”.
- ▶ Constancia de las UCSF de Panchimalco, Planes de Renderos y Rosario de Mora.

REQUISITOS QUE SOLICITA EL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL DE MATERNIDAD

Requisitos para Protocolo de Investigación

1. 6 copias de protocolo.
2. Una carta del solicitante principal del protocolo dirigida a los responsables del comité de investigación, con copia a la UFP del Hospital.
3. El protocolo debe de estar en formato de pauta internacional aceptable, por ejemplo: de la OMS o la pauta del MINSAL.
4. Protocolo completo con anexos: instrumentos de investigación, el consentimiento informado y asentimiento.

La hoja de vida del investigador principal, una pagina, y de los colaboradores en la investigación.

REQUISITOS QUE SOLICITA EL HOSPITAL NACIONAL ROSALES

Para poder aplicar los instrumentos de investigación en el Hospital Nacional Rosales, se necesitaba contar con la aprobación de la Dirección. Este paso si se llevo a cabo, después de 3 semanas de espera.

Después se necesitaba a aprobación de las siguientes unidades: Unidad de Investigación del Hospital Nacional Rosales y de la Unidad de Desarrollo Profesional del Hospital Nacional Rosales. Para lo cual, se debía presentar un proyecto de investigación en cada unidad, para ser aprobados.

Anexo nº 4

- ▶ Constancias de Validación de los Instrumentos de Investigación.

Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología
Presente

Yo: José Angel Meléndez Sánchez con la profesión de Licenciado/a en Psicología, que me encuentro actualmente laborando en Universidad de El Salvador Hago constar por este medio que he participado y he realizado las observaciones pertinentes al caso, como juez/a en la validación de los instrumentos de recolección de datos que serán utilizados en el trabajo de graduación denominado: **"SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DESARROLLADA POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL SALVADOR"**, el cual esta siendo elaborado por las alumnas Amira Elena Guzmán Molina (con número de carnet GMO8030) y Elisa Marielos de Jesús Romero Muñoz (con número de carnet RM07009), estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de El Salvador.

Los instrumentos que se sometieron a revisión son los siguientes:

1. Encuesta dirigida a los funcionarios encargados de la Salud Mental en la Salud Pública.
2. Encuesta dirigida a los profesionales que laboran en el área de Salud Mental por parte del MINSAL
3. Encuesta dirigida a los usuarios de los servicios de Salud Mental que brinda el MINSAL

La presente se extiende a petición del interesado a los 26 días del mes de mayo del año 2013.

F: _____



Firma y sello del/a juez/a participante

Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología
Presente

Yo: Francisco Danilo Reyes con la profesión de Licenciado/a en Psicología, que me encuentro actualmente laborando en Psicólogo ARCE ISSS

Hago constar por este medio que he participado y he realizado las observaciones pertinentes al caso, como juez/a en la validación de los instrumentos de recolección de datos que serán utilizados en el trabajo de graduación denominado: "SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DESARROLLADA POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL SALVADOR", el cual está siendo elaborado por las alumnas Amira Elena Guzmán Molina (con número de carnet GMO8030) y Elisa Marielos de Jesús Romero Muñoz (con número de carnet RM07009), estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de El Salvador.

Los instrumentos que se sometieron a revisión son los siguientes:

1. Encuesta dirigida a los funcionarios encargados de la Salud Mental en la Salud Pública.
2. Encuesta dirigida a los profesionales que laboran en el área de Salud Mental por parte del MINSAL
3. Encuesta dirigida a los usuarios de los servicios de Salud Mental que brinda el MINSAL

La presente se extiende a petición del interesado a los 20 días del mes de junio del año 2013.

F: 



Firma y sello del/a juez/a participante

Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología
Presente

Yo: Vilma Dorys Alvaro de García con la profesión de Licenciado/a en Psicología, que me encuentro actualmente laborando en Hosp. Nac. General de Ilobasco
Hago constar por este medio que he participado y he realizado las observaciones pertinentes al caso, como juez/a en la validación de los instrumentos de recolección de datos que serán utilizados en el trabajo de graduación denominado: **"SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DESARROLLADA POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL SALVADOR"**, el cual esta siendo elaborado por las alumnas Amira Elena Guzmán Molina (con número de carnet GMO8030) y Elisa Marielos de Jesús Romero Muñoz (con número de carnet RM07009), estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de El Salvador.

Los instrumentos que se sometieron a revisión son los siguientes:

1. Encuesta dirigida a los funcionarios encargados de la Salud Mental en la Salud Pública.
2. Encuesta dirigida a los profesionales que laboran en el área de Salud Mental por parte del MINSAL
3. Encuesta dirigida a los usuarios de los servicios de Salud Mental que brinda el MINSAL

La presente se extiende a petición del interesado a los 19 días del mes de junio del año 2013.

F:  

Firma y sello del/a juez/a participante

Universidad de El Salvador
Facultad de Ciencias y Humanidades
Departamento de Psicología
Presente

Yo: Maria Elizabeth Salazar de Jule con la profesión de Licenciado/a en Psicología, que me encuentro actualmente laborando en Hospital Apical Resales Hago constar por este medio que he participado y he realizado las observaciones pertinentes al caso, como juez/a en la validación de los instrumentos de recolección de datos que serán utilizados en el trabajo de graduación denominado: "SITUACIÓN DE LA SALUD MENTAL DESARROLLADA POR EL MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL SALVADOR", el cual esta siendo elaborado por las alumnas Amira Elena Guzmán Molina (con número de carnet GMO8030) y Elisa Marielos de Jesús Romero Muñoz (con número de carnet RM07009), estudiantes de la carrera de Psicología de la Universidad de El Salvador.

Los instrumentos que se sometieron a revisión son los siguientes:

1. Encuesta dirigida a los funcionarios encargados de la Salud Mental en la Salud Pública.
2. Encuesta dirigida a los profesionales que laboran en el área de Salud Mental por parte del MINSAL
3. Encuesta dirigida a los usuarios de los servicios de Salud Mental que brinda el MINSAL

La presente se extiende a petición del interesado a los ___ días del mes de junio del año 2013.

F: MEX Salazar



Firma y sello del/a juez/a participante

Anexo nº 5

- ▶ Instrumento nº 1: Dirigido a Funcionarios encargados de la Salud Mental en la Salud Pública.
- ▶ Instrumento nº 2: Dirigido a Profesionales que laboran en el área de Salud Mental por parte del MINSAL.
- ▶ Instrumento nº 3: Dirigido a Usuarios de los servicios de Salud Mental, que brinda el MINSAL.



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

Instrumento de Investigación n° I

Dirigido a: Funcionarios encargados de la Salud Mental en la Salud Pública

Objetivos:

- ψ Indagar acerca de la fundamentación jurídica, científica y técnica que respalda el trabajo de la Salud Mental implementada por parte del MINSAL.
- ψ Identificar las estrategias y metodología de trabajo realizada por el MINSAL en área de Salud Mental.

Instrucciones:

- ψ A continuación encontrará una serie de preguntas que se han dividido en 2 grupos: 1) Datos generales y 2) Ítems. En la sección de datos generales conteste con su información personal correspondiente.
- ψ En la sección de ítems encontrará una serie de preguntas, que varían en la forma de respuesta. En las preguntas de opción múltiple marque con una "X" dentro del recuadro en la opción que considere más conveniente.
- ψ En las preguntas de respuesta abierta, conteste de forma concisa el dato que se solicita.
- ψ No hay respuestas buenas ni malas, todas son válidas para indagar la información que se solicita. De antemano muchas gracias por su tiempo y colaboración.

I) Datos Generales

Nombre: _____ Edad: _____

Sexo: _____ Profesión: _____

Lugar de trabajo: _____ Tiempo de ejercer la profesión: _____

El trabajo del MINSAL a los servicios relacionados con la salud mental

II) Ítems

a) ¿Cuál fue el papel del Sistema de Salud Pública del país al finalizar el Conflicto Armado (1980-1992) hacia el área de Salud Mental?

Acertado Poco acertado No acertado

Explique su respuesta: _____

b) ¿Cuál es el grado de prioridad que el Sistema de Salud Pública le ha dado al área de Salud Mental a lo largo de la historia?

Prioridad Nula Poca Prioridad Mucha Prioridad

¿Cuál ha sido la causa?: _____

- c) ¿Cómo se calificaría el trabajo actual que esta realizando el MINSAL en el área de Salud Mental?
- Excelente Muy Bueno Bueno Regular Necesita Mejorar

Explique su respuesta: _____

- d) ¿Cuáles son las áreas educativas más importantes para capacitar a los profesionales encargados de brindar los servicios de Salud Mental?

Marco jurídico

- e) ¿Por qué hasta la fecha no se ha creado una Ley de Salud Mental que ampare el trabajo que se esta realizando?

- f) ¿Qué beneficio se espera obtener con la creación de la nueva Ley de Salud Mental?

- g) Según porcentajes estimados ¿Cuánto del Plan de Implementación de la Política Nacional de Salud Mental se ha logrado realizar hasta la fecha?

Entre 10 y 20% Entre 30 y 40% Entre 50 y 60% Entre 70 y 80% Entre 90 y 100%

- h) ¿Cuáles han sido las estrategias del Plan de Implementación de la Política Nacional de Salud Mental que han tenido un mayor desarrollo?

- E. 1: Fortalecer la rectoría y gestión social del Ministerio de Salud en el campo de la Salud Mental.
- E. 2: Favorecer el abordaje sinérgico intra e intersectorial de las determinantes sociales de la SM.
- E. 3: Desarrollar un sistema de información integrado y funcionando en el SNS para la toma de decisiones.
- E. 4: Fortalecer la provisión integrada e integral de la Salud Mental.
- E. 5: Promover la investigación científica en salud mental.
- E.6: Gestionar y fortalecer al recurso humano de las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud y otros proveedores de servicios de SM.
- E. 7: Salud Mental fortalecida con la Participación Social.

i) ¿Quiénes han sido los profesionales que han tenido mayor influencia en la creación de los documentos relacionados a la Salud Mental, como la política, los planes y las normas?

Médicos Psiquiatras Médicos con otras especialidades Psicólogos/as Otros

Explique su respuesta: _____

Servicios en salud mental

j) ¿Cómo está distribuida la parte del presupuesto destinado a la Salud que se le otorga al área de Salud Mental?

k) ¿Cuál es la cantidad de profesionales que brindan servicios de salud mental contratados por el MINSAL?

Nº de Psicólogos/as: _____ Nº de médicos psiquiatras: _____ Otros (*): _____

(*)Especifique: _____

-¿Es suficiente o insuficiente la cantidad de profesionales para atender la demanda presentada?

-En caso de ser una cantidad insuficiente, ¿A que se debe que no existan más contrataciones, habiendo la necesidad?

l) ¿En qué nivel de atención en salud se han realizado mayores trabajos en Salud Mental (a lo largo de la historia, no solo actualmente)?

1º Nivel de atención 2º Nivel de atención 3º Nivel de atención

Explique su respuesta: _____

m) ¿Qué nivel de prevención se ha trabajado más en el país en cuanto a la Salud Mental?

- 1° nivel: evitando el problema antes de que aparezca
- 2° nivel: detectar el problema de forma precoz
- 3° nivel: tratar el problema cuando ya esta presente y desarrollado

Explique su respuesta: _____

n) ¿Cuáles son los diagnósticos presentados con mayor frecuencia relacionados a la falta de Salud Mental?

o) Con todo el trabajo realizado hasta la fecha en cuanto al área de Salud Mental ¿Cómo se podrían calificar los resultados?

- Resultados totalmente satisfactorios
- Resultados satisfactorias en algunas áreas
- Resultados no satisfactorios

Explique su respuesta: _____

p) ¿Cómo se podría calificar la respuesta de los usuarios ante los trabajos realizados por el MINSAL para promover la Salud Mental?

- Hay aceptación y colaboración adecuada por parte de los usuarios
- Existe una aceptación limitada sólo por una parte de los usuarios
- No existe la aceptación que se esperaba

Explique su respuesta: _____

q) ¿Cuáles han sido las mayores dificultades a las que se ha enfrentado el MINSAL para el crecimiento del área de la Salud Mental?

Metodología de trabajo

r) ¿Cuáles son las funciones asignadas por el MINSAL para que los médicos psiquiatras realicen en el área de Salud Mental?

s) ¿Cuáles son las funciones asignadas por el MINSAL para que los psicólogos/as realicen en el área de Salud Mental?

t) ¿Cuáles son las funciones asignadas por el MINSAL para que las enfermeras y otros profesionales realicen en el área de Salud Mental?

u) ¿Qué grado de importancia tienen los psicofármacos en el trabajo desarrollado referente a la Salud Mental?

Poca importancia Mucha importancia

Explique su respuesta: _____



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

Instrumento de Investigación n° 2

Dirigido a: Profesionales que laboran en el área de Salud Mental por parte del MINSAL

Objetivos:

- ψ Indagar acerca de la fundamentación jurídica, científica y técnica que respalda el trabajo de la Salud Mental implementada por parte del MINSAL.
- ψ Identificar las estrategias y metodología de trabajo realizada por el MINSAL en área de Salud Mental.

Instrucciones:

- ψ A continuación encontrará una serie de preguntas que se han dividido en 4 grupos: I) Datos generales, II) Ítems específicos (Psicólogos/as), III) Ítems específicos (médicos psiquiatras) y IV) Ítems específicos (otras profesiones). En la sección de datos generales conteste con su información personal correspondiente.
- ψ En la sección de ítems encontrará una serie de preguntas, que varían en la forma de respuesta.
- ψ En las preguntas de opción múltiple marque con una "X" dentro del recuadro en la opción que considere más conveniente. En las preguntas de respuesta abierta, conteste de forma concisa el dato que se solicita.
- ψ El grupo de ítems generales es para todos los profesionales a quienes se les solicite contestar este instrumento, los otros 3 subgrupos solo deben ser llenados específicamente por los profesionales indicados.
- ψ No hay respuestas buenas ni malas, todas son válidas para indagar la información que se solicita. De antemano muchas gracias por su tiempo y colaboración.

I) Datos Generales

Edad: _____ Sexo: _____ Profesión: _____

Lugar de trabajo: _____ Tiempo de ejercer la profesión: _____

II) Ítems

El trabajo del MINSAL a los servicios relacionados con la salud mental

a) ¿Cómo se calificaría el trabajo actual que está realizando el MINSAL en el área de Salud Mental?

- Excelente Muy Bueno Bueno Regular Necesita Mejorar

Explique su respuesta: _____

b) ¿Cómo se podría calificar la respuesta de los usuarios ante los trabajos realizados por el MINSAL para promover la Salud Mental?

- Hay aceptación y colaboración adecuada por parte de los usuarios
 Existe una aceptación limitada sólo por una parte de los usuarios
 No existe la aceptación que se esperaba

Explique su respuesta: _____

c) Según su experiencia ¿Qué se debería hacer para mejorar la calidad del trabajo realizado?

d) ¿Tiene conocimiento sobre los documentos creados por el MINSAL que rigen su trabajo? (normas, política, lineamientos de trabajo)

Si

No

Cuales:

Metodología de trabajo de los profesionales encargados del área de salud mental

e) ¿Cuáles son las técnicas e instrumentos de trabajo que usted utiliza?, ¿Cuál de esas técnicas e instrumentos es la que considera da mejores resultados?

f) ¿Recibe capacitaciones por parte del MINSAL sobre el trabajo que realiza en Salud Mental?

Si

No

Si la respuesta es "Si", ¿Qué tipo de capacitaciones y cada cuánto tiempo?

g) ¿Cuenta con los recursos adecuados para realizar su labor?

Si

No

Explique:

h) ¿Qué manuales de clasificación se utilizan para establecer el diagnóstico a los consultantes?

DSM-IV (u otra versión)

CIE-10 Otros: _____

-¿En que radica la utilidad de estos manuales de clasificación?

i) ¿Encajan las problemáticas atendidas con los criterios diagnósticos planteados en los manuales?

- Los criterios diagnósticos se cumplen en un 100% la mayoría de veces*
- Los criterios diagnósticos se cumplen en un 80% la mayoría de veces*
- Los criterios diagnósticos se cumplen en un 60% la mayoría de veces*
- No es frecuente que encajen las problemáticas con los criterios diagnósticos*

j) En el caso de que la problemática no tenga mayor relación con alguno de los diagnósticos de los manuales de clasificación ¿Cómo se procede para establecer un Diagnóstico?

k) ¿Cuáles son los diagnósticos que se presentan con mayor frecuencia?

l) Indique de mayor a menor frecuencia, el tipo de personas consultantes: mujeres, hombres, adolescentes y niños.

1° _____ 2° _____
3° _____ 4° _____

m) En el caso de que el consultante viva inmerso en una situación de violencia ¿es necesario dar avisos a instituciones como la PNC o instituciones de protección para las mujeres, la niñez o la adolescencia?

Si No

Explique: _____

Metodología de trabajo desarrollada por los PSICÓLOGOS/AS

n) ¿En cuales diagnósticos o según qué síntomas se considera adecuados hacer remisión al medico psiquiatra?

o) ¿Cuáles son los pasos metodológicos básicos realizados en el trabajo comunitario?

p) ¿Existe un número estipulado de consultas con las que debe cumplir la intervención en una persona?

Sí

No

Cuantas: _____

Promedio de consultas a las que se presenta la mayoría de personas: _____

q) ¿Se solicita la colaboración de otras personas allegadas al consultante?

Sí

No

Familiares (* especificar el tipo de familiares)

Maestros/as

Otros

*

r) Según los lineamientos de trabajo a seguir ¿se considera importante la participación de otras personas allegadas al consultante (familiares, profesores) para su intervención?

Sí

No

Explique: _____

s) En cuanto a los casos atendidos anualmente ¿Qué porcentaje solicita la consulta voluntariamente y que porcentaje estimado asiste por referencia del médico u otros?

_____ % Voluntarios

_____ % Referencias

Metodología de trabajo desarrollada por los MÉDICOS PSIQUIATRAS

t) ¿En cuales diagnósticos o síntomas se considera adecuados hacer remisión del paciente al psicólogo?

u) ¿En cuáles diagnósticos es necesario recetar psicofármacos?

v) ¿Se solicita la colaboración de otras personas allegadas al consultante?

- Sí No
- Familiares (*especificar el tipo de familiares) Maestros/as Otros

*

w) Según los lineamientos de trabajo a seguir ¿se considera importante la participación de otras personas allegadas al consultante (familiares, profesores) para su intervención?

- Sí No

Explique:

Remisión de casos a los profesionales de la salud mental

x) ¿En cuales diagnósticos o síntomas se considera adecuados hacer remisión del paciente al psicólogo? (médico general)

y) ¿En cuales diagnósticos o según qué síntomas se considera adecuados hacer remisión al médico psiquiatra? (médico general)



**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE CIENCIAS Y HUMANIDADES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA**

Instrumento de Investigación n° 3

Dirigido a: Usuarios de los servicios de Salud Mental, que brinda el MINSAL

Objetivos:

- ✓ Conocer la situación de la Salud Mental desarrollada por el Sistema de Salud Pública en el país.

Instrucciones:

- ✓ A continuación encontrará una serie de preguntas que se han dividido en 2 grupos: 1) Datos generales y 2) Preguntas. En la sección de datos generales conteste con su información personal correspondiente.
- ✓ En la sección de Preguntas encontrará que existen varias formas de respuesta. En las preguntas de opción múltiple marque con una "X" dentro del recuadro en la opción que considere más conveniente.
- ✓ En las preguntas de respuesta abierta, conteste según su parecer la información que se le solicita.
- ✓ No hay respuestas buenas ni malas, todas son válidas para indagar la información requerida. De antemano muchas gracias por su tiempo y colaboración.

I) Datos Generales

Edad: _____ Sexo: _____ Escolaridad: _____ N° de consultas recibidas: _____

Profesión u oficio: _____

Zona de residencia: Caserío Cantón Barrio o colonia

II) Preguntas

Conocimiento de los usuarios acerca del tema de la salud mental

- a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Sí No

(Si la respuesta es "Sí") Explique su respuesta: _____

- b) En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Si No

Evaluación de los servicios de salud mental por los usuarios

c) ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

- Excelente Muy buena Buena Regular Necesita mejorar

Explique su respuesta: _____

d) ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

- Si No

e) ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia recibida hasta el momento?

- Si No

f) ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

g) ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

- Muy satisfactorios, me han ayudado mucho*
- Un poco satisfactorios, me siento un poco mejor*
- Insatisfactorios, no he sentido ningún cambio*

Solicitud de la atención

h) Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas:

- Asistencia voluntaria, yo lo decidí.*
- Asistencia por decisión de otros (familiares, profesores, etc.)*
- Asistencia por referencia (médico general u otros).*

i) ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Sí No

-¿Cuál fue o ha sido la causa? _____

j) Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

(*)La interrupción de la consulta por algún miembro del personal (enfermeras, secretarias, etc.)

Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.

A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.

-Que opinión tienen sobre esta/s situación/es: _____

-(*) En el caso de que se den interrupciones durante la consulta, ¿Qué tan seguido pasa esto? _____

k) ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Sí No

-Si la respuesta es "No", ¿Le parecería conveniente el apoyo de algún miembro de su familia? _____

l) ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Sí No

-Si la respuesta es "Sí" ¿Termino con el tratamiento? Sí No

-Si la respuesta es "No" ¿Cuál fue el motivo por el cual no termino con el tratamiento? _____

Anexo nº 6

- ▶ Memorándum de permiso entregado por el Programa Nacional de Salud Mental.
- ▶ Memorándums de permisos entregados por la Región Metropolitana.



MEMORANDUM

No. 2013-9650-0321

PARA: Dra. Jeannette Alvarado
Directora Región Metropolitana

DE: Dr. Carlos Alberto Escalante
Jefe Programa Nacional de Salud Mental



FECHA: 19 de julio de 2013

Reciba un cordial saludo y deseos de éxito en el desarrollo de sus actividades cotidianas.

El motivo de la presente, es para hacer de su conocimiento que las estudiantes de la carrera de Licenciatura en Psicología de la Universidad de El Salvador, Bch. Amira Elena Guzmán Molina y Elisa Marielos de Jesús Romero Muñoz, están realizando un proyecto de investigación "*Situación de la Salud Mental desarrollada por el Ministerio de Salud en El Salvador*". En tal sentido solicito su colaboración a fin de facilitar que dichas estudiantes realicen encuestas, dirigidas a los profesionales de la salud mental y usuarios de los Hospitales y UCSF pertenecientes a la Región que Usted dirige.

Seguro de contar con su apoyo, adjunto cronograma de aplicación de instrumentos

Sin más sobre el particular

Atentamente,

DIOS UNION LIBERTAD

CAE/gdem



**MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD METROPOLITANA**

MEMORANDUM

No. 2013-3000-DRSM-DPROV-DAIP-937

A: Directores Hospitales:
Rosales, Maternidad, Bloom

De: Dr. Luis Enrique García
Coordinador Provision de Servicios

A Traves de: Dra. Jeannette Alvarado
Directora Region Metropolitana

Fecha: 28 de Agosto de 2013.



Reciba un cordial saludo y mis deseos de éxitos en sus labores cotidianas.

Por este medio hago de su conocimiento que las Bachilleres *Amira Elena Guzman Molina* y *Elisa Marielos de Jesus Romero Muñoz* tienen la correspondiente autorizacion de esta Region de Salud para realizar la investigacion: "*Situacion de la salud mental desarrollada por el sistema de salud publica en El Salvador* ", ellas pertenecen a la carrera Licenciatura en Psicologia de la Universidad de El Salvador y quienes con esta investigacion optaran al grado de Licenciadas en Psicologia.

La investigacion reviste importancia porque nos brindara una perspectiva del componente de salud mental en el marco de la Reforma de Salud impulsada por la actual gestion.

Por lo que solicitamos de la institucion que usted dirige se les brinden las facilidades para el desarrollo de sus actividades.

Agradeciendo su atención, sin otro particular, me suscribo.

Atentamente

LEGDP/JA/CH

DIOS UNION LIBERTAD



**MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD METROPOLITANA**

MEMORANDUM

No. 2013-3000-DRSM-DPROV-DAIP-936

A: Directores Hospitales:
San Bartolo, Zacamil, Saldaña, Soyapango

De: **Dr. Luis Enrique Garcia**
Coordinador Provision de Servicios

A Traves de: **Dra. Jeannette Alvarado**
Directora Region Metropolitana

Fecha: **28 de Agosto de 2013.**



Reciba un cordial saludo y mis deseos de éxitos en sus labores cotidianas.

Por este medio hago de su conocimiento que las Bachilleres **Amira Elena Guzman Molina y Elisa Marielos de Jesus Romero Muñoz** tienen la correspondiente autorización de esta Region de Salud para realizar la investigacion: **"Situacion de la salud mental desarrollada por el sistema de salud publica en El Salvador"**, ellas pertenecen a la carrera Licenciatura en Psicologia de la Universidad de El Salvador y quienes con esta investigacion optaran al grado de Licenciadas en Psicologia.

La investigacion reviste importancia porque nos brindara una perspectiva del componente de salud mental en el marco de la Reforma de Salud impulsada por la actual gestion.

Por lo que solicitamos de la institucion que usted dirige se les brinden las facilidades para el desarrollo de sus actividades.

Agradeciendo su atención, sin otro particular, me suscribo.

Atentamente

LEGDP/JA/CH

DIOS UNION LIBERTAD



MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD METROPOLITANA

MEMORANDUM

No. 2013-3000-DRSM-DPROV-DAIP-938

A: Coordinadores SIBASI Centro, Sur, Oriente y Norte

De: Dr. Luis Enrique Garcia
Coordinador Provision de Servicios

A Traves de: Dra. Jeannette Alvarado
Directora Region Metropolitana

Fecha: 28 de Agosto de 2013.



Reciban un cordial saludo y mis deseos de éxitos en sus labores cotidianas.

Por este medio hago de su conocimiento que las Bachilleres *Amira Elena Guzman Molina* y *Elisa Marielos de Jesus Romero Muñoz* tienen la correspondiente autorización de esta Region de Salud para realizar la investigacion: "*Situacion de la salud mental desarrollada por el sistema de salud publica en El Salvador*", ellas pertenecen a la carrera Licenciatura en Psicologia de la Universidad de El Salvador y quienes con esta investigacion optaran al grado de Licenciadas en Psicologia.

La investigacion reviste importancia porque nos brindara una perspectiva del componente de salud mental en el marco de la Reforma de Salud impulsada por la actual gestion.

Por lo que solicitamos de la institucion que usted dirige se les brinden las facilidades para el desarrollo de sus actividades. Se anexa listado de Unidades Comunitarias de salud Familiar y ECOS correspondientes a cada SIBASI.

Agradeciendo su atención, sin otro particular, me suscribo

Atentamente

LEGDP/JA/CH

DIOS UNION LIBERTAD



**MINISTERIO DE SALUD
REGION DE SALUD METROPOLITANA**

MEMORANDUM

Continuacion de memorandum **No. 2013-3000-DRSM-DPROV-DAIP-938**

SIBASI Centro:

- UCSF Barrio Lourdes
- Centro de atencion Integral al Adolescente (CAISA)
- UCSF Barrio San Miguelito

SIBASI Oriente:

- UCSF Soyapango
- UCSF Unicentro
- UCSF Altavista
- UCSF San Martin (ECO- Especializado)

SIBASI Norte:

- UCSF Distrito Italia
- UCSF Apopa

SIBASI Sur:

- UCSF Planes de Renderos
- UCSF Rosario de Mora
- UCSF Panchimalco
- UCSF San Jacinto (ECO- Especializado)
- UCSF San Marcos

LEGDP/JA/CH

DIOS UNION LIBERTAD



**MINISTERIO DE SALUD
UNIDAD COMUNITARIA DE SALUD
FAMILIAR DE PANCHIMALCO.
Tel. 2280-5081**

Ministerio de Salud



Lic. Omar Panameño
Asesor de trabajo de grado
Universidad de el Salvador.

Sirva la presente para saludarla, a la vez desearle muchas bendiciones en sus actividades diarias.

Por este medio hago constar que las Sritas. Bachilleres Amira Elena Guzmán Molina y Elisa Marielos de Jesús Romero Muñoz, no pudieron realizar la investigación sobre "Situación de Salud Mental, desarrollada por el Sistema de Salud Pública de El Salvador" ya que la Psicóloga que cubre las UCSF de Panchimalco, Planes de Renderos y Rosario de Mora, estaba incapacitada en el período de 15 de Septiembre al 24 de Octubre del presente año.

Y, para los usos que las interesadas estimen convenientes, se les extiende la presente en la Ciudad de Panchimalco, a los treinta días del mes de Octubre de dos mil trece.

Atentamente,



Dr. Luis Ernesto Vásquez Alvarenga
Director UCSF Panchimalco.

Anexo nº 7

- ▶ Cronograma de Actividades.

ACTIVIDADES	Mar.	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos.	Sept.	Oct.	Nov.
Presentación del Perfil del Proyecto de Investigación									
Revisión bibliográfica para recopilar toda la información pertinente a la temática.									
Estudio de los sectores de la población.									
Creación y validación de los instrumentos de investigación.									
Entrega y revisión del Proyecto de la Investigación al Departamento de Psicología.									
Solicitud de un primer permiso a la Región Metropolitana de Salud para aplicar los instrumentos.									
Solicitud y entrega de otro permiso al Programa Nacional de Salud Mental.									
Aplicación de los instrumentos a funcionarios, visita a 12 centros de salud y aplicación de los instrumentos en 2 de ellos.									
Solicitud de un segundo permiso para la aplicación de los instrumentos a la Región Metropolitana de Salud.									
Aplicación de los instrumentos a los centros de salud restantes.									
Procesamiento de la información, análisis e interpretación crítica de los resultados.									
Elaboración y defensa del informe final,									
Entrega de los resultados a las instituciones.									

Anexo nº 8

- ▶ Tablas de Vaciado de Datos: Instrumento nº 1
- ▶ Tablas de Vaciado de Datos: Instrumento nº 2
- ▶ Tablas de Vaciado de Datos: Instrumento nº 3

INSTRUMENTO N° 1

Dirigido a: Usuarios de los servicios de Salud Mental que brinda el MINSAL

NOTA ACLARATORIA: REDUCCIÓN DE LA MUESTRA

Al inicio de la investigación se tenía planeado contar con el apoyo de por lo menos 5 funcionarios, como se muestra en la siguiente tabla, se hizo contacto con 6 personas para que fueran parte de la muestra de esta parte de la población, a todos se les entregó una copia del instrumento y en su inicio dijeron que si estaban dispuestos a colaborar, pero al final solamente 3 de estas 6 personas contestaron y entregaron el documento. Se intuye que debido a falta de tiempo por el trabajo, las 3 personas restantes no llenaron el instrumentos, pues se les estuvo insistiendo en varias ocasiones, pero debido a sus cargos, son personas bastante ocupadas y en la mayoría de los casos se les dejaron los recados con sus secretarias o asistentes.

Tabla de Funcionarios a quienes se les solicitó ser parte de la muestra:

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Cargo</i>	<i>Lugar de trabajo</i>	<i>Tiempo de ejercer la profesión</i>	<i>Fecha de entrega del Instrumento</i>	<i>Fecha de recibido del Instrumento</i>
Dr. Arturo Carranza Rivas	--	M	Director del Hospital Psiquiátrico	Hospital Nacional Psiquiátrico	--	30/07/13	---
Dra. De Juarez	36	F	Sud directora de Psiquiatría del H. Psiquiátrico	Hospital Nacional Psiquiátrico	9	30/07/13	11/09/13
Carlos Alberto Escalante	78	M	Jefe del Programa Nacional de Salud Mental	Ministerio de Salud	40	30/07/13	7/10/13
Carlos Enrique Hernández Perla	47	M	Coordinador de Salud Mental de la Región Metropolitana de Salud	Regional de Salud en el área Metropolitana	24	16/07/13	12/11/13
Dra. Ingrid Romero	--	F	Coordinador de Salud Mental del Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)	FOSALUD	--	21/10/13	---
Dr. Rigoberto González	--	M	Consultor de la Organización Panamericana de la Salud	OPS	--	23/10/13	---

Tabas de vaciado de datos

I) DATOS GENERALES

Simbología a utilizar

Nº de Encuesta	Edad	Sexo	Profesión	Lugar de trabajo	Tiempo de ejercer la profesión	Fecha de entrega del Instrumento	Fecha de recibido del Instrumento
1	36	F	Sud directora y psiquiatra	Hospital Nacional Psiquiátrico	9	30/07/13	11/09/13
2	78	M	Médico Psiquiatra y Lic. En Salud Publica	Ministerio de Salud	40	30/07/13	7/10/13
3	47	M	Licenciado de Psicología	Regional de Salud en el área Metropolitana	24	16/07/13	12/11/13

II) ÍTEMS

Simbología a utilizar:

A= Acertado, PC= Poco Acertado, NA= No Acertado

PN= Prioridad Nula, PP= Poca Prioridad, MP= Mucha Prioridad

E= Excelente, MB= Muy Bueno, B= Bueno, R= Regular, NM= Necesita Mejorar

Nº	Ítem a			Ítem b			Ítem c					Ítem g				
	A	PC	NA	PN	PP	MP	E	MB	B	R	NM	10/10%	30/40%	50/60%	70/80%	90/100%
1		x			x			x								
2			x		x				x			x				
3			x		x			x					x			

Simbología a utilizar:

MPq = Médicos Psiquiatras, ME = Médicos con otras especialidades, PS = Psicólogos O = Otros

Nº	Ítem h							Ítem i				Ítem l			Ítem m		
	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	MPq	ME	PS	O	1º	2º	3º	1º	2º	3º
1													x				x
2	x	x	x	x	x	x	x	x					x				x
3		x						x						x			x

Simbología a utilizar:

RT= Resultados totalmente satisfactorios, RS= Resultados satisfactorios en algunas áreas, RN= Resultados no satisfactorios

AA= Aceptación adecuada, AL= Aceptación limitada, NA= no existe la aceptación esperada

PI= Poca Importancia, MI= Mucha Importancia

Nº	Ítem o			Ítem p			Ítem u	
	RT	RS	RN	AA	AL	NA	PI	MI
1		x			x			x
2		x		x				x
3		x		x				x

INSTRUMENTO N° 2

Dirigido a: A los profesionales que laboran en el área de Salud Mental por parte del MINSAL

I) DATOS GENERALES

Simbología a utilizar

M= Masculino

F= Femenino

Ps=Psicólogo/a

P=Psiquiatra

MG=Medico General

AT=Artes Platicas

<i>N° de encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Profesión</i>	<i>Lugar de Trabajo</i>	<i>Tiempo de Ejercer la profesión</i>
1	44	F	Ps	Hospital Nacional De San Bartolo	8 Años
2	45	F	Ps	Hospital Nacional de Zacamil	6 años
3	27	F	Ps	Hospital Nacional de Zacamil	3 años
4	47	F	Ps	Hospital Nacional Psiquiátrico	24 años
5	51	F	Ps	Hospitales Benjamín Bloom	26 años
6	29	F	Ps	Unidad de Salud de San Jacinto	3 años
7	42	M	Ps	MINSAL-UCSF San Miguelito	18 años
8	39	M	Ps	Unidad de Salud de Apopa	2 años
9	56	F	Ps	UCSF Unicentro	20 años

10	40	F	Ps	UCSF por Loudes	16 años
11	45	F	Ps	CAISA-MINSAL	13 años
12	42	F	Ps	UCSF de San Martín	14 años
13	57	F	Ps	UCSF Distrito Italia	17 años
14	40	F	Ps	Hospital Nacional Saldaña	9 años
15	48	F	Ps	UCSF de Soyapango	10 años
16	44	F	Ps	UCSF de Altavista	10 años
17	56	F	Ps	UCSF de san Marcos	15 años

<i>N° de encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Profesión</i>	<i>Lugar de Trabajo</i>	<i>Tiempo de Ejercer la profesión</i>
1	41	F	P	Hospital Nacional Psiquiátrico	12 años
2	33	F	P	Hospital de San Bartolo	6 años
3	39	M	P	Hospital Saldaña	11 años
4	40	M	P	Unidad de salud de San Jacinto	11 años
5	64	F	P	Hospital Benjamín Bloom	25 años
6	40	F	P	UCSF Distrito Italia	3 años

<i>N° de encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Profesión</i>	<i>Lugar de Trabajo</i>	<i>Tiempo de Ejercer la profesión</i>
1	37	F	MG	Hospital de San Bartolo	11 años
2	38	M	MG	UCSF de San Martin	10 años
3	46	M	MG	UCSF Distrito Italia	12 años
4	55	F	MG	Unidad de salud de Unicentro Soyapango	25 años
5	43	F	MG	UCSF Barrio Lourdes	13 años
6	61	M	MG	UCSF San Miguelito	15 años
7	57	M	MG	UCSF de Apopa	20 años
8	50	M	MG	UCSF San Marcos	15 años
9	38	M	MG	UCSF de Soyapango	10 años
10	40	M	MG	Hospital Nacional Saldaña	12 años
11	56	M	MG	UCSF de Altavista	21 años
12	33	M	MG	Hospital Bloom	14 años
13	27	F	MG	Hospital Zacamil	10 años
14	37	M	MG	UCSF San Jacinto	16 años

<i>N° de encuesta</i>	<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	<i>Profesión</i>	<i>Lugar de Trabajo</i>	<i>Tiempo de Ejercer la profesión</i>
1	34	M	AT	UCSF de Distrito Italia	4 años

II) Ítems

El trabajo del MINSAL a los servicios relacionados con la salud mental											
N° de Encuesta	¿Cómo calificaría el trabajo actual que está realizando el MINSAL en el área de salud mental?					¿Cómo se podría calificar la respuesta de los usuarios ante los trabajos realizados por el MINSAL?			¿Tiene conocimiento sobre los documentos creados por el MINSAL que rigen su trabajo?		
	E	MB	B	R	NM	AC	AL	NA	Si	No	Cuales
1	x					x			x		Normas de atención de S.M
2		x					x			x	
3		x				x				x	
4		x					x		x		Protocolos y directorios de lugares que brindan AP en el MINSAL
5				x			x		x		
6		x					x		x		
7			x				x		x		Política de la SM y procedimiento de atención
8		x					x		x		Política de SM
9		x				x			x		Política, normas de atención en adicciones y lineamientos de trabajo de emergencia.
10		x				x			x		
11			x				x		x		Norma de atención en SM.
12			x			x			x		Norma y política.
13	x					x			x		Política
14	x					x			X		Ley de SM está en proceso de terminarla y la política de SM
15		x				x			x		Existen Normas de ética
16		x				x			x		Política y lineamiento de la carrera de Psicología.
17			x				x		x		Las normas

Metodología de trabajo de los profesionales encargados del área de salud mental

N° de Encuesta	Técnicas e instrumentos de trabajo	Capacitación por parte del MINSAL		Recursos para realización de su labor como profesional de la salud mental.		Manuales de clasificación se utilizan para establecer los diagnóstico			Encajamiento de las problemáticas atendidas con los criterios diagnósticos de los manuales.				Tipos de diagnósticos	Frecuencia del tipo de personas que asisten a la consulta.			
		Si	No	Si	No	DSM-IV	CIE-10	Otros	100%	80%	60%	No encajan		M	H	A	N
1	-Técnicas cognitivas: -Manejo de duelo - Entrenamientos en solución de problemas -Escalas de depresión, ansiedad	X			X		X			x			-Episodios de depresión grave. -Estrés - Estrés Pos trauma - TDAH - Adicciones - Dependencia -Síndrome de abstinencia	1	4	2	3
2	-Entrevista Estructurada. Terapia Cognitiva -Terapia de relajación Terapia Grupales		x		X		X			X			-Trastornos Depresivos -Trastornos de Ansiedad -TOC -Trastorno cognoscitivo -Abuso y dependencia de alcohol y drogas.	1	2		
3	-Entrevistas -Observación -Test Psicológicos -Visitas domiciliarias -Técnicas cognitivos-conductual	X			X		X			X			-Depresiones -Duelos no resueltos Trastornos ansiosos y depresivos. -Trastornos alimenticios (anorexia)	1	4	3	2
4	Se remitió a contestar		x		X		X			X			-Trastornos Depresivos de ansiedad. -Trastorno por uso de sustancias.	1	2	3	
5	-Pruebas Psicométricas. -Material Psicoeducativos -Terapia Individuales y grupales.		x		X		X			X			- TDAH. -Trastornos de ansiedad. Trastorno de conducta, aprendizaje y emocionales.	3	4	2	1
6	-Entrevistas -Anamnesis -Escalas	X			x		X			X			-Depresión -Ansiedad - Problemas de conducta	1	4	3	2

	-Test Psicológicos -Terapia lúdica y cognitiva-conductual.												-Trastorno de Personalidad - Estrés -Problemas de aprendizaje -Trastorno de Hiperactividad				
7	-Educación Popular - Promoción de la SMC -Grupo de apoyo		x		x		X			X			-Estrés pos-trauma, ansiedad y depresión.	1	4	2	3
8	-Expediente clínico -Censo		x		x		X			X			-Trastorno Adaptativo -Estrés –post trauma -Trastorno de identidad.	3	4	1	2
9	-Individual: Niños se aplica: Raven, WISC-RM, CPO, HSPG, Familia: HTP -Psicoterapia y terapia lúdica.	X		x			X			X			-TDAH -Trastornos de ansiedad y Depresión. -Trastorno de conducta -Trastorno adaptativos	3	4	2	1
10	-Psicoterapia -Orientaciones - Terapia educativa - Terapia grupal.	X			x		X			X			-Estrés - Trastorno de ansiedad y depresión.	1	4	2	3
11	-Terapia Lúdica -Consejería y apoyo -Técnicas grupales y familiares -Cuestionarios de ansiedad y depresión.	X			x		X		x				-Ansiedades -Trastornos Adaptativos y del desarrollo psicológicos. -Trastornos de conducta -Estrés Estrés post- trauma	3	2	1	
12	- Observación - Entrevista - Dibujo Libre -Lectura dirigida de cuentos - Materiales informativos para consejería elaborados por el ministerio. - Técnica de boxeo.	X			x		X			X			- Depresión - Problemas de aprendizaje - Trastornos emocionales, sueños y no orgánicos. -Estrés post-trauma	1	4	3	2
13	- Por ser un equipo de SM La metodóloga es territorial participativa. -En el área clínica: Test psicológicos, guía Mh Gap.	X		x				x		x			-Tras tornos de Ansiedad, estrés post-trauma -TDAH	1	4	3	2

14	- Pruebas Psicométricas - Entrevista Familiar - Técnicas de relajación	X			x		X			X		-Trastorno de ansiedad - Trastorno depresivo - Trastorno de adaptación	1	3	4	2
15	-Técnica cognitiva conductual - Registro de conducta -Modificación de la conducta. -Identificación de pensamientos automáticos y erróneos -Técnicas de relajación y visualización		x		x		X			X		-Trastorno de ansiedad -Depresión -TDAH	4	3	1	2
16	Todas las técnicas que se emplean dan resultado siempre y cuando exista disponibilidad y voluntad de parte del paciente durante el proceso (relajación, Educativas, Lúdicas), cuestionarios para la Justificación del TDAH, Ansiedad y Depresión.	X			x	x				x		- TDAH -Depresiones -Ansiedad - Duelos	3	4	1	2
17	- Observación - Conocimiento y desarrollo humano	X			x		X			X		- Depresión -Ansiedad Generalizada - Hiperactividad	4	1	3	2

Metodología de trabajo desarrollada por los PSICÓLOGOS/AS

N° de Encuesta	Diagnósticos o sintomatología se considera adecuada para remisión con el médico psiquiatra.	Pasos metodológicos básicos realizados en el trabajo comunitario.	Número estipulado de consultas con las que debe cumplir la intervención en una persona.			¿Se solicita la colaboración de otras personas allegadas al consultante?				¿Se considera importante la participación de otras personas allegadas al consultante (familiares, profesores) para su intervención?		En cuanto a los casos atendidos anualmente ¿Qué porcentaje solicita la consulta voluntariamente y que porcentaje estimado asiste por referencia del médico u otros?	
			si		no	Si			no	si	no	% Voluntarios	% Referencias
			Cuántas	% de consultas		Familiares	Maestros/as	Otros					
1	-Episodios depresivos moderados y grave -Adicciones -Intentos suicidas		20	4		x		x		x		70%	30%
2	-Trastornos depresivos recurrentes. -Trastorno de estrés post-trauma. -Trastorno del sueño.				X Depende del caso	X					X	25%	75%
3	En situaciones donde el apoyo psicológico no cambia a nivel cognoscitivo y conductual posterior a 6 sesiones al presentarse alteraciones cognitivas y alucinaciones.	-El médico responsable del programa hace la valoración de la intervención psicológica. -Se atiende cada miércoles por un tiempo de 6 meses. -Posteriormente se da seguimiento en consulta externa.	10-12	8		X	x			X		10%	90%
4	-Trastornos mental orgánicos. -Trastorno				x	X						10%	90%

	bipolares y esquizofrenia. -Epilepsia y trastornos depresivos.													
5	-TDAH y ansiedad -Agresividad y ansiedad -Estados depresivos del sueño.				x	X					X		1%	99%
6	-Esquizofrenia -Intento suicida -Neurosis de pánico.	-Se hace contacto con el médico que conoce la comunidad y este contacta a los especialistas para brindar la consulta.	12	8		X	x				X		20%	80%
7	-Problemas orgánicos en general.	-Inserción comunitaria -Diagnostico -Plan de acción -Promoción -Seguimiento y monitoreo evaluación		3		X					X		50%	50%
8	-Depresión			4		X	x				X		90%	10%
9	Cuando el usuario necesita medicamentación y otro tipo de evaluación como el EEG y evaluación neurológica.	-Promoción comunitaria. - Diagnostico de las necesidades. - Plan de trabajo. - Ejecución - Evaluación	6	1 hora		X	x				X		50%	50%
10	-Ansiedades de depresión con ideación suicida. -Síntomas psicóticos.				x	X					X		50%	50%
11	-Patológicas y depresión graves.			20 sesiones	X	X	x				x		30%	70%

12	-Depresión media alta -Adicciones	Coordinación con los referentes o sedes, capacitación de pacientes por parte del personal, planificación de atención, agendamiento y atención específica.		4	x	X				x		40%	60%
13	-Insomnio -Trastorno depresivos de la conducta -Intentos suicidas.	-Realización de un diagnóstico Comunitario. - Reunión periódicas con P. intersectorial - Elaboración de un plan de sesiones.	12-20 según el caso	Terminan 5 el tratamiento		X	x	x		x		65%	30%
14	Depresivos cuando es necesario medicar intentos suicidas	Se coordina con el médico familiar o el promotor de salud	8 consultas			x				x		20%	80%
15	Cuando la persona presenta somatización, esquizofrenia y trastorno de personalidad		6	4		x	x			x		40%	60%
16	- Cuadro Psicótico acompañado de ideas delirantes. - Ideas o intento suicida. - Problemas de adicción		6-8	8		x				x		90%	10%
17	-Esquizofrenia - Depresión	- Visitas - Entrevistas - Evaluación		4	x	x				x		50%	50%

Apartado de los psiquiatras

El trabajo del MINSAL a los servicios relacionados con la salud mental											
N° de Encuesta	¿Cómo calificaría el trabajo actual que está realizando el MINSAL en el área de salud mental?					¿Cómo se podría calificar la respuesta de los usuarios ante los trabajos realizados por el MINSAL?			¿Tiene conocimiento sobre los documentos creados por el MINSAL que rigen su trabajo?		
	E	MB	B	R	NM	AC	AL	NA	Si	No	Cuales
1					x		x		x		Manual de puesto, ley del servicio civil, manual de organización y funciones.
2		x				x			x		Política de SM y lineamientos clínicos
3			x				x		x		Normal de SM, política nacional de SM, ley de SM y lineamientos de abordaje psicosocial.
4					x			x	x		Estrategia del plan de gobierno.
5					x		x		x		
6			x			x			x		Política nacional de SM y normas de atención de SM
7											
8											
9											

Metodología de trabajo de los profesionales encargados del área de salud mental

N° de Encuesta	Técnicas e instrumentos de trabajo	Capacitación por parte del MINSAL		Recursos para realización de su labor como profesional de la salud mental.		Manuales de clasificación se utilizan para establecer los diagnóstico			Encajamiento de las problemáticas atendidas con los criterios diagnósticos de los manuales.				Tipos de diagnósticos	Frecuencia del tipo de personas consultantes que asisten a la consulta.			
		Si	No	Si	No	DSM-IV	CIE-10	Otros	100%	80%	60%	No encajan		M	H	A	N
1	-----		x		x		x			x			-Trastornos depresivos - Trastornos mentales orgánicos. - Trastornos mentales asociados a uso de alcohol o drogas.	1	2	3	
2	- Actividades lúdicas, autocuidado y grupo de apoyo	x			x		x			x			-Trastorno de estado de ánimo. -Trastorno de ansiedad	1	3	2	4
3	-Psicoterapia individual: Psicodinámica, cognitiva conductual y conductual. -Psicoterapia de la familia -Grupos terapéuticos. -Escala de actitudes disfuncionales, pensamientos automáticos. - Abordaje según GLAPS y FLACO arg, hipnosis.	x			x		x				x		-Depresión y ansiedad -Trastornos relacionados con las enfermedades médicas.	1	2	3	
4	- Test de ansiedad	x		x			x			x			-Ansiedad -Depresión -Alcoholismo	1	3	2	4
5	-Actividad lúdicas, charla para los padres.		x		x		x			x			-Déficit de atención con o sin hiperactividad -Agresividad -Enuresis -Trastornos de aprendizaje			2	1
6	-Historia clínica longitudinal.	x			x		x			x			-Depresión -Trastorno de ansiedad -Trastorno de conducta	1	2	3	4

Metodología de trabajo desarrollada por los MÉDICOS PSIQUIATRAS

N° de Encuesta	¿En cuales diagnósticos o síntomas se considera adecuados hacer remisión del paciente al psicólogo?	¿En cuáles diagnósticos es necesario recetar psicofármacos?	¿Se solicita la colaboración de otras personas allegadas al consultante?				¿Se considera importante la participación de otras personas allegadas al consultante (familiares. profesores) para su intervención?	
			Si			No	Si	No
			F	M	O			
1	-Cuadros de depresión - Trastorno de ansiedades, adaptativos, somatomorfos, disociativos, dependencia de alcohol y drogas. -Trastorno de la conducta, alimenticios -Disfunciones sexuales. - En algunos cuadros psicóticos se remite para una evaluación psicométrica y trastorno de personalidad.	- Trastornos Psicóticos, afectivos bipolares, depresiones moderadas y graves. - Trastorno de ansiedad severa, de pánico. -TOC y esquizofrenia.	x				x	
2	Todas las patologías pueden manejarse en conjunto.	-Trastornos depresivos moderados y graves cuando no ha cedido la sintomatología con psicoterapia. -Patología con síntomas graves.	x				x	
3	-Síntomas ansiosos reactivos -Estilo de vida disfuncionales	-Depende del grado de disfunción que los síntomas estén provocando y sino reúne los criterios para la psicoterapia.	x	x			x	
4	En psiquiatría se auxilia de un psicólogo para afirmar un medicamento.	-Depresión mayor -Depresión son síntomas psicóticos. -Esquizofrenia - Insomnio	x				x	
5	- Trastorno de aprendizaje - Trastorno de estado de ánimos Se utilizan los test psicométricos y pruebas proyectivas.	Depende de la evaluación del TDAH no ambiental el de organización del estado ánimo.	x				x	
6	- Depresión leve -Trastorno de conducta -Ecopresis y enuresis	-Depresión -Ansiedad -Trastorno Onírico -Esquizofrenia -Trastorno de Pánico - Estrés Pos-Traumático -Insomnio	x	x			x	

Remisión de casos a los profesionales de la salud mental

N° de Encuesta	¿En cuales diagnósticos o síntomas se considera adecuados hacer remisión del paciente al psicólogo? <i>(médico general)</i>	¿En cuales diagnósticos o según qué síntomas se considera adecuados hacer remisión al médico psiquiatra? <i>(médico general)</i>
1	-En pacientes ansiosos y deprimidos.	-Bipolaridad y esquizofrenia
2	-Ansiedad - Depresión - Trastorno de bipolaridad	-Esquizofrenia -Retraso Mental -Psicosis maniaco depresivo.
3	-Violencia intrafamiliar -Duelo	-Esquizofrenia - Depresión
4	Cuando hay una alteración en el estado emocional (llanto fácil, síntomas de depresión o de ansiedad)	Cuando hay un compromiso del estado mental más severo
5	-Trastorno del sueño -Trastorno de Ansiedad -Depresiones	- Depresión Mayor -ideas suicidas -Trastorno del sueño crónico
6	En toda enfermedades crónica o degenerativas	En cualquier comunicación incongruente
7	-Trastornos depresivos, ansiedad, conductas adictivas, alimenticia y disfunciones sexuales	- Trastorno Psicóticos, trastorno depresivos y ansioso severos. -Trastorno afectivos, bipolares o cualquiera que se requiera evaluación psiquiatra o medicación con fármacos psicotrópicos.
8	- Trastorno de ansiedad, depresión -Violencia Intrafamiliar	- Enfermedades que requiere uso de los fármacos psicotrópicos.
9	- Ansiedad generalizada -Neurosis -Sospecha de suicido	- Esquizofrenia -Depresión
10	-Enuresis -Hiperactividad -Ansiedad	-Con diagnostico de intento suicida

11	<ul style="list-style-type: none"> - Trastorno de personalidad - Afectaciones a nivel emocional de la conciencia -TDAH -Intentos suicidas -Trastorno de ansiedad 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Delirium Tremens - Ideas delirantes -Trastornos maniaco- depresivo - TOC -Insomnio
12	<ul style="list-style-type: none"> -TADH -Intento suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> - Todas las esquizofrenias
13	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión -Violencia Intrafamiliar -Problemas de sueño 	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión -Problemas de sueño -Psicosis maniaco depresivo.
14	<ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad y depresión 	<ul style="list-style-type: none"> -Para realizar una evaluación psiquiatra la paciente y recetar medicamentos.

Apartado de Artes Plásticas

El trabajo del MINSAL a los servicios relacionados con la salud mental											
N° de Encuesta	¿Cómo calificaría el trabajo actual que está realizando el MINSAL en el área de salud mental?					¿Cómo se podría calificar la respuesta de los usuarios ante los trabajos realizados por el MINSAL?			¿Tiene conocimiento sobre los documentos creados por el MINSAL que rigen su trabajo?		
	E	MB	B	R	NM	AC	AL	NA	Si	No	Cuales
I			x				x		x		Política nacional de SM y lineamientos y técnicas para caso de violencia.

Metodología de trabajo de los profesionales encargados del área de salud mental						
N° de Encuesta	Técnicas e instrumentos de trabajo		Capacitación por parte del MINSAL		Recursos para realización de su labor como profesional de la salud mental.	
			Si	No	Si	No
I	- Intervenciones individuales y grupales psicoeducativas - Técnicas de relajación - Actividad Lúdica - Técnica de Arte terapia		x		x	

Establecimiento:

INSTRUMENTO N° 3

Dirigido a: Usuarios de los servicios de Salud Mental que brinda el MINSAL

I) DATOS GENERALES

Simbología a utilizar

M= Masculino B= Bachiller

AC= Ama de Casa CI= Caserío

F= Femenino

T= Estudios Técnico

C/V= Comerciante o Vendedor

C2= Cantón

U= Estudios Universitario

N= No trabaja

B= Barrio o colonia

Em= Empleado en X empresa

Es= Estudiante

OV= Oficios Varios

Nº	HOSPITAL/UCSF	EDAD	SEXO	ESCOLARIDAD	Nº DE CONSULTAS	PROFESIÓN U OFICIO	ZONA DE RESIDENCIA
1	H. Psiquiátrico	35	M	B	24	C/V	C2
2	H. Psiquiátrico	44	M	Ninguna	40	N	B
3	H. Psiquiátrico	63	M	U	8	Em	B
4	H. Psiquiátrico	62	F	9°	6	N	B
5	H. Psiquiátrico	32	M	B	3	C/V	B
6	H. Psiquiátrico	36	F	6°	3	AC	B
7	H. Psiquiátrico	27	F	Ninguna	8	AC	C2
8	H. Psiquiátrico	28	M	B	3	N	B
9	H. Psiquiátrico	74	F	3°	3	N	B
10	H. Psiquiátrico	45	F	8°	30	Em	B
11	H. Psiquiátrico	45	M	9°	36	OV	B
12	H. Psiquiátrico	30	M	B	30	Em	B
13	H. Psiquiátrico	19	F	9°	8	N	C2
14	H. Psiquiátrico	45	F	B	3	Em	B
15	H. Psiquiátrico	23	F	9°	3	AC	C2

16	H. Psiquiátrico	30	F	3°	3	AC	B
17	H. Psiquiátrico	61	F	5°	3	AC	C2
18	H. Psiquiátrico	62	F	3°	10	OV	B
19	H. Bloom	38	F	U	5 años	C/V	B
20	H. Bloom	26	F	U	3	Em	B
21	H. Bloom	22	F	B	8	AC	B
22	H. Bloom	36	F	B	4	OV	B
23	H. Bloom	36	F	B	4 años	Em	B
24	H. Bloom	30	F	B	3 años	AC	B
25	H. Bloom	42	F	4°	5	C/V	C1
26	H. Bloom	28	F	7°	8	AC	C2
27	H. Bloom	41	F	9°	10	AC	B
28	H. Bloom	40	F	B	9	AC	B
29	H. Bloom	50	M	2°	10	C/V	B
30	H. Bloom	48	M	B	6	C/V	B
31	H. Bloom	42	F	U	5	AC	B
32	H. Bloom	43	F	U	6	AC	B
33	H. Bloom	35	F	4°	6	AC	B
34	H. Bloom	35	F	7°	7	AC	B
35	H. Bloom	44	F	B	8	AC	B
36	H. Bloom	32	F	B	5	C/V	B
37	H. Zacamil	58	F	4°	20	C/V	B
38	H. Zacamil	41	F	9°	4	C/V	B
39	H. Zacamil	24	F	B	6	Es	B
40	H. Zacamil	59	F	3°	10	AC	B
41	H. Zacamil	56	F	7°	5	C/V	B
42	H. Zacamil	45	F	Ninguno	6	AC	C1
43	H. Zacamil	38	F	B	7	C/V	B
44	H. Zacamil	34	M	6°	7	C/V	B
45	H. Zacamil	46	M	U	12	N	B
46	H. Zacamil	26	M	U	15	C/V	B
47	H. Zacamil	55	F	4°	6	C/V	B

48	H. Zacamil	58	F	Ninguno	6	C/V	B
49	H. Zacamil	45	F	9°	6	AC	B
50	H. Zacamil	53	F	B	10	C/V	B
51	H. Zacamil	49	M	B	4	Em	B
52	H. Zacamil	33	F	B	30	AC	B
53	H. Zacamil	53	M	8°	8 años en tx	C/V	B
54	H. Zacamil	36	M	9°	3	C/V	B
55	H. San Bartolo	41	F	9°	3	AC	B
56	H. San Bartolo	74	F	6°	5	N	B
57	H. San Bartolo	51	F	6°	7	AC	B
58	H. San Bartolo	46	F	9°	9	AC	B
59	H. San Bartolo	45	F	6°	7	OV	B
60	H. San Bartolo	25	F	9°	4	C/V	B
61	H. San Bartolo	20	F	B	10	Es	B
62	H. San Bartolo	18	F	B	3	Es	B
63	H. San Bartolo	18	F	B	4	Es	B
64	H. San Bartolo	30	M	B	4	Em	B
65	H. San Bartolo	30	M	9°	3	Em	B
66	H. San Bartolo	30	F	U	4	AC	B
67	H. San Bartolo	73	F	2°	15	AC	B
68	H. San Bartolo	35	F	Ninguno	3	AC	B
69	H. San Bartolo	21	F	7°	3	N	B
70	H. San Bartolo	64	F	2°	3	OV	C2
71	H. San Bartolo	59	F	B	3	AC	B
72	H. San Bartolo	46	F	Ninguno	8	AC	C2
73	H. Saldaña	34	F	9°	4	C/V	B
74	H. Saldaña	22	F	B	4	C/V	B
75	H. Saldaña	39	F	B	4	C/V	B
76	H. Saldaña	69	M	7°	3	C/V	B
77	H. Saldaña	24	M	U	7	Es	B
78	H. Saldaña	52	F	3°	4	AC	C1
79	H. Saldaña	41	F	4°	6	AC	B

80	H. Saldaña	59	F	3°	5	AC	B
81	H. Saldaña	25	M	U	4	Es	B
82	H. Saldaña	40	F	6°	9	C/V	B
83	H. Saldaña	25	F	B	3	Es	B
84	H. Saldaña	24	M	U	7	Es	B
85	H. Saldaña	56	F	8°	12	AC	B
86	H. Saldaña	27	F	U	4	C/V	B
87	H. Saldaña	29	F	U	12	AC	B
88	H. Saldaña	25	F	B	3	AC	B
89	H. Saldaña	34	F	6°	8	AC	B
90	H. Saldaña	23	F	U	5	Es	B
91	UCSF Unicentro	28	F	8°	4	AC	B
92	UCSF Unicentro	47	F	3°	5	OV	B
93	UCSF Unicentro	18	F	5°	4	Es	B
94	UCSF Unicentro	25	F	7°	10	AC	B
95	UCSF Unicentro	52	F	6°	10	AC	B
96	UCSF Unicentro	52	F	6°	5	AC	B
97	UCSF Unicentro	24	F	B	3	AC	B
98	UCSF Unicentro	20	M	9°	3	Em	B
99	UCSF Unicentro	42	F	8°	8	OV	B
100	UCSF Unicentro	23	F	9°	5	AC	B
101	UCSF Unicentro	54	M	B	4	N	B
102	UCSF Unicentro	43	F	9°	10	OV	B
103	UCSF Unicentro	40	M	B	6	C/V	B
104	UCSF Unicentro	35	F	4°	8	AC	C2
105	UCSF Unicentro	24	F	6°	6	AC	B
106	UCSF Unicentro	18	M	9°	3	Es	C2
107	UCSF Unicentro	18	F	B	5	Es	B
108	UCSF Unicentro	52	F	3°	8	N	B
109	UCSF Barrio Lourdes	74	F	Ninguna	12	AC	B
110	UCSF Barrio Lourdes	61	F	4°	11	AC	B
111	UCSF Barrio Lourdes	75	M	Ninguna	2 años	N	B

112	UCSF Barrio Lourdes	43	F	8°	17	OV	B
113	UCSF Barrio Lourdes	43	F	8°	2 años	C/V	B
114	UCSF Barrio Lourdes	33	F	B	2 años	C/V	B
115	UCSF Barrio Lourdes	29	F	9°	24	AC	B
116	UCSF Barrio Lourdes	30	F	B	5	AC	B
117	UCSF Barrio Lourdes	82	M	Ninguna	13	N	C2
118	UCSF Barrio Lourdes	27	F	6°	3	AC	B
119	UCSF Barrio Lourdes	36	F	6°	8 años	OV	B
120	UCSF Barrio Lourdes	56	M	B	4	N	B
121	UCSF Barrio Lourdes	44	F	6°	3 años	AC	B
122	UCSF Barrio Lourdes	27	F	9°	12	OV	B
123	UCSF Barrio Lourdes	39	F	B	13	AC	B
124	UCSF Barrio Lourdes	46	F	6°	40	AC	B
125	UCSF Barrio Lourdes	69	M	2°	14	OV	C2
126	UCSF Barrio Lourdes	74	F	Ninguna	12	AC	B
127	UCSF San Miguelito	22	F	7°	3	OV	B
128	UCSF San Miguelito	42	M	B	3	C/V	B
129	UCSF San Miguelito	29	F	B	14	AC	B
130	UCSF San Miguelito	29	M	9°	4	C/V	B
131	UCSF San Miguelito	18	M	B	3	Es	B
132	UCSF San Miguelito	82	M	Ninguna	8	N	B
133	UCSF San Miguelito	42	F	5°	13	AC	B
134	UCSF San Miguelito	59	F	9°	7	C/V	B
135	UCSF San Miguelito	33	F	B	5	C/V	B
136	UCSF San Miguelito	38	M	4°	7	OV	B
137	UCSF San Miguelito	24	F	7°	8	AC	B
138	UCSF San Miguelito	52	M	9°	18	OV	B
139	UCSF San Miguelito	28	F	B	5	AC	B
140	UCSF San Miguelito	40	F	5°	4	C/V	C1
141	UCSF San Miguelito	21	F	9°	8	AC	B
142	UCSF San Miguelito	44	F	8°	15	OV	C2
143	UCSF San Miguelito	73	F	Ninguna	4	AC	B

144	UCSF San Miguelito	46	M	6°	4	OV	CI
145	UCSF Distrito Italia	73	F	Ninguna	6	N	B
146	UCSF Distrito Italia	42	F	B	24	AC	B
147	UCSF Distrito Italia	39	F	7°	10	AC	B
148	UCSF Distrito Italia	69	F	3°	3	N	B
149	UCSF Distrito Italia	41	M	6°	4 años en tx	OV	B
150	UCSF Distrito Italia	62	F	4°	15	AC	B
151	UCSF Distrito Italia	18	F	B	5	C/V	B
152	UCSF Distrito Italia	53	F	9°	4	AC	B
153	UCSF Distrito Italia	18	F	6°	3	Es	B
154	UCSF Distrito Italia	39	M	Ninguno	7	Em	B
155	UCSF Distrito Italia	25	F	6°	10	N	B
156	UCSF Distrito Italia	57	F	9°	3	AC	B
157	UCSF Distrito Italia	18	F	7°	6	AC	B
158	UCSF Distrito Italia	43	M	6°	8	OV	B
159	UCSF Distrito Italia	22	F	9°	5	AC	B
160	UCSF Distrito Italia	81	M	5°	7	N	B
161	UCSF Distrito Italia	39	F	2°	4	C/V	B
162	UCSF Distrito Italia	19	M	B	7	Es	B
163	UCSF Apopa	47	F	9°	3	C/V	B
164	UCSF Apopa	35	F	9°	4	C/V	B
165	UCSF Apopa	33	F	B	15	C/V	B
166	UCSF Apopa	39	F	4°	6	AC	B
167	UCSF Apopa	28	F	B	3	Em	B
168	UCSF Apopa	18	F	B	14	Es	B
169	UCSF Apopa	37	F	6°	10	OV	B
170	UCSF Apopa	24	F	B	12	AC	B
171	UCSF Apopa	44	F	B	7	Em	B
172	UCSF Apopa	35	F	8°	9	C/V	B
173	UCSF Apopa	42	F	B	8	AC	B
174	UCSF Apopa	25	F	9°	4	AC	B
175	UCSF Apopa	67	M	B	3	N	B

176	UCSF Apopa	59	F	6°	3	AC	B
177	UCSF Apopa	33	F	5°	3	AC	B
178	UCSF Apopa	24	F	U	3	Em	B
179	UCSF Apopa	45	M	8°	3	OV	B
180	UCSF Apopa	22	F	B	14	Es	B
181	UCSF San Marcos	79	M	4°	9	C/V	B
182	UCSF San Marcos	27	F	9°	13	AC	B
183	UCSF San Marcos	34	F	T	14	Em	B
184	UCSF San Marcos	19	M	B	6	Es	B
185	UCSF San Marcos	23	M	T	3	Es	B
186	UCSF San Marcos	72	M	Ninguna	4	N	B
187	UCSF San Marcos	33	M	B	8	C/V	B
188	UCSF San Marcos	29	F	B	3 años	AC	B
189	UCSF San Marcos	32	F	B	8	AC	B
190	UCSF San Marcos	37	F	1°	5	AC	B
191	UCSF San Marcos	68	F	Ninguna	11	N	B
192	UCSF San Marcos	47	F	8°	5	OV	B
193	UCSF San Marcos	28	F	3°	4	OV	B
194	UCSF San Marcos	30	M	U	25	Em	B
195	UCSF San Marcos	34	F	7°	5	AC	B
196	UCSF San Marcos	18	M	8°	7	Es	B
197	UCSF San Marcos	50	F	9°	8	AC	B
198	UCSF San Marcos	71	F	7°	9	AC	B
199	UCSF San Jacinto	26	F	5°	5	AC	B
200	UCSF San Jacinto	22	F	B	3	Es	B
201	UCSF San Jacinto	20	F	U	4	Es	B
202	UCSF San Jacinto	34	F	B	3	C/V	B
203	UCSF San Jacinto	19	F	U	3	Es	B
204	UCSF San Jacinto	21	F	B	6	AC	B
205	UCSF San Jacinto	42	F	1°	10	AC	B
206	UCSF San Jacinto	57	M	6°	12	C/V	B
207	UCSF San Jacinto	21	F	B	8	AC	B

208	UCSF San Jacinto	49	F	4º	16	AC	B
209	UCSF Soyapango	42	M	7º	5	C/V	B
210	UCSF Soyapango	19	F	B	4	Es	B
211	UCSF Soyapango	18	M	9º	3	Es	B
212	UCSF Soyapango	37	F	1º	4	OV	B
213	UCSF Soyapango	59	F	7º	6	AC	C1
214	UCSF Soyapango	35	F	Ninguno	3	AC	B
215	UCSF Altavista	52	F	B	12	Em	B
216	UCSF Altavista	51	F	B	6	AC	B
217	UCSF Altavista	21	F	B	2 años	N	B
218	UCSF Altavista	39	F	6º	18	AC	B
219	UCSF Altavista	26	F	B	10	C/V	B
220	UCSF Altavista	20	F	U	5	Es	B
221	UCSF San Martin	59	F	Ninguna	14	C/V	C1
222	UCSF San Martin	36	F	6º	18	AC	B
223	UCSF San Martin	18	F	9º	4	Es	C2
224	UCSF San Martin	38	F	5º	8	AC	C2
225	UCSF San Martin	59	F	Ninguna	6	AC	C2
226	UCSF San Martin	42	F	6º	12	C/V	B
227	CAISA	18	F	B	5	Es	B
228	CAISA	19	F	B	9	Es	B
229	CAISA	18	F	U	3	Es	B
230	CAISA	19	F	B	9	Es	B

II) PREGUNTAS

Simbología a usar:

RC = Respuesta Correcta RI = Respuesta Incorrecta

E = Excelente MB = Muy Buena B = Buena R = Regular NM = Necesita Mejorar

Nº	H UCSF	Ítem a				Ítem b		Ítem c					Ítem d		Ítem e		
		SI	NO	RC	RI	SI	NO	E	MB	B	R	NM	SI	NO	SI	NO	
1	HP	X		X		X		X						X		X	
2	HP	X		X		X		X						X		X	
3	HP		X			X			X					X		X	
4	HP	X		X		X		X						X		X	
5	HP	X			X		X	X						X		X	
6	HP	X		X			X		X						X	X	
7	HP	X			X		X	X							X	X	
8	HP		X				X				X			X		X	
9	HP	X		X			X				X			X			X
10	HP	X			X		X	X						X		X	
11	HP		X				X	X							X		X
12	HP		X				X	X						X		X	
13	HP	X			X	X		X						X		X	
14	HP		X				X	X						X		X	
15	HP	X		X			X	X						X		X	
16	HP	X			X	X					X			X		X	
17	HP		X				X	X						X		X	
18	HP	X			X	X		X						X		X	
19	HBB	X			X	X					X			X		X	
20	HBB	X		X			X		X						X		X
21	HBB		X			X			X					X		X	

22	HBB	X			X	X				X	X	X	X
23	HBB		X			X		X			X	X	X
24	HBB	X			X	X	X				X	X	X
25	HBB	X		X		X	X				X	X	X
26	HBB		X			X		X			X		X
27	HBB		X			X		X			X		X
28	HBB	X		X		X		X			X	X	X
29	HBB	X		X		X	X		X		X		X
30	HBB		X			X	X				X	X	X
31	HBB	X			X	X			X		X		X
32	HBB		X			X	X				X	X	X
33	HBB		X			X		X			X	X	X
34	HBB		X			X			X		X		X
35	HBB	X		X		X	X				X	X	X
36	HBB	X		X		X		X			X	X	X
37	HZ	X		X		X	X				X	X	X
38	HZ	X		X		X	X				X	X	X
39	HZ	X		X		X			X		X	X	X
40	HZ	X			X	X	X				X	X	X
41	HZ	X			X	X			X		X	X	X
42	HZ		X			X	X				X	X	X
43	HZ	X		X		X	X				X	X	X
44	HZ	X			X	X			X		X	X	X
45	HZ	X		X		X		X			X	X	X
46	HZ	X		X		X	X				X	X	X
47	HZ	X			X	X			X		X	X	X
48	HZ	X			X	X	X				X	X	X
49	HZ	X			X	X			X		X	X	X
50	HZ	X		X		X	X				X	X	X
51	HZ	X		X		X	X				X	X	X
52	HZ	X		X		X	X				X	X	X
53	HZ	X			X	X	X				X	X	X

54	HZ	X		X		X		X		X		X
55	HSB	X		X		X		X		X		X
56	HSB		X			X		X		X		X
57	HSB		X			X		X		X		X
58	HSB	X			X			X		X		X
59	HSB		X			X		X		X		X
60	HSB		X			X		X		X		X
61	HSB	X		X		X		X		X		X
62	HSB	X			X			X		X		X
63	HSB	X		X		X		X		X		X
64	HSB	X			X			X		X		X
65	HSB	X			X		X			X		X
66	HSB	X		X		X		X		X		X
67	HSB	X			X			X		X		X
68	HSB		X			X		X		X		X
69	HSB		X			X		X		X		X
70	HSB		X			X		X		X		X
71	HSB		X			X		X		X		X
72	HSB		X			X		X		X		X
73	HS	X			X			X		X		X
74	HS	X		X		X		X		X		X
75	HS	X		X		X		X		X		X
76	HS		X			X		X		X		X
77	HS	X		X		X		X		X		X
78	HS		X			X		X		X		X
79	HS		X			X		X		X		X
80	HS		X			X		X		X		X
81	HS		X			X		X		X		X
82	HS		X			X		X		X		X
83	HS	X		X		X		X		X		X
84	HS	X		X		X		X		X		X
85	HS	X		X		X		X		X		X

86	HS	X			X	X	X		X		X	
87	HS	X			X	X	X		X		X	
88	HS		X			X	X		X		X	
89	HS	X		X		X		X	X		X	
90	HS	X		X		X	X		X		X	
91	Uni.	X			X	X	X		X		X	
92	Uni.	X		X		X	X		X		X	
93	Uni.		X			X	X		X		X	
94	Uni.		X			X		X	X		X	
95	Uni.		X			X		X	X	X	X	
96	Uni.	X		X		X		X	X		X	
97	Uni.		X			X		X	X		X	
98	Uni.	X			X	X		X	X	X	X	
99	Uni.	X		X		X	X		X		X	
100	Uni.		X			X		X	X		X	
101	Uni.	X		X		X		X	X		X	
102	Uni.	X		X		X	X		X		X	
103	Uni.	X			X	X		X	X		X	
104	Uni.		X			X		X	X	X	X	
105	Uni.	X		X		X	X		X		X	
106	Uni.		X			X		X	X		X	
107	Uni.	X		X		X	X		X		X	
108	Uni.		X			X		X	X	X	X	
109	BL	X		X		X		X	X		X	
110	BL		X			X		X	X		X	
111	BL		X			X	X		X		X	X
112	BL	X			X	X	X		X		X	
113	BL	X		X		X		X	X		X	
114	BL	X		X		X		X	X		X	
115	BL	X		X		X	X		X		X	
116	BL	X		X		X	X		X		X	
117	BL		X			X	X		X		X	

118	BL		X			X		X		X		X	
119	BL	X		X		X		X		X		X	
120	BL	X		X		X		X		X		X	
121	BL	X		X		X		X		X		X	X
122	BL	X		X		X		X		X		X	
123	BL	X			X			X		X		X	
124	BL		X			X		X		X		X	
125	BL	X			X	X		X		X		X	
126	BL	X		X		X		X		X		X	
127	SMi		X			X		X		X		X	
128	SMi	X		X		X		X		X	X	X	
129	SMi	X			X			X		X		X	
130	SMi		X			X		X		X	X	X	
131	SMi	X		X		X		X		X		X	X
132	SMi		X			X		X		X		X	
133	SMi		X			X		X		X		X	X
134	SMi	X		X		X		X		X		X	
135	SMi		X			X		X		X		X	
136	SMi		X			X	X			X		X	
137	SMi	X		X		X		X		X		X	
138	SMi		X			X		X		X		X	
139	SMi	X		X		X		X		X		X	
140	SMi		X			X		X		X		X	
141	SMi		X			X		X		X		X	
142	SMi	X				X		X		X		X	
143	SMi		X			X		X		X	X	X	
144	SMi		X			X		X		X		X	
145	DI	X		X		X		X		X		X	
146	DI	X		X		X		X		X		X	
147	DI		X			X		X		X		X	
148	DI		X			X	X			X		X	
149	DI	X		X		X		X		X		X	

150	DI	X			X	X		X			X		X
151	DI	X		X		X	X	X			X		X
152	DI		X			X	X				X		X
153	DI		X			X		X			X		X
154	DI		X			X			X		X		X
155	DI		X			X		X			X		X
156	DI		X			X	X				X		X
157	DI	X		X		X		X			X		X
158	DI		X			X		X			X		X
159	DI		X			X		X			X		X
160	DI	X		X		X	X				X		X
161	DI		X			X		X			X		X
162	DI	X		X		X		X			X		X
163	Apo		X			X			X			X	X
164	Apo		X			X		X			X		X
165	Apo	X		X		X		X			X		X
166	Apo			X		X	X				X		X
167	Apo	X		X		X		X			X		X
168	Apo	X		X		X	X				X		X
169	Apo	X			X	X		X			X		X
170	Apo	X		X		X	X				X		X
171	Apo		X			X		X			X		X
172	Apo		X			X		X			X		X
173	Apo	X		X		X		X			X		X
174	Apo	X		X		X		X			X		X
175	Apo	X			X	X	X			X		X	X
176	Apo		X			X			X		X		X
177	Apo		X			X			X		X		X
178	Apo	X		X		X	X				X		X
179	Apo		X			X	X				X		X
180	Apo		X			X	X				X		X
181	SMr		X			X		X			X		X

182	SMr		X			X	X			X		X	
183	SMr	X		X		X	X			X		X	
184	SMr	X		X		X	X			X		X	
185	SMr	X		X		X		X		X		X	
186	SMr		X			X		X			X		X
187	SMr	X		X		X		X		X		X	
188	SMr	X			X	X				X		X	
189	SMr	X		X		X	X			X		X	
190	SMr		X			X		X		X		X	
191	SMr		X			X	X			X			X
192	SMr		X			X		X		X		X	
193	SMr		X			X		X		X		X	
194	SMr	X		X		X	X			X		X	
195	SMr		X			X			X	X		X	
196	SMr		X			X		X		X		X	
197	SMr		X			X			X	X		X	
198	SMr		X			X		X		X		X	
199	SJ		X			X		X		X		X	
200	SJ	X		X		X	X			X		X	
201	SJ	X		X		X			X		X		X
202	SJ	X		X		X	X			X			X
203	SJ	X		X		X		X		X		X	
204	SJ		X			X		X		X		X	
205	SJ		X			X		X		X			X
206	SJ	X		X		X		X		X		X	
207	SJ		X			X			X	X		X	
208	SJ		X			X			X	X		X	
209	Sy		X			X	X			X			X
210	Sy		X			X		X		X		X	
211	Sy		X			X		X		X		X	
212	Sy		X			X	X			X		X	
213	Sy	X			X	X	X			X		X	

214	Sy		X		X		X		X		X
215	Al	X		X	X		X		X		X
216	Al	X		X	X	X			X		X
217	Al	X		X	X	X			X		X
218	Al	X		X		X		X			X
219	Al		X			X	X				X
220	Al	X		X		X		X			X
221	SMa		X		X			X			X
222	SMa		X			X		X			X
223	SMa	X		X		X	X				X
224	SMa		X			X	X				X
225	SMa		X			X	X			X	X
226	SMa	X			X		X		X		X
227	CAISA	X		X		X		X		X	X
228	CAISA	X		X		X		X			X
229	CAISA	X		X		X	X				X
230	CAISA	X		X		X	X				X

Simbología a usar:

MS = Muy satisfactorios AV = Asistencia Voluntaria
 PS = Poco Satisfactorios AO = Asistencia por decisión de Otros
 I = Insatisfactorios AP = Asistencia por Referencia

Nº	H UCSF	Ítem f Otras actividades para mejorar	Ítem g			Ítem h		
			MS	PS	I	AV	AO	AR
1	H. Psiquiátrico	<i>Que hicieran manualidades.</i>	X				X	
2	H. Psiquiátrico		X				X	
3	H. Psiquiátrico		X			X		
4	H. Psiquiátrico		X				X	
5	H. Psiquiátrico			X		X		
6	H. Psiquiátrico			X				X
7	H. Psiquiátrico			X				X
8	H. Psiquiátrico	<i>Actividades de dibujo.</i>	X				X	
9	H. Psiquiátrico			X				X
10	H. Psiquiátrico			X			X	
11	H. Psiquiátrico	<i>Charlas de superación personal para adolescentes y adultos. Incluir terapias deportivas.</i>	X			X		
12	H. Psiquiátrico		X					X
13	H. Psiquiátrico	<i>Hablar sobre la autoestima y sobre problemas en lo sexual.</i>	X					X
14	H. Psiquiátrico			X				X
15	H. Psiquiátrico			X				X
16	H. Psiquiátrico			X				X
17	H. Psiquiátrico			X			X	
18	H. Psiquiátrico	<i>Más consejo, palabras de aliento.</i>	X					X
19	H. Bloom	<i>Actividades para mejorar la conducta.</i>		X				X
20	H. Bloom	<i>Actividades para mejorar el control mental</i>		X		X		
21	H. Bloom	<i>Actividades de relajación.</i>	X			X		
22	H. Bloom	<i>Charlas a los padres y Tx de lenguaje y desarrollo.</i>		X				X
23	H. Bloom	<i>Más trabajo para la escritura.</i>	X					X

24	H. Bloom	<i>Actividades físicas.</i>	X			X
25	H. Bloom	<i>Que se trabaje entre padres e hijos.</i>	X			X
26	H. Bloom		X			X
27	H. Bloom		X			X
28	H. Bloom	<i>Ejercicios o actividades para que se mantenga ocupado.</i>		X		X
29	H. Bloom		X			X
30	H. Bloom		X			X
31	H. Bloom		X		X	
32	H. Bloom	<i>Participación de los padres.</i>	X		X	
33	H. Bloom	<i>Que los padres participemos en la Tx con los niños.</i>	X		X	
34	H. Bloom		X			X
35	H. Bloom	<i>Charlas grupales y también involucrar más a los familiares.</i>	X		X	
36	H. Bloom			X		X
37	H. Zacamil	<i>Oír charlas.</i>	X			X
38	H. Zacamil			X		X
39	H. Zacamil	<i>Hipnosis o terapia de ese tipo.</i>		X		X
40	H. Zacamil		X			X
41	H. Zacamil	<i>Consejería</i>	X		X	
42	H. Zacamil	<i>Terapia familiar y con la pareja.</i>	X			X
43	H. Zacamil		X			X
44	H. Zacamil	<i>Hacer una remembranza de todo cuando se lleva avanzado el tratamiento.</i>	X			X
45	H. Zacamil	<i>Aprender más sobre psicología y salud mental para ayudar a otros.</i>	X			X
46	H. Zacamil	<i>Más ayuda en temas de depresión y autoestima.</i>	X		X	
47	H. Zacamil	<i>Hablar sobre la discriminación de personas con VIH.</i>		X		X
48	H. Zacamil	<i>Más consejos para no deprimirse.</i>	X		X	
49	H. Zacamil		X			X
50	H. Zacamil		X		X	
51	H. Zacamil		X			X
52	H. Zacamil	<i>Meditación para controlar la ira.</i>	X		X	
53	H. Zacamil	<i>Actividades dinámicas y juegos.</i>	X		X	
54	H. Zacamil	<i>Mejorar las terapias de relajación.</i>	X		X	
55	H. San Bartolo		X			X

56	H. San Bartolo	<i>Enfocarse en otras cosas más que manualidades, más creativas.</i>	X			X
57	H. San Bartolo		X			X
58	H. San Bartolo		X			X
59	H. San Bartolo			X		X
60	H. San Bartolo			X		X
61	H. San Bartolo			X		X
62	H. San Bartolo			X		X
63	H. San Bartolo			X		X
64	H. San Bartolo			X		X
65	H. San Bartolo			X		X
66	H. San Bartolo			X		X
67	H. San Bartolo				X	X
68	H. San Bartolo			X	X	
69	H. San Bartolo		X		X	
70	H. San Bartolo			X	X	
71	H. San Bartolo	<i>Mejorar las terapias de relajación.</i>	X		X	
72	H. San Bartolo		X		X	
73	H. Saldaña			X		X
74	H. Saldaña				X	X
75	H. Saldaña				X	
76	H. Saldaña			X		X
77	H. Saldaña			X		X
78	H. Saldaña			X		X
79	H. Saldaña			X		X
80	H. Saldaña		<i>Técnicas para la preocupación.</i>		X	
81	H. Saldaña	<i>Actividades para mejorar la autoestima.</i>	X		X	
82	H. Saldaña	<i>Charlas para los padres, para tratar con los hijos.</i>	X		X	
83	H. Saldaña		X		X	
84	H. Saldaña		X		X	
85	H. Saldaña		X		X	
86	H. Saldaña	<i>Actividades para estimular la creatividad.</i>	X		X	
87	H. Saldaña	<i>Charlas sobre Salud Mental.</i>	X		X	

88	H. Saldaña	<i>Actividades para superar el duelo.</i>		X		X		
89	H. Saldaña		X					X
90	H. Saldaña	<i>Actividades que contengan lectura.</i>	X					X
91	UCSF Unicentro	<i>Que dejen algún tipo de ejercicio o trabajo en casa.</i>	X					X
92	UCSF Unicentro			X			X	
93	UCSF Unicentro			X			X	
94	UCSF Unicentro		X				X	
95	UCSF Unicentro		X					X
96	UCSF Unicentro	<i>Actividades para hacer en la casa.</i>	X				X	
97	UCSF Unicentro	<i>Actividades para convivir mejor.</i>		X				X
98	UCSF Unicentro		X			X		
99	UCSF Unicentro		X					X
100	UCSF Unicentro			X		X		
101	UCSF Unicentro			X				X
102	UCSF Unicentro		X			X		
103	UCSF Unicentro		X					X
104	UCSF Unicentro		X					X
105	UCSF Unicentro		X					X
106	UCSF Unicentro			X			X	
107	UCSF Unicentro		X				X	
108	UCSF Unicentro		X				X	
109	UCSF Barrio Lourdes			X				X
110	UCSF Barrio Lourdes		X					X
111	UCSF Barrio Lourdes		X					X
112	UCSF Barrio Lourdes		X					X
113	UCSF Barrio Lourdes		X			X		
114	UCSF Barrio Lourdes	<i>Más tareas para la casa para que avances más.</i>	X				X	
115	UCSF Barrio Lourdes		X			X		
116	UCSF Barrio Lourdes		X			X		
117	UCSF Barrio Lourdes	<i>Manualidades.</i>	X			X		
118	UCSF Barrio Lourdes		X					X
119	UCSF Barrio Lourdes			X				X

120	UCSF Barrio Lourdes	<i>Trabajos como paseos o manualidades.</i>	X		X		
121	UCSF Barrio Lourdes			X	X		
122	UCSF Barrio Lourdes		X				X
123	UCSF Barrio Lourdes		X		X		
124	UCSF Barrio Lourdes		X				X
125	UCSF Barrio Lourdes			X		X	
126	UCSF Barrio Lourdes		X			X	
127	UCSF San Miguelito	<i>Involucrar a la familia que vive en la casa.</i> <i>Más manualidades.</i> <i>Más tareas para el hogar.</i>	X				X
128	UCSF San Miguelito			X			X
129	UCSF San Miguelito		X			X	
130	UCSF San Miguelito			X			X
131	UCSF San Miguelito			X	X		
132	UCSF San Miguelito		X				X
133	UCSF San Miguelito		X		X		
134	UCSF San Miguelito			X		X	
135	UCSF San Miguelito			X	X		
136	UCSF San Miguelito			X		X	
137	UCSF San Miguelito			X			X
138	UCSF San Miguelito		X				X
139	UCSF San Miguelito		X				X
140	UCSF San Miguelito		X			X	
141	UCSF San Miguelito	X		X			
142	UCSF San Miguelito	<i>Lecturas.</i>	X		X		
143	UCSF San Miguelito			X		X	
144	UCSF San Miguelito			X		X	
145	UCSF Distrito Italia		X				X
146	UCSF Distrito Italia		X			X	
147	UCSF Distrito Italia		X				X
148	UCSF Distrito Italia			X			X
149	UCSF Distrito Italia		X				X
150	UCSF Distrito Italia			X			X
151	UCSF Distrito Italia		X		X		

152	UCSF Distrito Italia			X			X
153	UCSF Distrito Italia			X			X
154	UCSF Distrito Italia		X				X
155	UCSF Distrito Italia		X				X
156	UCSF Distrito Italia			X		X	
157	UCSF Distrito Italia		X			X	
158	UCSF Distrito Italia		X				X
159	UCSF Distrito Italia		X			X	
160	UCSF Distrito Italia		X				X
161	UCSF Distrito Italia			X			X
162	UCSF Distrito Italia		X				X
163	UCSF Apopa			X			X
164	UCSF Apopa		X				X
165	UCSF Apopa			X			X
166	UCSF Apopa			X		X	
167	UCSF Apopa			X			X
168	UCSF Apopa		X			X	
169	UCSF Apopa		X				X
170	UCSF Apopa			X		X	
171	UCSF Apopa			X		X	
172	UCSF Apopa			X			X
173	UCSF Apopa	<i>Charlas a los padres para corregir a los niños.</i>	X				X
174	UCSF Apopa		X			X	
175	UCSF Apopa	<i>Explicar mejor el problema.</i>	X			X	
176	UCSF Apopa			X			X
177	UCSF Apopa			X			X
178	UCSF Apopa			X		X	
179	UCSF Apopa			X			X
180	UCSF Apopa		X				X
181	UCSF San Marcos			X		X	
182	UCSF San Marcos		X			X	
183	UCSF San Marcos	<i>Actividades recreativas.</i>	X			X	

184	UCSF San Marcos	<i>Técnicas de relajación. Técnicas de relajación. Crear un grupo para jóvenes.</i>	X			X		
185	UCSF San Marcos			X				X
186	UCSF San Marcos				X			X
187	UCSF San Marcos			X				X
188	UCSF San Marcos			X			X	
189	UCSF San Marcos			X				X
190	UCSF San Marcos			X				X
191	UCSF San Marcos			X				X
192	UCSF San Marcos				X		X	
193	UCSF San Marcos				X			X
194	UCSF San Marcos			X			X	
195	UCSF San Marcos				X			X
196	UCSF San Marcos			X				X
197	UCSF San Marcos				X			X
198	UCSF San Marcos	<i>Crear un grupo para ancianos.</i>	X				X	
199	UCSF San Jacinto	<i>Mas dinamismo y mayor humildad por parte de la psicóloga.</i>		X				X
200	UCSF San Jacinto			X				X
201	UCSF San Jacinto					X	X	
202	UCSF San Jacinto			X				X
203	UCSF San Jacinto				X		X	
204	UCSF San Jacinto				X			X
205	UCSF San Jacinto				X			X
206	UCSF San Jacinto			X				X
207	UCSF San Jacinto			X				X
208	UCSF San Jacinto				X			X
209	UCSF Soyapango	<i>Fiestas para alegrarlo a uno.</i>	X					X
210	UCSF Soyapango			X			X	
211	UCSF Soyapango				X			X
212	UCSF Soyapango			X				X
213	UCSF Soyapango			X			X	
214	UCSF Soyapango			X			X	

215	UCSF Altavista			X		X	
216	UCSF Altavista		X			X	
217	UCSF Altavista		X			X	
218	UCSF Altavista		X				X
219	UCSF Altavista			X		X	
220	UCSF Altavista			X		X	
221	UCSF San Martin		X				X
222	UCSF San Martin		X				X
223	UCSF San Martin		X				X
224	UCSF San Martin		X			X	
225	UCSF San Martin		X				X
226	UCSF San Martin		X			X	
227	CAISA	<i>Que se ampliara más el tiempo de consulta (dura 30 minutos).</i>	X			X	
228	CAISA		X				X
229	CAISA		X			X	
230	CAISA		X			X	

Simbología a usar:

I = Interrupciones R = Ruido NC = No hay consultorio

MF = Muy Frecuente PF = Poco Frecuente

N	H UCSF	Ítem i		Ítem j					Ítem k			Ítem l				
		SI	CAUSA	NO	I	R	NC	mf	pf	SI	NO	Le parecería el apoyo	SI	Termino el Tx	Motivo por el que NO se terminó el Tx	NO
1	HP	X	No estaba decidido a cambiar mi vida.		X				X	X						X
2	HP			X	X				X	X						X
3	HP			X		X			X	X	X	no				X
4	HP	X	Porque me canso y me aburro (un Dx de hiperactividad).		X			X		X						X
5	HP	X	Se me juntan las citas.		X			X		X	X	si				X
6	HP			X	-	-	-	-	-	X						X
7	HP			X	X				X	X			X	no	No me ayudaba mucho y recaí.	
8	HP	X	No me gustaba tomar pastillas.		X				X	X			X	si		
9	HP			X	-	-	-	-	-		X	no	X	no	Cambio de hospital.	
10	HP	X	Mi pareja ya no quiere venir.		-	-	-	-	-		X	no				X
11	HP	X	Porque ya llevo 3 años y ya no me siento motivado.		-	-	-	-	-		X	si				X
12	HP	X	He tenido recaídas.		-	-	-	-	-	X						X
13	HP			X	-	-	-	-	-	X						X
14	HP			X	-	-	-	-	-	X						X
15	HP			X	-	-	-	-	-	X						X
16	HP			X	-	-	-	-	-	X						X
17	HP			X	-	-	-	-	-		X	no	X	si		
18	HP	X	A veces ya no quiero seguir. (desanimo)		-	-	-	-	-		X	no				X
19	HBB			X		X		X		X	X	si				X
20	HBB			X	-	-	-	-	-	X			X	no	enFUNTER ya no le dieron la Tx psicológica.	

21	HBB		X		X			X	X									X
22	HBB	X			-	-	-	-	-		X	si						X
23	HBB	X			-	-	-	-	-		X	si						X
24	HBB		X		-	-	-	-	-	X			X	si				
25	HBB		X		-	-	-	-	-	X								X
26	HBB		X		-	-	-	-	-	X								X
27	HBB		X	X					X	X								X
28	HBB		X		-	-	-	-	-	X								X
29	HBB		X			X		X		X								X
30	HBB		X		-	-	-	-	-	X								X
31	HBB		X		-	-	-	-	-		X	si						X
32	HBB		X		-	-	-	-	-		X	si						X
33	HBB		X		-	-	-	-	-	X								X
34	HBB		X		-	-	-	-	-	X								X
35	HBB		X	X					X	X	si							X
36	HBB		X		-	-	-	-	-	X								X
37	HZ		X	X				X		X	no							X
38	HZ		X		-	-	-	-	-	X								X
39	HZ		X	X					X	X	si							X
40	HZ		X	X				X		X	si							X
41	HZ		X		-	-	-	-	-	X								X
42	HZ		X		-	-	-	-	-	X								X
43	HZ		X	X				X		X	no	X	si					
44	HZ		X	X					X	X		X	si					
45	HZ		X	X					X	X		X	si					
46	HZ		X		-	-	-	-	-	X								X
47	HZ		X		-	-	-	-	-	X								X
48	HZ		X		-	-	-	-	-	X								X
49	HZ		X	X					X	X		X	si					
50	HZ		X		-	-	-	-	-	X								X
51	HZ		X		-	-	-	-	-	X								X
52	HZ		X		-	-	-	-	-		X	no	X	si				

53	HZ		X	-	-	-	-	-	X		X	si	
54	HZ		X	X				X	X				X
55	HSB		X	-	-	-	-	-	X	si	X	si	
56	HSB		X	X				X	X		X	no	Iba al Psiquiátrico y es muy peligroso allí, mejor vine aquí.
57	HSB		X	-	-	-	-	-	X	si	X	no	Perdí la cita.
58	HSB	X		-	-	-	-	-	X				
59	HSB		X	X				X	X	no			X
60	HSB		X	-	-	-	-	-	X	si	X	si	
61	HSB		X	-	-	-	-	-	X				X
62	HSB		X	-	-	-	-	-	X				X
63	HSB		X	-	-	-	-	-	X		X	no	Perdí la cita.
64	HSB		X	-	-	-	-	-	X	si	X	no	No pude seguir pagando. (servicio privado)
65	HSB		X	-	-	-	-	-	X	si			X
66	HSB		X	-	-	-	-	-	X	si			X
67	HSB		X	X				X	X	no	X	si	
68	HSB		X	-	-	-	-	-	X	no			X
69	HSB		X	X			X		X	no			X
70	HSB		X	-	-	-	-	-	X		X	no	Me cambie de domicilio.
71	HSB		X	-	-	-	-	-	X	si			X
72	HSB	X		-	-	-	-	-	-	si			X
73	HS		X	-	-	-	-	-	X				X
74	HS		X	-	-	-	-	-	X	si			X
75	HS		X	-	-	-	-	-	X				X
76	HS		X			X		X	X	no			X
77	HS		X	-	-	-	-	-	X				X
78	HS		X	-	-	-	-	-	X	no			X
79	HS		X	-	-	-	-	-	X				X
80	HS		X	-	-	-	-	-	X	no			X
81	HS		X	-	-	-	-	-	X				X
82	HS		X	-	-	-	-	-	X				X

83	HS		X	-	-	-	-	-	X		X	no	No quise continuar.		
84	HS		X	-	-	-	-	-	X					X	
85	HS		X	-	-	-	-	-		X	no			X	
86	HS		X	-	-	-	-	-		X	no			X	
87	HS	X	Por falta de tiempo.	-	-	-	-	-	X				X	no	Perdí la cita.
88	HS		X	-	-	-	-	-	X						X
89	HS		X	-	-	-	-	-	X						X
90	HS		X	-	-	-	-	-	X			X	no	Poca ética por el psicólogo.	
91	Uni.		X	-	-	-	-	-		X	no				X
92	Uni.		X	-	-	-	-	-	X						X
93	Uni.		X	-	-	-	-	-	X						X
94	Uni.		X	-	-	-	-	-		X	si				X
95	Uni.		X	X				X		X	no	X	no	Me cambie de casa.	
96	Uni.	X	Por falta de tiempo.		X		X		X						X
97	Uni.		X		X			X	X						X
98	Uni.		X	-	-	-	-	-		X	no				X
99	Uni.		X	X				X		X	no				X
100	Uni.		X	-	-	-	-	-		X	no				X
101	Uni.		X	-	-	-	-	-		X	no				X
102	Uni.		X	X				X		X	si				X
103	Uni.		X	-	-	-	-	-		X	no				X
104	Uni.		X	-	-	-	-	-		X	no				X
105	Uni.		X	X				X		X	no				X
106	Uni.		X		X		X		X						X
107	Uni.		X		X			X		X	no				X
108	Uni.		X	-	-	-	-	-		X	no				X
109	BL		X	-	-	-	-	-		X	no				X
110	BL	X	Porque a veces no hay quien me traiga.	X				X	X						X
111	BL		X	-	-	-	-	-	X						X
112	BL		X	X				X	X						X
113	BL		X	X				X	X						X

114	BL		X	X				X	X					X
115	BL	X	No tenía paciencia quería ver cambios ya.		-	-	-	-	X			X	no	Porque yo estaba niña y mi mamá ya no me llevo.
116	BL		X		-	-	-	-		X	no			X
117	BL	X	Por el tiempo.		-	-	-	-	X			X	no	Por maternidad.
118	BL	X	Cuestiones económicas.		-	-	-	-	X			X	no	Perdí la cita.
119	BL		X	X				X				X		X
120	BL	X	Ya no quería seguir porque entre más sabe uno más responsabilidades tiene.		X			X	X					X
121	BL		X	X				X		X	no	X	no	Perdí la cita.
122	BL	X	Al principio porque no miraba avances.		X			X		X	no	X	no	Porque no me gusto como me trataron (fue en otra USCF).
123	BL	X	Porque empecé a trabajar.		X			X	X					X
124	BL		X		-	-	-	-		X	no			X
125	BL		X		-	-	-	-	X					X
126	BL		X		-	-	-	-	X					X
127	SMi		X		-	-	-	-		X	No			X
128	SMi		X			X		X		X	No			X
129	SMi		X		-	-	-	-	X					X
130	SMi	X	Por el tiempo.		X			X	X					X
131	SMi		X	X				X	X					X
132	SMi	X	Por problemas físicos.		-	-	-	-	X					X
133	SMi	X	Por el tiempo.			X		X				X	Si	
134	SMi		X				X	X	X			X	no	Cambio de casa.
135	SMi	X	Al niño no le gustaba ir.				X	X	X			X	no	El niño no quiso ir.
136	SMi	X	El tiempo.				X	X	X					X
137	SMi		X		-	-	-	-	X					X
138	SMi		X		-	-	-	-	X					X
139	SMi		X		-	-	-	-	X					X
140	SMi		X		-	-	-	-	X					X
141	SMi		X		-	-	-	-	X					X

142	SMi		X	-	-	-	-	-	X					X
143	SMi		X	-	-	-	-	-	X					X
144	SMi		X	-	-	-	-	-	X					X
145	DI		X	X				X	X		X	no	No hubo muchos cambios.	X
146	DI	X								X	no			X
147	DI	X						X		X	si	X	no	La psicóloga refirió al psiquiat.
148	DI		X	-	-	-	-	-	X					X
149	DI	X						X	X		X	no	Estaba en el H. Psiquiátrico pero me vine para acá porque me quedaba más cerca.	
150	DI		X	X				X		X	si	X	si	
151	DI		X	-	-	-	-	-		X	no			X
152	DI		X	-	-	-	-	-		X	no			X
153	DI		X	-	-	-	-	-	X					X
154	DI		X	-	-	-	-	-	X					X
155	DI		X	-	-	-	-	-	X					X
156	DI		X	-	-	-	-	-		X	no			X
157	DI		X	-	-	-	-	-	X					X
158	DI		X	-	-	-	-	-		X	no			X
159	DI		X	-	-	-	-	-	X					X
160	DI		X	X				X	X					X
161	DI		X	-	-	-	-	-		X	no			X
162	DI		X	-	-	-	-	-	X					X
163	Apo		X	-	-	-	-	-	X					X
164	Apo		X	-	-	-	-	-	X					X
165	Apo		X	-	-	-	-	-	X					X
166	Apo		X	-	-	-	-	-	X					X
167	Apo		X	-	-	-	-	-		X	no			X
168	Apo		X	-	-	-	-	-	X					X
169	Apo		X	-	-	-	-	-	X					X
170	Apo		X	-	-	-	-	-	X		X	si		X

171	Apo		X	-	-	-	-	-	X		X	no	Ya no lo lleve.	
172	Apo	X	Desmotivación.	-	-	-	-	-	X					X
173	Apo		X	-	-	-	-	-	X					X
174	Apo		X	-	-	-	-	-	X					X
175	Apo	X	Porque ya me siento bien.	-	-	-	-	-	X					X
176	Apo		X	-	-	-	-	-		X	no			X
177	Apo		X	-	-	-	-	-	X					X
178	Apo		X	-	-	-	-	-	X					X
179	Apo		X	-	-	-	-	-		X	no			X
180	Apo		X	-	-	-	-	-	X			X	no	Es que era la misma psicóloga que atendía a mi mamá.
181	SMr	X	Resistencia por el niño.	-	-	-	-	-	X					X
182	SMr		X	-	-	-	-	-	X					X
183	SMr		X	-	-	-	-	-	X					X
184	SMr		X	-	-	-	-	-	X					X
185	SMr		X	-	-	-	-	-		X	no			X
186	SMr		X	-	-	-	-	-	X			X	no	Perdí la cita.
187	SMr	X	No hay dinero para el bus.	-	-	-	-	-		X	no			X
188	SMr	X	A veces pierdo la cita.	-	-	-	-	-	X					X
189	SMr		X	-	-	-	-	-		X	no			X
190	SMr		X	-	-	-	-	-	X					X
191	SMr			-	-	-	-	-	X					X
192	SMr		X	-	-	-	-	-	X					X
193	SMr		X	-	-	-	-	-		X	si			X
194	SMr		X	-	-	-	-	-		X	no			X
195	SMr	X	La psicóloga es muy amargada.	-	-	-	-	-	X					X
196	SMr		X	-	-	-	-	-	X					X
197	SMr	X	La psicóloga es muy seria.	-	-	-	-	-	X					X
198	SMr		X	-	-	-	-	-		X	no			X
199	SJ		X	-	-	-	-	-		X	no			X
200	SJ		X	-	-	-	-	-	X					X

201	SJ	X	Por la forma de ser de la psicóloga.	-	-	-	-	-	X	si	X	no	No pude seguir pagando el tratamiento.	X
202	SJ			X	-	-	-	-	X					X
203	SJ			X		X		X	X	no				X
204	SJ			X	-	-	-	-	X					X
205	SJ			X	-	-	-	-	X					X
206	SJ			X	-	-	-	-	X					X
207	SJ			X	-	-	-	-	X	no				X
208	SJ	X	Problemas de salud.	-	-	-	-	-	X					X
209	Sy			X	-	-	-	-	X					X
210	Sy			X	-	-	-	-	X					X
211	Sy			X	X			X	X					X
212	Sy			X	-	-	-	-	X	no				X
213	Sy			X	-	-	-	-	X	si				X
214	Sy			X	-	-	-	-	X	si				X
215	Al			X	-	-	-	-	X					X
216	Al			X	-	-	-	-	X					X
217	Al			X	X			X	X					X
218	Al			X	-	-	-	-	X					X
219	Al			X	-	-	-	-	X					X
220	Al	X	Por el tiempo.	-	-	-	-	-	X					X
221	SMa			X	X			X	X	no				X
222	SMa	X	Ya no quería venir.			X		X	X					X
223	SMa			X		X		X	X					X
224	SMa			X		X		X	X					X
225	SMa			X		X		X	X					X
226	SMa			X	X			X	X					X
227	CAIS			X	-	-	-	-	X	si				X
228	CAIS			X	-	-	-	-	X					X
229	CAIS			X	-	-	-	-	X					X
230	CAIS			X	-	-	-	-	X					X

Anexo nº 9

- Análisis de los datos del Instrumento nº 3: Dirigido a Usuarios de los servicios de Salud Mental, que brinda el MINSAL, por cada establecimiento de salud.

Hospital Nacional General y de Psiquiatría "Dr. José Molina Martínez"

Este hospital es el único del país especializado en Psiquiatría, por esa razón los médicos que laboran en él son en su mayoría especialistas en el área de psiquiatría y neurología y sus derivados o demás especialidades relacionadas.

La atención de medicina general es brindada por médicos externos y médicos internos, estudiantes de la carrera de Doctorado en Medicina, de la Universidad de El Salvador, esto por ser también un Hospital Escuela.

En cuanto a la Psicología solamente laboran 3 psicólogas para todo el hospital, dos de ellas cumplen funciones completas en el área de psicología clínica, y la otra profesional cumple tanto las funciones como psicóloga clínica y también como jefe del departamento de Recursos Humanos del hospital.

Existe un grupo de terapia grupal de Adicciones, con personas que estuvieron ingresados en el hospital, en el área de Toxicomanías, para seguir con un tratamiento extra-hospitalario.

En cuanto a las instalaciones, para el grupo de Adicciones, se cuenta con un anexo junto al pabellón de Toxicomanías, donde se realizan las sesiones, cuenta con mesas, sillas e incluso una cocina donde los miembros del grupo preparan sus alimentos, así como también el cubículo de la psicóloga.

Los otros 2 consultorios están ubicados en el área de consulta externa. Uno de los consultorios es bastante pequeño, tiene un espacio reducido donde solo cabe el escritorio, la silla de la psicóloga y dos sillas más para los consultantes, además tiene una especie de ventana o "mini-puerta" que da hacia el pasillo de la consulta, esta ventana siempre está abierta. El otro cubículo es bastante amplio, no cuenta con la ventana pequeña, pero el mobiliario es el mismo.

Los horarios de atención para la consulta externa son de 8:00 am a 4:00 pm de lunes a viernes, los demás servicios del hospital atienden las 24 horas todos los días del año.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	3	17%
De 28 a 37 años	6	33%
De 38 a 47 años	4	22%
De 48 a 57 años	0	0%
De 58 a 67 años	4	22%
De 68 a 77 años	1	6%
De 78 a 87 años	0	0%
TOTAL	18	100%

De las personas encuestadas un 33%, se encuentra entre los 28 y 37 años, un 22% entre las edades de 38 a 47 años y entre los 58 y 67 años. Solo un 17% tiene entre 18 y 27 años y un 6% entre 78 y 87. Se puede inferir que la mayoría de personas se encuentra en el periodo de vida de la edad adulta temprana y tardía. Es importante señalar que en este hospital no se encuestó a ningún padre o madre de familia que tuviera en tratamiento a un hijo/a menor de edad.

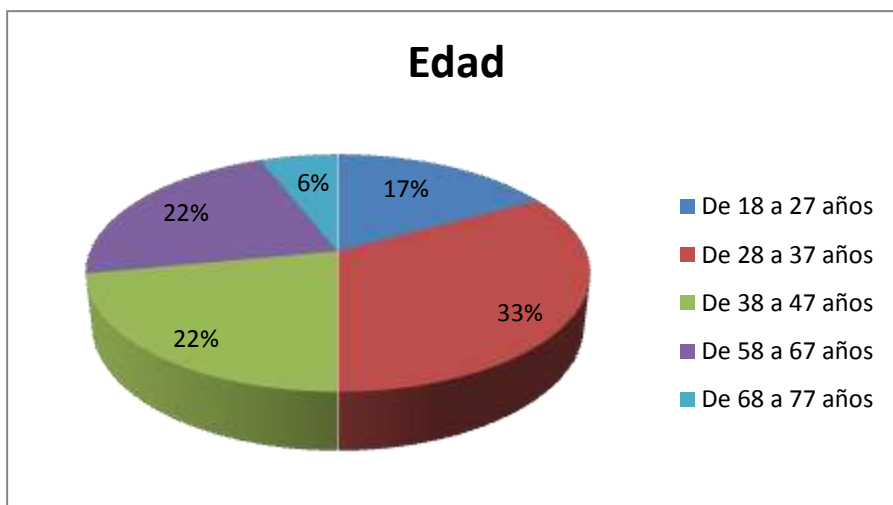


Figura #1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	7	39%
Femenino	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas es del sexo femenino y el 39% restante del sexo masculino. Los datos dan a demostrar que son las mujeres las que consultan mayormente en comparación a los hombres.

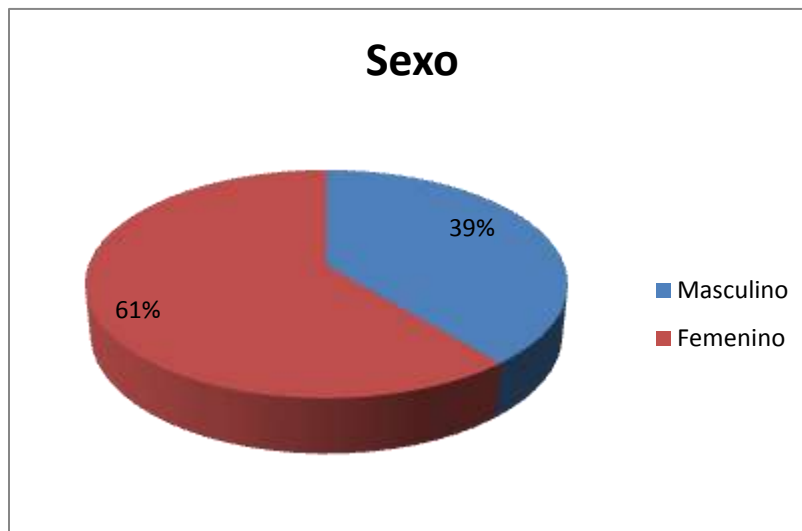
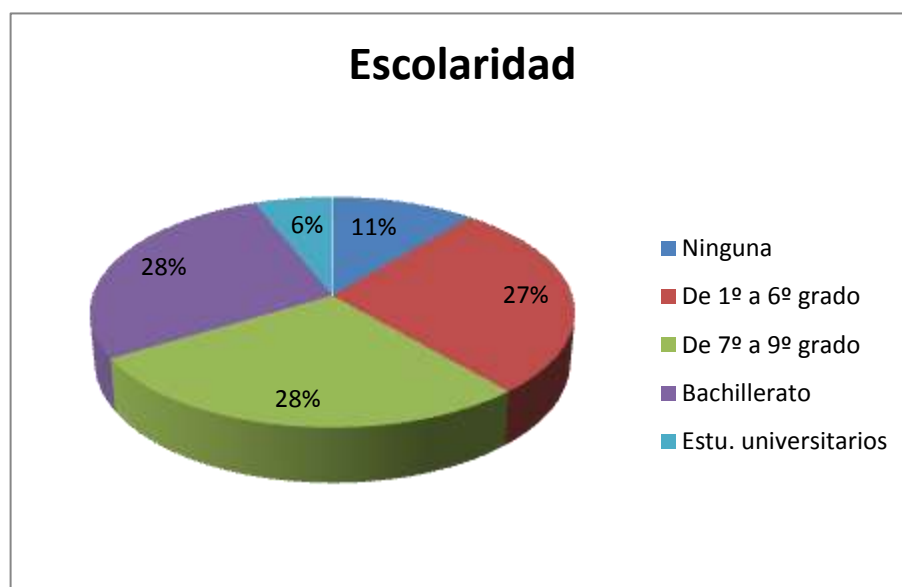


Figura #2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	2	11%
De 1º a 6º grado	5	27.7%
De 7º a 9º grado	5	27.7%
Bachillerato	5	27.7%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	1	6%
TOTAL	18	100%

Con un igual porcentaje de 27.7% la escolaridad de los/as encuestados se encuentra del 1º al 6º grado, del 7º al 9º grado y el bachillerato. Un 11% no tiene ningún grado de escolaridad y solamente el 6% tiene estudios universitarios. Los datos muestran que la mayoría de consultantes tiene un grado académico mínimo de educación básica y máximo de educación media.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4

Numero de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	9	50%
De 7 a 10	4	22%
De 11 a 14	0	0%
De 15 a 18	0	0%
Más de 19	5	28%
TOTAL	18	100%

Un 50% de las personas encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas, un 28% tiene un tratamiento de más de 19 consultas, y el 22% restante tiene entre 7 y 10 consultas. Como muestran los resultados, las personas que consultan en este hospital tienen tratamientos que pueden durar periodos de tiempo extensos, y no desisten de las citas a pesar de que algunas oscilan entre el mes y medio a dos meses entre cada una (esto según lo mencionado por la mayoría de encuestados).



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	5	28%
Ama de casa	5	28%
Comercio / Venta	2	11%
Empleado	4	22%
Estudiante	0	0%
Oficios varios	2	11%
TOTAL	18	100%

Con un porcentaje igual de 28, las personas encuestadas no tienen empleo de ningún tipo y otras son amas de casa. Un 22% son empleados de alguna empresa, un 11% trabaja en las actividades del comercio y venta de productos y otro 11% restante realiza oficios varios (oficios domésticos, construcción, carpintería, cosmetología entre otros). Haciendo una relación con los datos de la edad, las personas que no trabajan son aquellas que pasan de los 60 años de edad.

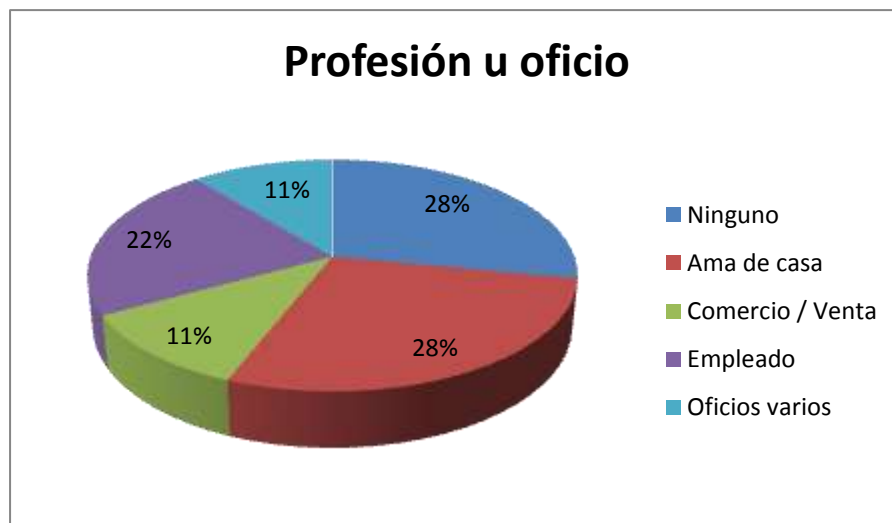


Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	5	28%
Urbana	13	72%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas reside en la zona urbana y el 28% restante en la zona rural. Es importante señalar que las personas que asisten a este hospital no residen en las zonas aledañas al establecimiento sino que llegan de distintos departamentos del país.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	12	67%
No	6	33%
TOTAL	18	100%

El primer ítem del instrumento de investigación preguntaba acerca del concepto de salud mental, un 67% de las personas contestó que si sabia lo que significaba salud mental y dio un pequeño concepto, y el 33% dijo que no. En base a la frecuencia, de las 12 personas que dieron un concepto de salud mental, 7 tienen un concepto incorrecto, incluso contrario de lo que significa la salud mental, mencionando que el concepto se refiere a “estar mal de la cabeza o estar enfermo mentalmente”, y solamente 5 dieron una respuesta acertada.



Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	7	39%
No	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas mencionaron no haber escuchado una charla u otro tipo de promoción sobre la salud mental, en el tiempo que llevan de frecuentar el establecimiento, a no ser la información que se les brinda dentro del consultorio por medio de la psicóloga y/o médicos psiquiatras. El 39% restantes mencionaron si haber escuchado charlas sobre salud mental. Es importante señalar que en relación a la pregunta anterior, de las 7 personas que aquí mencionan si haber escuchado charlas sobre la salud mental, 4 de ellas dieron una respuesta incorrecta en el concepto de la misma.

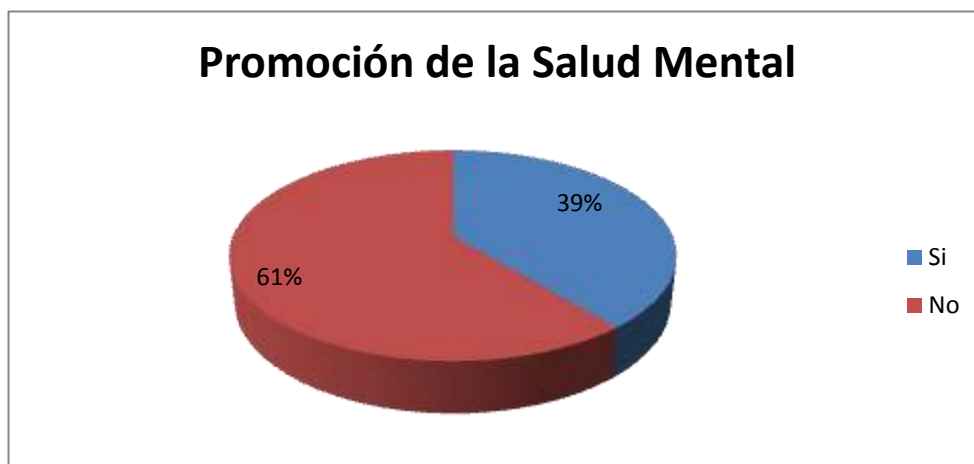


Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	12	67%
Muy Buena	2	11%
Buena	4	22%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas le da una calificación de “Excelente” a la atención que ha recibido, un 22% una calificación de “Buena” y el 11% restante la califica como “Muy Buena”. Los 3 tipos de respuesta son aceptables lo que permite inferir que las personas se sienten generalmente a gusto con el servicio que reciben, según las opiniones, adjudican estas calificaciones por tener mejorías en sus problemas, sentirse bien, ser escuchados y porque han recibido un buen trato de parte de los profesionales en la salud mental.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	15	83%
No	3	17%
TOTAL	18	100%

El 83% de las personas encuestadas dijeron que si se les ha explicado la razón por la cual están en tratamiento, es decir tienen conocimiento de sus diagnósticos. El 17% restante dijo que no se les ha explicado la razón concreta por la cual porque están en tratamiento. En relación al cuadro del número de consultas recibidas, las personas que no tiene conocimiento de su diagnóstico son aquellas que van iniciando el tratamiento y no tiene más de 3 consultas recibidas.



Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	16	89%
No	2	11%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas dijo que si ha comprendido el desarrollo de las consultas que reciben tanto en el área de psicología como en el de psiquiatría, es decir que no tienen mayores dudas al respecto y si las tienen preguntan para resolverlas, también captan las indicaciones que se les dan sobre todo a los que toman medicamentos (área de psiquiatría).

Por su parte, el 11% restante dijo quedar con algunas dudas después de terminada la consulta.

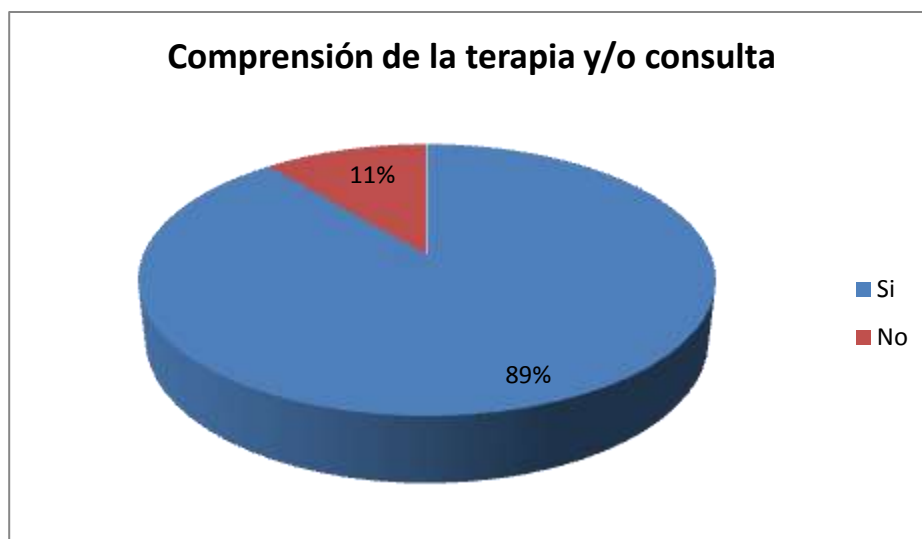


Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	12	67%
Brindaron ideas	6	33%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas brindaron ideas para poder mejorar la atención que reciben, es importante señalar que son sugerencias específicas para el área de psicología. Las actividades que las personas propusieron son las siguientes: manualidades, actividades de dibujo, charlas de superación personas, autoestima y sexualidad para adultos y adolescentes y actividades deportivas. Por su parte el 33% restante dijo que consideraban que las actividades que hacen están bien y la consulta completa.



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	14	78%
Poco satisfactorios	4	22%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	18	100%

Con respecto a los resultados obtenidos del tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, el 78% de las personas encuestadas dijo tener resultados muy satisfactorios, han tenido mejoría en sus problemas u dificultades o síntomas. El 22% restante dijo que sus resultados son poco satisfactorios, pero esta opción de respuesta fue tomada mayormente por las personas que van iniciando el tratamiento.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	4	22%
Asistencia por decisión de otros	5	28%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	9	50%
TOTAL	18	100%

El 50% de las personas encuestadas esta asistiendo al tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por referencia del medico general, un 28% asiste porque otras personas lo alentaron a ir (familiares), y solo el 22% restante asiste por que el o ella lo ha decidido (asistencia voluntaria). Se puede inferir que a pesar de que el porcentaje más mínimo es el que tiene un tratamiento por que ellos lo han decidido, su asistencia es permanente, en relación a lo explicada en los datos del número de consultas.

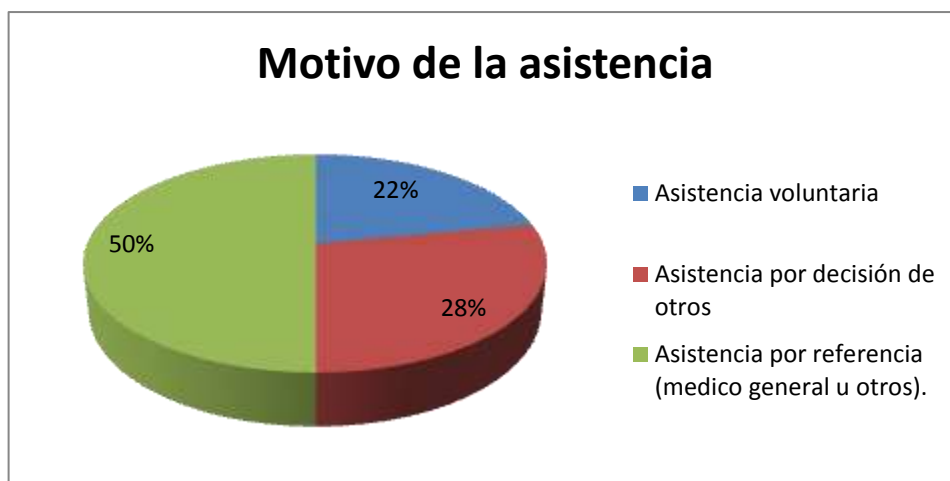


Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	10	56%
No	8	44%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas dijo que en algún momento del tratamiento (psicológico y/o psiquiátrico) pensó en ya no asistir a las consultas, esto debido ha: desánimos, desmotivación o recaídas, que las citas médicas tengan coincidencia en la misma fecha, un caso particular dijo que debido a su Dx. de Hiperactividad estar en la consulta la aburre y se pone inquieta, por eso en ocasiones no asiste, y otro caso menciono que no desea tomar muchas pastillas y por eso no quisiera continuar con el tratamiento. A pesar de todos los motivos para no asistir, las personas vuelven a retomar el tratamiento en busca de una mejoría, ya sea porque ellos lo decidan o sus familiares los impulsen a continuar. Por su parte el 44% restante dijo que jamás ha pensado o tenido dificultades para desistir del tratamiento.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	6	33%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	1	6%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas mencionó que durante el tiempo que llevan de recibir consultas, no ha ocurrido ninguno de los 3 primeros inconvenientes que se plantean en el cuadro anterior. Un 33% dijo que ha habido interrupciones durante la consulta por miembros del personal del hospital, y el 6% restante dijo que hay ruido fuera del consultorio. En base a la frecuencia, de las 7 personas que dijeron presenciar estos dos inconvenientes, 5 lo catalogan como poco frecuente y 2 como bastante frecuente. Con respecto a las opiniones brindadas al caso, algunos mencionaron que esto provoca incomodidad y molestia, el resto dijo que como no se presenta seguido, es comprensible.

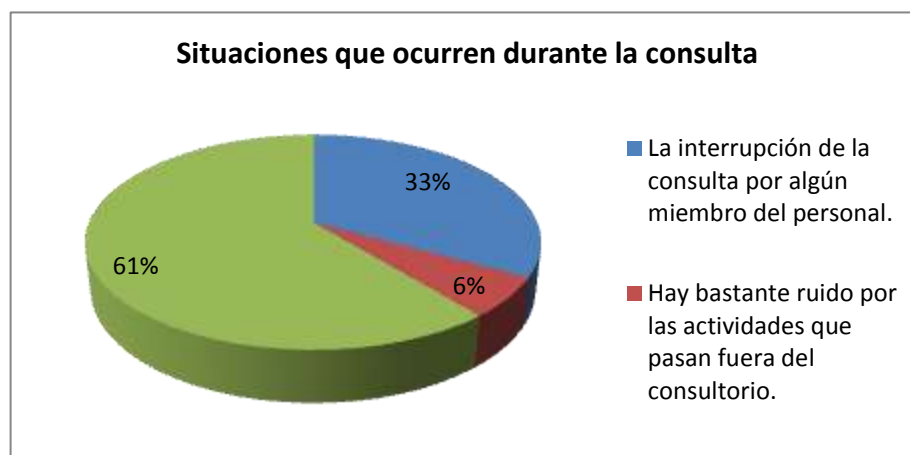


Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	11	61%
No	7	39%
TOTAL	18	100%

Un 61% de las personas encuestadas dijo que el psicólogo y/o psiquiatra si ha solicitado hablar con algún familiar. Es importante señalar que todas estas personas siempre van acompañados de un familiar a sus consultas. El 39% restante dijo que el profesional no les ha solicitado hablar con un familiar. En base a la frecuencia a 5 de estas 7 personas no les parece necesario involucrar a alguien más en su tratamiento, unos porque lo consideran personal y otros porque viven solos, y solo 2 mencionaron que si les gustaría se les solicitara la presencia de su familia.

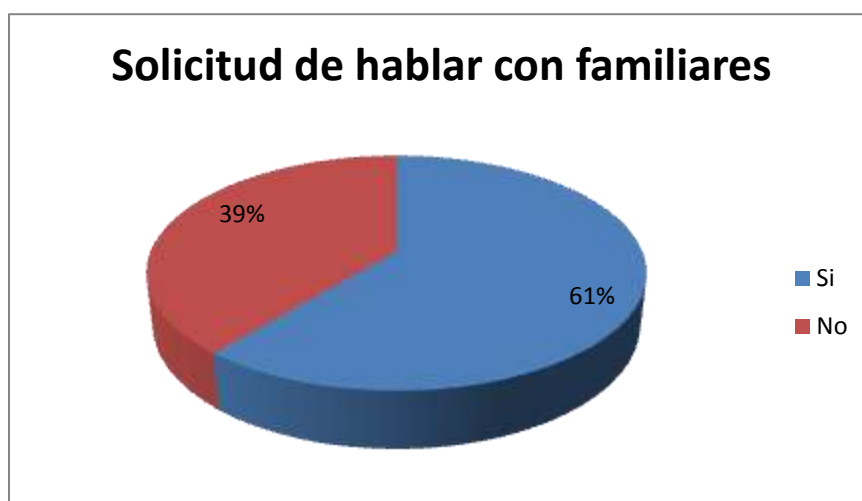


Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	4	22%
No	14	78%
TOTAL	18	100%

El 78% de las personas encuestadas dijo que este es el primer tratamiento psicológico y/o psiquiátrico que reciben.

El 22% restante dijo haber recibido antes un tratamiento en otros centros. En base a la frecuencia, 2 de estas 4 personas si terminaron el tratamiento anterior, y 2 no, las causas fueron recaídas y cambio de establecimiento de salud.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Hospital Nacional Especializado de Niños “Benjamín Bloom”

Este es un hospital de tercer nivel especializado en atender solamente a la población infantil desde los 0 a los 12 años. En cuanto a la Salud Mental, se brinda atención en las especialidades de Psiquiatría y Psicología, la muestra con la que se trabajo fue la atendida en la consulta externa, donde laboran 2 psicólogas y una medico psiquiatra.

En este caso particular, la encuesta no fue aplicada al consultante, por tratarse de niños/as sino que se aplico a las madres/padres de familia o encargados del tratamiento de los menores.

En cuanto a los consultorios, estos se encuentran en el anexo de consulta externa del hospital, los cubículos son amplios y ventilados, el mobiliario lo conforman un escritorio, la silla del profesional y 2 ó 3 sillas para los consultantes, mesas pequeñas para niños/as con sillas pequeñas, y una caja con algunos juguetes, también se cuenta con una grabadora para reproducir los audios o melodías.

La decoración de los cubículos tiene toques infantiles para hacer más agradable el ambiente para los menores.

La atención de consulta externa es brindada en distintos horarios, dependiendo cada profesional, estos son de 6:00 am a 2:00 pm y de 8:00 am a 4:00 pm, de lunes a viernes.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	2	11%
De 28 a 37 años	5	28%
De 38 a 47 años	9	50%
De 48 a 57 años	2	11%
De 58 a 67 años	0	0%
De 68 a 77 años	0	0%
De 78 a 87 años	0	0%
TOTAL	18	100%

El 50% de las madres/padres de familia encuestadas/os tienen edades que oscilan entre los 38 y 47 años, un 28% tiene entre 28 y 37 años y con un igual porcentaje de 11%, tienen edades entre los 18 y 27 años y 48 y 57 años de edad.

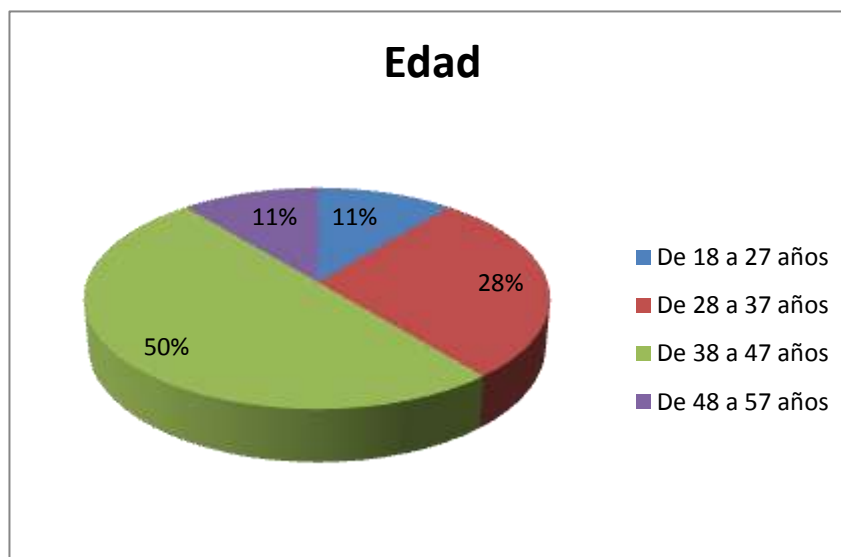


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	2	11%
Femenino	16	89%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas son del sexo femenino y el 11% del sexo masculino. Como muestran los datos, en su mayoría son las madres de familia quienes asisten a las consultas con sus hijos e hijas.

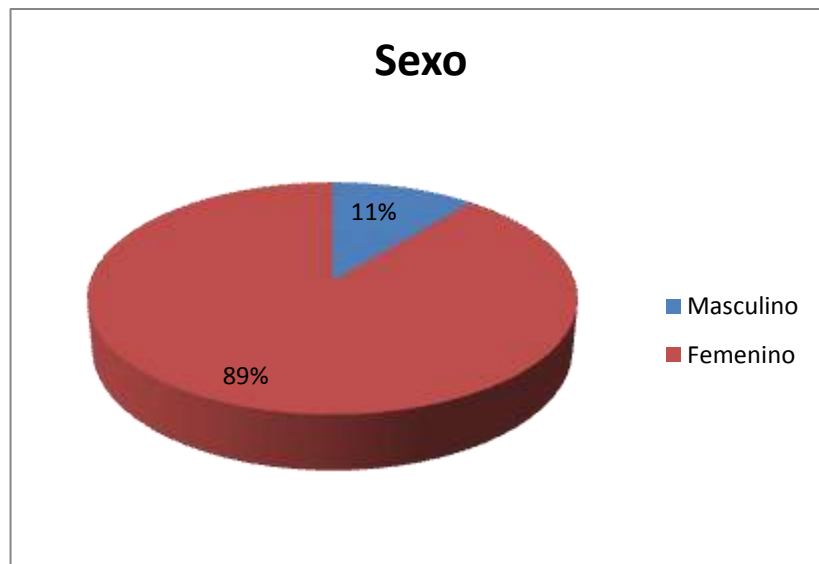


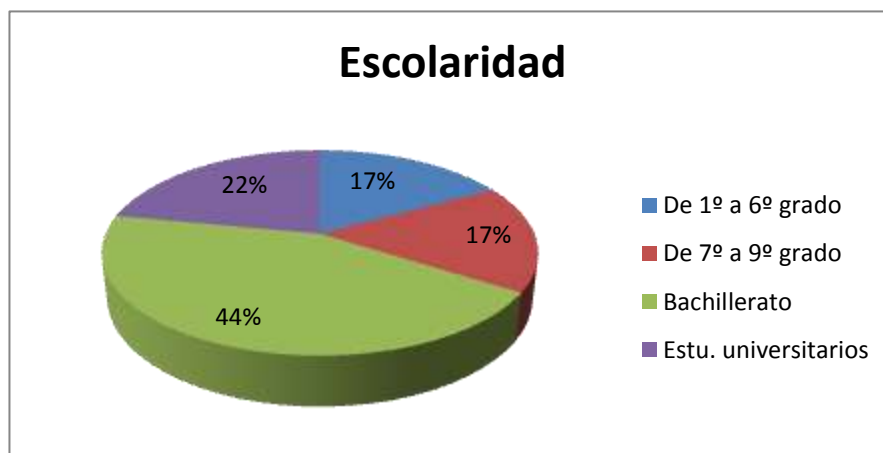
Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	0	0%
De 1º a 6º grado	3	17%
De 7º a 9º grado	3	17%
Bachillerato	8	44%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	4	22%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas tiene un nivel académico que llega hasta el Bachillerato, un 22% ha cursado por lo menos 2 años de estudios universitarios, y con un porcentaje igual de 17% otros tiene estudios que van del 1º al 6º grado y del 7º a 9º grado.

Como muestran los datos se puede observar que en su mayoría las madres/padres de los menores que consultan poseen un nivel académico que oscila entre la educación de niveles media y superior. Cabe aclarar que las personas que tienen estudios universitarios, en su mayoría no lograron terminar sus estudios.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	8	44%
De 7 a 10	7	39%
De 11 a 14	0	0%
De 15 a 18	0	0%
Más de 19	3	17%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas tienen entre 3 y 6 consultas recibidas. Un 39% ha recibido entre 7 y 10 consultas, y el 17% restante tiene un tratamiento que excede a más de 19 consultas. La mayoría de personas va iniciando el tratamiento, pero una minoría ya tiene un tratamiento bastante avanzado.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	0	0%
Ama de casa	10	55%
Comercio / Venta	5	28%
Empleado	2	11%
Estudiante	0	0%
Oficios varios	1	6%
TOTAL	18	100%

El 55% de las personas encuestadas son amas de casa, un 28% se dedica al comercio y/o venta de productos, un 11% es empleada en alguna empresa y el 6% restante se dedica a oficios varios (costura).

En relación a los datos del nivel académico, como se explico allí que algunos no han terminado sus estudios lo que hace que en este caso se encuentres más oficios que profesiones. Por otra parte, en relación al sexo, se observa que la mayoría de mujeres son amas de casa, y por ser ellas las encargadas del hogar son también las responsables de llevar a los menores a las consultas.



Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	2	11%
Urbana	16	89%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas reside en una zona urbana, y el 11% restante en la zona rural. Las personas que reciben atención en este centro, provengan del área urbana o rural, no residen únicamente en San Salvador sino en distintos departamentos del país, pues como se mencionó al principio, este es un Hospital de Tercer Nivel, que recibe referencias de los demás departamentos del país.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	10	56%
No	8	44%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas dijo que si conocía el concepto de Salud Mental y el 44% restantes que no lo conocía. En base a la frecuencia, de las 10 personas que si sabían sobre el concepto, 4 dieron un significado incorrecto, unas ideas incluso son contrarias al concepto real, pues van desde términos como “anormal” a “desequilibrio mental”.



Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	6	33%
No	12	67%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas dijo no haber recibido ni charlas ni otro tipo de promoción sobre la salud mental, en lo que llevan de visitar el hospital. El 33% restante dijo si haber escuchado por lo menos una charla sobre el tema. En relación a los datos en el número de consultas, se puede inferir que esto se debe, a que la mayoría de los encuestados lleva un tratamiento no tan prolongado, por lo cual las posibilidades de haber escuchado alguna charla son menores.

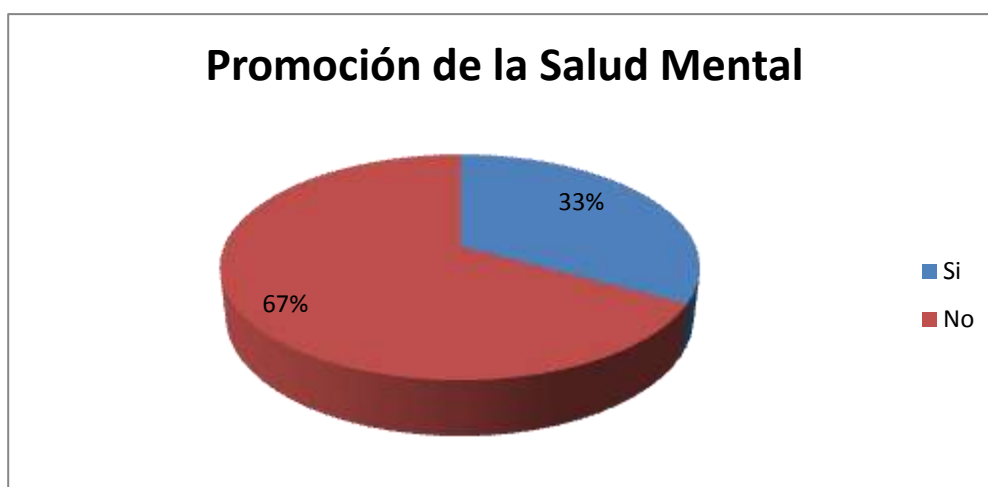


Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	5	28%
Muy Buena	8	44%
Buena	4	22%
Regular	1	6%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas califico la atención recibida como “Muy Buena” y un 28% como “Excelente”. En las opiniones a estos casos, adjudican la calificación a una mejoría en las dificultades de sus hijos/as y a un buen trato. Un 22% califico la atención como “Buena” y el 6% restante como “Necesita mejorar”, entre las opiniones de estos casos están que el periodo de tiempo entre una cita y otra es muy prolongado y que han recibido un trato que podría definirse como poco ético y poco amable por algunos de los profesionales.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	12	67%
No	6	33%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas dijo que el psicólogo y/o psiquiatra si les habían explicado y dado un Diagnóstico sobre el caso de sus hijos/as. El 33% restante dijo que no había recibido un diagnóstico ni explicación por parte de los profesionales. Esto se puede relacionar con los resultados obtenidos en el ítem f, pues algunos padres proponen como actividad el trabajo en conjunto con los menores, con el propósito de estar informados.



Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	10	56%
No	8	44%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas dijo comprender las indicaciones que se les planteaban en base al tratamiento de sus hijos/as, y el 44% restante dijo no comprender en su totalidad el proceso. En este caso ellos explicaron que es debido a que las consultas las reciben exclusivamente los menores, y a ellos se les informa muy poco.

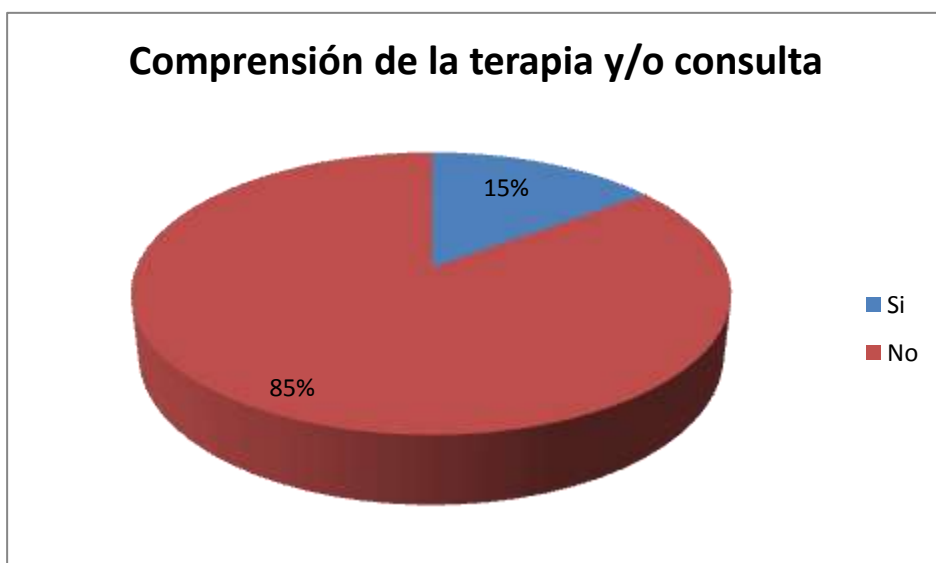


Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	7	39%
Brindaron ideas	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas propusieron algunas actividades que se podrían utilizar para mejorar o enriqueces la terapia psicológica. Entre ellas destacan: actividades para controlar la conducta y las emociones, más técnicas de relajación, técnicas de aprendizaje, actividades físicas, y la que más destaca es el mayor involucramiento de los padres en el tratamiento de los menores.



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	13	72%
Poco satisfactorios	5	28%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	8	100%

El 72% de las personas encuestadas dijo que los resultados que sus hijos/as han tenido hasta el momento son muy satisfactorios, y el 28% restante dice que son poco satisfactorios. Pueden relacionarse estos resultados al número de consultas que se tiene en cada caso, pues la mayoría no tiene un tratamiento bastante prolongado sino que van iniciando.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	5	28%
Asistencia por decisión de otros	1	6%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	12	66%
TOTAL	18	100%

El 66% de las personas encuestadas dijeron que asisten a las consultas por la referencia del medico general, de ese hospital o de otro centro de salud, el 28% asiste por decisión voluntaria (en este caso particular por decisión de los padres de los menores), y solo el 6% tiene una asistencia por orden o referencia del centro escolar. Como muestran los datos, la mayoría tiene un tratamiento por referencia de otro profesional de la salud.



Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	2	11%
No	16	89%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas dijo que nunca ha pensado o pensó en algún momento del tratamiento en ya no llevar a sus hijos/as a las consultas. El 11% menciona que si pensó en ya no llevar a los menores a las consultas, los motivos han sido problemas económicos y falta de tiempo por el trabajo.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	2	11%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	3	17%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	13	72%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas dijo no haberse percatado de que ocurra alguna de las situaciones planteadas en el ítem. Un 17% dijo que hay mucho ruido y el 11% restante que se dan interrupciones. En base a la frecuencia, 3 de las 5 personas que mencionan la existencia de estos inconvenientes dijo que pasan poco frecuente y 2 que suceden con mucha frecuencia.

Cabe señalar que son pocos los padres que entran al consultorio con sus hijos/as, la mayoría se limita a esperar, entran solo en la primera consulta y luego solo cuando se les dan indicaciones.

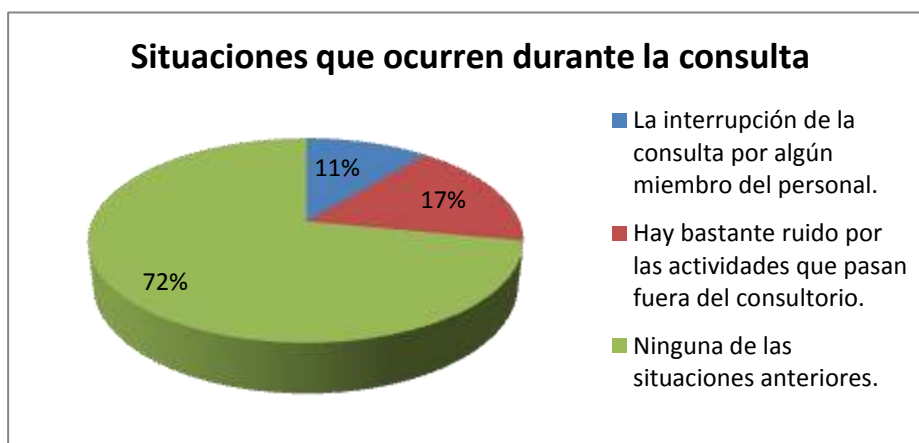


Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	12	67%
No	6	33%
TOTAL	18	100%

En este caso particular, por tratarse de niños/as la asistencia de un familiar es siempre requerida, por eso la pregunta se formuló en base a la solicitud de hablar con otro familiar, aparte del encargado. El 67% dijo que si se les ha solicitado y el 33% que no, y todos ellos tienen la opinión que si es necesario el involucramiento del padre o de los demás familiares con quienes conviven diariamente.



Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	1	6%
No	17	94%
TOTAL	18	100%

El 94% de las personas encuestadas dijo que nunca había llevado antes a sus hijos a pasar consulta de este tipo (psicológica y/o psiquiátrica). Y el 6% restante dijo que si, había recibido antes tratamiento en otra institución, pero no termino el tratamiento porque ya no se lo siguieron dando.

Se puede inferir que por ser casos de niños/as de corta edad, es este el primer tratamiento que reciben, a diferencia de un adulto que tiene más probabilidades de haber experimentado más tratamientos.

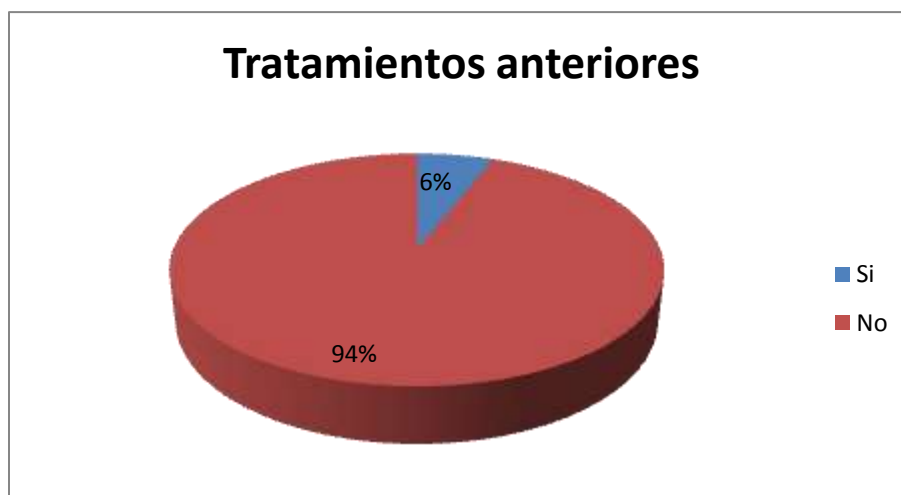


Figura # 12
Tratamientos anteriores

Hospital Nacional General “Dr. Juan José Fernández”, Zacamil

Este es un hospital de segundo nivel y atiende a toda la población en general desde niños a adultos. El área de Salud Mental cuenta solamente con la atención en Psicología, no se dan consultas psiquiátricas.

La atención es brindada por 2 psicólogas, una encargada de la consulta externa que atiende a todos los casos en general (de niños a adultos) en un horario de 1:00 pm a 3:00 pm de lunes a viernes, y otra que labora en la Clínica especializada en la atención exclusiva a personas con VIH, en un horario de 8:00 am a 4:00 pm, de lunes a viernes.

En esta clínica solamente se atienden a personas con VIH, es un anexo del hospital, que cuenta con atención psicológica, medica y trabajo social, a diario se imparten charlas sobre el VIH-SIDA y semanalmente se dan talleres sobre el tema, que son brindados por una asociación.

En cuanto al área de trabajo, el consultorio ubicado en esta clínica es de espacio reducido, pero ventilado, cuenta con un escritorio, un canapé, sillas para el profesional y los consultantes, así como una pequeña librería con panfletos, carteleros y muestras de la medicación que estas personas deben consumir.

El consultorio de la consulta externa es un poco más amplio pero menos ventilado, el mobiliario está compuesto por un escritorio, un canapé y sillas para el profesional y los consultantes.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	2	11%
De 28 a 37 años	3	16.5%
De 38 a 47 años	5	28%
De 48 a 57 años	5	28%
De 58 a 67 años	3	16.5%
De 68 a 77 años	0	0%
De 78 a 87 años	0	0%
TOTAL	18	100%

Un 28% de las personas encuestadas tienen un rango de edad entre los 38 y 47 años, otro 28% entre los 48 y 57 años, un 16% tiene entre 28 y 37 años de edad, y otro 16.5% tiene entre 58 y 67 años de edad, el 11% restante tiene entre 18 y 27 años. Como muestran los datos, las personas encuestadas en este centro de salud, son en su mayoría adultos, el rango de jóvenes es poco.

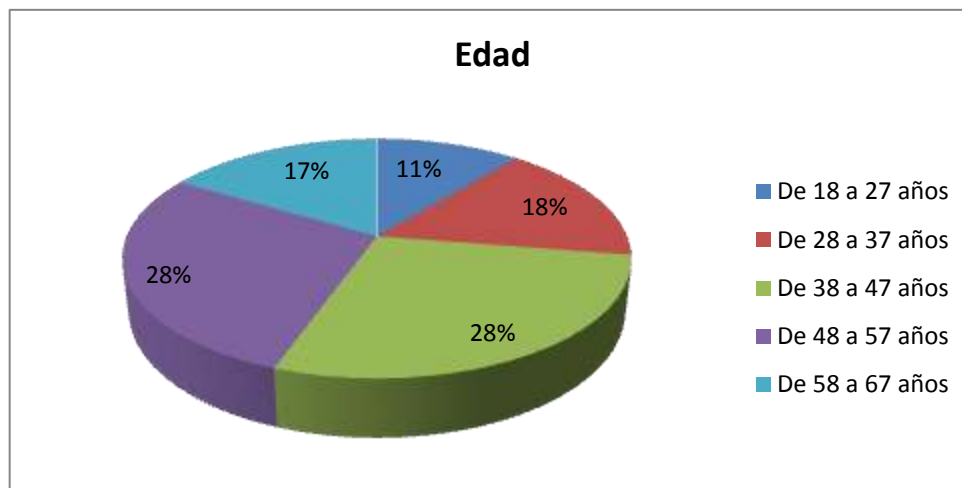


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	6	33%
Femenino	12	67%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas son del sexo femenino y el 33% restante son del sexo masculino. Como muestran los datos se encuestó a más mujeres que a hombres.

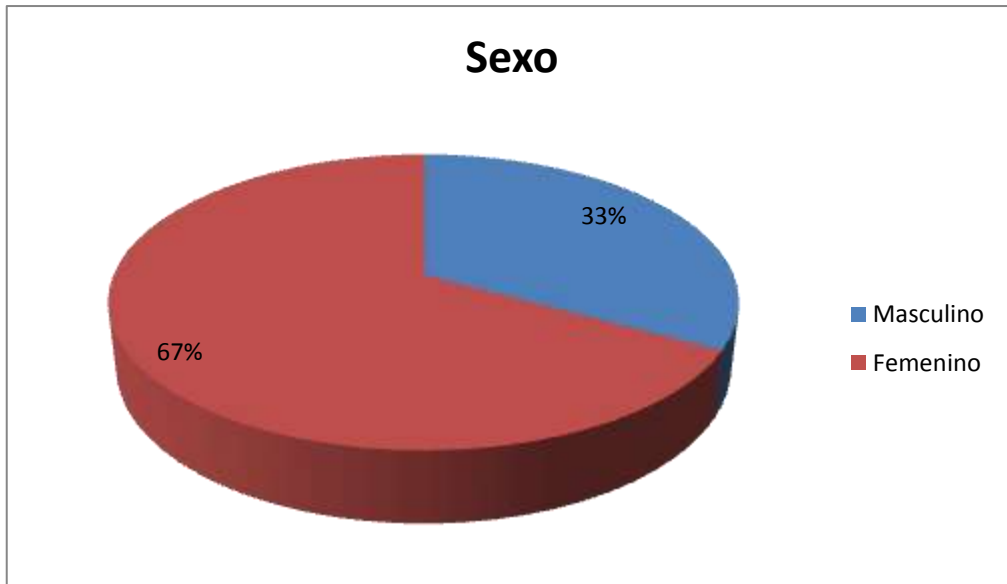
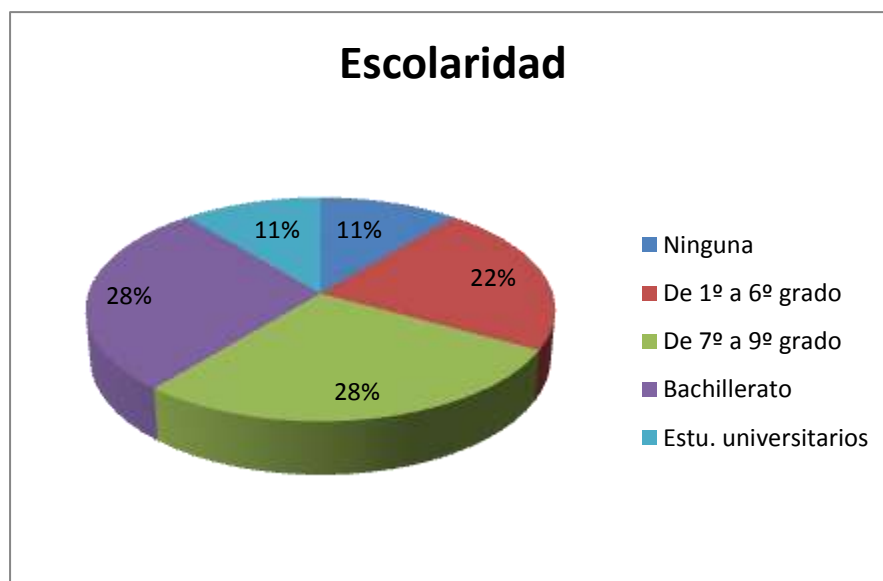


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	2	11%
De 1º a 6º grado	4	22%
De 7º a 9º grado	5	28%
Bachillerato	5	28%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	2	11%
TOTAL	18	100%

Un 28% de las personas encuestadas tiene un nivel académico entre el 7º y 9º grado, otro 28% tiene estudios de Bachillerato, un 22% tiene estudios entre el 1º y 6º grado, un 11% tiene estudios Universitarios, y el 11% restante no tiene estudios de ningún grado. Se puede señalar que la mayoría de las personas tiene un nivel académico que va desde la educación primaria a la educación media.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	9	50%
De 7 a 10	4	22%
De 11 a 14	1	6%
De 15 a 18	1	6%
Más de 19	3	16%
TOTAL	18	100%

El 50% de las personas encuestadas tiene de 3 a 6 consultas recibidas, un 22% tiene de 7 a 10 consultas, un 16% tiene un tratamiento que excede a las 19 consultas, un 6% tiene entre 11 y 14 consultas y el otro 6% restante tiene entre 15 y 18 consultas. Como muestran los datos, las personas aquí encuestadas en su mayoría van iniciando el tratamiento, y una minoría tiene un tratamiento ya extenso, los casos restantes estarían en un nivel intermedio.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	1	5.5%
Ama de casa	4	22.2%
Comercio / Venta	11	61.1%
Empleado	1	5.5%
Estudiante	1	5.5%
Oficios varios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 61.1% de las personas encuestadas se dedica al comercio y/o venta de productos, el 22.2% son amas de casa, y con un igual porcentaje del 5.5% se representa a una persona estudiante, a un empleado en una empresa y a una persona que no tiene ningún tipo de oficio o empleo. En relación a los datos del nivel académico, que muestran que el nivel educativo esta entre la primaria y el bachillerato, se puede observar aquí que la mayoría de personas se dedica a oficios y no a profesiones.

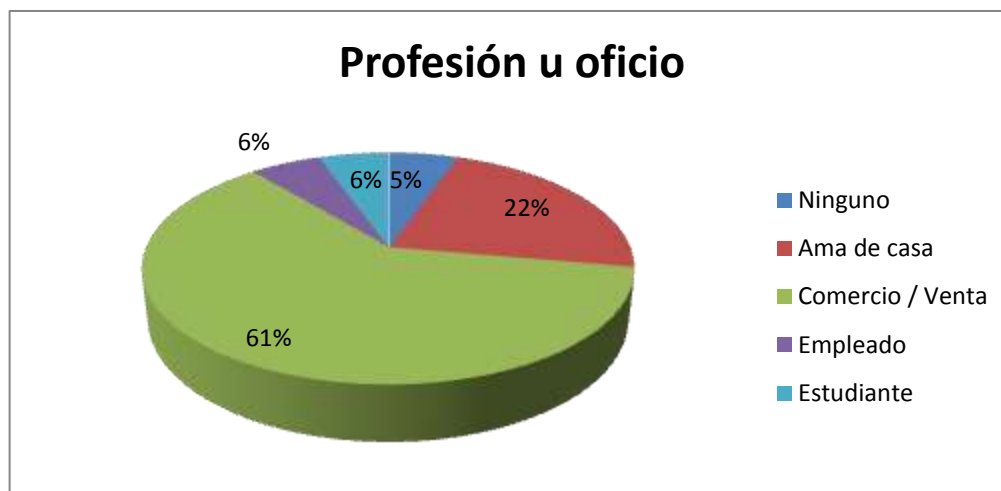


Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	1	6%
Urbana	17	94%
TOTAL	18	100%

El 94% de las personas encuestadas reside en el área urbana y el 6% restante en el área rural. Cabe señalar que las personas que asisten a este hospital no todas residen en las zonas aledañas, algunas llegan incluso de otros departamentos y no solo de San Salvador.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	17	94%
No	1	6%
TOTAL	18	100%

El 94% de las personas encuestadas dijeron si conocer el concepto de salud mental, y el 6% restante dijo que no lo sabía. En base a la frecuencia 10 de las 17 personas que contestaron “Si”, dieron un concepto acertado y 7 un concepto incorrecto, incluso contrario a lo que significa la salud mental, como por ejemplo: “padecer trastornos o enfermedades en la cabeza”.



Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	9	50%
No	9	50%
TOTAL	18	100%

El 50% de las personas encuestadas si ha recibido charlas u otro tipo de promoción sobre la salud mental y el 50% restante no lo ha recibido.

Con relación al cuadro anterior sobre el concepto de salud mental, en base a la frecuencia, de las 9 personas que si han recibido charlas o promoción de la salud mental, 4 dieron un significado incorrecto del concepto.



Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	11	61%
Muy Buena	1	6%
Buena	6	33%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas califico como “Excelente” la atención que ha recibido, un 33% la califico como “Buena” y el 6% restante como “Muy Buena”. Es importante señalar que aunque se tiene una cantidad significativa en la calificación de “Buena”, es en su mayoría de las personas que van iniciando el tratamiento, ninguna mencionó haber recibido malos tratos, salvo un caso que explico que daba esta calificación porque el periodo de tiempo entre una cita y la otra es muy largo.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	17	94%
No	1	6%
TOTAL	18	100%

El 94% de las personas encuestadas dijo estar enterada del diagnóstico o razón por la cual esta en tratamiento y han recibido la explicación por parte de la psicóloga. El 6% restante no lo ha recibido porque va iniciando el tratamiento.

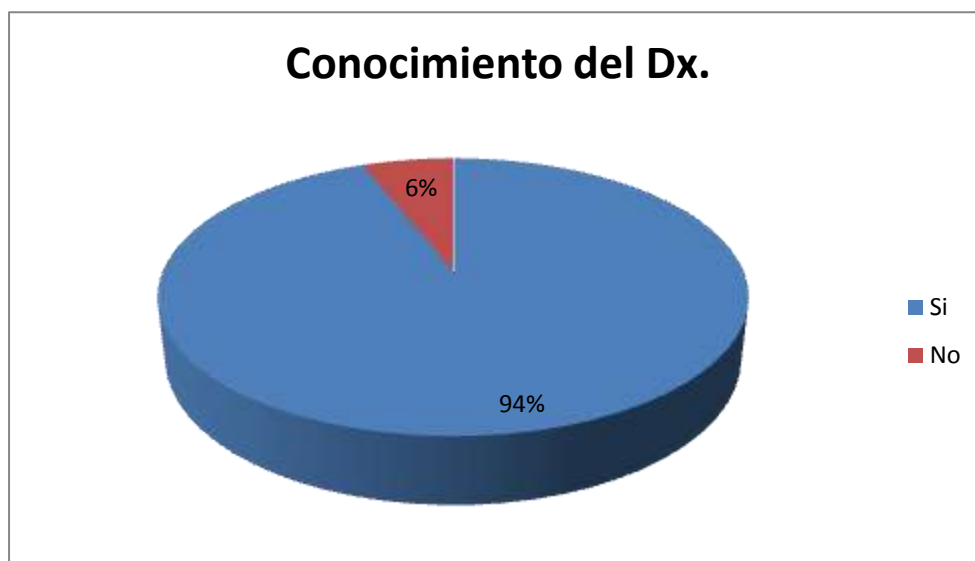


Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	18	100%
No	0	0%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas mencionó haber comprendido siempre el desarrollo de las consultas, y siempre que hay dudas son aclaradas por las profesionales.

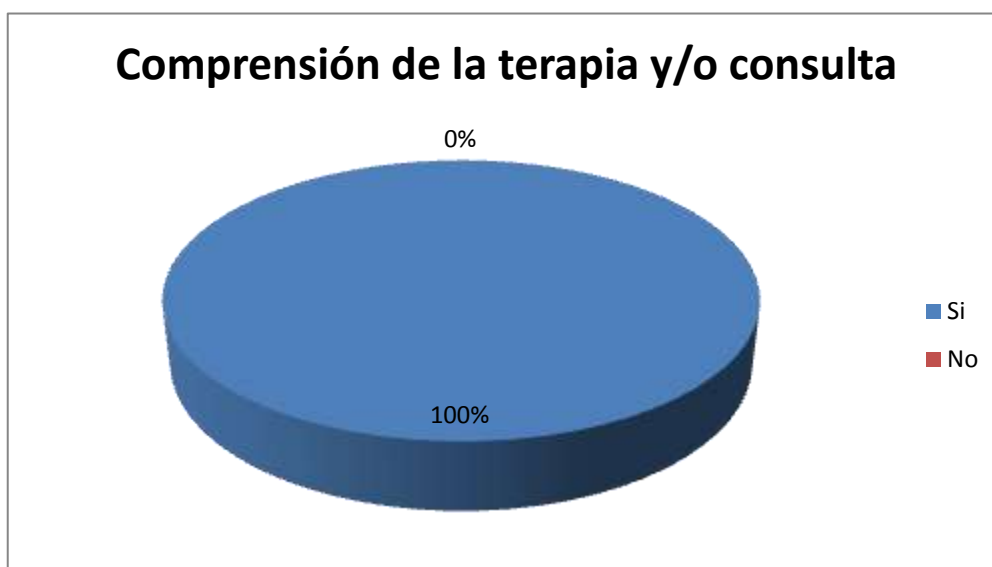


Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	7	39%
Brindaron ideas	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas brindaron ideas que se pueden incorporar para mejorar el tratamiento, entre las que están: *Oír charlas, Hipnosis o terapia de ese tipo, Consejería, Terapia familiar y con la pareja, Hacer una remembranza de todo cuando se lleva avanzado el tratamiento, Aprender más sobre psicología y salud mental para ayudar a otros, Más ayuda en temas de depresión y autoestima, Hablar sobre la discriminación de personas con VIH, Más consejos para no deprimirse, Meditación para controlar la ira y Actividades dinámicas y juegos.* El 39% restante dijo que el tratamiento estaba completo así como esta y no brindo ideas.



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	15	83%
Poco satisfactorios	3	17%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 83% de las personas encuestadas dijo que los resultados obtenidos en su tratamiento han sido Muy satisfactorios, y el 17% restante que han sido poco satisfactorios. Es importante señalar que en este ultimo caso, son las personas que van iniciando su tratamiento.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	7	39%
Asistencia por decisión de otros	1	6%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	10	55%
TOTAL	18	100%

El 55% de las personas encuestadas asistió al tratamiento por medio de una referencia del medico, un 39% fue por una asistencia voluntaria y el 6% restante inicio un tratamiento por la decisión de familiares. Los datos muestran que la mayoría de personas tiene una asistencia por referencia tanto de médicos como de familiares y solo la minoría fue por una asistencia voluntaria.

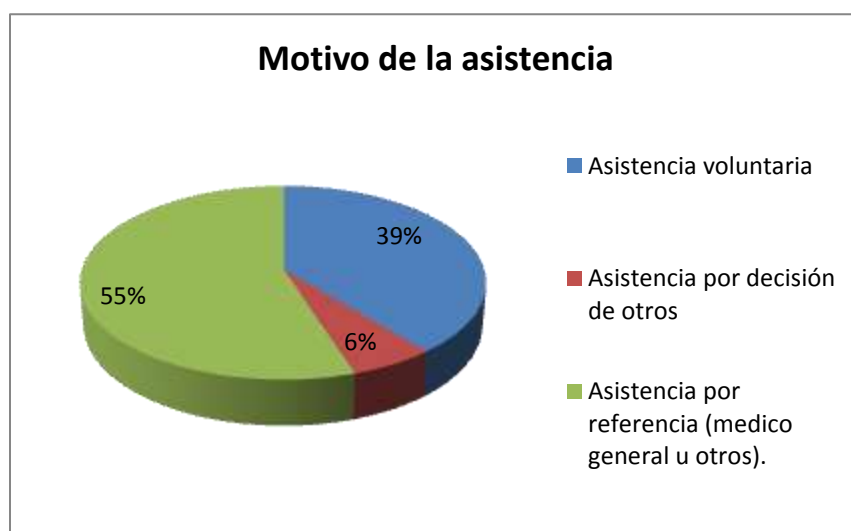


Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	18	100%
No	0	0%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas dijo que nunca pensó o ha pensado en algún momento en dejar de asistir a las consultas.

En relación con los datos anteriores que hablan sobre el motivo de la asistencia a las consultas (cuadro # 8), aunque la mayoría de las personas asiste por referencia del medico o familiares, estos datos muestran que las personas no han dejado de asistir al tratamiento pese a que la asistencia voluntaria se presento en una minoría.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	8	44%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	0	0%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	10	56%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas dijo que no se han presentado ninguna de las situaciones que planteaba este ítem. El 44% restante dijo que si se presentaba la interrupción de la consulta por algunos miembros del personal. En base a la frecuencia 5 de las 8 personas que han presenciado esto, dijeron que es poco frecuente y 3 que es bastante frecuente. Las opiniones al respecto indican que esto genera incomodidad.



Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	13	72%
No	5	28%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas mencionó que la psicóloga si ha solicitado hablar con algunos de sus familiares, y el 28% restante que no. En base a la frecuencia, 3 de las 5 personas a quienes no se les ha solicitado, dijeron que no lo consideran necesario y 2 que si.

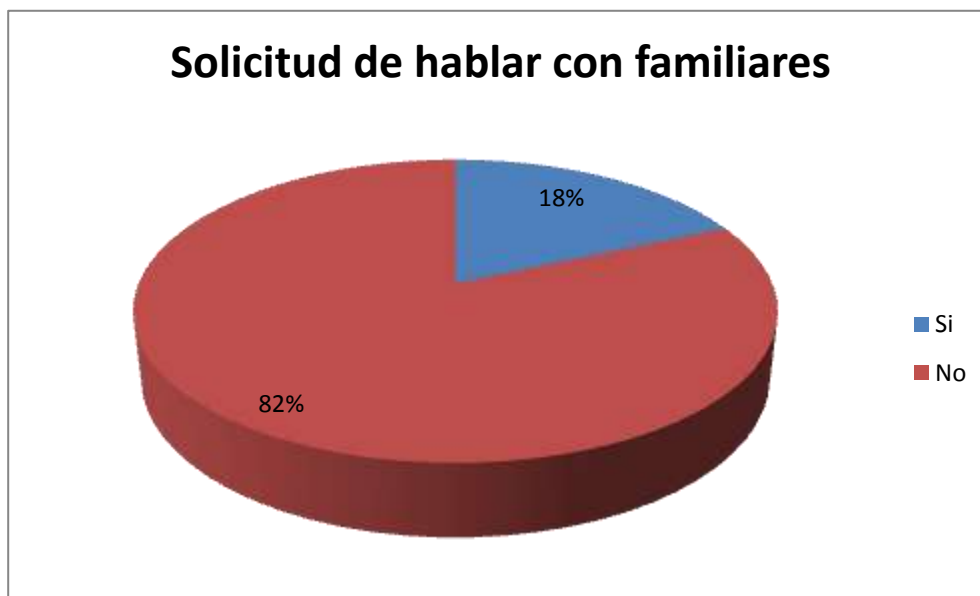


Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	6	33%
No	12	67%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas no ha recibido un tratamiento psicológico anteriormente, y el 33% restante si, de estas personas todas terminaron su antiguo tratamiento (recibieron el alta).



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Hospital Nacional General “Enf. Angélica Vidal de Najarro”, San Bartolo

Este es un hospital de segundo nivel que atiende a la población general desde niños a adultos. El área de salud mental brinda servicios tanto de psicología como de psiquiatría, hay grupos de terapia grupal que se dividen en atención a personas con depresión y otro grupo que es para personas sin un diagnóstico específico.

Laboran dentro de la institución una médico psiquiatra y 3 psicólogas. La atención que brindan en consulta externa es en los horarios de 8:00 am a 10:00 am y de 8:00 am a 12:00 m. de lunes a viernes.

Para el área de Psicología, los días lunes se hace trabajo en las escuelas de las zonas aledañas, los días martes y jueves se realizan los talleres ya mencionados.

En cuanto al área física de trabajo, en la consulta externa, cada una de las psicólogas, como la psiquiatra cuentan con un consultorio propio, los 3 son amplios y ventilados y decorados con algunas frases o dibujos alusivos a la salud mental. El mobiliario lo forman un escritorio, un canapé y las sillas para el profesional y los consultantes. También existe un cubículo específico del área de Salud Mental donde se guardan las pertenencias y los materiales de trabajo de las profesionales.

Es importante señalar que hay una enfermera designada específicamente para el área de salud mental, quien es la encargada de colocar a los consultantes, llevar sus registros (expediente clínico) y exponer las charlas pertinentes a la temática.

Datos generales

Cuadro # 1

Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	5	28%
De 28 a 37 años	4	22%
De 38 a 47 años	4	22%
De 48 a 57 años	1	6%
De 58 a 67 años	2	11%
De 68 a 77 años	2	11%
De 78 a 87 años	0	0%
TOTAL	18	100%

El 28% de las personas encuestadas tiene entre 18 y 27 años de edad, un 22% tienen entre 28 y 37 años de edad, otro 22% entre 38 y 47 años, un 11% entre 58 y 67 años, otro 11% entre 68 y 77 años y el 6% restante entre 48 y 57 años de edad. Los datos muestran que las personas encuestadas en este hospital son de edades variadas.

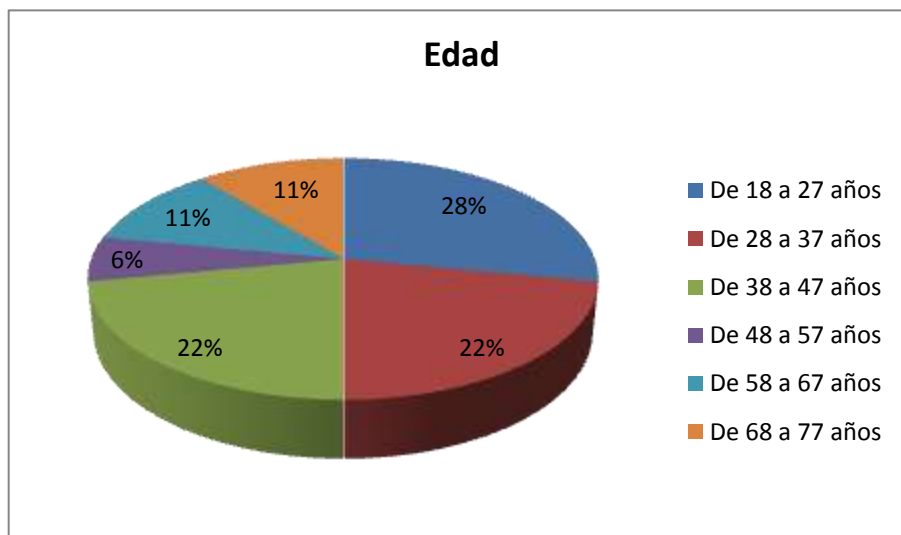


Figura # 1

Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	2	11%
Femenino	16	89%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas son del sexo femenino y el 11% del sexo masculino. Los datos muestran que en su mayoría fueron mujeres las personas que participaron de la encuesta.

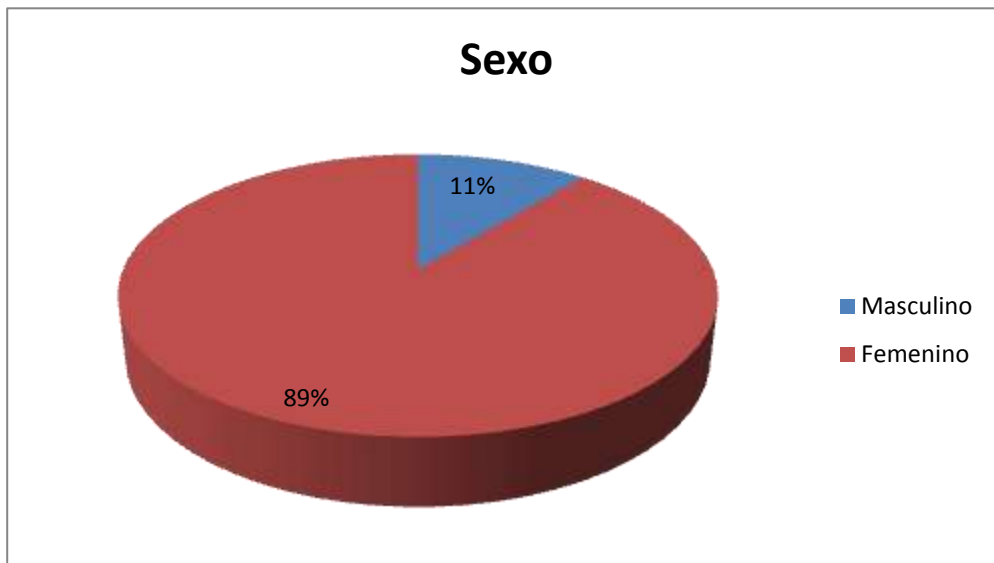
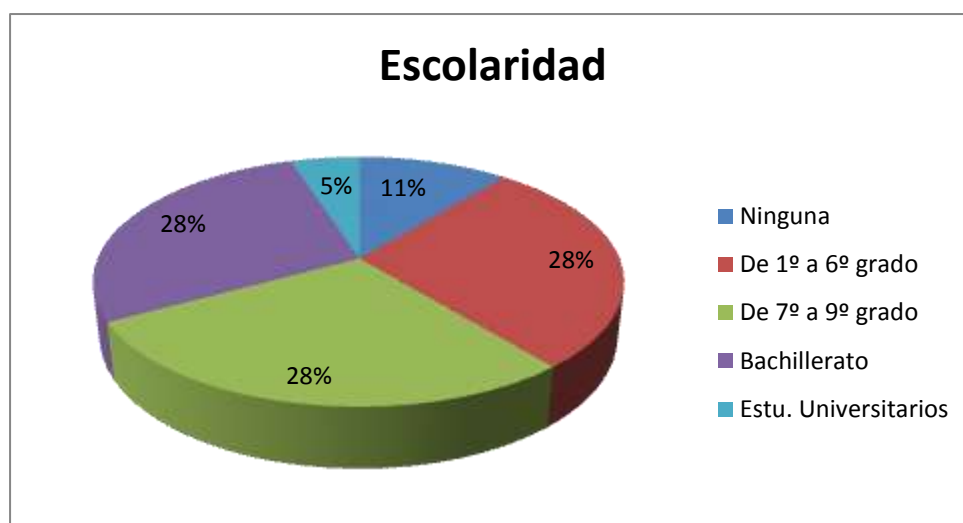


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	2	11%
De 1º a 6º grado	5	28%
De 7º a 9º grado	5	28%
Bachillerato	5	28%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. Universitarios	1	5%
TOTAL	18	100%

Con un igual porcentaje de 28%, las personas encuestadas tienen un nivel académico entre el 1º y 6º, otro entre el 7º y 9º grado y otro en nivel del Bachillerato. Un 11% no tiene estudios de ningún tipo y el 5% restante tiene estudios universitarios. En su mayoría, las personas que participaron de la encuesta tienen un nivel académico entre los estudios de primaria y educación media.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	12	66%
De 7 a 10	5	28%
De 11 a 14	0	0%
De 15 a 18	1	6%
Más de 19	0	0%
TOTAL	18	100%

El 66% de las personas encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas, el 28% entre 7 y 10 consultas y el 6% restante entre 15 y 18 consultas. La mayoría de personas que participaron en la encuesta, iban iniciando su tratamiento, pues no era muy extenso, solo una minoría tenía un tratamiento más avanzado.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	2	11%
Ama de casa	8	44%
Comercio / Venta	1	6%
Empleado	2	11%
Estudiante	3	17%
Oficios varios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas son amas de casa, el 17% son estudiantes, un 11% no tienen estudios de ningún tipo, otro 11% son empleados de alguna empresa y el 6% restante se dedica a las actividades de comercio o venta. Los datos muestran que una mayoría de las personas son mujeres y amas de casa.



Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	2	11%
Urbana	16	89%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas reside en la zona urbana y el 11% restante en la zona rural. La mayoría de personas vive en barrios o colonias, aledañas a San Bartolo y la minoría vive en caseríos o cantones.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	9	50%
No	9	50%
TOTAL	18	100%

El 50% de las personas encuestadas dijo que si conocía el concepto de salud mental y el otro 50% que no. En base a la frecuencia, de las 9 personas que si dieron una idea o definición del concepto, 4 propusieron una definición acertada y 5 una respuesta incorrecta.

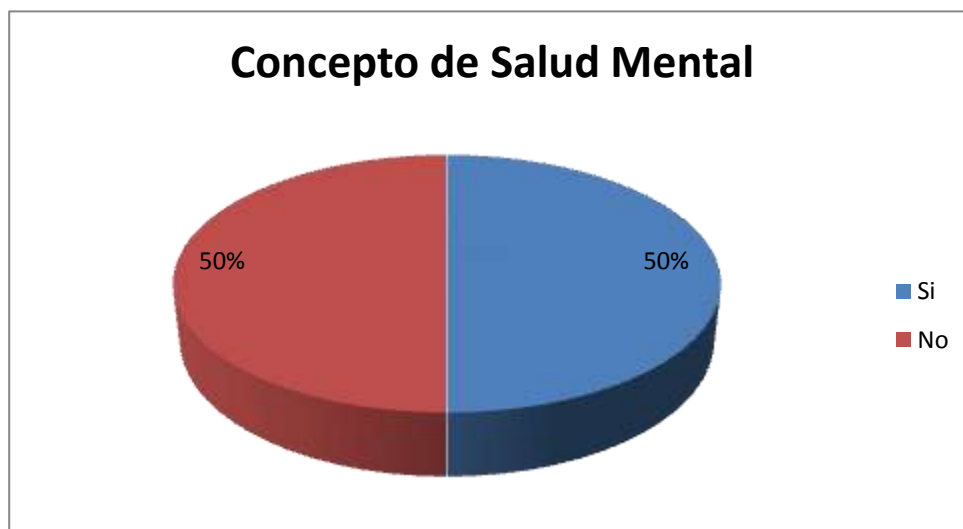


Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	5	28%
No	13	72%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas dijo no haber escuchado charlas o algún otro tipo de promoción sobre la salud mental, en lo que lleva de frecuentar el hospital. El 28% restante dijo que si había escuchado charlas sobre el tema.

En relación a los datos del N° de consultas (Tabla # 4) como la mayoría va iniciando el tratamiento, es posible que eso influya en el hecho de que en esto caso la mayoría no haya escuchado algún tipo de promoción, pues reduce la posibilidad.



Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	9	50%
Muy Buena	4	22%
Buena	5	28%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	18	100%

El 50% de las personas encuestas califico la atención que ha recibido como “Excelente”, un 28% la califico como “Buena” y el 22% restante como “Muy Buena”. Ninguno de los casos mencionó haber recibido un mal trato.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	13	72%
No	5	28%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas dijo que el profesional de salud mental (psicólogo/psiquiatra) si le había explicado la razón por la cual estaban recibiendo el tratamiento, es decir conocía si diagnóstico. El 28% restante dijo que no estaba enterado, pero cabe señalar que fueron los casos de las personas que tenían un máximo de 3 consultas.



Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	15	83%
No	3	17%
TOTAL	18	100%

El 83% de las personas encuestadas dijeron que han comprendido el desarrollo de las terapias o consultas que han recibido. El 17% restante dijo que en ocasiones quedan con algunas dudas.



Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	16	89%
Brindaron ideas	2	11%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas no proporcionaron ideas o actividades para poder realizar en la consulta psicológica, dijeron que la Tx. esta completo así. Solamente el 11% restante propuso las siguientes actividades: *mejorar las técnicas de relajación y mejorar las manualidades, que sean más creativas.*



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	8	44%
Poco satisfactorios	10	56%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas dijo que sus resultados hasta el momento son poco satisfactorios, y el 44% restante dijo que han sido muy satisfactorios. En relación a los datos del número de consultas recibidas (Cuadro # 4), la mayoría de las personas va iniciando el tratamiento, por lo cual, como se observa en este caso, la mayoría tiene resultados poco satisfactorios, debido a que el tiempo que llevan de tratamiento es poco.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	4	22%
Asistencia por decisión de otros	2	11%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	12	67%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas dijeron iniciar el tratamiento por referencia de un medico, un 22% inicio el tratamiento por asistencia voluntaria y el 11% restante inicio el tratamiento por que un familiar insistió en llevarlos. Es importante aclarar que en este ultimo caso, pasa sobre todo con los menores de edad, en cuando a la asistencia voluntaria se dio solo en los casos que reciben atención exclusivamente psicológica, y la asistencia por referencia, en los casos que consultan tanto con el psiquiatra o con el psicólogo.

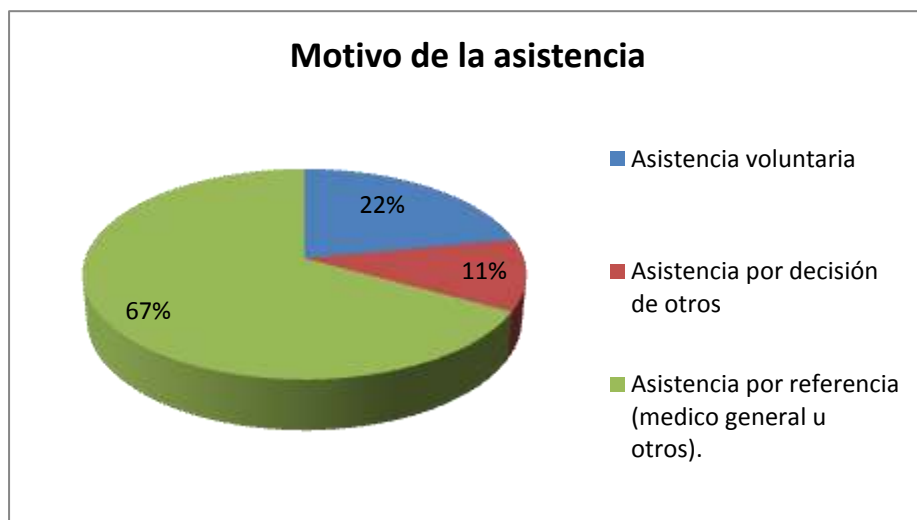


Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	2	11%
No	16	89%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas dijo que nunca pensó o ha pensado desistir del tratamiento que esta recibiendo. El 11% restante dijo que si pensó en algún momento en ya no asistir a las consultas, las causas en estos casos fueron problemas de salud física y el hecho de haber perdido la cita.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	4	22%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	0	0%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	14	78%
TOTAL	18	100%

El 78% de las personas encuestadas dijo que durante en tiempo que lleva de pasar consulta no ha pasado ninguna de las situaciones planteadas en las opciones de respuesta. El 22% restante dijo que en ocasiones había interrupciones de la consulta por algún miembro del personal, pero que esto sucedía con poca frecuencia.

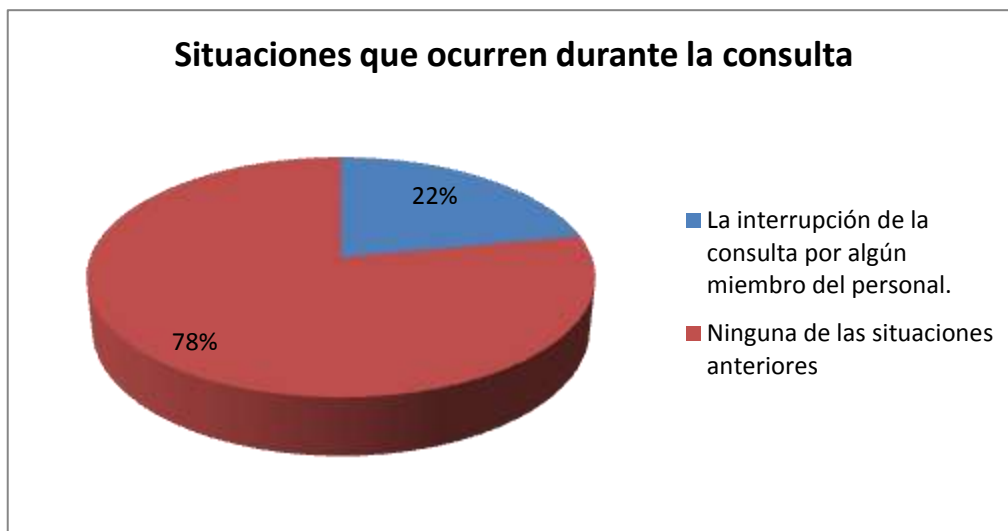


Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	6	33%
No	12	67%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas dijo que la psicóloga y/o psiquiatra no le ha solicitado hablar con algún familiar y solo el 33% restante dijo que si se le había solicitado hablar con un familiar. En base a la frecuencia a 7 de las 12 personas a quienes no se les solicito el contacto con un familiar, dijeron que si lo consideran necesario y 5 que no.

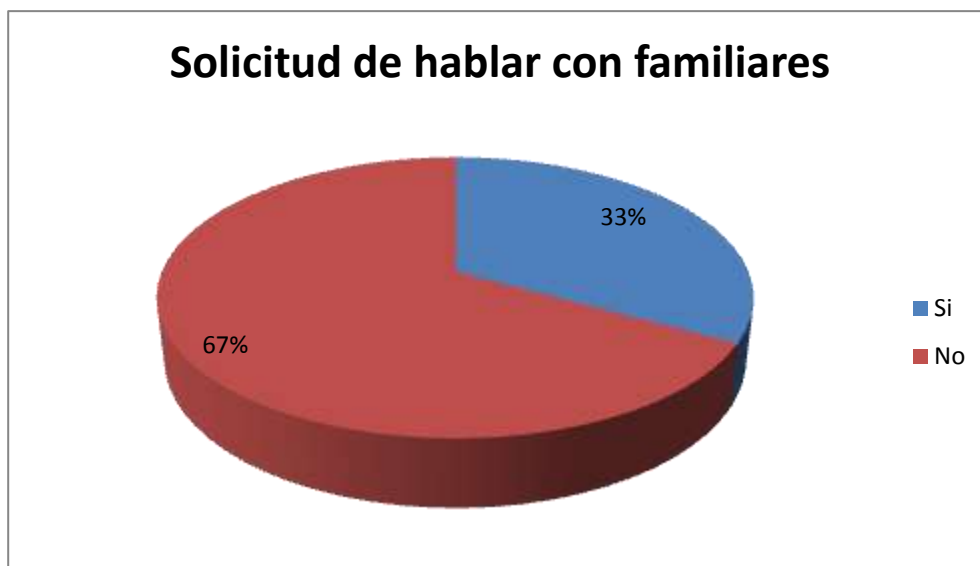


Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	8	44%
No	10	56%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas no ha recibido un tratamiento psicológico y/o psiquiátrico anteriormente. Para 44% restante, este no es su primer tratamiento pues ya habían consultado anteriormente en otro lugar. En base a la frecuencia, 3 de las 8 personas que si habían recibido antes tratamiento, si lo terminaron y 5 no, las causas fueron en unos casos la perdida de la cita, otros el cambio de domicilio y por ende de centro de salud y un caso que no pudo seguir pagando el tratamiento pues era un servicio privado, no publico.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

**Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar “Dr. José
Antonio Saldaña”**

Este es un hospital de segundo nivel y también cumple las funciones de hospital escuela, pero solo para universidades privadas. En cuanto al área de Salud Mental esta es brindada por un medico Psiquiatra y una licenciada en Psicología.

Los horarios de atención en la consulta externa son de lunes a viernes, de 7:30 am a 10:00 am y del 10:00 am a 12:00 m, por la mañana, y de 1:30 pm a 3:30 pm por la tarde. En cuanto al ‘área de Psicología, se atiende un grupo para la Prevención del Consumo del Tabaco.

En cuanto a las instalaciones del área física, el medico psiquiatra cuenta con un consultorio amplio y un poco ventilado, el mobiliario lo componen un escritorio, sillas para el profesional y el consultante, y un canapé.

En cuanto al consultorio de la psicóloga, no cuenta con consultorio propio, pues lo comparte con la licenciada en Nutrición. Es un espacio bastante reducido y poco ventilado, se filtra un poco del ruido de las actividades que pasan fuera. El mobiliario lo componen un escritorio y la silla del profesional y del consultante. La decoración es un poco más enfocada a la nutrición que a la salud mental, por contar la primera con mayor material en cuanto a carteles como la lactancia materna, el lavado de manos y la alimentación saludable. En cuanto a salud mental, todo se limita a carteles sobre las adicciones.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	8	44%
De 28 a 37 años	3	17%
De 38 a 47 años	3	17%
De 48 a 57 años	2	11%
De 58 a 67 años	1	5.5%
De 68 a 77 años	1	5.5%
De 78 a 87 años	0	0%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas tiene entre 18 y 27 años de edad, un 17% entre 28 y 37 años de edad, otro 17% entre 38 y 47 años de edad. El 11% entre 48 y 57 años de edad. Un 5% entre 58 y 67 años y el otro 5% entre 68 y 77 años. Esto indica que la mayoría de personas son personas jóvenes y solo una minoría entra en la categoría de la tercera edad.

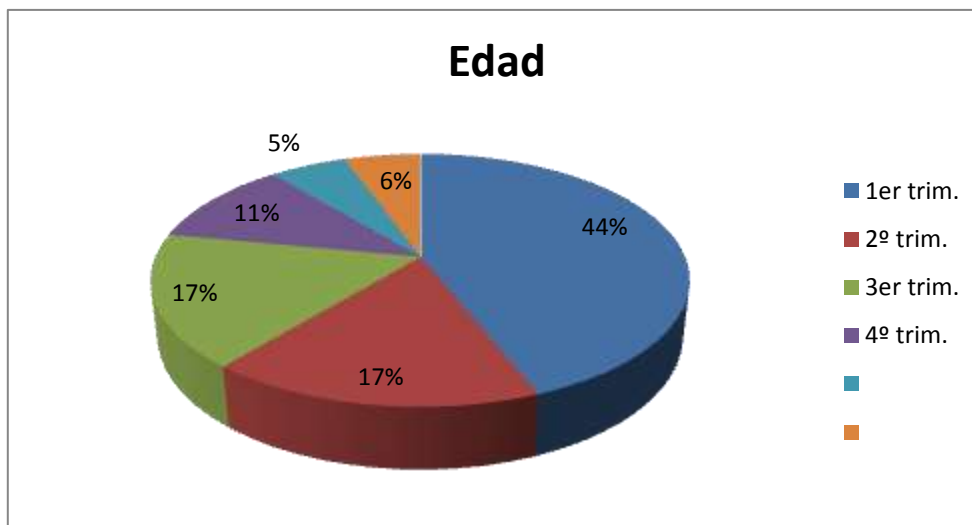


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	4	22%
Femenino	14	78%
TOTAL	18	100%

El 78% de las personas encuestadas es del sexo femenino y el 22% restante del sexo masculino. Esto indica que la mayoría de personas son mujeres y una minoría son hombres.

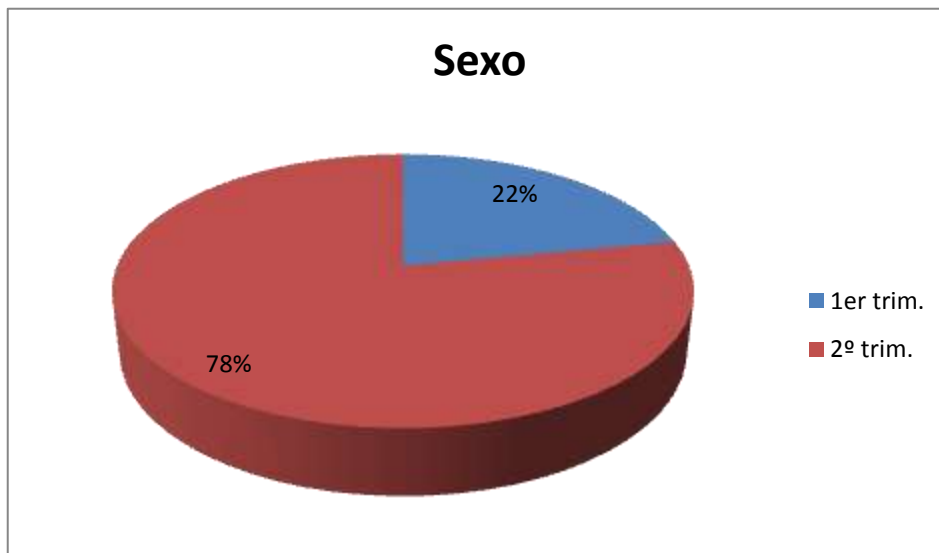
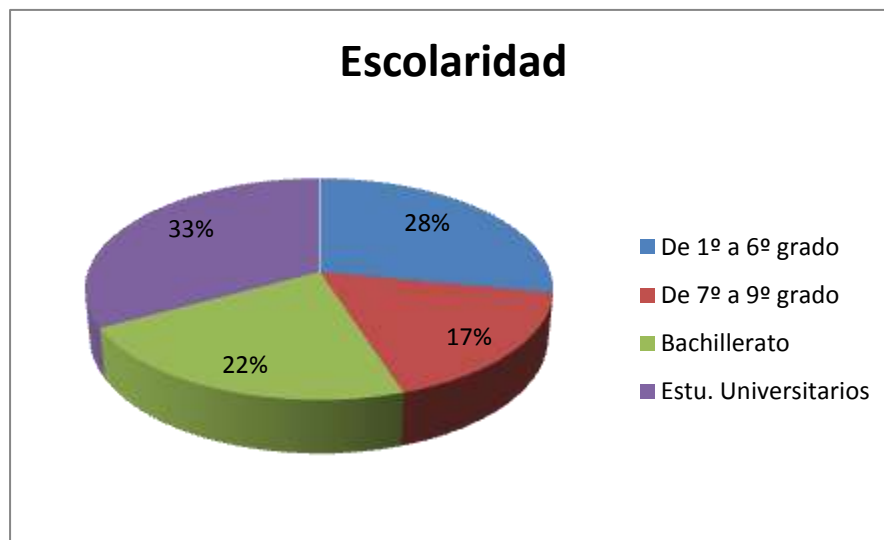


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	0	0%
De 1º a 6º grado	5	28%
De 7º a 9º grado	3	17%
Bachillerato	4	22%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. Universitarios	6	33%
TOTAL	18	100%

El 33% de las personas encuestadas tiene estudios universitarios, el 28% de 1º a 6º grado, el 22% ha cursado el bachillerato y el 17% tiene estudios del 7º a 9º grado. Esto indica que la mayoría de las personas tiene estudios de nivel superior, seguido de las personas que tienen estudios de primaria y de nivel medio. Solamente la minoría tiene estudios del tercer ciclo. Como se observa todas las personas que participaron tienen estudios en algún grado.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	11	61%
De 7 a 10	4	22%
De 11 a 14	3	17%
De 15 a 18	0	0%
Más de 19	0	0%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas, el 22% entre 7 y 10 consultas y el 17% restante entre 11 y 14 consultas. Esto indica que la mayoría de personas esta iniciando su tratamiento.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	0	0%
Ama de casa	7	39%
Comercio / Venta	6	33%
Empleado	0	0%
Estudiante	5	28%
Oficios varios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 39% de las personas encuestadas son amas de casa, el 33% se dedica a actividades de comercio y venta y el 28% restante son estudiantes. Esto indica que la mayoría de personas son mujeres que se dedican a las labores de sus casas y una minoría se dedica a actividades académicas.



Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	1	6%
Urbana	17	94%
TOTAL	18	100%

El 94% de las personas encuestadas reside en una zona urbana y solo un 6% en una zona rural. Esto indica que la mayoría de personas vive en sonar urbanas, barrios o colonias, aledañas al centro de salud, y una minoría vive en cantones o caseríos un poco retirados del establecimiento.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	11	61%
No	7	39%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas dijo saber lo que salud mental significa, y dieron un pequeño concepto, el 39% restante dijo que no. En base a la frecuencia, de las 11 personas que brindaron un concepto, 8 dieron una definición acertada y 3 una incorrecta.

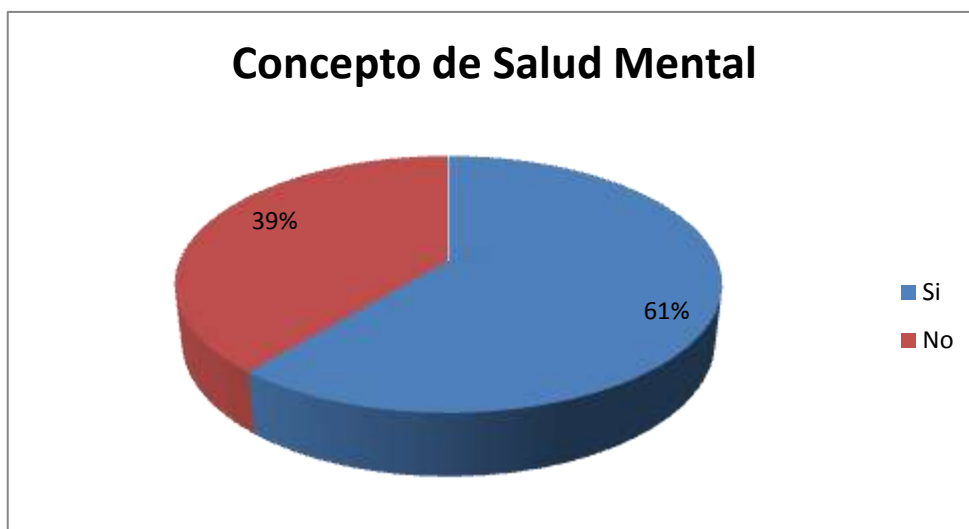


Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	0	0%
No	18	100%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas jamás ha recibido una charla u otro tipo de promoción de la salud mental. En relación al tiempo que llevan de tratamiento (Cuadro # 4), como la mayoría aun están en una fase de inicio del tratamiento, se puede decir que eso reduce la posibilidad de haber recibido algún tipo de promoción sobre el tema.



Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	8	45%
Muy Buena	6	33%
Buena	4	22%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	18	100%

El 45% de las personas encuestadas califico la atención que ha recibido hasta el momento como “Excelente”, el 33% como “Muy Buena” y el 22% restante como “Buena”. Esto indica que de forma general todas las personas dieron una calificación aceptable al servicio que han recibido.

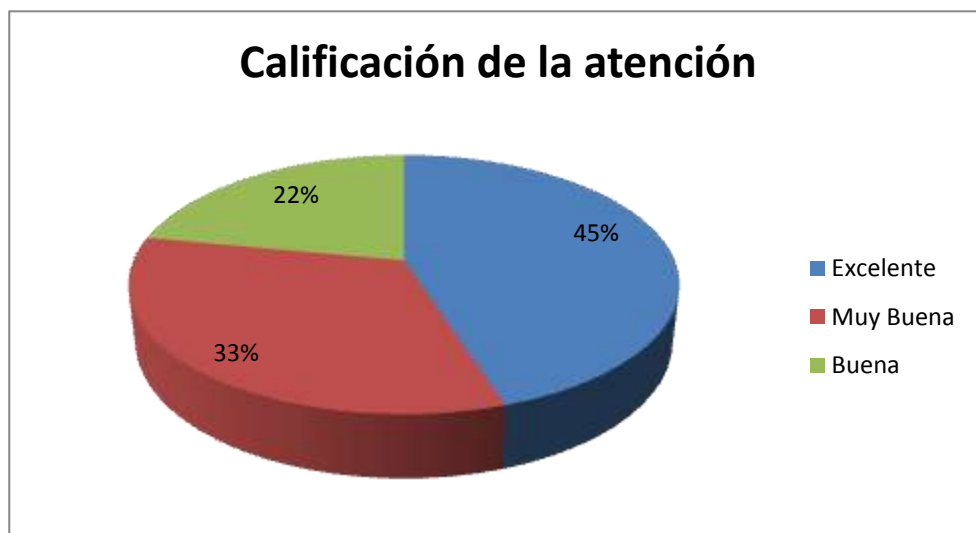


Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención psicológica? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	17	94%
No	1	6%
TOTAL	18	100%

El 94% de las personas es conocedora del diagnóstico por el cual esta recibiendo tratamiento. El 6% restante no. Esto indica que la mayoría ha recibido la debida explicación por parte del profesional de salud mental y solo una minoría no la ha recibido.



Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	16	89%
No	2	11%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas dijo haber comprendido el desarrollo de todas las consultas que ha recibido hasta el momento. El 11% restante dijo que no. Esto indica que la mayoría ha comprendido las indicaciones que se le dan, en contraste con una minoría que ha quedado con algunas dudas.

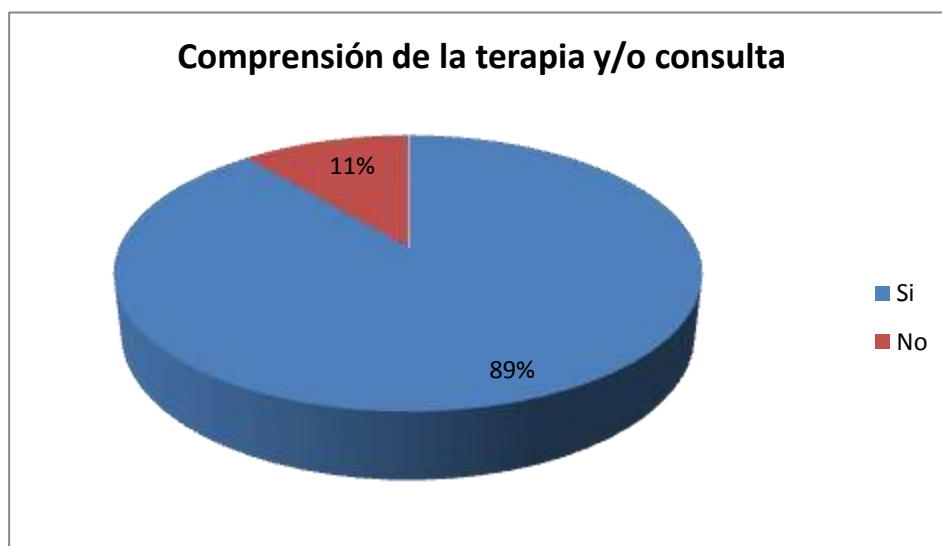


Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	11	61%
Brindaron ideas	7	39%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas dijo que las consultas y el tratamiento que reciben están completos, así como se brindan. El 39% brindo ideas para poder mejorarlo. Entre estas ideas están: técnicas para controlar la preocupación, técnicas para la autoestima, charlas para padres para saber como tratar mejor con los hijos, actividades para estimular la creatividad, charlas sobre salud mental, actividades para superar el duelo y actividades que involucren la lectura (Biblioterapia).

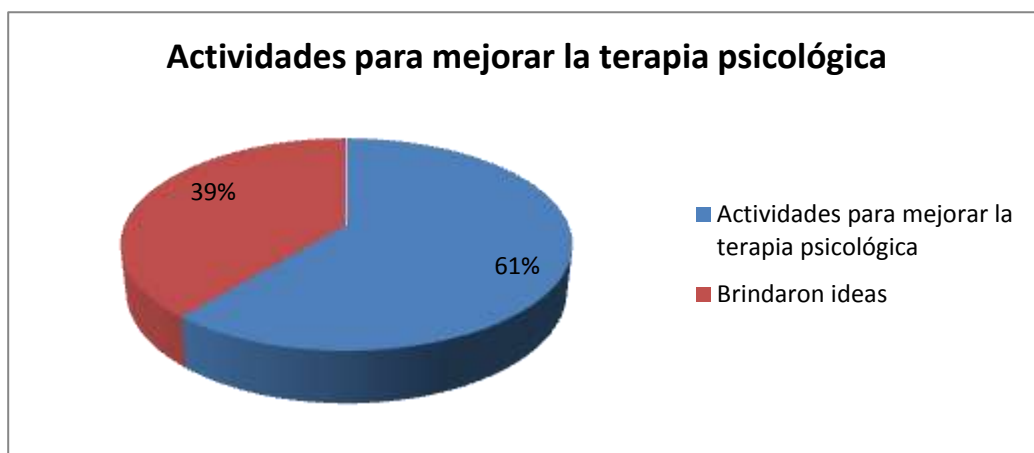


Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	14	78%
Poco satisfactorios	4	22%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 78% de las personas encuestadas dijo que ha tenido resultados Muy satisfactorios, como parte del tratamiento y el 22% restante resultados Poco satisfactorios. Se puede decir que la mayoría de personas ha visto mejoras en sus dificultades.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	9	50%
Asistencia por decisión de otros	0	0%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	9	50%
TOTAL	18	100%

El 50% de las personas encuestadas inicio el tratamiento por voluntad propia, el otro 50% lo inicio por la referencia del medico general. Esto indica que la mitad de la población decidió iniciar un tratamiento por consideraciones propias y a la otra mitad se le recomendó por medio de otros, tomar el tratamiento.



Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	1	6%
No	17	94%
TOTAL	18	100%

El 94% de las personas encuestadas no pensó o ha pensado en algún momento en desistir del tratamiento que recibe. El 6% restante si lo ha pensado, la causa ha sido la falta de tiempo que en ocasiones impide el ir a la cita programada.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	0	0%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	0	0%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	1	6%
Ninguna de las situaciones anteriores.	17	94%
TOTAL	18	100%

El 94% de las personas encuestadas dijo que no ha presenciado ninguna de las situaciones planteadas en las opciones de respuesta y colocadas en el anterior cuadro. El 6% restante dijo que en ocasiones no hay consultorio para ser atendido. Este último es un caso específico del área de psicología.

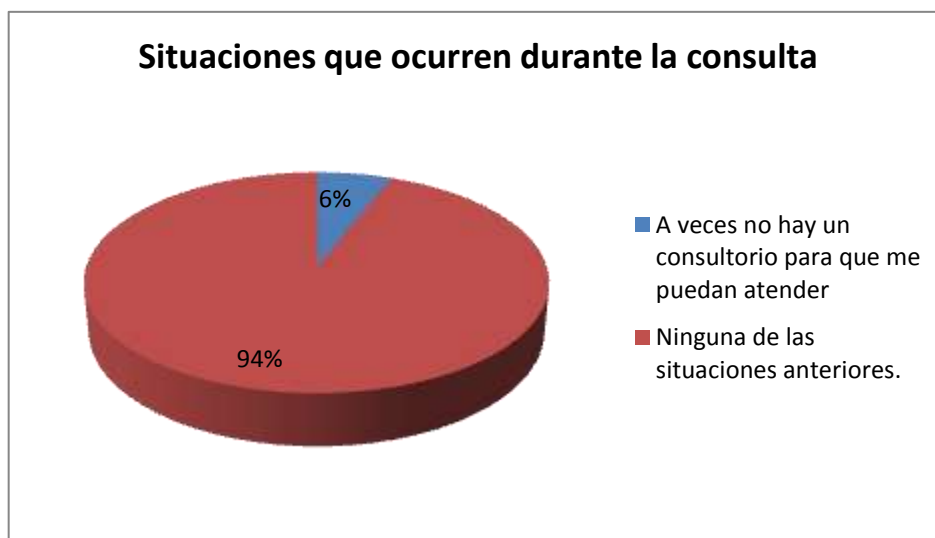


Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	12	67%
No	6	33%
TOTAL	18	100%

Al 67% de las personas encuestadas se les ha solicitado hablar con uno o varios familiares como parte del tratamiento que están recibiendo. Al 33% restante no se le ha hecho tal solicitud. Esto indica que la mayoría de las personas cuenta con el apoyo de sus familiares como parte del tratamiento y una minoría no. Aunque en este ultimo caso, en base a la frecuencia, 5 no lo consideran necesario y solo una persona si.



Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	3	17%
No	15	83%
TOTAL	18	100%

Para el 83% de las personas encuetadas, este es el primer tratamiento psicológico que reciben. Para el 17% restante no. De estos últimos casos, ninguno termino el tratamiento anterior, las causas fueron: desmotivación, pérdida de la cita y poca ética por parte del profesional que dio el tratamiento en esa ocasión.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Unicentro (San Fernando)

Esta UCSF cuenta solamente con una profesional en Psicología, quien es la encargada de brindar los servicios de Salud Mental. Es apoyada por 2 estudiantes en práctica de Psicología de una universidad privada, y un Medico Interno en práctica de Psiquiatría de la Universidad de El Salvador.

Los horarios de atención son de lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm, y con el horario de FOSALUD, la atención se puede extender hasta las 7:00 pm, pero el dar consulta hasta esa hora depende de la disponibilidad de los estudiantes en práctica.

En cuanto al área física de trabajo, solo se cuenta con un cubículo, el cual es moderadamente amplio y ventilado, pero se reduce el espacio, pues dividido a la mitad por una sabana verde para hacer dos espacios, al fondo brinda atención la psicóloga de plaza y en el otro espacio las estudiantes en practicas que se comparte el lugar.

El mobiliario esta compuesto por un escritorio para cada espacio y sillas para las profesionales y los consultantes, también se cuenta con una mesa y sillas pequeñas para el uso de los niños/as y una pequeña caja con algunos juguetes. La iluminación es poca y la decoración la componen básicamente panfletos de temas diversos de la salud (el dengue, lavado de manos, entre otros).

Se hace trabajo en las escuelas los días martes, y la atención en psiquiatría, por parte del medico interno, se da en horario de FOSALUD de 4:00 pm a 7:00 pm de lunes a viernes.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	8	45%
De 28 a 37 años	2	11%
De 38 a 47 años	4	22%
De 48 a 57 años	4	22%
De 58 a 67 años	0	0%
De 68 a 77 años	0	0%
De 78 a 87 años	0	0%
TOTAL	18%	100%

El 45% de las personas encuestadas tienen entre 18 y 27 años de edad, un 22% entre 38 y 47 años de edad, otro 22% entre 48 y 57 años de edad y el 11% restante entre 28 y 37 años de edad. De puede decir que la mayoría de la muestra de esta UCSF son personas en el periodo de la adultez temprana.

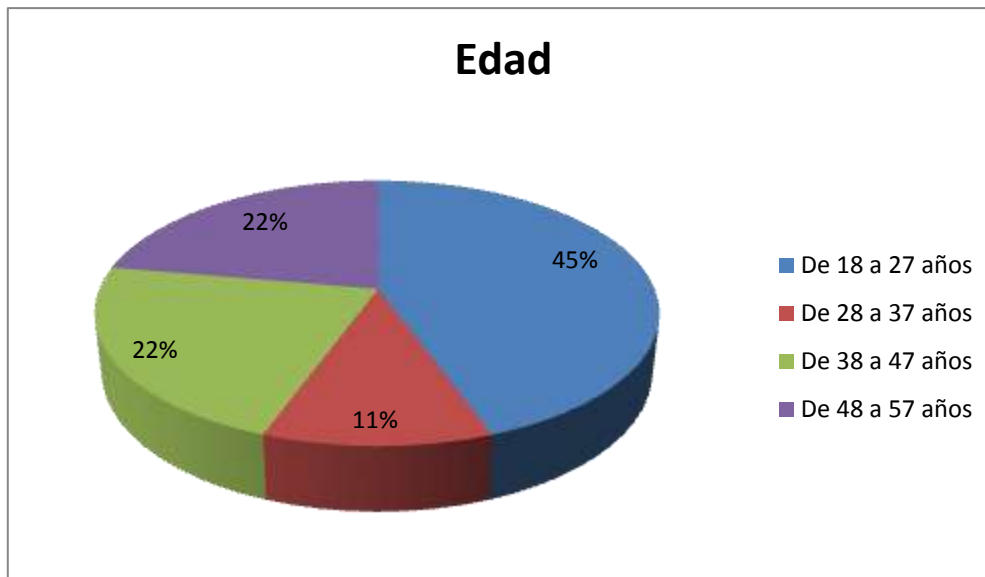


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	4	22%
Femenino	14	78%
TOTAL	18	100%

El 78% de las personas encuestadas son del sexo femenino y el 22% restante son del sexo masculino. En su mayoría las personas encuestadas fueron mujeres y la minoría fueron hombres.

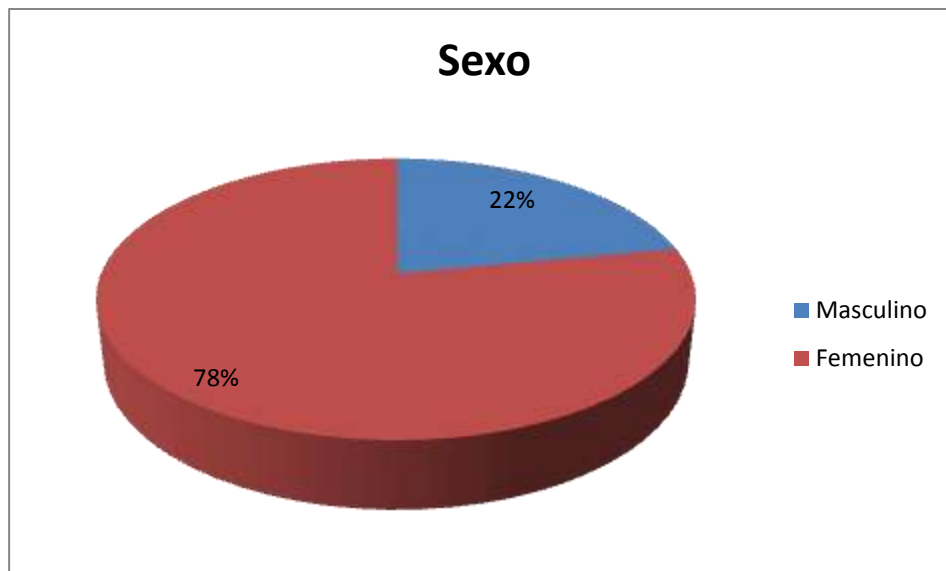


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	0	0%
De 1º a 6º grado	7	39%
De 7º a 9º grado	7	39%
Bachillerato	4	22%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	0	0%
TOTAL	18	100%

Un 39% de las personas encuestadas tiene estudios académicos entre el 1º y 6º grado, otro 39% tiene estudios entre el 7º y 9º grado y el 22% restante tiene estudios de Bachillerato. Los datos muestran que la mayoría de las personas tiene estudios que van de la educación primaria al tercer ciclo, y solo una minoría tiene estudios de bachillerato.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Numero de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	12	67%
De 7 a 10	6	33%
De 11 a 14	0	0%
De 15 a 18	0	0%
Más de 19	0	0%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas y el 33% restante entre 7 y 10 consultas. Se puede inferir que la mayoría de las personas encuestadas van iniciando el tratamiento y no llevan mucho tiempo consultando, una minoría tendría un periodo de tiempo intermedio de recibir el tratamiento.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	2	11%
Ama de casa	8	44%
Comercio / Venta	1	5.5%
Empleado	1	5.5%
Estudiante	3	17%
Oficios varios	3	17%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas son amas de casa, un 17% son estudiantes, otro 17% realizan oficios varios (oficios domésticos, cosmetología, carpintería, etc.), el 11% no trabajan, un 5.5% se dedican al comercio y/o venta de productos y el 5.5% restante son empleados de alguna empresa. En relación a los datos del sexo (cuadro # 2) la mayoría de personas son mujeres, por ese motivo se ven en estos datos que una mayoría son amas de casa. Las demás personas se dedican a diferentes oficios, actividades académicas o no trabajan.



Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	2	
Urbana	16	
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas residen en una zona urbana y el 11% restante en una zona rural. Los datos muestran que la mayoría de personas viven en las zonas urbanas aledañas al lugar donde esta ubicada la UCSF y una minoría vive en caseríos o cantones más alejados de la zona.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	10	56%
No	8	44%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas dijo saber que significaba el término de Salud Mental y brindaron un concepto, el 44% restante dijo no tener una idea de lo que salud mental significa. En base a la frecuencia, 7 de las 10 personas que si dieron sus ideas, brindaron un concepto acertado y 3 un concepto incorrecto o contrario a lo que salud mental significa.

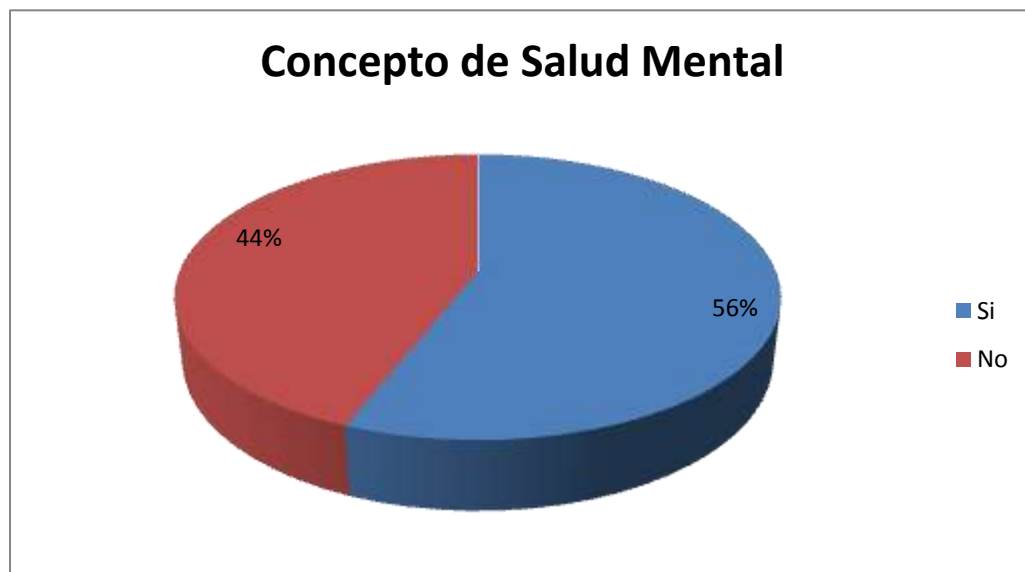


Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	0	0%
No	18	100%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas dijo no haber recibido charlas o algún otro tipo de promoción sobre la salud mental en el tiempo que llevan de frecuentar el establecimiento. En relación a los datos sobre el N° de consultas (Cuadro # 4) como se indica que la mayoría de personas va iniciando el tratamiento, se puede inferir que, junto a estos datos se observa como la posibilidad de haber recibido promoción sobre la salud mental es mínima.

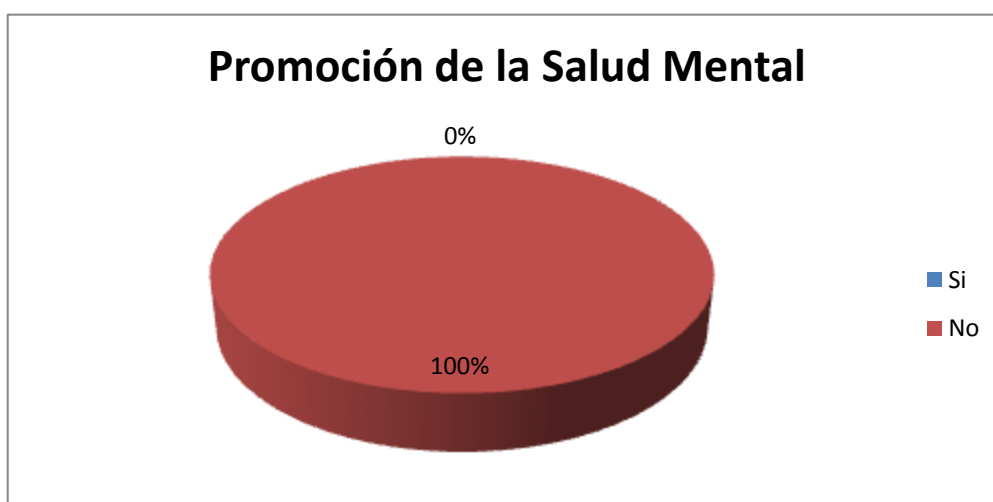


Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	6	33%
Muy Buena	12	67%
Buena	0	0%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas califico la atención que ha recibido hasta el momento como Muy Buena y el 33% restante la califico como Excelente. En general las personas han dado una calificación aceptable al servicio que reciben lo cual indica que se siente bien atendidas.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	14	78%
No	4	22%
TOTAL	18	100%

El 78% de las personas encuestadas dijeron que la psicóloga si les ha explicado la razón por la cual pasan consulta, es decir conocen su diagnóstico. El 22% restante dijo que no es sabedor/a de su diagnóstico. En relación a los datos del N° de consultas (Cuadro # 4) estos muestran que la mayoría de personas va iniciando el tratamiento, es posible que debido a estos algunas personas no conozcan aun su Dx.



Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	18	100%
No	0	0%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas dijo que ha comprendido el desarrollo de las consultas que ha recibido hasta el momento, y si en algún momento han tenido alguna duda les ha sido aclarada.



Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	15	83%
Brindaron ideas	3	17%
TOTAL	18	100%

El 83% de las personas encuestadas dijeron que la consulta psicológica esta completa y no brindaron ideas para agregar más actividades, el 17% restante si lo hizo, entre las actividades para mejorar, están: actividades o ejercicios para realizar en casa y actividades para mejorar la convivencia.

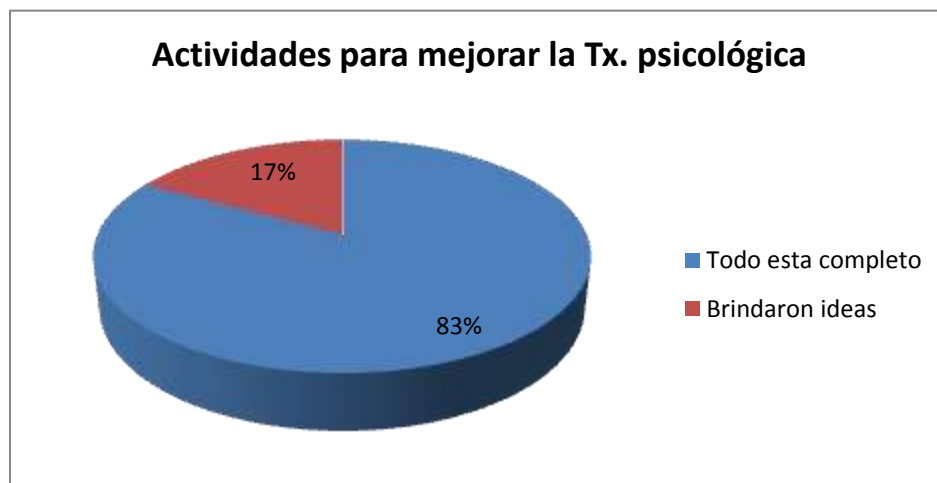


Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	12	67%
Poco satisfactorios	6	33%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas dijo que los resultados que ha obtenido hasta la fecha son muy satisfactorios, le han ayudado mucho, y el 33% restante dijo que son poco satisfactorios, le han ayudado un poco. Se puede decir que en relación al N° de consultas (Cuadro # 4) que indican que la mayoría va iniciando el tratamiento, se puede observar que a pesar de eso, en este caso la mayoría siente que ha tenido resultados bastante buenos.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	3	17%
Asistencia por decisión de otros	7	39%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	8	44%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas dijo que inicio el tratamiento porque fue referido por el medico general, el 39% lo hizo por decisión de familiares y el 17% restante por una asistencia voluntaria. La mayoría de las personas busco recibir la atención psicológica por una referencia o porque otros lo impulsaron a ir y solo la minoría lo hizo porque ellos así lo deseaban.

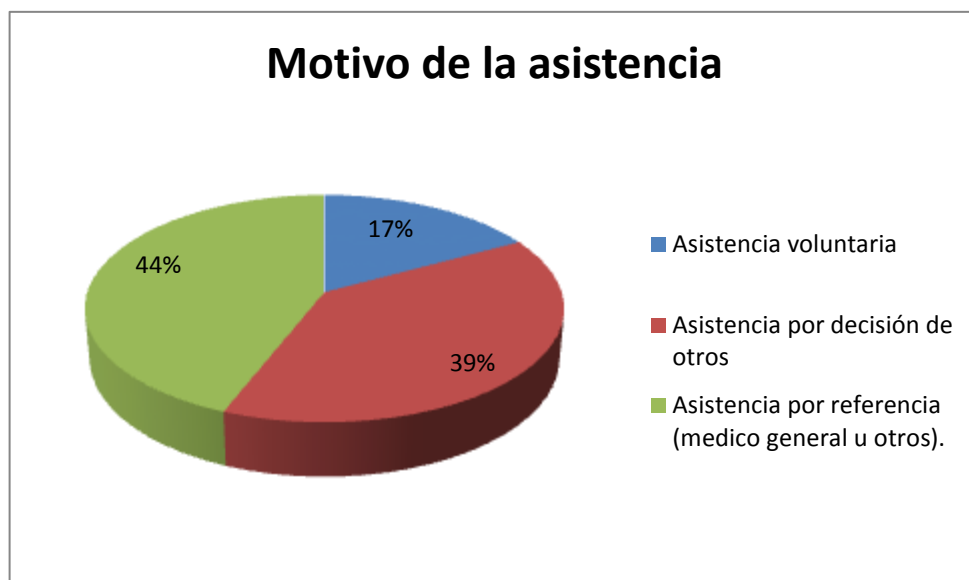


Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	1	6%
No	17	94%
TOTAL	18	100%

El 94% de las personas encuestadas dijo que no pensó o ha pensado en algún momento en desistir del tratamiento y el 6% restante que si. En este último caso el motivo ha sido falta de tiempo.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	4	22%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	4	22%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	10	56%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas dijo que durante el tiempo que lleva de pasar consulta jamás ha ocurrido alguna de las situaciones planteadas en las opciones de respuesta, mostradas en el cuadro. Un 22% dijo que ha presenciado la interrupción de la consulta por un miembro del personal y el 22% restante dijo que hay ruido por las actividades que suceden fuera del consultorio. En base a la frecuencia, 6 de las 8 personas que han presenciado estas situaciones, dijeron que pasan con bastante frecuencia y 2 que con poca frecuencia. Cabe señalar que el consultorio de esta UCSF es uno solo y se comparte entre la psicóloga de plaza y los estudiantes de practica, esta dividido por una sabana, lo cual hace posible que ocurran los inconvenientes aquí planteados.



Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	5	28%
No	13	72%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas dijo que la psicóloga no ha solicitado hablar con algún familiar y el 28% que si ha solicitado hablar por lo menos con algún familiar. En base a la frecuencia, de las 13 personas a quienes no se les ha solicitado contactar con un familiar, 11 dijeron que no lo consideran necesario y solamente 2 si lo consideran necesario.

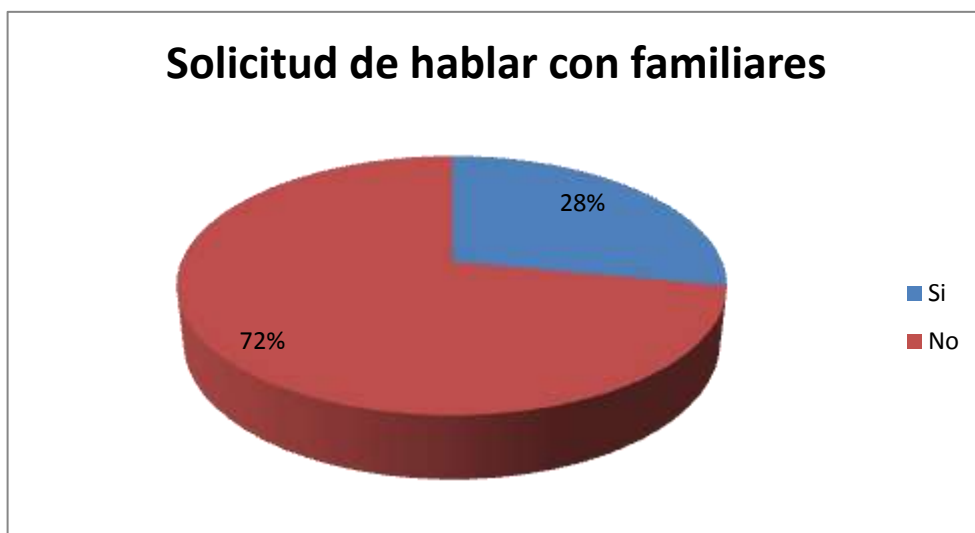


Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	1	6%
No	17	94%
TOTAL	18	100%

El 94% de las personas encuestadas dijeron que este es su primer tratamiento psicológico, y el 6% restante dijo que ya antes había consultado con un psicólogo, pero que no se había terminado el tratamiento debido al cambio de domicilio lo que impidió poder continuar.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Unidad Comunitaria de Salud Familiar “Dra. Elba Calderón Tobar” (Lourdes)

Esta UCSF cuenta solamente con una profesional en Psicología, quien es la encargada de brindar los servicios de Salud Mental. Es apoyada por un Medico Interno en prácticas de Psiquiatría de la Universidad de El Salvador. Los horarios de atención en la consulta externa son de 7:30 am a 3:30 pm de lunes a viernes. Existen grupos de 3 grupos de Terapia Grupal: uno para personas de la Tercera edad, otro para Niños y Niñas con problemas de aprendizaje y otro para Mujeres victimas de violencia intrafamiliar. Estos grupos se reúnen una vez por semana: el del Adulto mayor, los martes de 9:00 am a 12:00 m, el de los Niños/as con problemas de aprendizaje, los miércoles de 1:00 pm a 3:00 pm y el de Mujeres los jueves de 1:00 pm a 3:00 pm.

En cuando a las instalaciones, el consultorio de salud mental y el de psiquiatría están en un anexo de la Unidad, junto con el consultorio de Nutrición y un área dedicada a la Lactancia Materna. Los consultorios son amplios y ventilados, cuentan con un escritorio, sillas para la profesional y consultantes y una mesa y sillas pequeñas para niños. Dentro del consultorio de la psicóloga hay un baño y una pequeña bodega, lo que hace que algunos miembros del personal entren ya sea para hacer uso del baño o sacar algo de la bodega.

Las instalaciones también cuentan con un cubículo utilizado para hacer terapia familiar, que cuenta con una mesa grande y varias sillas, así como una grabadora, es aquí donde se llevan a cabo las sesiones grupales. También hay un salón de usos múltiples con capacidad para unas 50 personas, donde también se puede utilizar para charlas o estas sesiones.

La decoración es mínima, solamente algunos carteles que se usan en las sesiones de grupo.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	3	17%
De 28 a 37 años	4	22%
De 38 a 47 años	4	22%
De 48 a 57 años	2	11%
De 58 a 67 años	1	5.5%
De 68 a 77 años	3	17%
De 78 a 87 años	1	5.5%
TOTAL	18	100%

Un 22% de las personas encuestadas tiene entre 28 y 37 años de edad, otro 22% entre 38 y 47 años. Un 17% tiene entre 18 y 27 años y otro 17% entre 68 y 77 años. El 11% tiene de 48 a 57 años, un 5% tiene entre 58 y 67 años y el otro 5% restante tiene entre 78 y 87 años de edad. Como muestran los datos las edades de las personas son muy variadas.

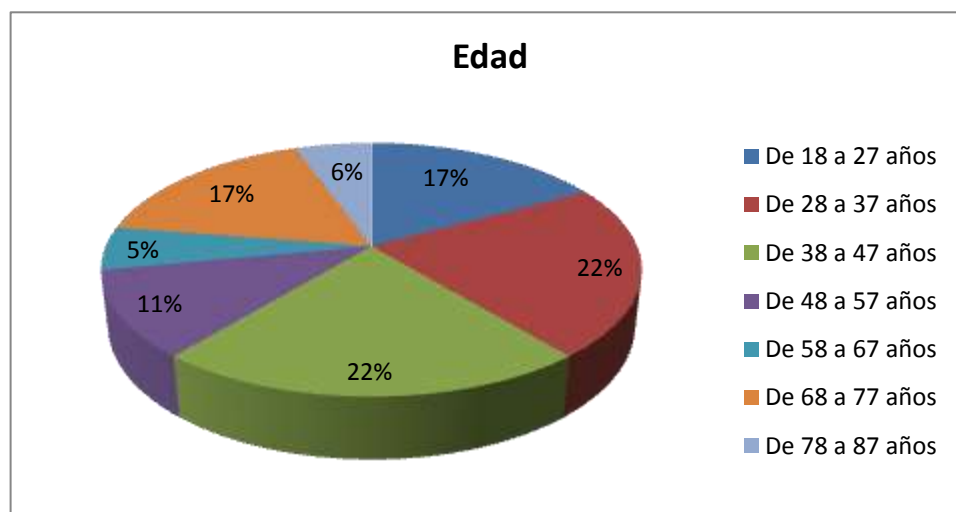


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	4	22%
Femenino	14	76%
TOTAL	18	100%

El 76% de las personas encuestadas es del sexo femenino y el 22% es del sexo masculino. Esto indica que la mayoría de personas participantes son mujeres y la minoría esta compuesta por hombres.

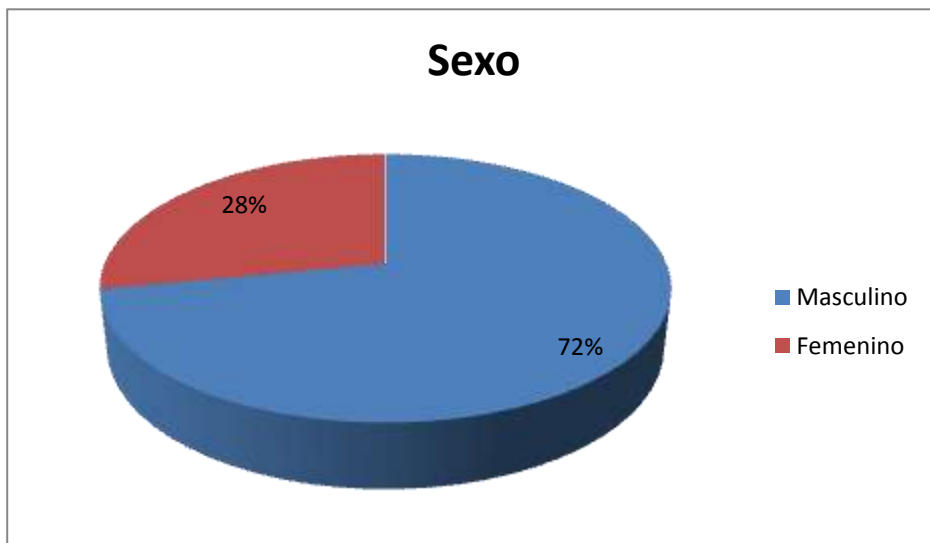
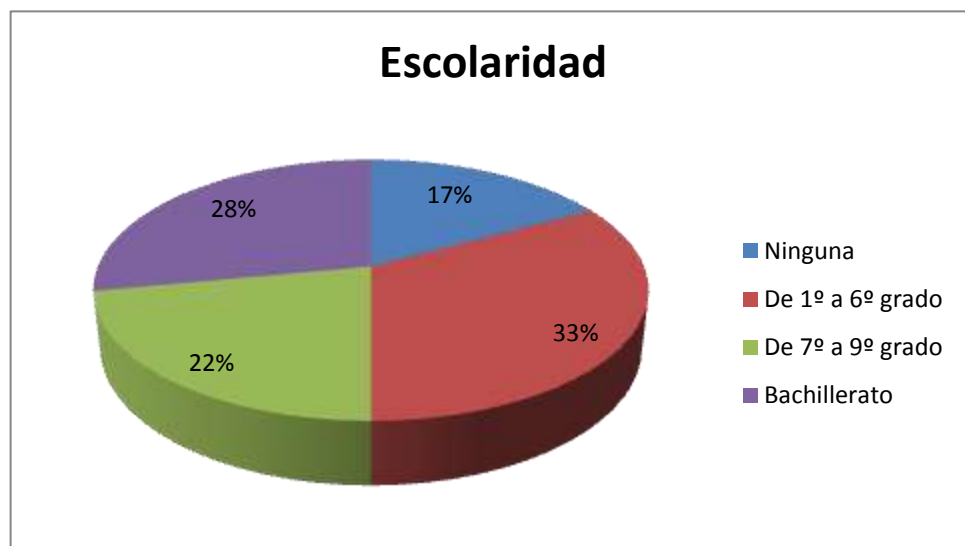


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	3	17%
De 1º a 6º grado	6	33%
De 7º a 9º grado	4	22%
Bachillerato	5	28%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 33% de las personas encuetadas tiene una escolaridad entre el 1º y 6º grado, el 28% tiene estudios de Bachillerato, el 22% tiene estudios entre el 7º y 9º grado y el 17% restante no tiene estudios de ningún grado. Se observa que la mayoría de personas tiene estudios de primaria y una minoría no realizo estudios de ningún tipo. Por lo demás el grado académico va desde la educación primaria a la educación media.



**Cuadro # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	4	22%
De 7 a 10	0	0%
De 11 a 14	6	33%
De 15 a 18	1	6%
Más de 19	7	39%
TOTAL	18	100%

El 39% de las personas encuestadas ha recibido más de 19 consultas, el 33% ha recibido entre 11 y 14 consultas, el 22% entre 3 y 6 consultas y el 6% restante entre 15 y 18 consultas. Se puede decir que la mayoría de persona tiene un tratamiento avanzado y los demás porcentajes muestran periodos de tratamiento que están desde los que van iniciando a los que tienen uno intermedio.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	3	17%
Ama de casa	8	44%
Comercio / Venta	2	11%
Empleado	0	0%
Estudiante	0	0%
Oficios varios	5	28%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas son amas de casa, el 28% se dedica a oficios varios (oficios domésticos, cosmetología, etc.), el 17% no se dedica a ninguna actividad laboral y el 11% restante se dedica al comercio y/o venta de productos. Se puede decir que la mayoría son mujeres amas de casa y una minoría de dedica al comercio, y en cuanto a las personas que no tienen empleo en este grupo están las personas de la tercera edad.



Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	2	11%
Urbana	16	89%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas reside en el área urbana y el 11% reside en el área rural. La mayoría de las personas vive en barrios o colonias aledañas al establecimiento y solo una minoría reside en cantones o caseríos retirados del lugar.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	12	67%
No	6	33%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas dijo conocer el concepto de salud mental y brindar una idea al respecto. El 33% restante dijo no conocerlo. En base a la frecuencia de las 12 personas que sabían en significado, 9 dieron un concepto correcto y 3 uno incorrecto y contrario a la salud mental, pues lo adjudican a estar enfermo de la mente o a aquello que causa estrés en las personas.

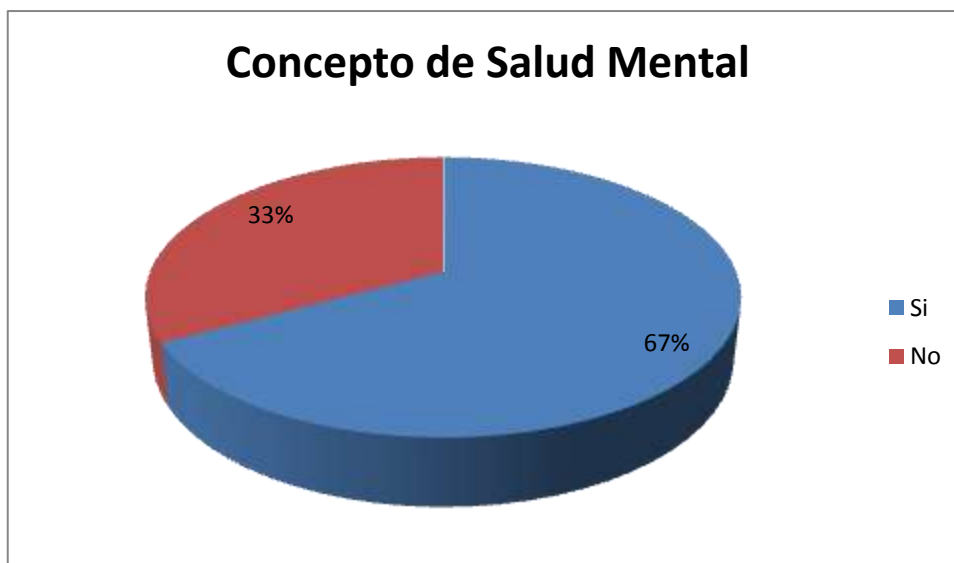


Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	7	39%
No	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas no ha escuchado charlas u otra promoción de la salud mental en lo que llevan de frecuentar el establecimiento. El 39% dijo si haber escuchado charlas sobre el tema.



Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	13	72%
Muy Buena	5	28%
Buena	0	0%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas califico como “Excelente” la atención que ha recibido y el 28% la califico como “Muy Buena”. Esto indica que las personas han dado generalmente una calificación aceptable y se puede decir que se sienten bien atendidas y a gusto con el tratamiento que reciben.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	18	100%
No	0	0%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas esta enterada del diagnóstico por el cual esta siendo atendida. Esto indica que todos han recibido la debida explicación por parte del profesional.

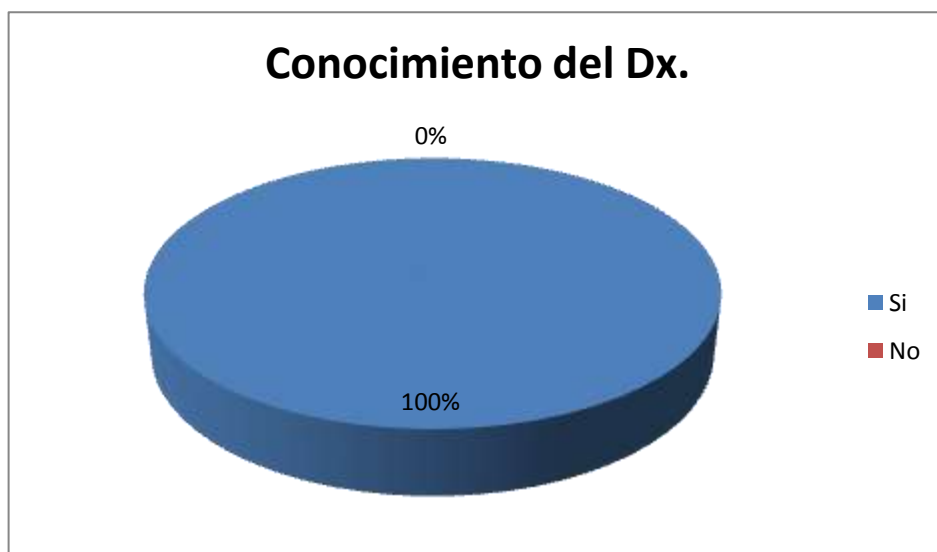


Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	16	89%
No	2	11%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas ha comprendido el desarrollo de la terapia que recibe, y el 11% restante dijo que no. Esto quiere decir que la mayoría de personas entiende lo que se le habla e indica, pero una minoría queda con algunas dudas.

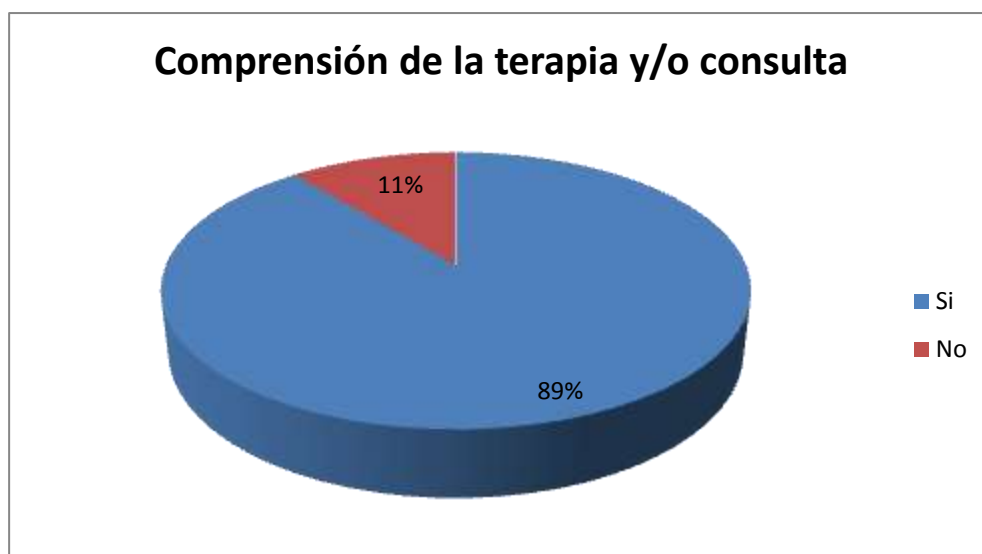


Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	15	83%
Brindaron ideas	3	17%
TOTAL	18	100%

El 83% de las personas encuestadas dijeron que todo en la terapia psicológica esta completo, el 17% restante si brindaron ideas para mejorar el proceso, entre estas están: manualidades, organizar paseos y dejar tareas para realizar en casa.



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	14	78%
Poco satisfactorios	4	22%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 78% de las personas encuestadas ha tenido resultados Muy satisfactorios en lo que lleva del tratamiento y el 22% restante ha tenido resultados Poco satisfactorios. Esto indica que la mayoría de las personas ha tenido los avances esperados, mientras que una minoría ha tenido pocos avances.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	7	39%
Asistencia por decisión de otros	3	17%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	8	44%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas inicio el tratamiento por medio de una referencia del medico general, el 39% lo inicio por decisión propia y el 17% restante por la decisión de un familiar, este fue el caso de los menores de edad. Si bien la mayoría de las personas tomo en un inicio el tratamiento como una continuidad de su tratamiento medico, la cantidad que le sigue lo hizo por decisión voluntaria.



Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	7	39%
No	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas no pensó o ha pensado en algún momento en desistir del tratamiento que recibe. El 39% si lo ha pensado, en estos casos, las causas han sido básicamente: falta de motivación para seguir en el tratamiento, problemas económicos, falta de tiempo por el trabajo, y en el caso de las personas de la tercera edad, por falta de una persona que lo acompañe a la consulta.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	9	50%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	0	0%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	9	50%
TOTAL	18	100%

El 50% de las personas encuestadas dijo que durante las consultas se dan interrupciones por parte de algunos miembros del personal del establecimiento, para la mayoría es poco frecuente, pero para la minoría esto se da con bastante frecuencia. Entre las opiniones se dijo que eso genera incomodidad, molesta y que en ocasiones se llega a olvidar lo que la persona está diciendo debido a la distracción.

El 50% restante dijo que no se ha presentado ninguna de las opciones planteadas, presentadas en el cuadro.

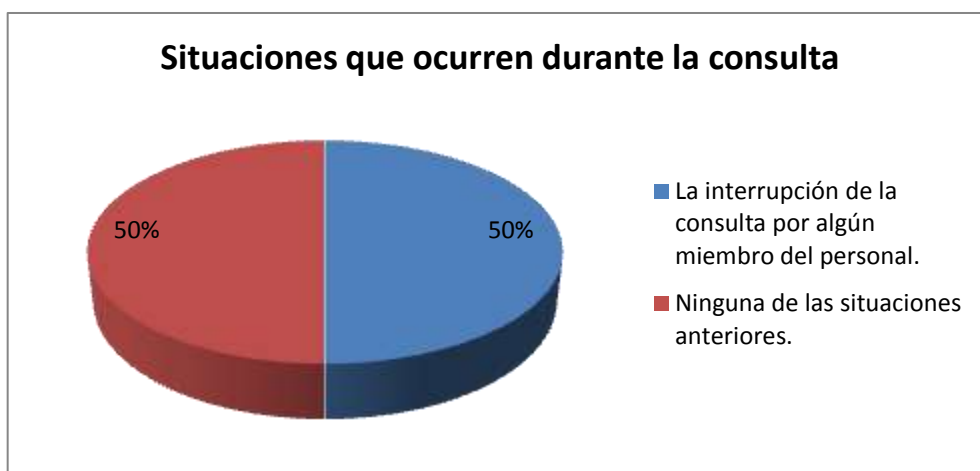


Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	13	72%
No	5	28%
TOTAL	18	100%

Al 72% de las personas encuestadas si se les ha solicitado hablar con uno o varios familiares como parte del tratamiento que reciben. Al 28% restante no se le ha solicitado, pero todos dijeron que no lo consideran necesario.

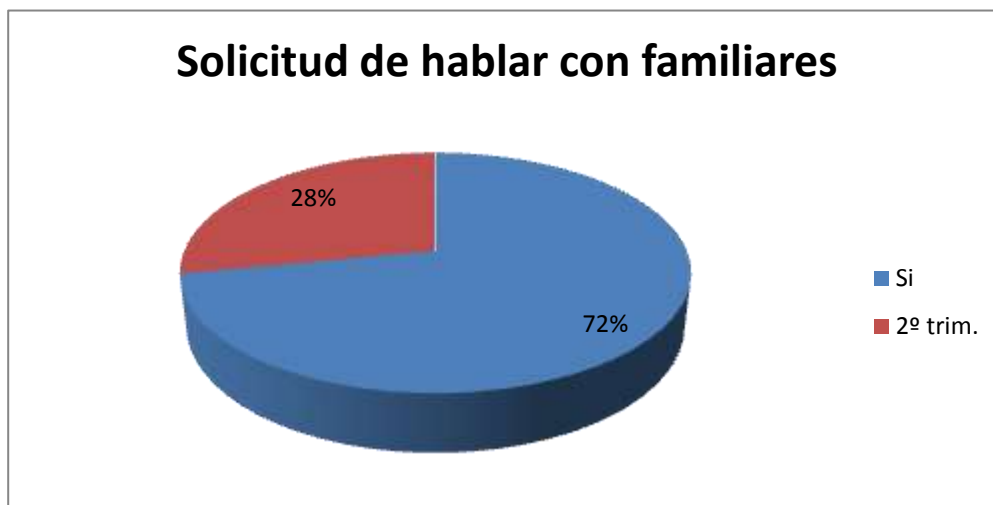


Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	6	33%
No	12	67%
TOTAL	18	100%

Para el 67% de las personas encuestadas este es el primer tratamiento psicológico que reciben. Para el 33% restante no, pues ya antes habían consultado con un psicólogo. De ellos ninguno terminó el anterior tratamiento, entre las causas están: pérdida de la cita, por maternidad, porque aun eran menores de edad y los padres no los llevaron, y porque el no les gusto el trato que recibieron.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

**Unidad Comunitaria de Salud Familiar “Dr. Juan Ramón Alvarenga
Andino” (San Miguelito)**

En esta UCSF la atención en el área de Salud Mental, solo es brindada por una profesional de la Psicología, no se da atención en psiquiatría.

Los horarios de atención son de lunes a viernes de 7:00 am a 3:00 pm, también hay reuniones de un grupo para adolescentes. Este grupo se reúne cada 15 días.

En cuanto al área física en donde se da la atención, no se cuenta con un consultorio propio de Psicología o Salud Mental, de este modo, la psicóloga brinda las consultas en algún cubículo que este disponible, se usan sobre todo los cubículos que usan los médicos para dar sus consultas.

Por este motivo las personas citadas pierden un poco el tiempo preguntando en que consultorio esta ubicada la psicóloga. De este modo el mobiliario usado es el básico: escritorio y sillas y no se cuenta decoración o promoción de salud mental en carteles o similares.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	4	22%
De 28 a 37 años	4	22%
De 38 a 47 años	6	33%
De 48 a 57 años	1	6%
De 58 a 67 años	1	6%
De 68 a 77 años	1	5%
De 78 a 87 años	1	5%
TOTAL	18	100%

El 33% de las personas tiene entre 38 y 47 años de edad, un 22% tiene entre 18 y 27 años y otro 22% entre 28 y 37 años de edad. Un 6% tiene entre 48 y 57 años. Otro 6% entre 58 y 67 años, un 5% entre 68 y 77 años y el otro 5% entre 78 y 87 años de edad. La mayoría de las personas están en una edad adulta, pero se puede observar que de forma general, en este caso, las edades fueron muy variadas.

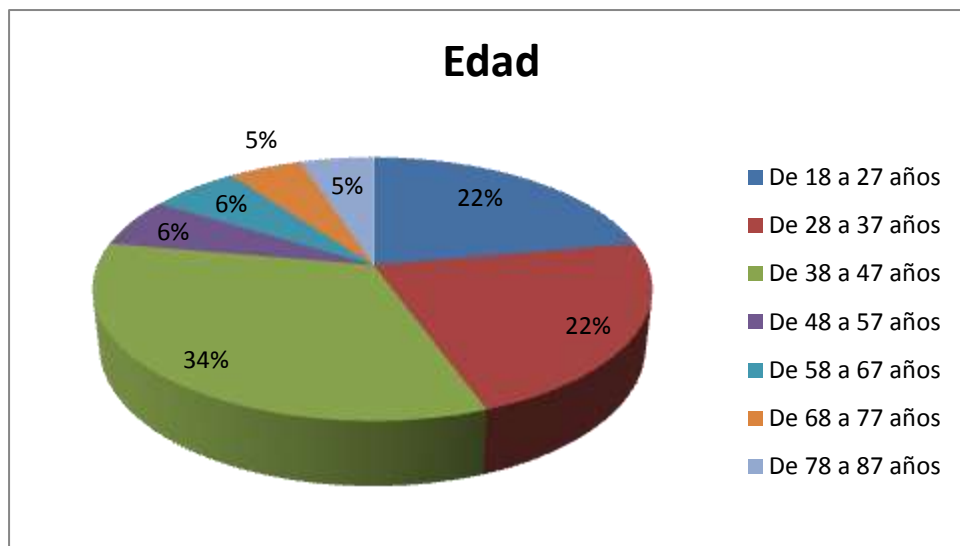


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	7	39%
Femenino	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas son del sexo femenino y el 39% son del sexo masculino. Esto indica que la mayoría de personas son mujeres y una minoría son hombres.

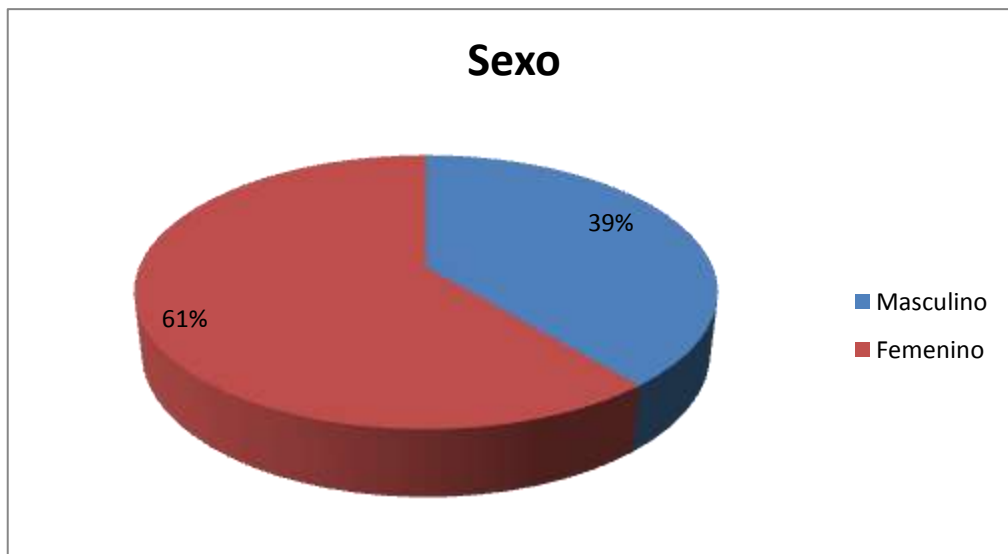
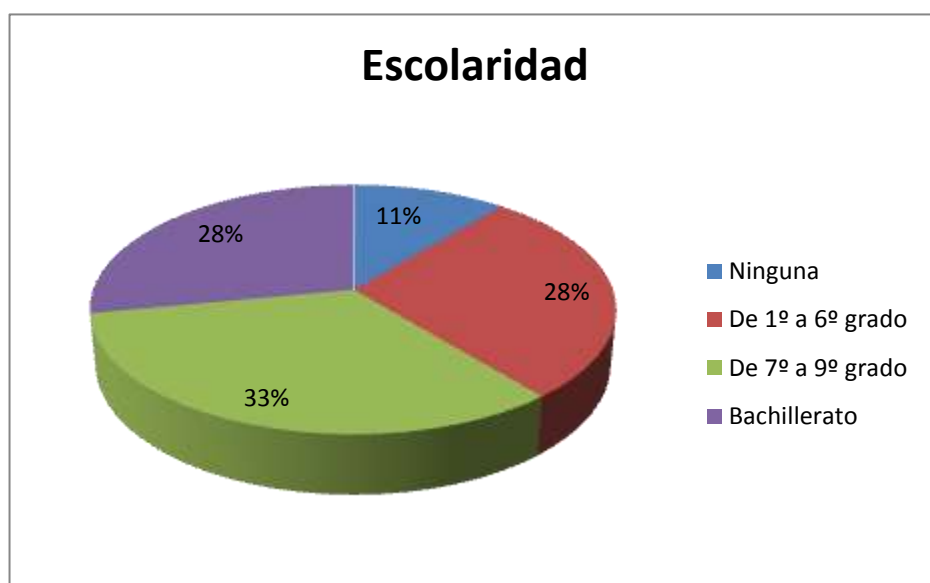


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	2	11%
De 1º a 6º grado	5	28%
De 7º a 9º grado	6	33%
Bachillerato	5	28%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 33% de las personas encuestadas ha cursado entre el 7º y 9º grado, el 28% entre el 1º y 6º grado, otro 28% tiene estudios del Bachillerato y el 11% restante no tiene estudios de ningún grado. Esto indica que la mayoría de personas tiene estudios que llegan al tercer ciclo, seguido de quienes tienen estudios de primaria y educación media y solo una minoría no ha estudiado.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	9	50%
De 7 a 10	5	28%
De 11 a 14	2	11%
De 15 a 18	2	11%
Más de 19	0	0%
TOTAL	18	100%

El 50% de las personas encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas, el 28% entre 7 y 10 consultas, un 11% entre 11 y 14 consultas y el otro 11% restante entre 15 y 18 consultas. Esto indica que la mayoría de personas está en una fase inicial del tratamiento y solo una minoría en una etapa más avanzada.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	0	0%
Ama de casa	7	39%
Comercio / Venta	5	28%
Empleado	0	0%
Estudiante	1	5%
Oficios varios	5	28%
TOTAL	18	100%

El 39% de las personas encuestadas son amas de casa, un 28% se dedican a actividades de comercio y/o venta de productos, otro 28% se dedica a realizar oficios varios (construcción, cosmetología, oficios domésticos, etc.). Y el 5% restante son estudiantes.



Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	2	11%
Urbana	16	89%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas reside en una zona urbana y el 11% restante en una zona rural. Esto indica que la mayoría de personas vive en barrios o colonias aledañas al centro de salud y solo una minoría en cantones o caseríos un poco más retirados del lugar.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	7	39%
No	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas dijo no conocer cual es el significado del termino Salud Mental. Y el 39% restante dijo si conocer que significa el término Salud Mental y brindaron un pequeño concepto al respecto. En base a la frecuencia, 6 de las 7 definiciones dadas son correctas y 1 es incorrecta.

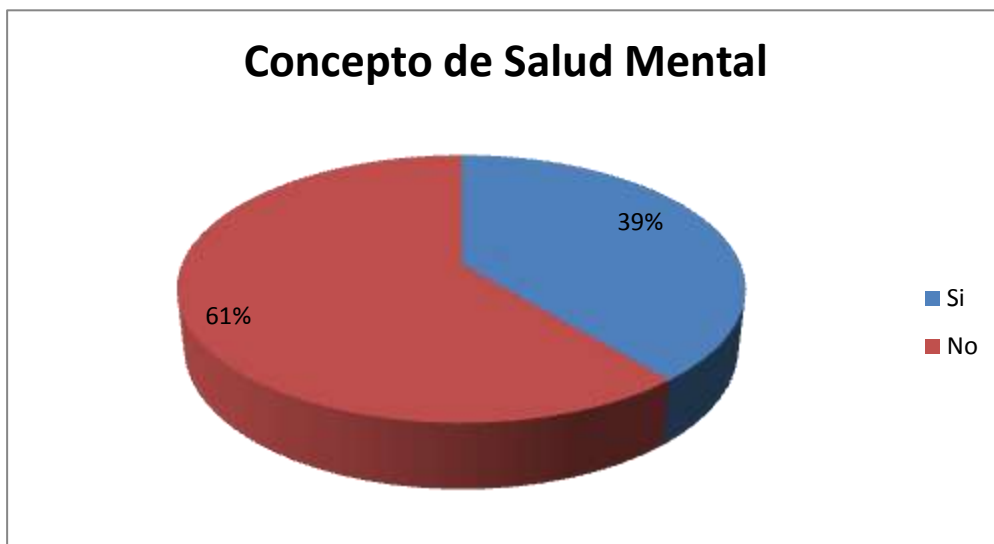


Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	2	11%
No	16	89%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas no ha recibido charlas o algún otro tipo de promoción sobre la salud mental, en el tiempo que lleva de frecuentar el establecimiento. El 11% restante si ha escuchado por lo menos, una charla sobre el tema.



Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	8	44%
Muy Buena	10	56%
Buena	0	0%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas califico la atención que ha recibido como “Muy Buena” y el 44% restante como “Excelente”. Esto indica que generalmente, todas las personas participantes dieron una calificación aceptable al servicio que reciben.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención psicológica? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	15	83%
No	3	17%
TOTAL	18	100%

El 83% de las personas encuestadas es conocedora del diagnóstico por el cual esta siendo atendida, y el 17% restante no. Esto indica que la mayoría de los participantes ha recibido la debida explicación del profesional que lo atiende, sobre su diagnóstico, pero una minoría no ha recibido dicha explicación.

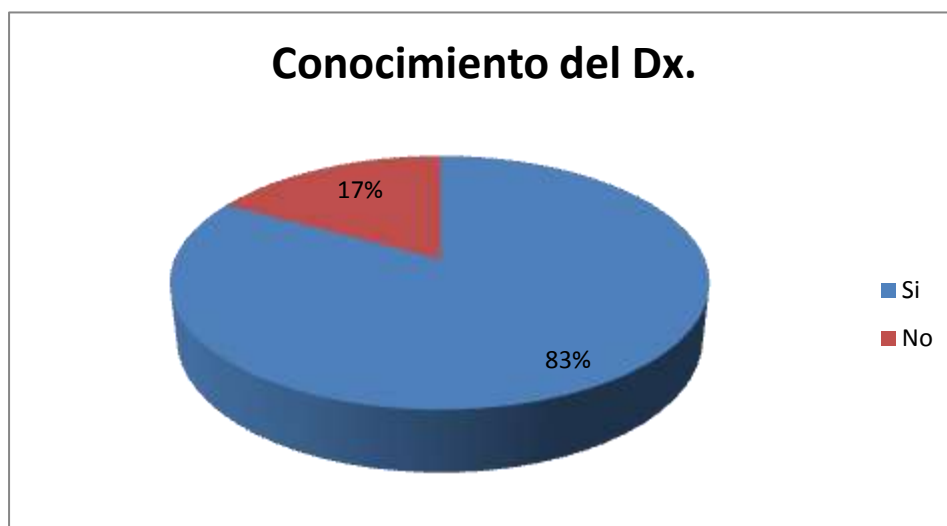


Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	15	89%
No	2	11%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas dijo si haber comprendido el desarrollo de las consultas que ha recibido. El 11% restante dijo que no. Esto indica que la mayoría de los participantes ha comprendido las indicaciones que se le han dado y lo que se le explica, pero una minoría ha quedado con algunas dudas la respecto.

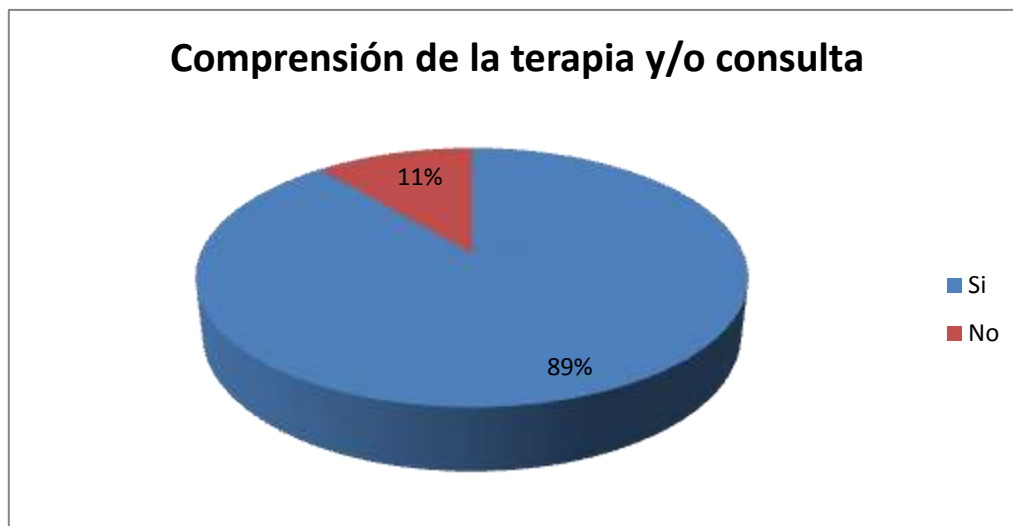


Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	14	78%
Brindaron ideas	4	22%
TOTAL	18	100%

El 78% de las personas encuestadas dijo que las consultas que reciben están completas del modo en que se dan. El 22% restante brindo ideas para mejorarlas, entre estas están: involucrar a los miembros que conviven en la misma casa a la terapia, hacer más manualidades, dejar tareas para el hogar y hacer actividades de lectura.



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	9	50%
Poco satisfactorios	9	50%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 50% de las personas encuestadas dijo que ha tenido resultados Muy satisfactorios en el tiempo que lleva de recibir el tratamiento y el otro 50% restante menciona que ha tenido resultados Poco satisfactorios. Esto indica que la mitad de los participantes ha tenido cambios esperados en lo que llevan de consultas, mientras que la otra mitad ha obtenido pocos cambios.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	5	28%
Asistencia por decisión de otros	6	33%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	7	39%
TOTAL	18	100%

El 39% de las personas encuestadas inicio el tratamiento por la referencia del medico, un 33% por decisión de familiares o maestros y el 28% restante lo inicio por decisión propia. Esto indica que la mayoría de personas ha iniciado el tratamiento por decisión o recomendación de otras personas, y solo la minoría lo inicio por su propia voluntad.

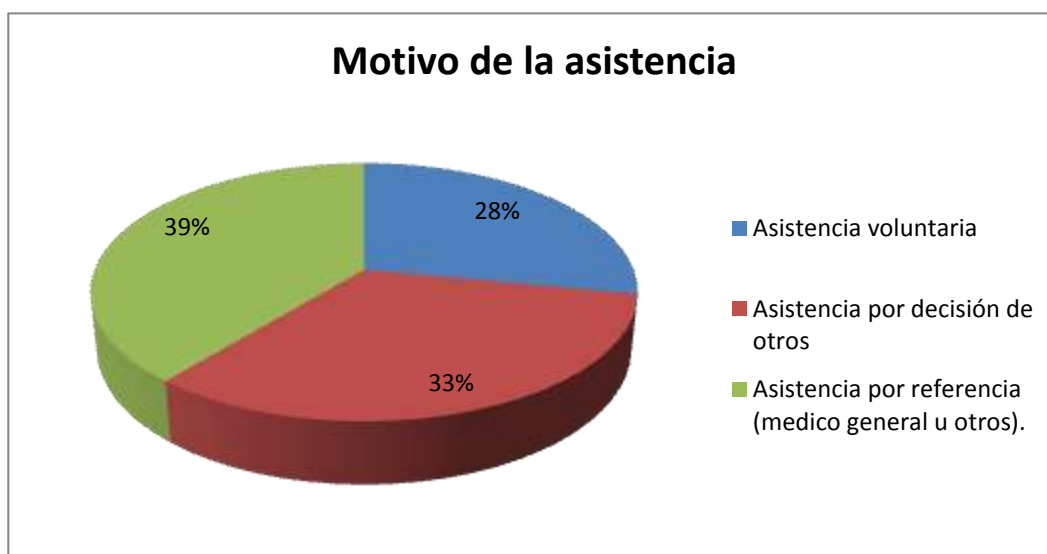


Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	5	28%
No	13	72%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas jamás pensó o ha pensado en algún momento en desistir del tratamiento que esta recibiendo. El 28% restante, si ha pensado en desistir del tratamiento, los motivos han sido la falta de tiempo para asistir a las consultas, debido al trabajo, problemas de salud física, y resistencia a la terapia (este es el caso particular de un menor de edad).



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	2	11%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	2	11%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	3	17%
Ninguna de las situaciones anteriores.	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas dijo que durante el tiempo que lleva de recibir consultas, nunca se ha presentado una de las situaciones planteadas en las opciones de respuesta que se muestran en el cuadro. Un 17% dijo que en ocasiones no hay consultorio disponible para ser atendidos, un 11% ha presencia la interrupción de la consulta por algún miembro del personal del establecimiento y el otro 11% restante dijo que durante la consulta hay ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.

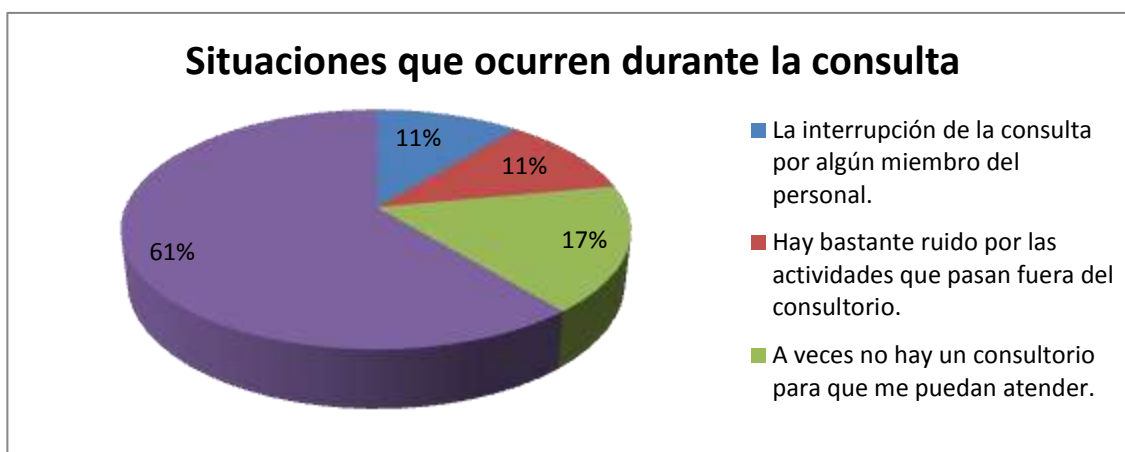


Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	16	89%
No	2	11%
TOTAL	18	100%

Al 89% de las personas encuestadas se les ha hecho la solicitud de hablar con uno o más familiares como parte del tratamiento que reciben. Al 11% restante no se le ha hecho tal solicitud.

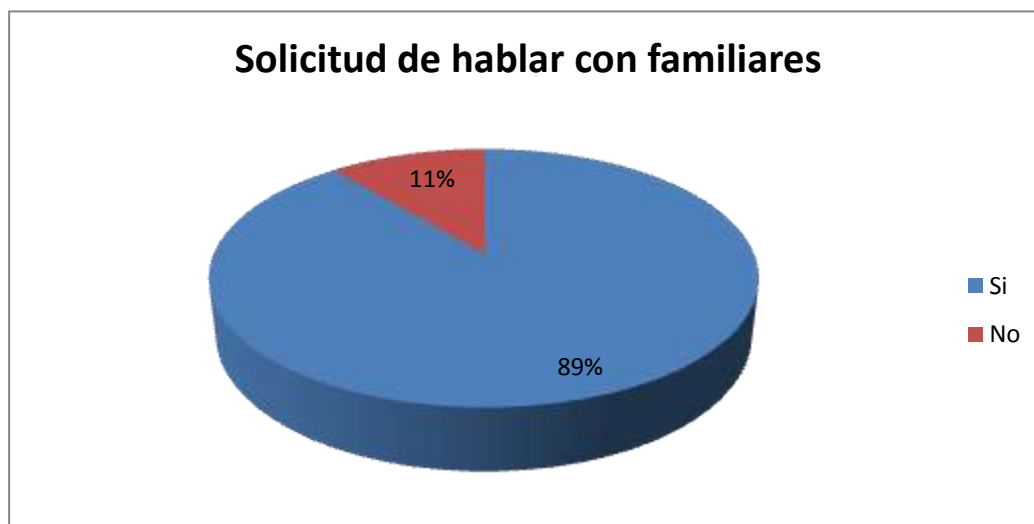


Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	3	17%
No	15	83%
TOTAL	18	100%

Para el 83% de las personas encuestadas este es el primer tratamiento psicológico que recibe, el 17% restante había consultado anteriormente con otro profesional de la psicología. En base a la frecuencia 1 de las 3 personas que ya habían consultado anteriormente, termino el tratamiento, las otras 2 personas no. Los motivos para no terminar fueron cambio de domicilio y resistencia al tratamiento.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Distrito Italia

Esta UCSF es la única en todo el país que cuenta con un grupo de salud mental, que trabaja tanto dentro del establecimiento y fuera, haciendo trabajo comunitario. La razón por la cual este equipo se ha colocado específicamente en este lugar es porque la zona es considerada de alto riesgo, debido al alto índice delincinencial que tenía en un inicio.

Cabe señalar que su labor comunitaria es distinta al realizado en los grupos ECOS-E pues se trata no de uno o dos profesionales en salud mental como lo hacen estos grupos, sino de todo un equipo de profesionales donde se trabaja en base a un diagnóstico comunitario.

El establecimiento cuenta con un anexo propio del área de Salud Mental, donde laboran una profesional en Psicología, una Medico Psiquiatra, un profesional en Artes Plásticas y un Profesional en Trabajo Social.

Las instalaciones de este anexo cuentan con un consultorio para cada profesional, solamente el de Artes Plásticas y Trabajo social, comparten cubículo. También en esta área esta ubicado el consultorio de Fisioterapia, pues en ocasiones algunos de los pacientes de Salud Mental, son remitidos con la fisioterapista.

Los consultorios son amplios, cuentan con un escritorio, 2 sillas y un juego de 3 sillones cada uno, el de la psicóloga cuenta con un canapé, que utiliza para algunas técnicas de relajación, así como una grabadora. El lugar también cuenta con un cubículo para realizar terapia familiar, que cuenta con una mesa, sillas y un juego de sillones, también cuenta con otro cubículo que es el Salón Múltiple donde se pueden dar charlas o hacer reuniones.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	6	33%
De 28 a 37 años	0	0%
De 38 a 47 años	6	33%
De 48 a 57 años	2	11%
De 58 a 67 años	1	6%
De 68 a 77 años	2	11%
De 78 a 87 años	1	6%
TOTAL	18	100%

Un 33% de las personas encuestadas tiene entre 18 y 27 años de edad, otro 33% entre 38 y 47 años, un 11% entre 48 y 57 años, otro 11% entre 68 y 77 años, un 6% entre 58 y 67 años y el otro 6% restante entre 78 y 87 años de edad. Los datos muestran que las edades de las personas encuestadas en esta UCSF han sido bastante variadas.

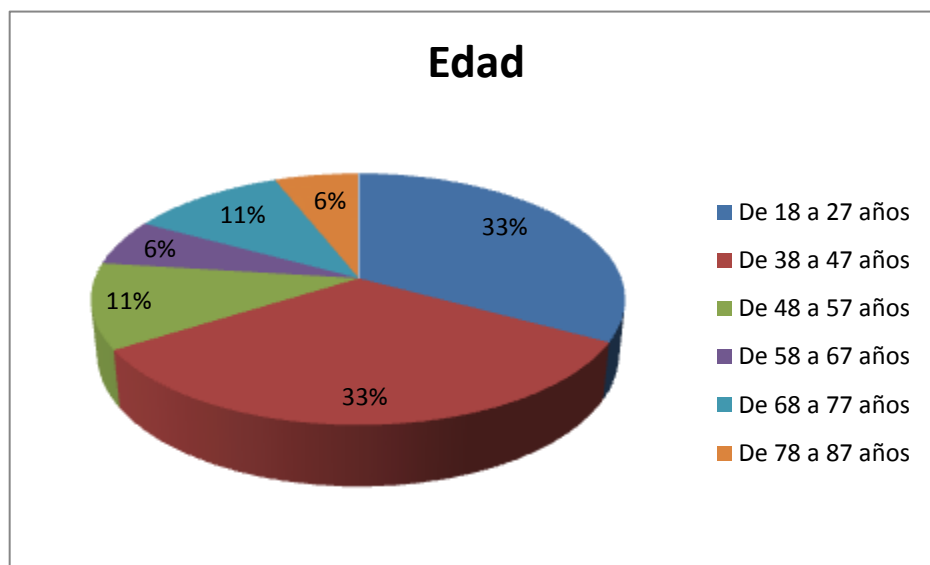


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	5	28%
Femenino	13	72%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas son del sexo femenino y el 28% restante del sexo masculino. Los datos muestran que la mayoría de las personas son mujeres y la minoría son hombres.

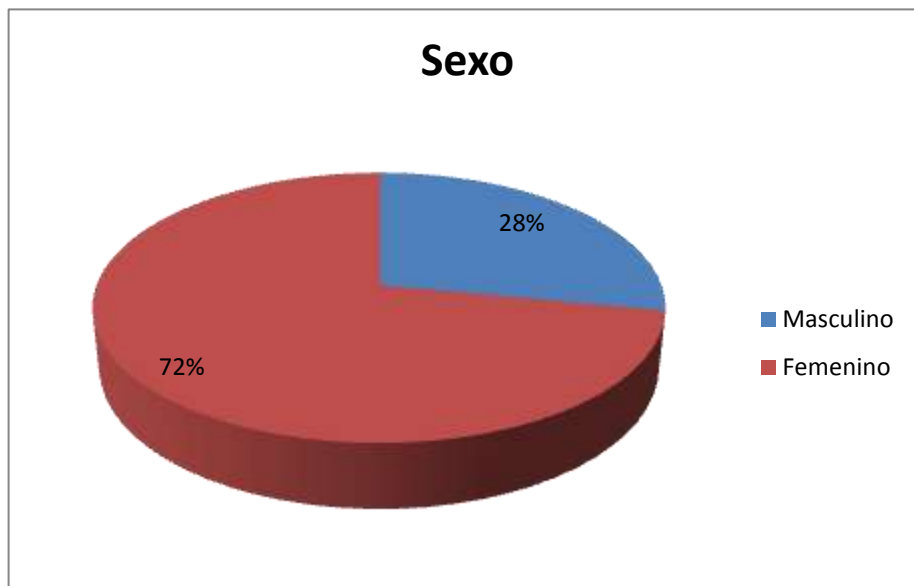
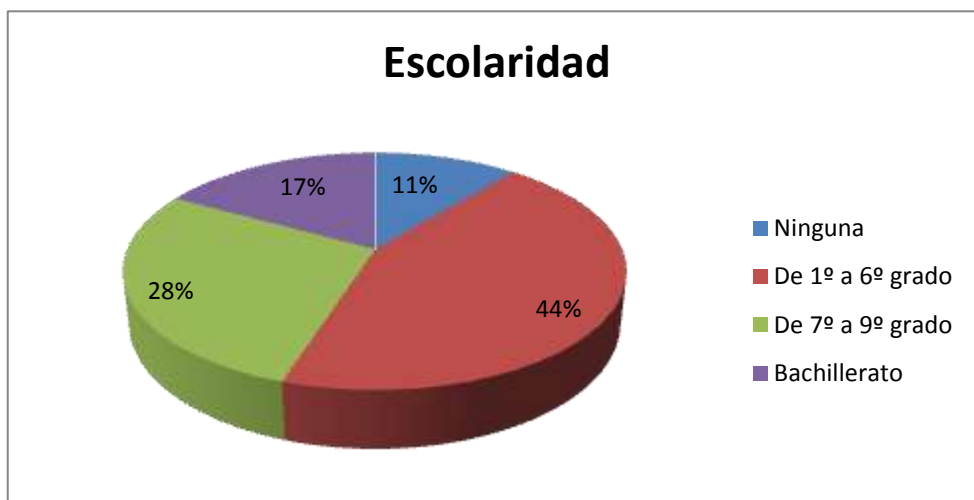


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	2	11%
De 1º a 6º grado	8	44%
De 7º a 9º grado	5	28%
Bachillerato	3	17%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas tiene un nivel académico que esta entre el 1º y 6º grado, el 28% entre el 7º y 9º grado, el 17% tiene estudios de bachillerato y el 11% restante no tiene ningún tipo de estudio. Los datos muestran que en general el nivel académico de las personas encuestadas en esta zona alcanza hasta los estudios de Bachiller, y en su mayoría las personas tienen estudios de primaria.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	9	50%
De 7 a 10	6	33%
De 11 a 14	0	0%
De 15 a 18	1	6%
Más de 19	2	11%
TOTAL	18	100%

El 50% de las personas encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas, un 33% entre 7 y 10 consultas, el 11% tiene un tratamiento que excede las 19 consultas y el 6% restante ha recibido entre 15 y 18 consultas. Se puede decir que la mayoría de personas va iniciando el tratamiento y solo una minoría lleva ya un tratamiento extenso.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	4	22%
Ama de casa	7	39%
Comercio / Venta	2	11%
Empleado	1	6%
Estudiante	2	11%
Oficios varios	2	11%
TOTAL	18	100%

El 39% de las personas encuestadas son amas de casa, el 22% no se dedica a ningún tipo de actividad laboral, un 11% se dedica a las actividades de comercio y/o venta de productos, otro 11% son estudiantes, otro 11% se dedica a oficios varios y el 6% restante es empleado en alguna empresa. Se puede decir que la mayoría de personas son mujeres que se dedican a ser amas de casa y las demás personas se dedican a actividades variadas o no trabajan. Con respecto a esto último este es el caso de las personas de la tercera edad, que forman parte de esta muestra.



Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	0	0%
Urbana	18	100%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas reside en el área urbana. La mayoría de personas a quienes se les aplicó la encuesta residen específicamente en el Distrito Italia a excepción de un caso que viaja desde Popotlan, pero reside siempre en una colonia del área urbana.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	8	44%
No	10	56%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas dijo que no conocía el significado de salud mental y no brindo ninguna idea al respecto. El 44% restante dijo que si conocía el concepto de salud mental y brindo una idea al respecto. En base a la frecuencia, 7 de las 8 personas que si conocían el término, dieron una respuesta correcta y sola una, un término incorrecto.

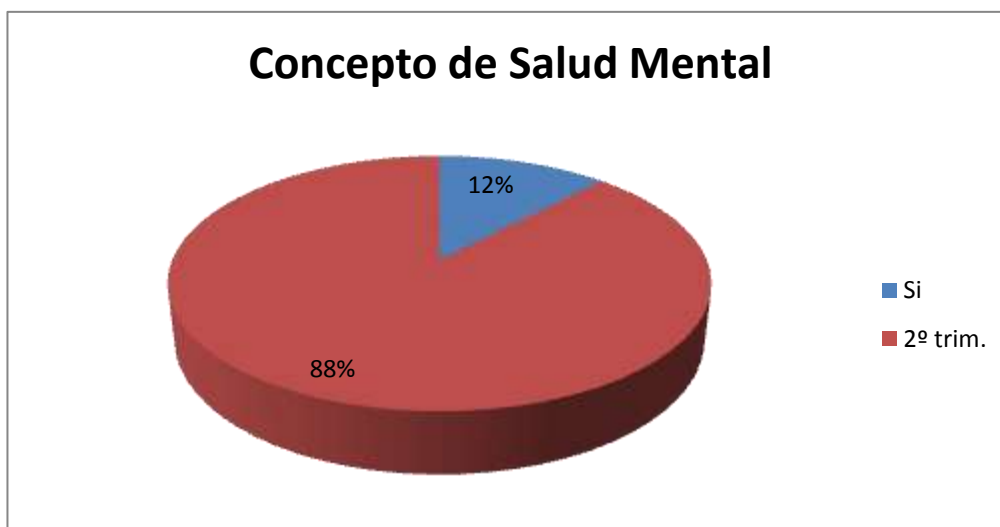


Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	7	38%
No	11	62%
TOTAL	18	100%

El 62% de las personas encuestadas no han recibido charlas u otro tipo de promoción sobre la salud mental, en lo que llevan de frecuentar el establecimiento. El 38% restante si ha escuchado charlas. En relación a los datos sobre el número de consultas (Cuadro # 4) la mayoría de personas va iniciando el tratamiento, lo que reduce la posibilidad de haber escuchado alguna promoción sobre el tema, como aquí se muestra.

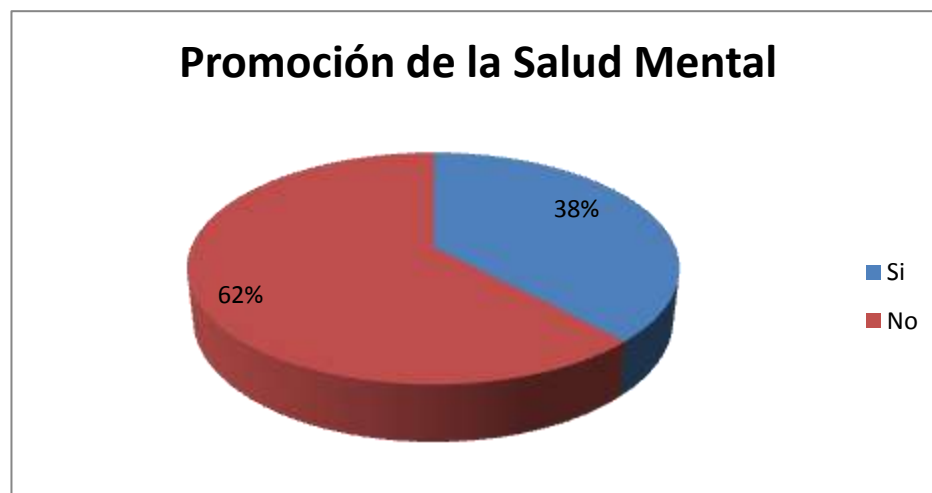


Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	7	39%
Muy Buena	10	56%
Buena	1	5%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas califico la atención que ha recibido hasta el momento como “Muy Buena”, el 39% como “Excelente” y el 5% restante como “Buena”. La mayoría de personas da una calificación aceptable a la atención que recibe lo que indica que se sienten generalmente bien atendidos.

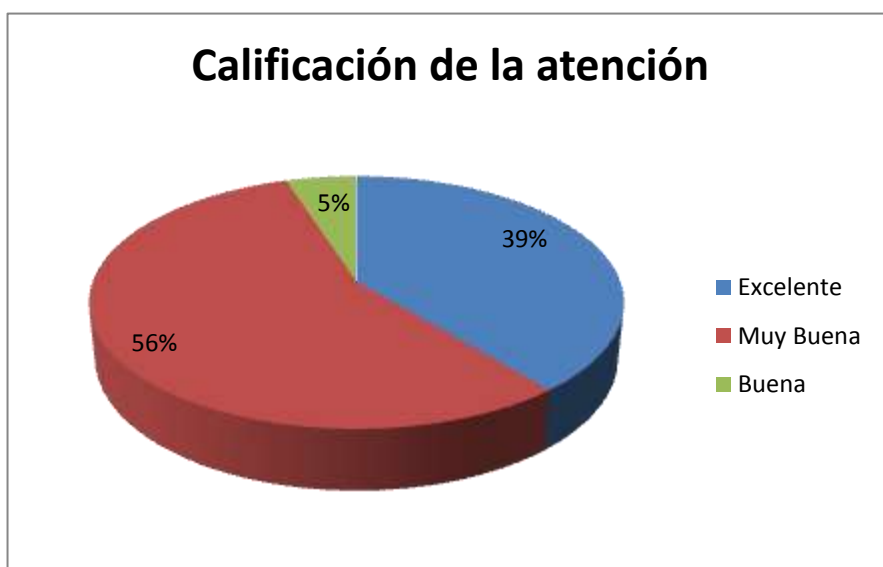


Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	18	100%
No	0	0%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas dijo estar sabedora de cual es el diagnóstico por el cual esta consultando. Esto indica que todos han recibido la debida explicación de parte del profesional que los atiende.

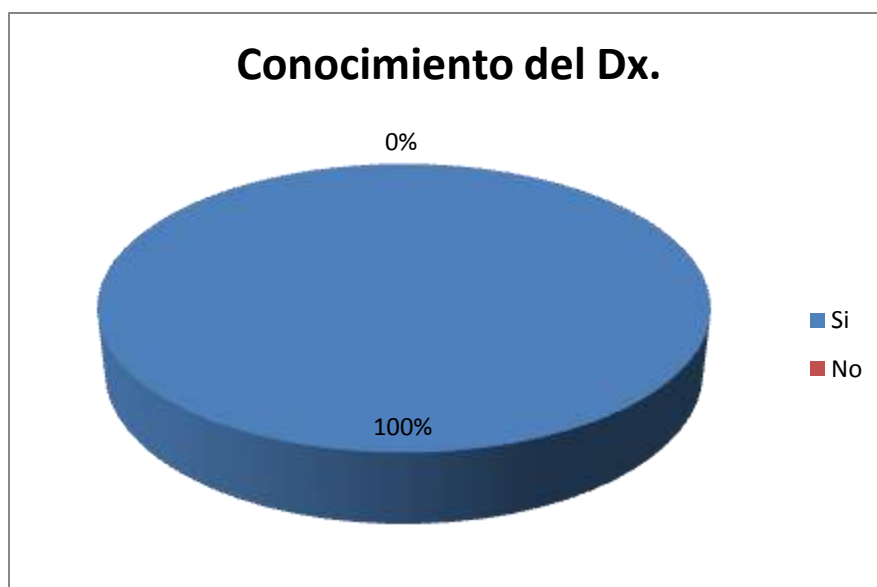


Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	18	100%
No	0	0%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas dijo haber comprendido todo lo que se explica e indica en la consulta o terapia que recibe. Esto permite inferir que los profesionales que los atienden han logrado darse a entender ante las personas consultantes.



Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	18	100%
Brindaron ideas	0	0%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas dijo que la consulta y/o terapia esta completa así como se esta dando y no brindaron ningún tipo de idea que quisieran incluir para mejorarla.



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	12	67%
Poco satisfactorios	6	33%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas califico los resultados obtenidos como “Muy satisfactorios” y el 33% como “Poco satisfactorios”. Esto indica que la mayoría de personas ha tenido cambios y avances esperados, mientras que la minoría ha sentido que sus avances son pocos.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	4	22%
Asistencia por decisión de otros	2	11%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	12	67%
TOTAL	18	100%

El 67% de las personas encuestadas asistieron al tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por media de la referencia de un medico general. El 22% asistió de forma voluntaria y el 11% restante por influencia de un familiar o requerimiento del centro escolar. Se puede decir que la mayoría de personas inicio el tratamiento como una continuidad al tratamiento medico que recibía y una minoría lo hizo porque otros lo impulsaron a ir o por un deseo propio.

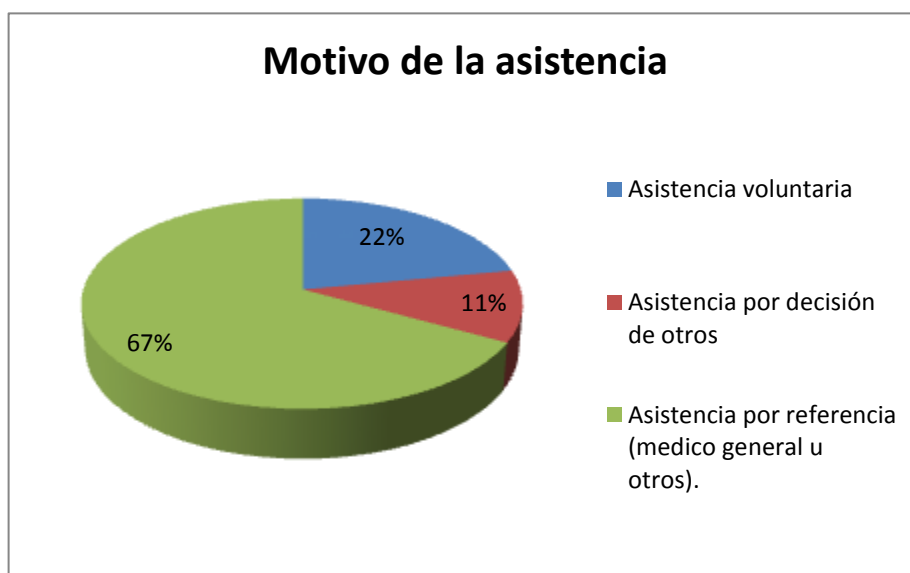


Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	3	17%
No	15	83%
TOTAL	18	100%

El 83% de las personas encuestadas jamás pensó o ha pensado en desistir del tratamiento que recibe, el 17% si lo ha pensado. Las causas han sido: falta de motivación, no querer tomar mucho medicamento, y un caso particular que menciono que dejar de asistir a las consultas, cuando se siente bien. Esto indica que la mayoría es responsable a su tratamiento y la minoría, a pesar que no deja de asistir, si lo ha pensado es por los inconvenientes ya planteados.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	5	28%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	0	0%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	13	72%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas dijo no haber presenciado ninguna de las situaciones planteadas en las opciones de respuesta, que se muestran en el cuadro. El 28% restante dijo haber presenciado interrupciones por algún miembro del personal durante la consulta. En este último caso todos coincidieron en que se da poco frecuente y que por eso es comprensible.

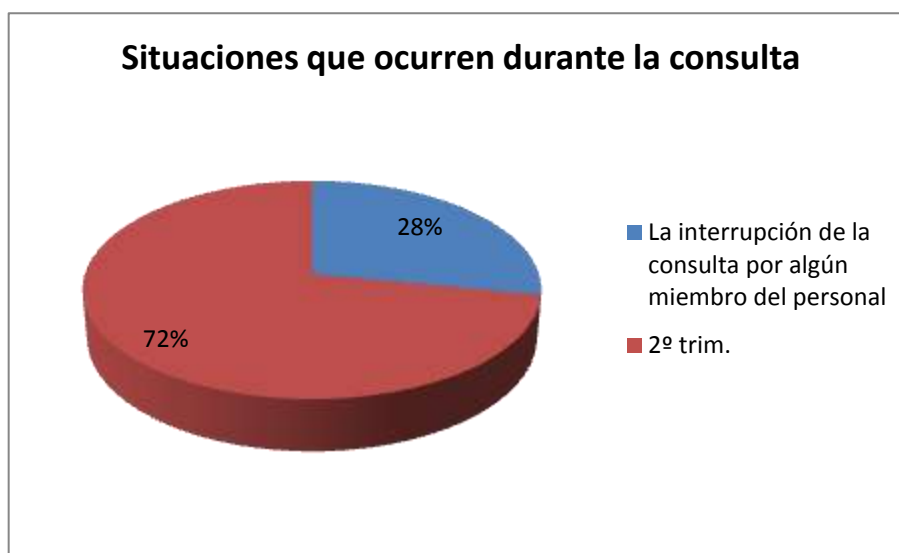


Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	10	56%
No	8	44%
TOTAL	18	100%

Al 56% de las personas encuestadas si se les ha solicitado hablar con algún familiar o familiares, por parte del profesional que lo/a atiende. Al 44% no se le ha hecho tal solicitud. En base a la frecuencia de las 8 personas a quienes no se les ha pedido contacto con un familiar, 6 no lo consideran necesario y 2 si.

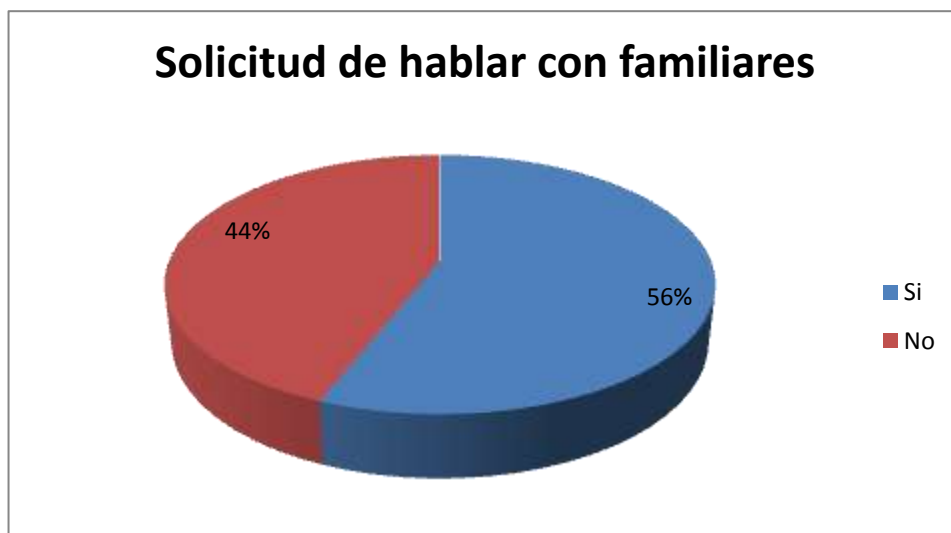


Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	4	22%
No	14	78%
TOTAL	18	100%

El 78% de las personas encuestadas no habían consultado antes con un psicólogo o psiquiatra, por lo cual para la mayoría, este es su primer tratamiento. El 22% restante si había consultando anteriormente en otro establecimiento. En base a la frecuencia 3 de las 4 personas si habían consultado anteriormente, no terminaron el tratamiento, solo una. Las causas por las que no terminaron son: no ver cambios, cambio de establecimiento de salud y haber tenido una referencia del psicólogo al psiquiatra.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Unidad Comunitaria de Salud Familiar de Apopa

En esta UCSF la atención en salud mental es brindada por un estudiante de psicología en servicio social de una universidad privada y un ayudante. No hay servicio en atención psiquiátrica.

La atención se brinda solamente los días domingos de 8:00 am a 12:00 m y de 1:00 pm a 4:00 pm. No hay grupos de terapia, la consulta se de solo de modo individual.

No se cuenta con un consultorio fijo para el área de psicología, se usan los que estén disponibles, donde comúnmente se da la consulta medica. Como la atención se da en día domingo, son menos los médicos de turno y por ende siempre hay un consultorio disponible para psicología.

Los consultorios están equipados con un escritorio, un canapé y sillas para el psicólogo y los consultantes, son cubículos amplios pero poco ventilados.

No hay decoración que promocióne la salud mental.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	5	28%
De 28 a 37 años	6	33%
De 38 a 47 años	5	28%
De 48 a 57 años	0	0%
De 58 a 67 años	2	11%
De 68 a 77 años	0	0%
De 78 a 87 años	0	0%
TOTAL	18	100%

El 33% de las personas encuestadas tiene entre 28 y 37 años de edad, un 28% entre 18 y 27 años y otro 28% entre 38 y 47 años de edad, el 11% restante tiene entre 58 y 67 años de edad. Se puede decir que la mayoría de personas son jóvenes adultos y solo una minoría son personas de edad mayor.

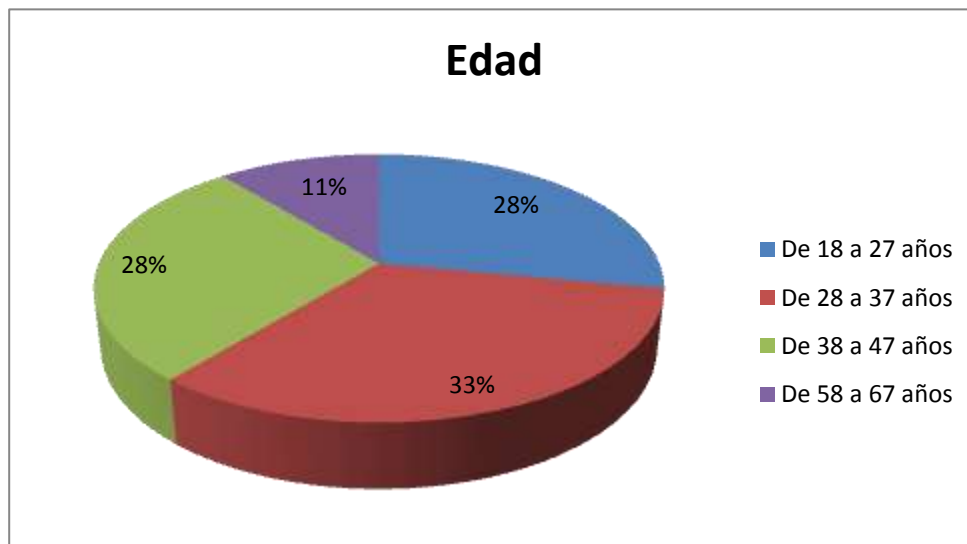


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	2	11%
Femenino	16	89%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas son del sexo femenino y el 11% restante son del sexo masculino. Esto indica que la mayoría de los participantes mujeres y solo una minoría hombres.

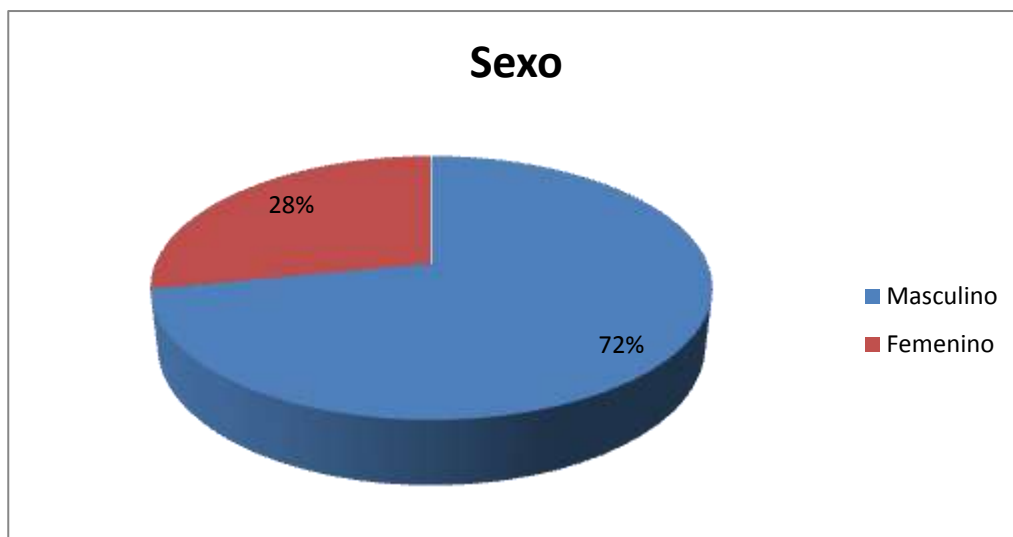
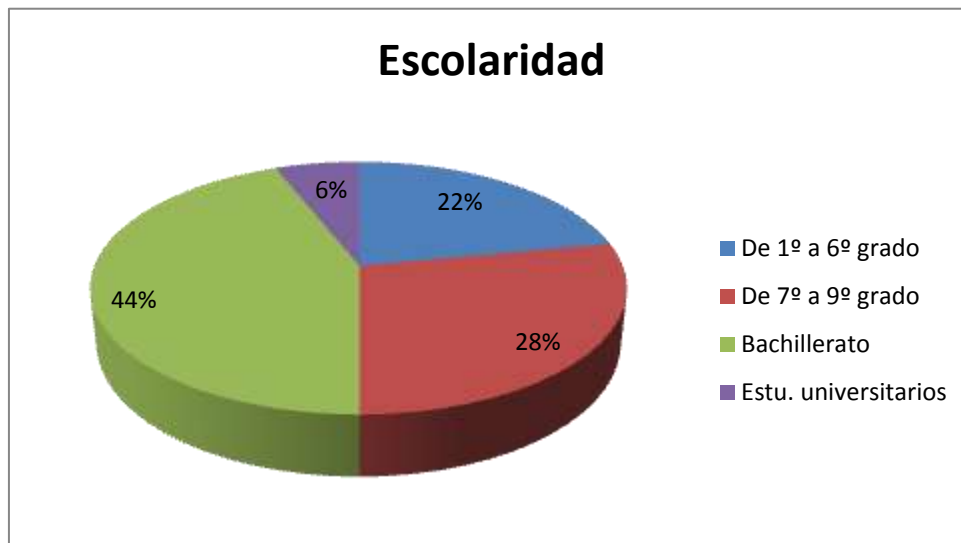


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	0	0%
De 1º a 6º grado	4	22%
De 7º a 9º grado	5	28%
Bachillerato	8	44%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	1	6%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas tiene estudios hasta el Bachillerato, el 28% de 7º a 9º grado, el 22% de 1º a 6º grado y el 6% restante tiene estudios universitarios. Esto indica que todas las personas participantes tienen un grado académico, la mayoría tiene estudios de educación media y solo la minoría de nivel superior.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	10	56%
De 7 a 10	4	22%
De 11 a 14	3	17%
De 15 a 18	1	5%
Más de 19	0	0%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas, el 22% entre 7 y 10 consultas, el 17% entre 11 y 14 consultas y el 5% restante entre 15 y 18 consultas. Esto indica que la mayoría de personas esta en un periodo inicial de su tratamiento y una minoría tiene un tratamiento más avanzado.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	1	6%
Ama de casa	6	33%
Comercio / Venta	4	22%
Empleado	3	17%
Estudiante	2	11%
Oficios varios	2	11%
TOTAL	18	100%

El 33% de las personas encuestadas son amas de casa, el 22% se dedican a actividades de comercio y/o venta de productos, el 17% son empleados en alguna empresa, un 11% son estudiantes, otro 11% se dedica a actividades de oficios varios y el 6% restante no se dedica a ninguna actividad laboral.



Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	0	0%
Urbana	18	100%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas reside en una zona urbana. Esto quiere decir que todos los participantes de la encuesta, viven en barrios o colonias aledañas al centro de salud.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	9	50%
No	9	50%
TOTAL	18	100%

El 50% de las personas encuestadas dijo conocer lo que salud mental significa y brindaron un pequeño concepto. El otro 50% restante, dijo no conocer el concepto. En base a la frecuencia, de las 9 personas que si dieron una definición, 7 proporcionaron respuestas correctas sobre el significado y 2 no, dando un significado incorrecto.

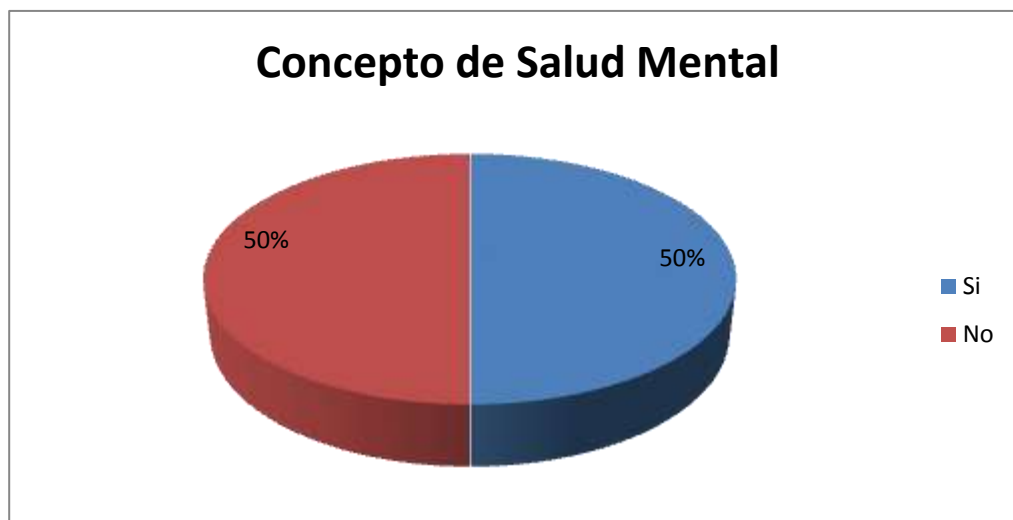


Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	0	0%
No	18	100%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas no ha recibido charlas o algún otro tipo de promoción sobre la salud mental en el tiempo que lleva de frecuentar el establecimiento.



Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	8	44%
Muy Buena	7	39%
Buena	3	17%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas calificó la atención que ha recibido hasta el momento como “Excelente”, el 39% como “Muy Buena” y el 17% como “Buena”. Esto indica que generalmente todos los participantes dieron una calificación aceptable al tratamiento que están recibiendo.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención psicológica? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	16	89%
No	2	11%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas tiene conocimiento del diagnóstico por el cual esta recibiendo el tratamiento. El 11% restante no lo conoce. Esto indica que la mayoría de personas ha recibido la debida explicación de su diagnóstico por parte del profesional que lo atiende mientras que una minoría no ha recibido dicha explicación.

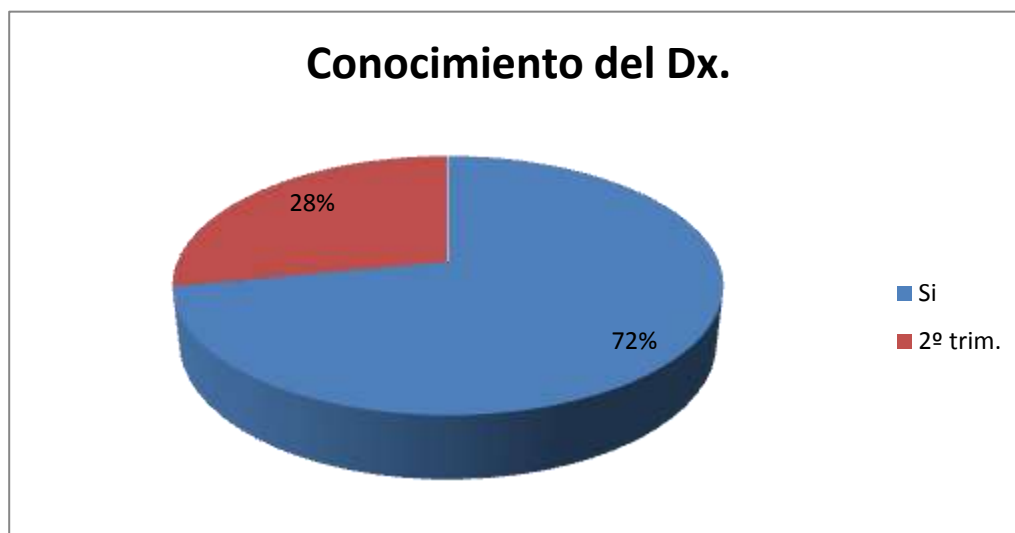


Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	13	72%
No	5	28%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas ha comprendido el desarrollo de las consultas que ha recibido, mientras que el 28% restante ha quedado con algunas dudas al respecto.

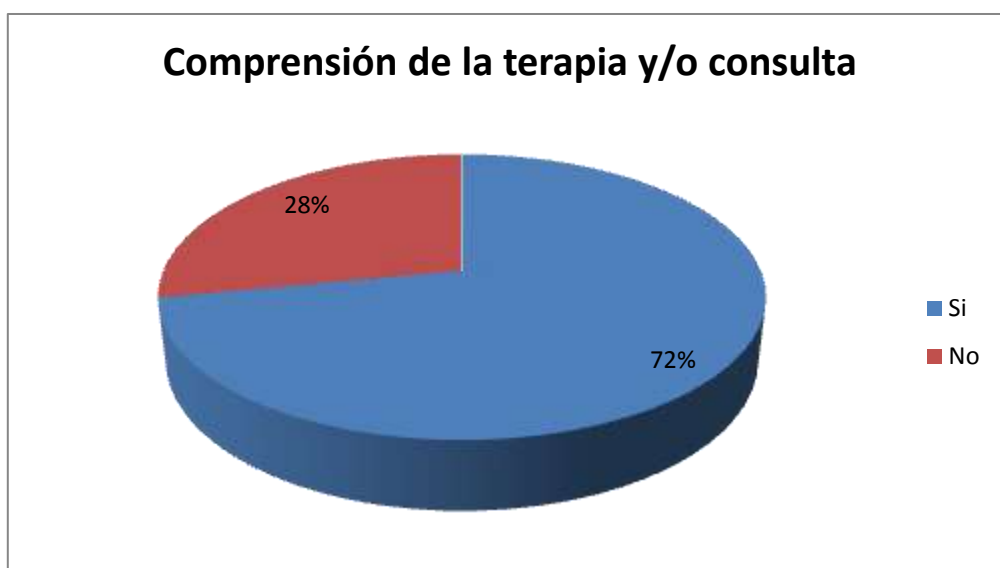


Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	16	89%
Brindaron ideas	2	11%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas dijo que las consultas están completas así como se están dando y no dieron ideas para incluir. El 11% restante si brindo ideas para poder mejorar el tratamiento que recibe. Estas ideas son: charlas a los padres para tratar con los hijos y explicar de una mejor forma el diagnóstico por el cual la persona pasa consulta.



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	7	39%
Poco satisfactorios	11	61%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas dijeron que, hasta el momento de la encuesta, habían tendido resultados poco satisfactorios en cuanto al tratamiento que reciben y el 39% restante dijo tener resultados muy satisfactorios.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	4	22%
Asistencia por decisión de otros	3	17%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas inicio el tratamiento por referencia de un medico, el 22% lo inicio por decisión propia y el 17% restante lo inicio por decisión de familiares, este ultimo es el caso de los menores de edad. Esto quiere decir que la mayoría de personas inicio el tratamiento por decisión de otros y solo una minoría por decisión propia.



Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	2	11%
No	16	89%
TOTAL	18	100%

El 89% de las personas encuestadas no pensó o ha pensado en algún momento en desistir del tratamiento que recibe, mientras que el 11% restante si lo ha pensado. Las causas en este ultimo caso han sido: desmotivación para continuar, y porque se ha percibido una mejoría y ya no se considera necesario seguir con el tratamiento.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	0	0%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	0	0%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	18	100%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas dijo que no ha presenciado ninguna de las situaciones planteadas en el cuadro anterior, durante el tiempo que lleva pasando consulta. Esto quiere decir que no se han presentado interrupciones, ni la presencia de ruidos y que siempre que hay un consultorio disponible para su atención.



Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	15	83%
No	3	17%
TOTAL	18	100%

Al 83% de las personas encuestadas se les ha hecho la solicitud de hablar con uno o varios familiares, como parte del tratamiento que reciben. Al 17% restante no se le ha hecho tal solicitud, pero todas las personas de este último caso dijeron que no lo consideran necesario.



Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	3	17%
No	15	83%
TOTAL	18	100%

Para el 83% de las personas encuestadas este es el primer tratamiento que reciben de este tipo. Para el 17% restante no, pues ya habían consultado antes con un psicólogo. En base a la frecuencia, 2 de los 3 casos, no terminaron el tratamiento, las causas fueron: en uno de los casos la madre ya no llevo al niño a las consultas por falta de tiempo y el otro caso ya no asistió porque estaba siendo atendido por el mismo profesional que atendía a su madre y eso le incomodaba. El otro caso si termino el tratamiento.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Unidad Comunitaria de Salud Familiar “Dr. Roberto Cáceres Bustamante”
(San Marcos)

En esta UCSF la atención en salud mental es brindada por una profesional de la psicología, se da atención en el área de psiquiatría, pero es brindada por un medico interno de la Universidad de El Salvador.

Los horarios de atención son los días lunes, miércoles y viernes de 8:00 am a 4:00 pm. Cabe mencionar que la psicóloga de este establecimiento también trabaja en la UCSF de San Jacinto los días martes y jueves.

Existe un grupo de terapia grupal del adulto mayor que se reúne 2 veces por mes.

En cuanto al área física donde se da la consulta, se cuenta con un consultorio específico, es bastante amplio y ventilado, el mobiliario lo componen un escritorio, un canapé y sillas para la profesional y los consultantes, también se cuenta con una caja con juguetes para la terapia con niños/as.

Si se cuenta con decoración que promociona la salud mental, como pancartas, panfletos y carteleras que hablan sobre el tema, para informar a las personas.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	4	22%
De 28 a 37 años	8	44%
De 38 a 47 años	1	6%
De 48 a 57 años	1	6%
De 58 a 67 años	0	0%
De 68 a 77 años	3	16%
De 78 a 87 años	1	6%
TOTAL	18	100%

El 44% de las personas encuestadas tiene entre 28 y 37 años de edad, el 22% entre 18 y 27 años de edad, el 16% tiene entre 68 y 77 años, un 6% entre 38 y 47, otro 6% entre 48 y 57 y otro 6% entre 78 y 87 años de edad. Esto indica que la mayoría de personas están en un periodo de vida de jóvenes adultos y solo una minoría en el periodo de la tercera edad.

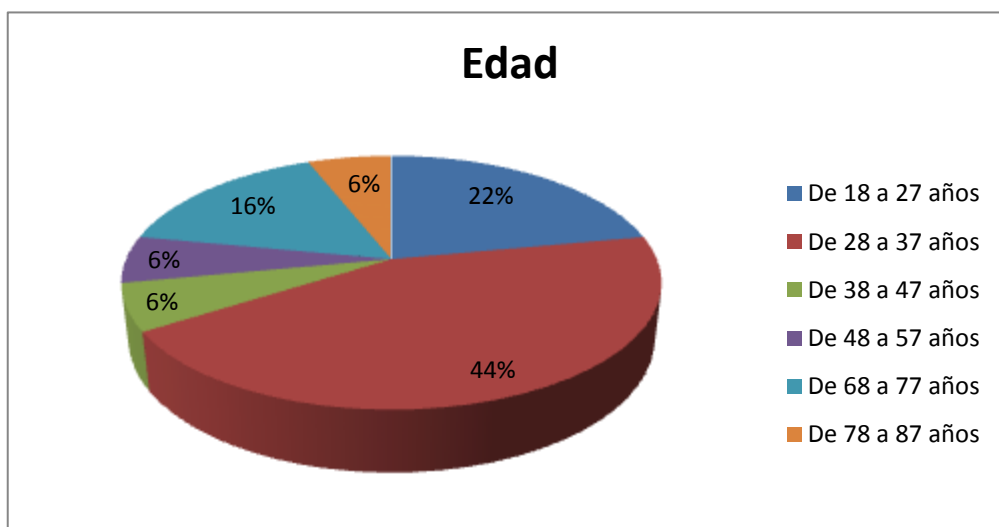


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	7	39%
Femenino	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas son del sexo femenino y el 39% restante son del sexo masculino. Esto indica que la mayoría de participantes son mujeres y la minoría son hombres.

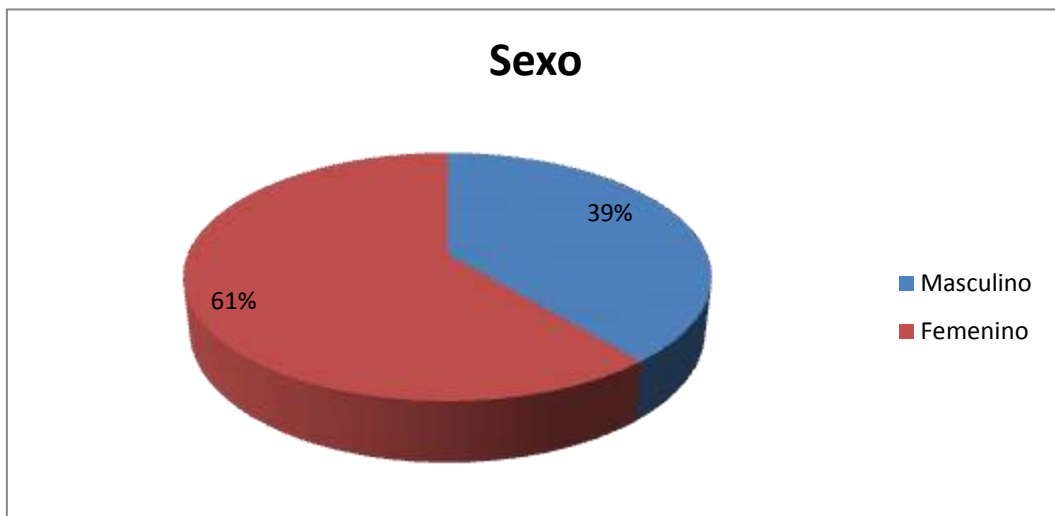
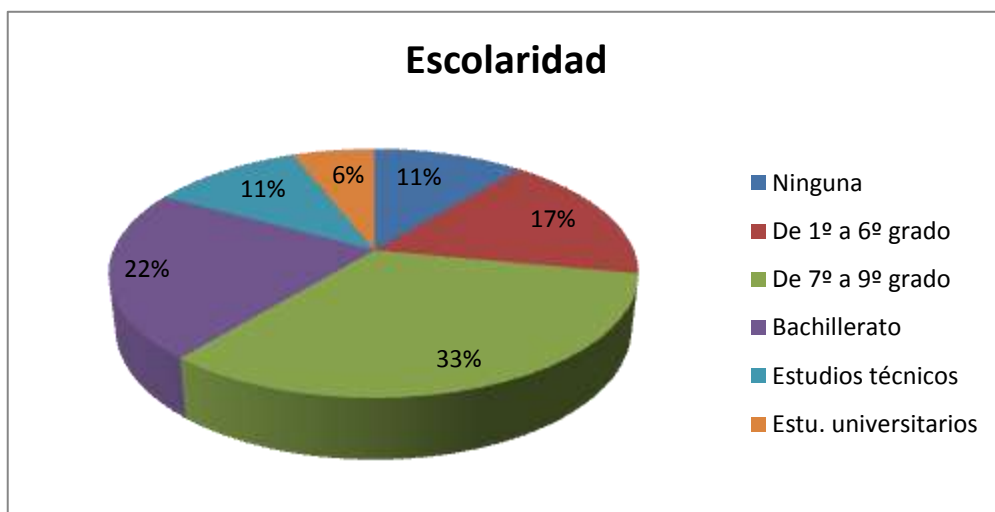


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	2	11%
De 1º a 6º grado	3	17%
De 7º a 9º grado	6	33%
Bachillerato	4	22%
Estudios técnicos	2	11%
Estu. universitarios	1	6%
TOTAL	18	100%

El 33% de las personas encuestadas tienen estudios entre el 7º y 9º grado, el 22% tiene estudios del Bachillerato, el 17% ha cursado entre el 1º y 6º grado, un 11% no tiene estudios de ningún tipo, otro 11% tiene estudios técnicos y el 6% tiene estudios universitarios. Se puede observar una variedad de grados académicos, la mayoría posee estudios de algún grado, principalmente del tercer ciclo y bachillerato y la minoría no posee estudios de ningún tipo.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	7	39%
De 7 a 10	6	33%
De 11 a 14	3	17%
De 15 a 18	0	0%
Más de 19	2	11%
TOTAL	18	100%

El 39% de las personas encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas, el 33% entre 7 y 10 consultas, el 17% entre 11 y 14 consultas y el 11% restante ha recibido más de 19 consultas. Esto indica que la mayoría de personas esta en una fase inicial del tratamiento y solo una minoría ha recibido un tratamiento más prolongado.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	2	11%
Ama de casa	7	39%
Comercio / Venta	2	11%
Empleado	2	11%
Estudiante	3	17%
Oficios varios	2	11%
TOTAL	18	100%

El 39% de las personas encuestadas son amas de casa, el 17% son estudiantes. Un 11% no se dedica a ninguna actividad laboral, otro 11% se dedica a actividades de comercio y/o venta, otro 11% son empleados en alguna empresa y el 11% restante se dedica a realizar oficios varios.



Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	0	0%
Urbana	18	100%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas reside en una zona urbana. Esto quiere decir que todos los participantes de la encuesta, viven en barrios o colonias aledañas al establecimiento de salud.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	7	39%
No	11	61%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas si conoce el término de salud mental y brindo una pequeña definición al respecto. El 39% no lo conoce. En base a la frecuencia, 6 de las 7 personas que si conocían el concepto, dieron un significado correcto y solamente una persona dio un concento erróneo.

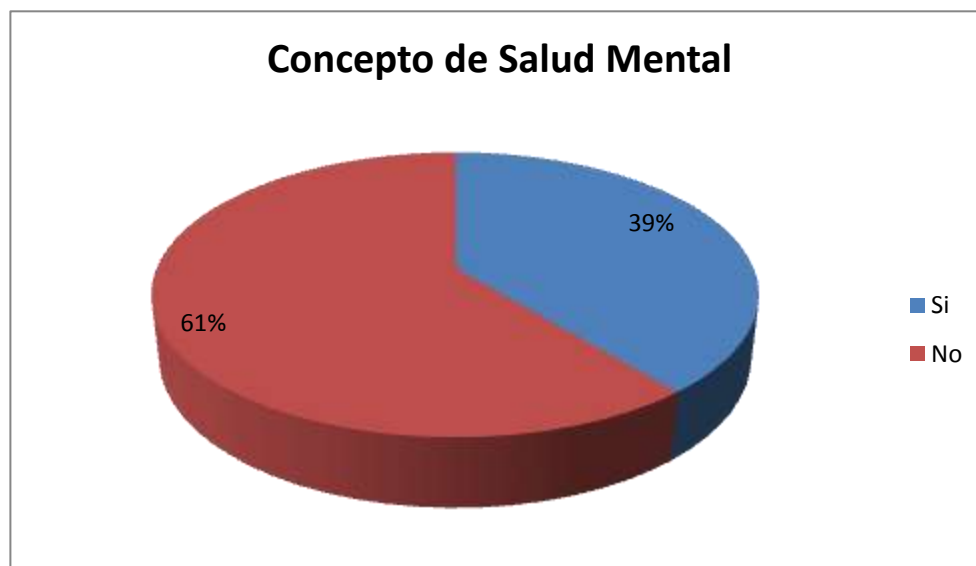


Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	0	0%
No	18	100%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas no ha recibido charlas o algún otro tipo de promoción sobre la salud mental, salvo lo que han podido leer en los carteles que se ubican en la entrada del consultorio de psicología y dentro de el, que hablan sobre el tema al respecto.



Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	7	39%
Muy Buena	9	50%
Buena	2	11%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	18	100%

El 50% de las personas encuestadas califico la atención que ha recibido como “Muy Buena”, el 39% como “Excelente” y el 11% restante la califico como “Buena”. Se puede decir que de forma general todas las personas calificación la atención recibida de forma aceptable.

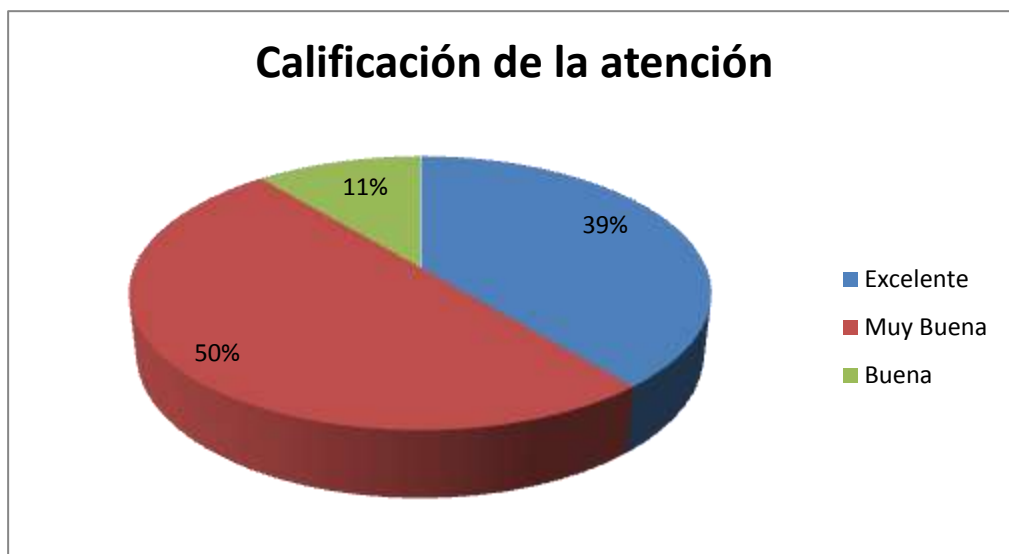


Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención psicológica? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	17	94%
No	1	6%
TOTAL	18	100%

El 94% de las personas encuestadas es sabedor del diagnóstico por el cual esta recibiendo el tratamiento y el 6% restante no lo conoce. Esto indica que la mayoría de personas ha recibido la debida explicación por parte del profesional pero la minoría no la ha recibido.



Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	15	83%
No	3	17%
TOTAL	18	100%

El 83% de las personas encuestadas dijo haber comprendido el desarrollo de todas las consultas que ha recibido, el 17% restante dijo que en ocasiones ha quedado con algunas dudas.

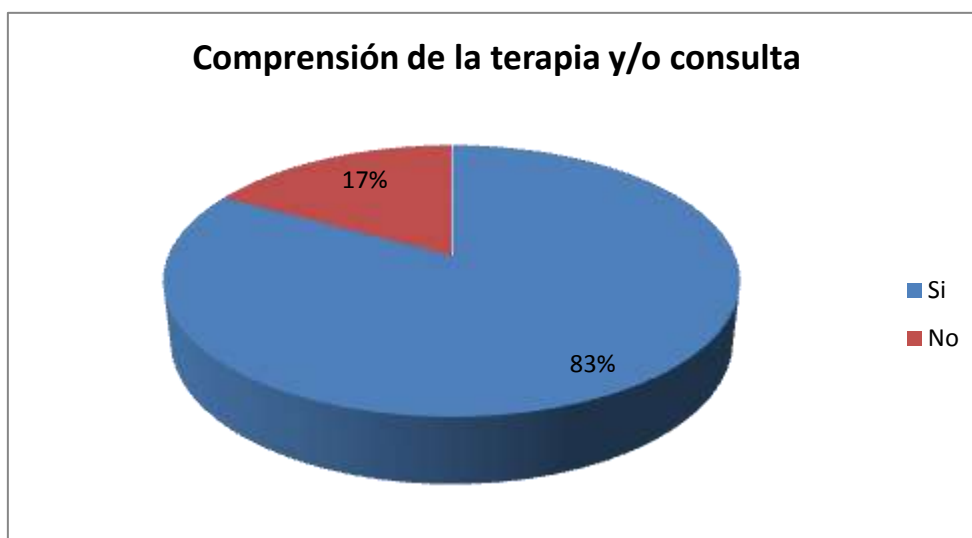


Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	13	72%
Brindaron ideas	5	28%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas dijo que las consultas están completas así como las reciben. Solo el 28% restante brindo algunas ideas para poder mejorarlas. Estas ideas son: realizar más actividades recreativas, técnicas de relajación y crear un grupo para jóvenes.



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	11	39%
Poco satisfactorios	7	61%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	18	100%

El 61% de las personas encuestadas dijeron que, hasta el momento de la encuesta, habían tendido resultados poco satisfactorios en cuanto al tratamiento que reciben y el 39% restante dijo tener resultados muy satisfactorios.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	5	28%
Asistencia por decisión de otros	3	16%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	10	56%
TOTAL	18	100%

El 56% de las personas encuestadas inicio el tratamiento por referencia de un medico, el 28% lo inicio por asistencia voluntaria y el 16% por la decisión de familiares o maestros, este es el caso de menores de edad. Esto indica que la mayoría de personas esta recibiendo el tratamiento por indicación de otros y solo la minoría lo esta recibiendo por decisión propia.



Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	5	28%
No	13	72%
TOTAL	18	100%

El 72% de las personas encuestadas jamás pensó o ha pensado en desistir del tratamiento que recibe. Pero el 28% restante si lo ha pensado, las causas han sido las siguientes: resistencia (por parte de niños/as que son llevados por sus madres), dificultades económicas, perder la cita, y la actitud seria o enojada por parte de la profesional que atiende (esto según manifestaron las personas).



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	0	0%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	0	0%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	18	100%
TOTAL	18	100%

El 100% de las personas encuestadas dijo que no ha presenciado ninguna de las situaciones planteadas en el cuadro anterior, durante el tiempo que lleva pasando consulta. Esto quiere decir que no se han presentado interrupciones, ni la presencia de ruidos y que siempre que hay un consultorio disponible para su atención.

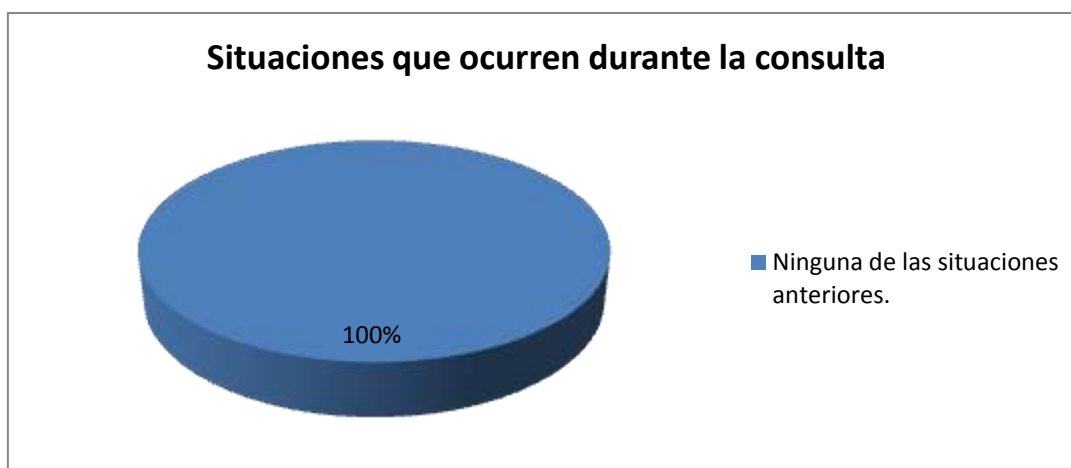


Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	12	67%
No	6	33%
TOTAL	18	100%

Al 67% de las personas encuestadas se les ha solicitado hablar con uno o varios familiares como parte del tratamiento que reciben, al 33% restante no se le ha hecho tal solicitud. En base a la frecuencia, a 5 de las 6 personas a quienes no se les ha solicitado hablar con familiares, dicen que no lo consideran necesario y solo uno sí.



Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	1	6%
No	17	94%
TOTAL	18	100%

Para el 94% de las personas encuestadas este es el primer tratamiento psicológico que reciben. Para el 6% restante no lo es, pues ya antes habían solicitado servicios de salud mental. En este caso, fue una persona en específico, quien dijo no haber terminado el tratamiento porque perdió la cita.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Unidad Comunitaria de Salud Familiar “Dr. Mauricio Sol Nerio” (San Jacinto)
y ECOS-E San Jacinto

En esta UCFS los servicios de salud mental son brindados por dos profesionales en el área de psicología, también trabaja un medico psiquiatra, pero este cumple mayormente las funciones de un medico general.

Por parte de una de las profesionales en psicología, la atención se brinda los días lunes, martes y jueves de 8:00 am a 4:00 pm, pero esto depende de la disponibilidad del tiempo que ella posee, pues es también parte del grupo de ECOS E que se traslada a las comunidades de las zonas designadas 2 veces al mes. A esto también se le suma que esta recibiendo un diplomado y cuenta con el permiso del establecimiento para asistir. Por estos motivos su estancia en el centro de salud es poco reducido por el momento.

La otra profesional en psicología, como ya se menciona anteriormente, trabaja también en la UCSF de San Marcos, por lo cual en San Jacinto solo atiende dos días a la semana: los martes y jueves de 8:00 am a 4:00 pm.

Existe un grupo de terapia grupal del adulto mayor que se reúne dos veces al mes.

En cuanto al área física donde se brinda la atención, no se cuenta con consultorios establecidos, se utilizan cubículos que estén desocupados por los médicos y en ocasiones se utiliza un cubículo que es usado como bodega para guardar material. El mobiliario en ambos casos se compone por escritorio y sillas para profesional y consultantes.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	6	60%
De 28 a 37 años	1	10%
De 38 a 47 años	1	10%
De 48 a 57 años	2	20%
De 58 a 67 años	0	0%
De 68 a 77 años	0	0%
De 78 a 87 años	0	0%
TOTAL	10	100%

El 60% de las personas encuestadas tienen edades de entre 18 y 27 años, el 20% tiene entre 48 y 57 años. Un 10% tienen edades entre los 28 y 37 años y el otro 10% restante entre 38 y 47 años. Esto indica que la mayoría de personas está en una etapa de la adolescencia y adultez temprana y solo una minoría en la etapa plena de la adultez.

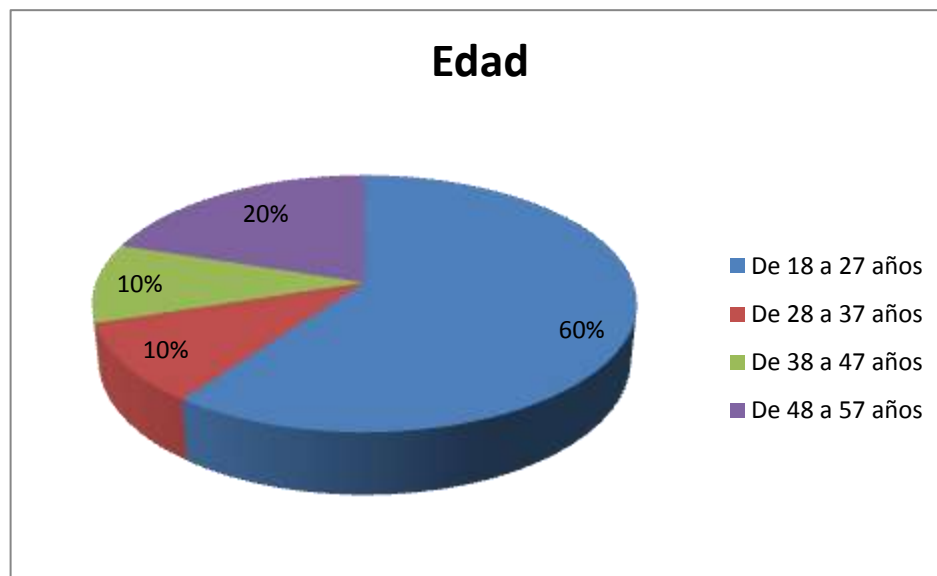


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	1	10%
Femenino	9	90%
TOTAL	10	100%

El 90% de las personas encuestadas es del sexo femenino y el 10% restante del sexo masculino. Esto indica que la mayoría de encuestados son mujeres y solo una minoría son hombres.

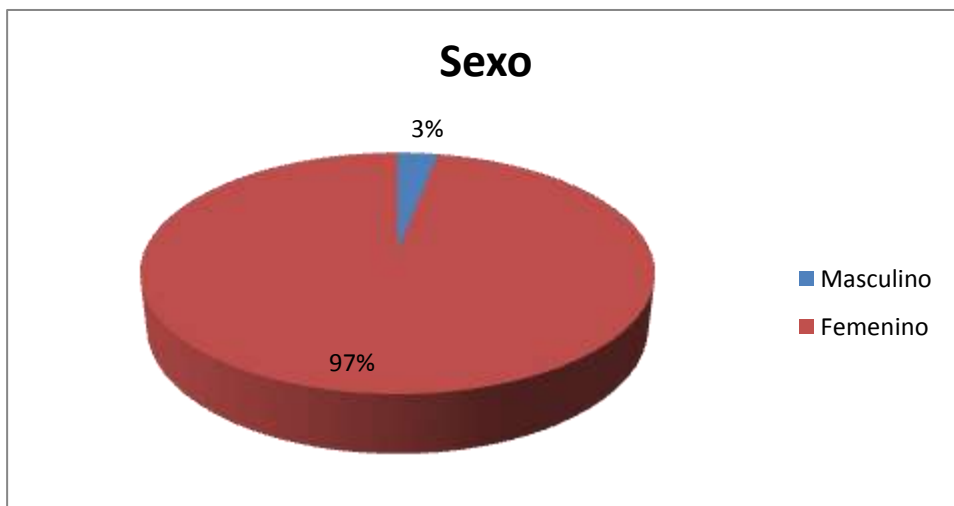
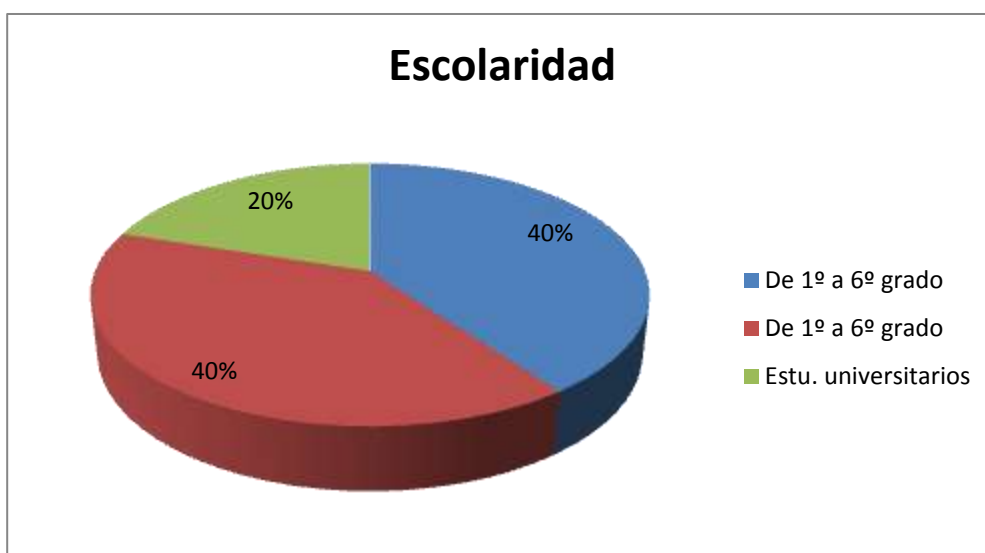


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	0	0%
De 1º a 6º grado	4	40%
De 7º a 9º grado	0	0%
Bachillerato	4	40%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	2	20%
TOTAL	10	100%

El 40% de las personas encuestadas ha cursado entre el 1º y 6º grado, otro 40% entre el 7º y 9º grado y el 20% restante tiene estudios universitarios. Esto indica que todas las personas tienen algún grado académico, pero la mayoría tiene estudios de educación básica y solo la minoría estudios de nivel superior.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	6	60%
De 7 a 10	2	20%
De 11 a 14	1	10%
De 15 a 18	0	0%
Más de 19	1	10%
TOTAL	10	100%

El 60% de las personas encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas, el 20% entre 7 y 10 consultas, un 10% ha recibido entre 11 y 14 consultas y el otro 10% restante ha recibido más de 19 consultas. Esto quiere decir que la mayoría de participantes esta en una fase inicial del tratamiento y solo una minoría ha recibido un tratamiento más prolongado.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	0	0%
Ama de casa	5	50%
Comercio / Venta	2	20%
Empleado	0	0%
Estudiante	3	30%
Oficios varios	0	0%
TOTAL	10	100%

El 50% de las personas encuestadas son amas de casa, el 30% son estudiantes y el 20% restante se dedican a actividades del comercio y venta de productos. Esto indica que la mayoría de personas son mujeres amas de casa y una minoría realiza una actividad comercial.



Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	0	0%
Urbana	10	100%
TOTAL	10	100%

El 100% de las personas encuestadas reside en una zona urbana. Esto quiere decir que todos los participantes de la encuesta, viven en barrios o colonias aledañas al centro de salud.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	5	50%
No	5	50%
TOTAL	10	100%

El 50% de las personas encuestadas dijo conocer el significado de salud mental y dieron un pequeño concepto al respecto, de los cuales todos fueron acertados. El 50% restante dijo que no conocía el significado.

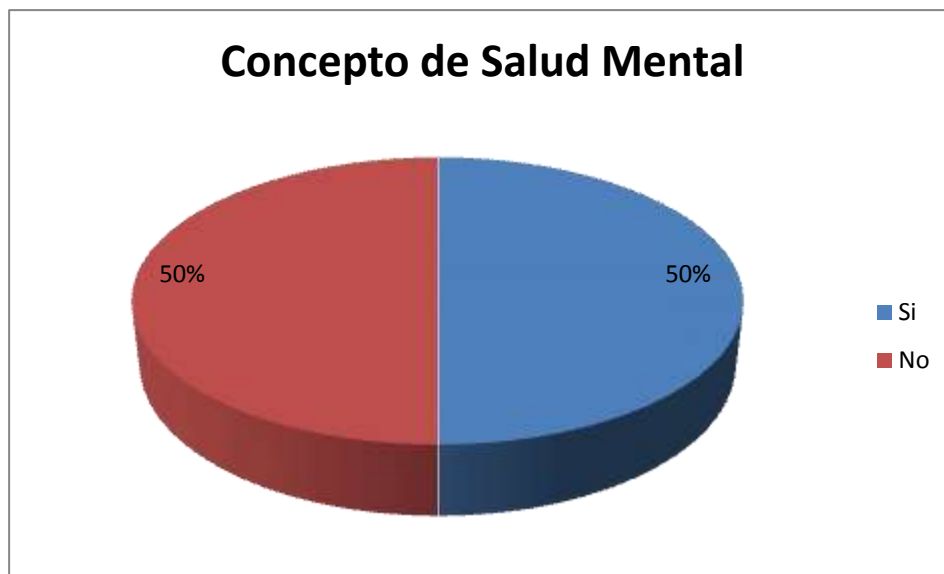


Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	0	0%
No	10	100%
TOTAL	10	100%

El 100% de las personas encuestadas no ha recibido charlas o algún otro tipo de promoción sobre la salud mental en el tiempo que lleva de frecuentar el establecimiento.



Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	2	20%
Muy Buena	5	50%
Buena	2	20%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	1	10%
TOTAL	10	100%

El 50% de las personas encuestadas califico la atención que ha recibido como “Muy Buena”, un 20% como “Excelente”, otro 20% como “Buena” y el 10% restante como “Necesita mejorar”. Esto indica que la mayoría de personas califico la atención de forma aceptable y una minoría desaprobó el tratamiento que recibe expresando que se necesitan hacer mejorías.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención psicológica? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	9	90%
No	1	10%
TOTAL	10	100%

El 90% de las personas encuestadas es sabedor del diagnóstico por el cual esta siendo atendida. El 10% restante no conoce su diagnóstico. Esto indica que la mayoría de personas ha recibido la debida explicación por parte del profesional que lo atiende sobre la dificultad que consulta, pero una minoría no ha recibido dicha explicación.

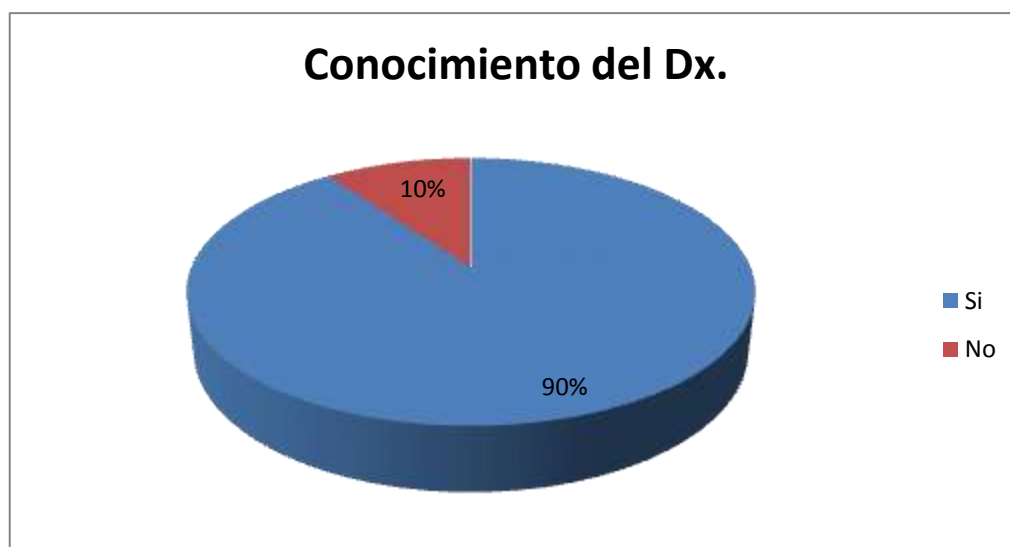


Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	7	70%
No	3	30%
TOTAL	10	100%

El 70% de las personas encuestadas ha comprendido el desarrollo de todas las consultas que ha recibido. El 30% restante ha quedado con algunas dudas al respecto. Esto indica que en la mayoría de los casos las profesionales han dado a entenderse de una forma adecuada pero en la minoría de los casos no ha sucedido esto.

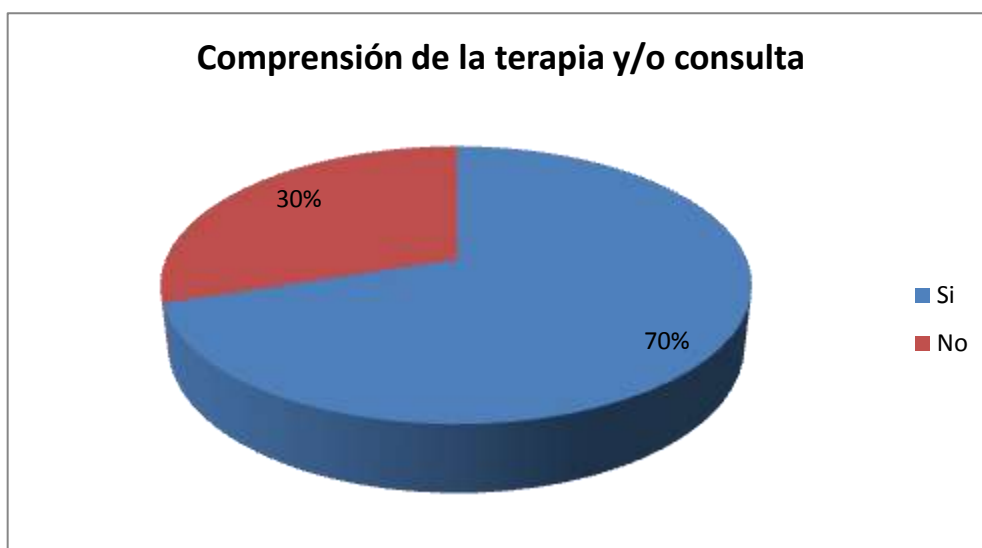


Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	9	90%
Brindaron ideas	1	10%
TOTAL	10	100%

El 90% de las personas encuestadas dijo que las consultas están completas así como las reciben. El 10% restante brindo ideas para poder mejorarlas. En este caos particular la actividad sugerida es: hacer las consultas más dinámicas.



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	4	40%
Poco satisfactorios	5	50%
Insatisfactorios	1	10%
TOTAL	10	100%

El 50% de las personas encuestadas ha tenido resultados poco satisfactorios como producto del tratamiento que recibe, el 40% ha tenido resultados muy satisfactorios y el 10% restante ha tenido resultados insatisfactorios.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	2	20%
Asistencia por decisión de otros	1	10%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	7	70%
TOTAL	10	100%

El 70% de las personas encuestadas inicio el tratamiento por referencia de un medico, el 20% lo inicio por decisión propia y el 10% restante por la decisión de familiares o maestros (este es el caso de menores de edad). Esto indica que la mayoría de las personas inicio el tratamiento por la indicación o la decisión de otros y solo la minoría por decisión propia.



Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	2	20%
No	8	80%
TOTAL	10	100%

El 80% de las personas encuestadas jamás pensó o ha pensado en algún momento en desistir de las consultas que recibe. El 20% restante si lo ha pensado, las causas en estos casos han sido la actitud de la profesional que los ha atendido y problemas de salud física.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	1	10%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	0	0%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	9	90%
TOTAL	10	100%

El 90% de las personas encuestadas dijo que no ha presenciado ninguna de las situaciones planteadas en el cuadro anterior, durante el tiempo que llevan de consultar. El 10% si dijo haber presenciado interrupciones pero que esto ha ocurrido pocas veces.

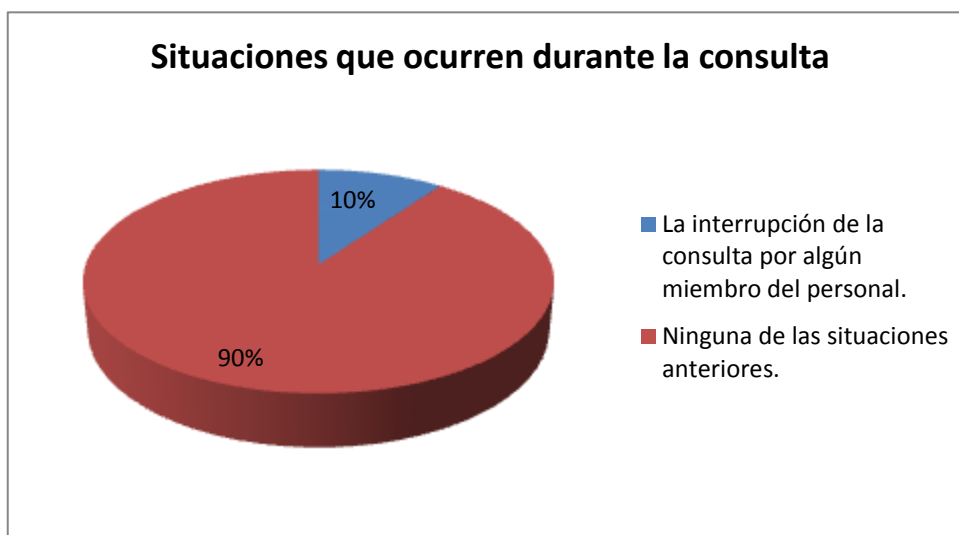


Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	6	60%
No	4	40%
TOTAL	10	100%

Al 60% de las personas encuestadas se les ha hecho la solicitud de hablar con uno o varios familiares como parte del tratamiento que reciben. Al 40% restante no se le ha hecho tal solicitud. En base a la frecuencia, para 3 de las 4 personas a quienes no se les ha solicitado hablar con familiares, esto no es necesario, para uno de los casos si.



Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	1	10%
No	9	90%
TOTAL	10	100%

Para el 90% de las personas encuestadas este es el primer tratamiento psicológico que reciben. Para el 10% restante no, pues ya antes habían consultado con un psicólogo, pero en este caso particular no se termino con el tratamiento, la causa fue que no se pudo continuar pagando las consultas pues era un servicio privado.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Unidad Comunitaria de Salud Familiar “Enf. Zoila Marina de Guadron”
(Soyapango)

En esta UCSF la atención en salud mental es brindada por una profesional de la Psicología, no se brinda atención psicológica, ni por profesionales ni por estudiantes.

Los horarios de atención son de lunes a viernes de 7:30 am a 3:30 pm, pero muchas veces este horario es reducido porque se realiza trabajo en las escuelas aledañas a la zona.

Existe un grupo de terapia grupal para el adulto mayor que se reúne dos veces por semana.

En cuanto a las instalaciones del área física donde se brinda la atención, si se cuenta con un espacio propio para dar las consultas, este es bastante amplio y ventilado, el mobiliario lo componen un escritorio, un canapé, sillas para el profesional y los consultantes y una caja con juguetes para la terapia con menores.

También existe un cubículo exclusivo para las sesiones de terapia familiar, el cual tiene en su interior una mesa grande y varias sillas.

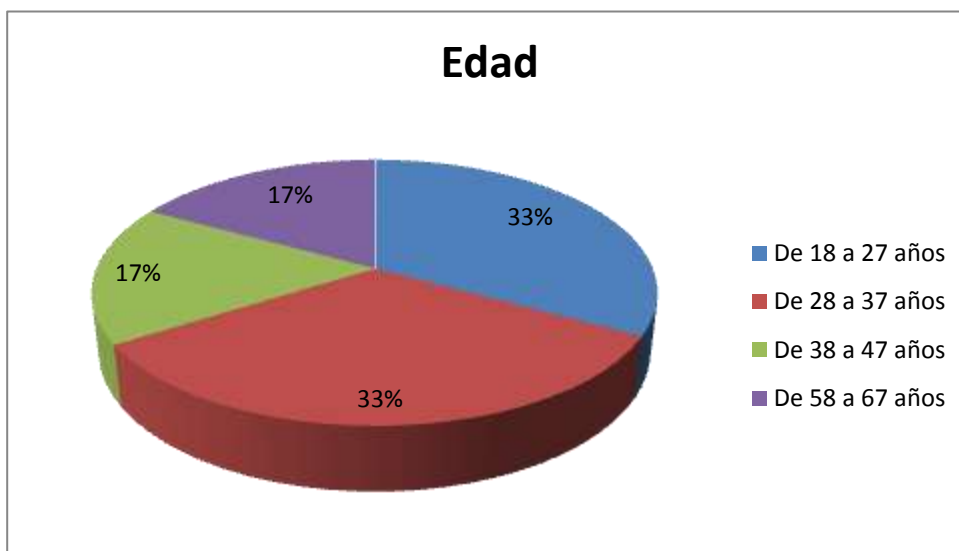
Si existe decoración que hable sobre la salud mental, se cuenta con algunos panfletos y carteleros que hablan sobre temas relacionados a la salud mental.

Datos generales

**Cuadro # 1
Edad**

Edad	f	%
De 18 a 27 años	2	33%
De 28 a 37 años	2	33%
De 38 a 47 años	1	17%
De 48 a 57 años	0	0%
De 58 a 67 años	1	17%
De 68 a 77 años	0	0%
De 78 a 87 años	0	0%
TOTAL	6	100%

Un 33% de las personas encuestadas tiene entre 18 y 27 años de edad, otro 33% entre 28 y 37 años. Un 17% tiene entre 38 y 47 años de edad y el otro 17% restante tiene entre 58 y 67 años de edad. Esto indica que la mayoría de personas son adolescentes y jóvenes adultos y la minoría son adultos y adultos mayores.



**Figura # 1
Edad**

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	2	33%
Femenino	4	67%
TOTAL	6	100%

El 67% de las personas encuestadas son del sexo femenino y el 33% restante son del sexo masculino. Esto indica que la mayoría de participantes fueron mujeres y la minoría hombres.

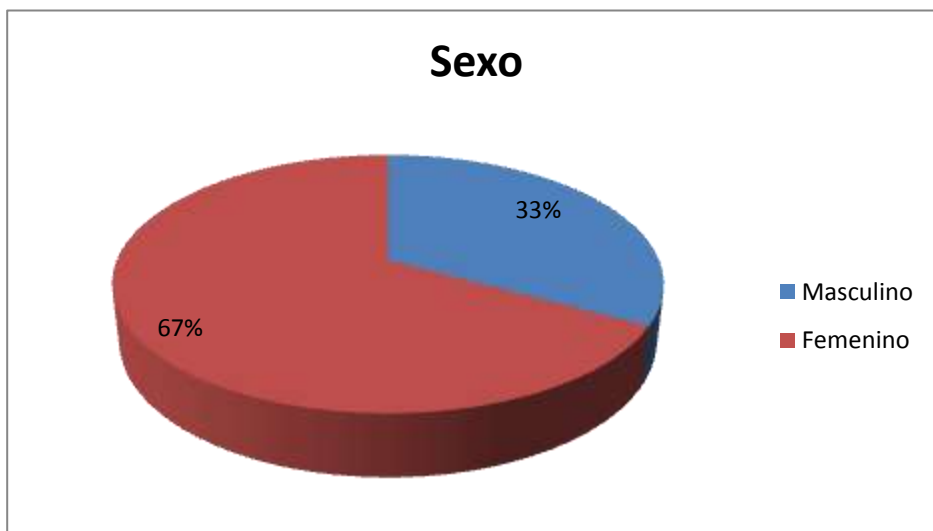
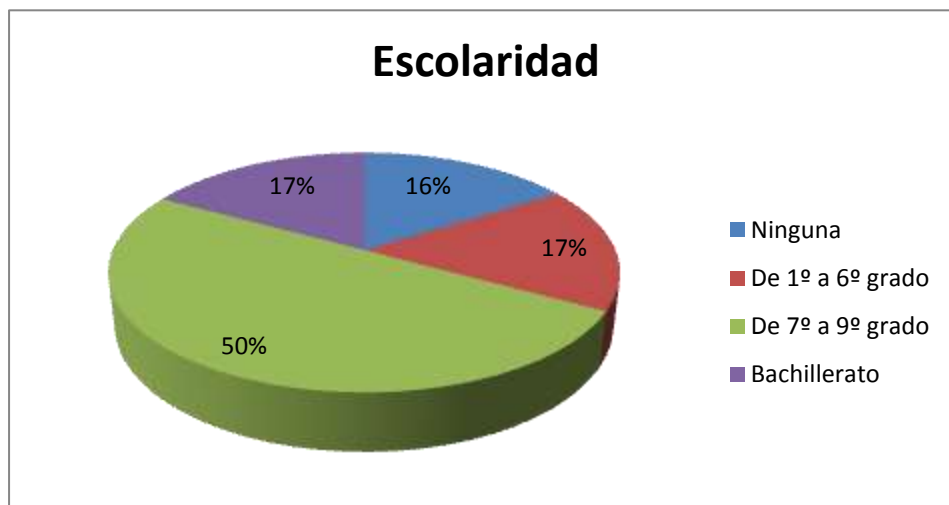


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	1	16%
De 1º a 6º grado	1	17%
De 7º a 9º grado	3	50%
Bachillerato	1	17%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	0	0%
TOTAL	6	100%

El 50% de las personas encuestadas han cursado entre el 7º y 9º grado, el 17% entre el 1º y 6º grado, otro 17% tiene estudios de bachillerato y el 16% restante no tiene estudios de ningún tipo. Esto indica que la mayoría de personas tiene un grado académico y una minoría no lo tiene.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Numero de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	6	100%
De 7 a 10	0	0%
De 11 a 14	0	0%
De 15 a 18	0	0%
Más de 19	0	0%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas. Esto indica que todos los participantes están en una etapa inicial del tratamiento.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	0	0%
Ama de casa	2	33%
Comercio / Venta	1	17%
Empleado	0	0%
Estudiante	2	33%
Oficios varios	1	17%
TOTAL	3	100%

El 33% de las personas encuestadas son amas de casa, otro 33% son estudiantes, un 17% se dedican al comercio y/o venta de productos y el 17% restante se dedica a realizar oficios varios.



Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	1	17%
Urbana	5	83%
TOTAL	6	100%

El 83% de las personas encuestadas residen en una zona urbana y el 17% restante en una zona rural. Esto indica que la mayoría de personas vive en barrios o colonias aledañas al establecimiento de salud y solo una minoría en cantones más retirados del lugar.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	1	17%
No	5	83%
TOTAL	6	100%

El 83% de las personas encuestadas dijo no conocer el concepto de salud mental, el 17% restante dijo si conocerlo y brindo un pequeño concepto al respecto, pero la definición expuesta no es correcta.



Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	0	0%
No	6	100%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas no ha recibido charlas ni ningún otro tipo de promoción sobre la salud mental, en el tiempo que lleva de frecuentar el establecimiento de salud.



Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	3	50%
Muy Buena	3	50%
Buena	0	0%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	6	100%

El 50% de las personas encuestadas califico la atención que ha recibido como “Excelente” y el 50% restante como “Muy Buena”. Esto indica que todas las personas dieron una calificación aceptable al tratamiento que están recibiendo.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención psicológica? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	6	100%
No	0	0%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas es sabedor del diagnóstico por el cual está recibiendo el tratamiento. Esto indica que todos han recibido la debida explicación por parte del profesional que los atiende.



Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	5	83%
No	1	17%
TOTAL	6	100%

El 83% de las personas encuestadas ha comprendido el desarrollo de las consultas que ha recibido hasta el momento. El 17% restante dijo haber quedado con algunas dudas al respecto. Esto indica que en la mayoría de los casos la profesional ha logrado darse a entender de una forma adecuada, pero en una minoría de casos no.

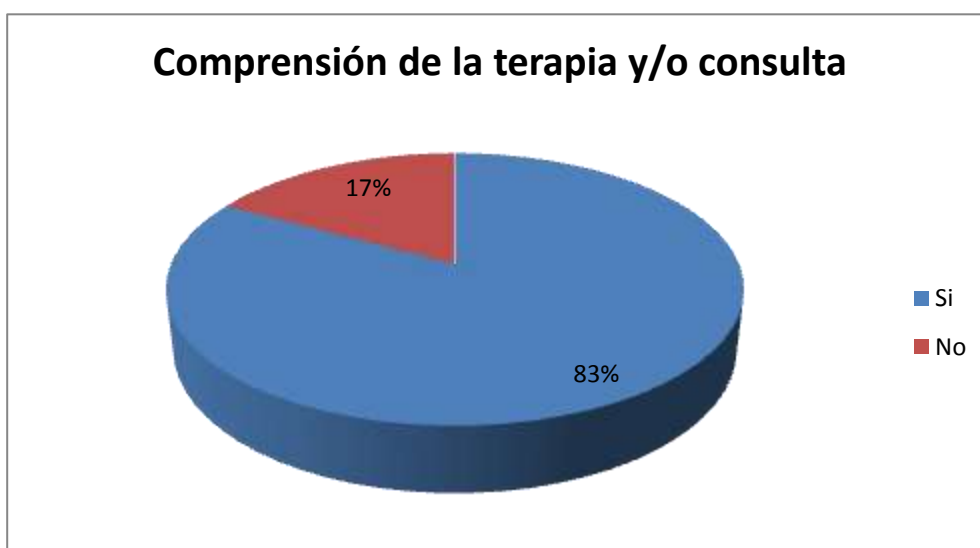


Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	5	83%
Brindaron ideas	1	17%
TOTAL	6	100%

El 83% de las personas encuestadas dijo que las consultas están completas así como se brindan, el 17% restante dio ideas para poder mejorarlas. Este último caso en particular dijo que se podrían realizar fiestas grupales para los consultantes.



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	5	83%
Poco satisfactorios	1	17%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	6	100%

El 83% de las personas encuestadas dijo haber tenido resultados muy satisfactorios como producto del tratamiento que recibe. El 17% restante dijo tener resultados poco satisfactorios. Esto indica que una mayoría ha logrado obtener mejorías y cambios esperados, para la minoría esos cambios han sido pocos.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	3	50%
Asistencia por decisión de otros	1	17%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	1	17%
TOTAL	6	100%

El 50% de las personas encuestadas inicio el tratamiento por decisión propia, un 17% por decisión de familiares y el otro 17% restante por referencia del medico. Esto indica que la mayoría de personas ha iniciado el tratamiento por una decisión propia y voluntaria y solo una minoría lo ha hecho por decisión o indicación de otros.

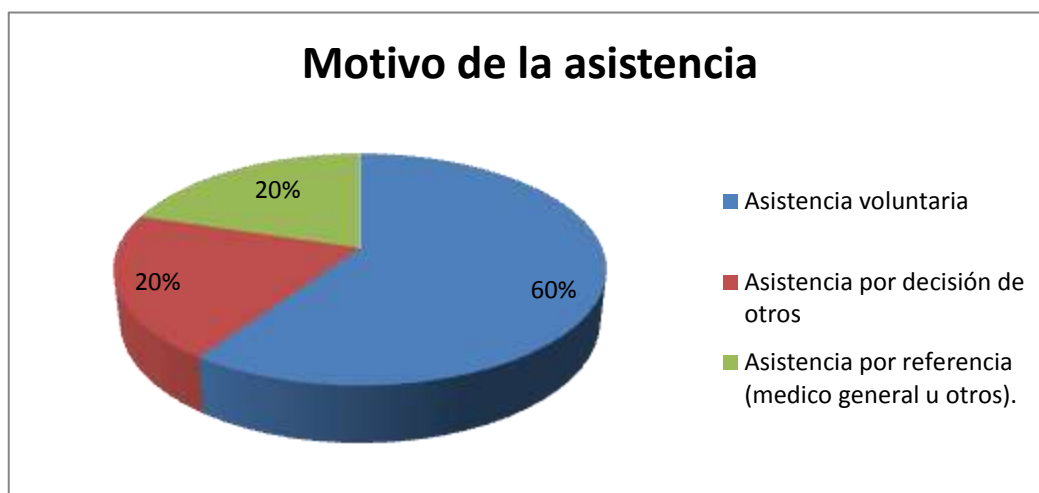


Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	0	0%
No	6	100%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas jamás pensó o ha pensado en desistir del tratamiento que esta recibiendo. Esto quiere decir que todos participantes han tomado una actitud perseverante en cuanto al tratamiento.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	1	17%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	0	0%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	5	83%
TOTAL	6	100%

El 83% de las personas encuestadas dijo no haber presenciado ninguna de las situaciones planteadas en el cuadro anterior. El 17% restante dijo haber presenciado interrupciones por parte de otros miembros del personal durante la consulta, pero que esto sucede con poca frecuencia.



Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	3	50%
No	3	50%
TOTAL	6	100%

Al 50% de las personas encuestadas se les ha hecho la solicitud de hablar con uno o varios familiares, como parte del tratamiento que reciben. Al otro 50% restante no se le ha hecho tal solicitud; en base a la frecuencia, para 2 de estos 3 casos en los cuales no se ha solicitado hablar con familiares, no lo consideran necesario y solo un caso si lo considera necesario.

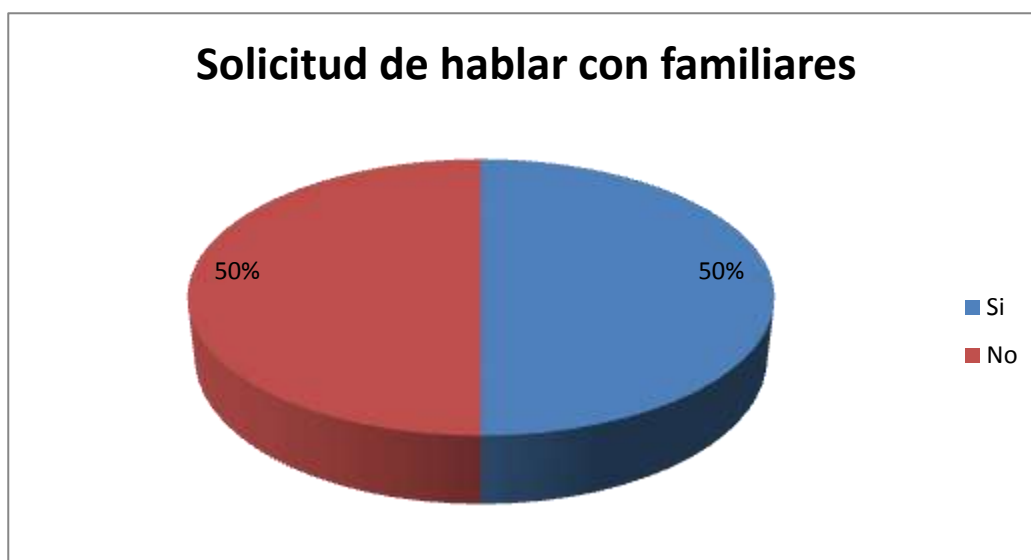


Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	0	0%
No	6	100%
TOTAL	6	100%

Para el 100% de las personas encuestadas este es el primer tratamiento psicológico que reciben. Esto indica que ninguno de los participantes había consultado anteriormente con un psicólogo o psiquiatra.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Unidad Comunitaria de Salud Familiar Altavista

Esta UCSF cuenta solamente con una profesional en Psicología, quien es la encargada de brindar los servicios de Salud Mental, no se brinda los servicios en Psiquiatría ni por parte de profesionales o estudiantes.

Los horarios de atención son de lunes a viernes de 7:30 am a 3:30 pm, aunque en ocasiones este horario se ve reducido debido a la asistencia de la profesional a distintas reuniones o capacitaciones brindadas por el MINSAL, en ese caso, las citas se reprograman para la siguiente semana, después de la fecha original.

Existen dos grupos de terapia grupal, uno para menores con el diagnóstico del Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad, y otro para personas adultas con el diagnóstico de Trastorno de Ansiedad. Cada grupo se reúne dos veces al mes.

La profesional de psicología también es la encargada de desarrollar el “Programa de Atención Integral e Integrado de la Salud de las Personas Afectadas por Violencia”. Debido a esto en las instalaciones del centro de salud (dentro y fuera del consultorio) existe propaganda al respecto, destacando la importancia del tema de la prevención de la violencia.

En cuanto a las instalaciones físicas donde se brinda el servicio, si se cuenta con un consultorio propio, el cual es moderadamente amplio y bastante ventilado, pero se pudo observar que debido al exceso de libros y papelería, su apariencia es un poco desordenada.

El mobiliario lo componen un escritorio, un canapé (este se utiliza como mesa pues esta lleno de papelería), un sofá y sillas para la profesional y consultantes.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	3	50%
De 28 a 37 años	0	0%
De 38 a 47 años	1	17%
De 48 a 57 años	2	33%
De 58 a 67 años	0	0%
De 68 a 77 años	0	0%
De 78 a 87 años	0	0%
TOTAL	6	100%

El 50% de las personas encuestadas tiene entre 18 y 27 años de edad, el 33% entre 48 y 57 años y el 17% restante entre 38 y 47 años de edad. Esto indica que la mayoría de personas son adolescentes y jóvenes adultos y solo la minoría esta en la etapa de adultez.

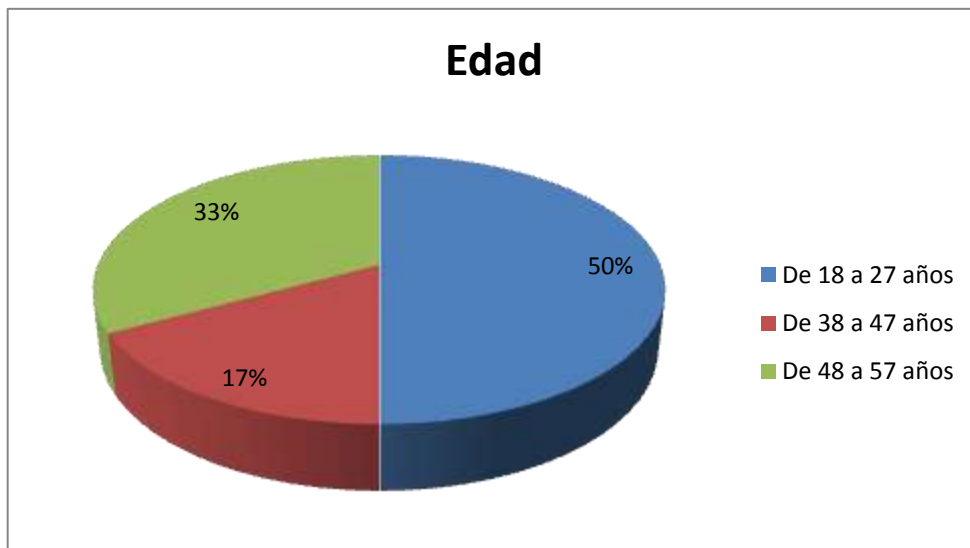


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	0	0%
Femenino	6	100%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas son del sexo femenino. Esto indica que todos los participantes son mujeres y no se conto con la participación de hombres.

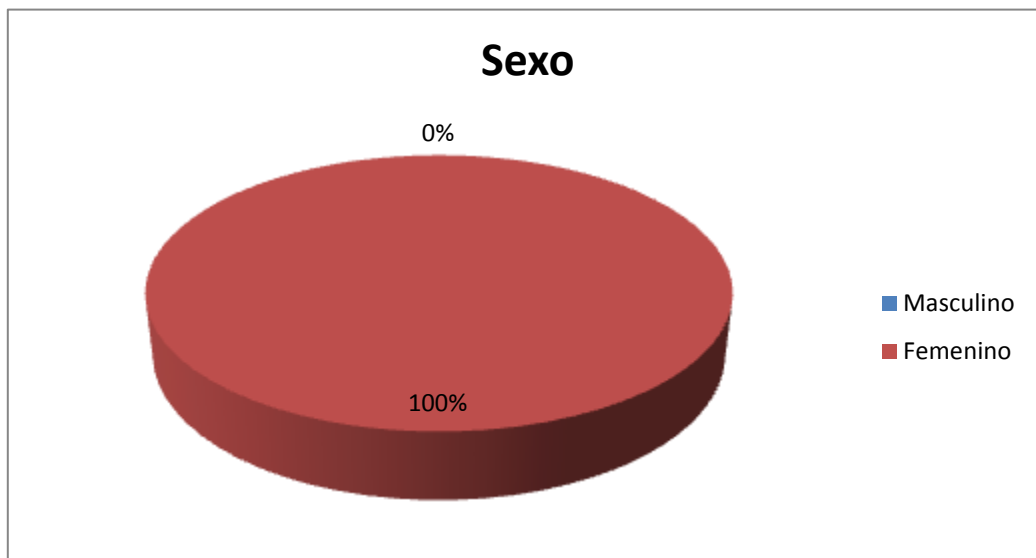
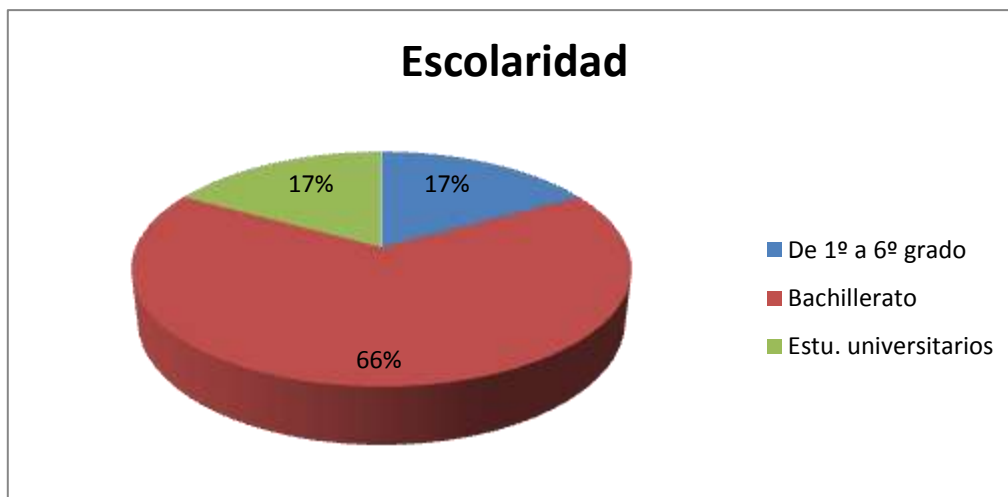


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	0	0%
De 1º a 6º grado	1	17%
De 7º a 9º grado	0	0%
Bachillerato	4	66%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	1	17%
TOTAL	6	100%

El 66% de las personas encuestadas ha realizado estudios hasta el bachillerato, un 17% ha cursado entre el 1º y 6º grado y el otro 17% restante tiene estudios universitarios. Esto indica que todas las personas poseen un grafo académico, la mayoría de nivel medio y la minoría de nivel básico y superior.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	2	33%
De 7 a 10	1	17%
De 11 a 14	1	17%
De 15 a 18	0	0%
Más de 19	2	33%
TOTAL	6	100%

Un 33% de las personas encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas, otro 33% ha recibido más de 19 consultas. Un 17% ha recibido entre 7 y 10 consultas y el otro 17% restante ha recibido entre 11 y 14 consultas. Esto indica que, de igual forma, una mayoría de los participantes tiene un tratamiento que va en fase inicial y otros en una fase avanzada. La minoría está en una fase intermedia del tratamiento.



Figura # 4
Numero de consultas recibida

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	1	17%
Ama de casa	2	32%
Comercio / Venta	1	17%
Empleado	1	17%
Estudiante	1	17%
Oficios varios	0	0%
TOTAL	6	100%

El 32% de las personas encuestadas son amas de casa, un 17% se dedica a actividades de comercio y/o venta de productos, otro 17% son empleados en alguna empresa, otro 17% son estudiantes y el 17% restante no se dedican a ninguna actividad laboral.

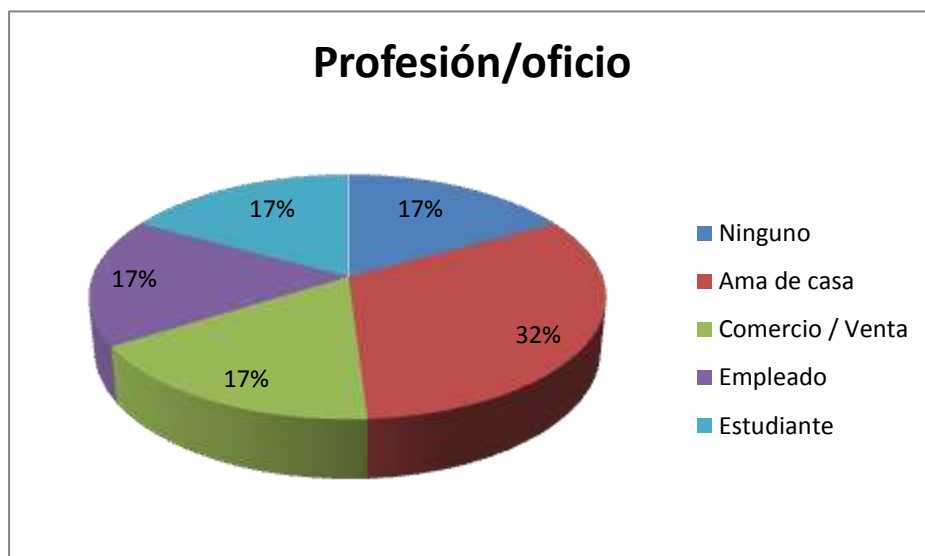


Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	0	0%
Urbana	6	100%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas reside en una zona urbana. Esto quiere decir que todos los participantes de la encuesta, viven en barrios o colonias aledañas al centro de salud.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	5	83%
No	1	17%
TOTAL	6	100%

El 83% de las personas encuestadas dijo si conocer el concepto de salud mental y brindo una pequeña definición al respecto. El 17% restante dijo no conocer la definición de salud mental. En base a la frecuencia, 3 de los 5 conceptos brindados son incorrectos incluso contrarios a la definición real, y solamente 2 son conceptos acertados.



Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	2	33%
No	4	67%
TOTAL	6	100%

El 67% de las personas encuestadas no ha recibido charlas o algún otro tipo de promoción sobre la salud mental. El 33% restante si ha escuchado por lo menos una charla en el tiempo que tiene de asistir al establecimiento de salud.

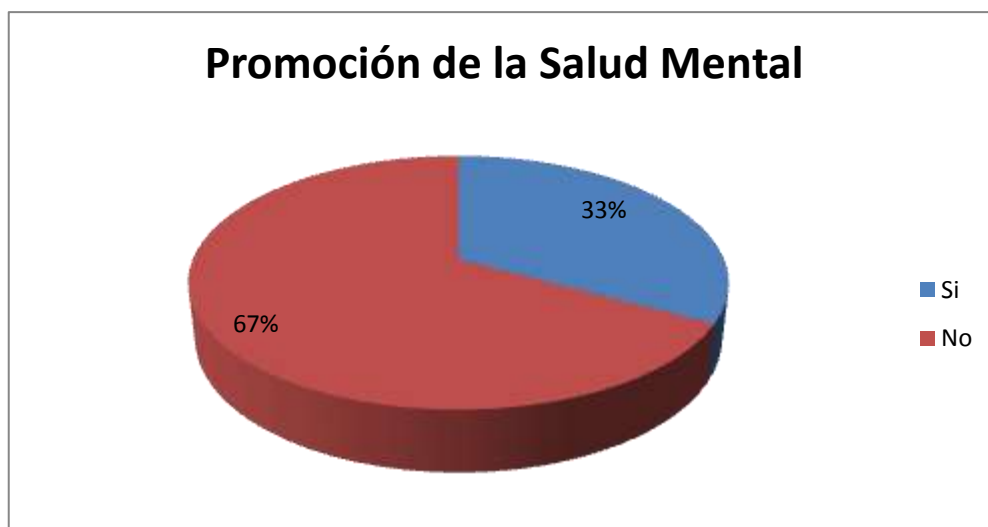


Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	3	50%
Muy Buena	3	50%
Buena	0	0%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	6	100%

El 50% de las personas encuestadas califico la atención que ha recibido como “Excelente” y el otro 50% restante como “Muy Buena”. Esto indica que todos los participantes dieron una calificación aceptable al tratamiento que están recibiendo.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención psicológica? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	6	100%
No	0	0%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas es conocedora del diagnóstico por el cual esta siendo atendida. Esto indica que todas han recibido la debida explicación por parte del profesional que las atiende.

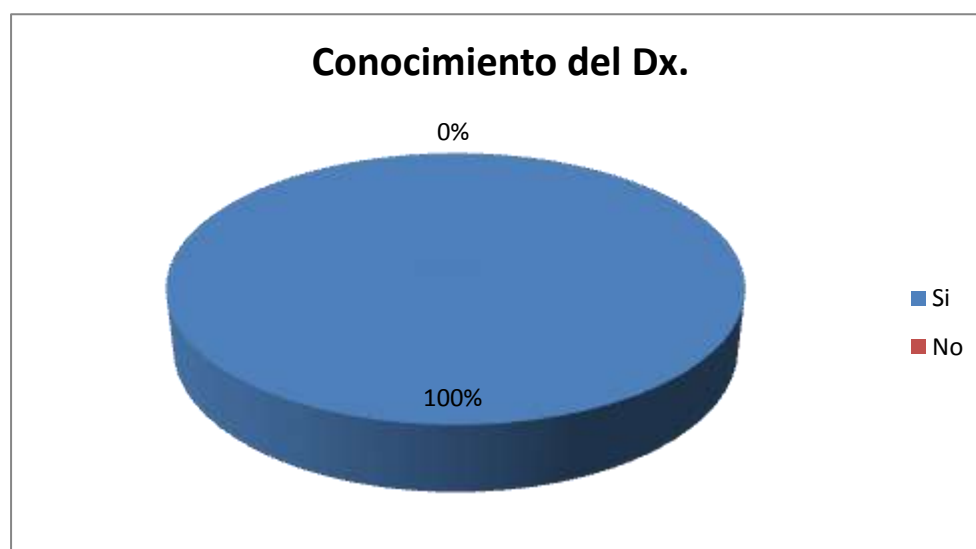


Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	6	100%
No	0	0%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas ha comprendido el desarrollo de las consultas que ha recibido. Esto indica que el profesional que las atiende ha sabido darse a entender en todos los casos.



Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	6	100%
Brindaron ideas	0	0%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas dijo que las consultas están completas así como se dan y no brindaron ideas al respecto para poder mejorarla.



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	3	50%
Poco satisfactorios	3	50%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	6	100%

El 50% de las personas encuestadas ha tenido resultados muy satisfactorios como producto del tratamiento que esta recibiendo. El otro 50% restante ha obtenido resultados poco satisfactorios. Esto indica que la mitad de los participantes ha tenido los resultados esperados y la otra mitad ha tenido resultados mínimos.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	4	67%
Asistencia por decisión de otros	2	33%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	0	0%
TOTAL	6	100%

El 67% de las personas encuestadas inicio el tratamiento por decisión propia y el 33% restante por decisión de familiares (este ha sido el caso de los menores de edad). Esto indica que la mayoría de personas ha iniciado el tratamiento por decisión voluntaria y solo una minoría por la decisión de otros.



Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	1	17%
No	5	83%
TOTAL	6	100%

El 83% de las personas encuestadas jamás pensó o ha pensado en desistir de las consultas que esta recibiendo. El 17% restante si lo ha pensado, la causa en este caso particular, ha sido la falta de tiempo para asistir a la terapia.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	1	17%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	0	0%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	5	83%
TOTAL	6	100%

El 83% de las personas encuestadas dijo no haber presenciado ninguna de las situaciones planteadas en el cuadro anterior. El 17% restante dijo haber presenciado interrupciones por parte de otros miembros del personal durante la consulta, pero que esto sucede con poca frecuencia.



Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	6	100%
No	0	0%
TOTAL	6	100%

Al 100% de las personas encuestadas se les ha hecho la solicitud de hablar con uno o varios familiares como parte de la terapia que están recibiendo.



Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	0	0%
No	6	100%
TOTAL	6	100%

Para el 100% de las personas encuestadas este es el primer tratamiento relacionado a la salud mental que reciben. Esto indica que ninguno de los participantes había consultados antes con un psicólogo y/o psiquiatra.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Unidad Comunitaria de Salud Familiar de San Marín y ECOS-E San Martín

Esta UCSF cuenta solamente con un profesional en Psicología, quien es el encargado de brindar los servicios de Salud Mental, laborando tanto en el establecimiento, en la consulta externa, y haciendo trabajo comunitario en un grupo de ECOS-E, no se brinda los servicios en Psiquiatría.

Los horarios de atención en la consulta externa son de lunes a viernes de 7:30 am a 3:30 pm. El trabajo comunitario se realiza cada 2 semanas, con 3 grupos distintos en las comunidades.

En cuanto al área física de trabajo, es importante aclarar que el local propio de la UCSF se encuentra en reparación, por lo cual temporalmente se encuentra en una casa de alquiler. Por este motivo el consultorio en el que se brinda la atención psicológica, es un área improvisada, ubicada en el segundo piso de la casa, en la parte de la terraza, en una esquina y formando un cubículo con un closet y un biombo. Dentro está el escritorio y las sillas del profesional y el consultante, el espacio es bastante reducido y se filtra todo el ruido de las actividades exteriores, así como al estar fuera, se puede oír bastante claro lo que se habla dentro.

NOTA: se presentó una reducción en la muestra seleccionada debido a algunos factores: la afluencia de personas es poca, pues el psicólogo tiene actividades que reducen su tiempo dentro del establecimiento, como son el trabajo comunitario en el grupo de ECOS-E, diversas reuniones y capacitaciones que brinda el MINSAL y la Región Metropolitana de Salud, y un permiso laboral para asistir a las clases de un diplomado.

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
De 18 a 27 años	1	17%
De 28 a 37 años	1	17%
De 38 a 47 años	2	33%
De 48 a 57 años	0	0%
De 58 a 67 años	2	33%
De 68 a 77 años	0	0%
De 78 a 87 años	0	0%
TOTAL	6	100%

Un 33% de las personas encuestadas tienen entre 38 y 47 años, otro 33% entre 58 y 67 años de edad. Un 17% tiene entre 18 y 27 años y otro 17% entre 28 y 37 años de edad. Se puede decir que generalmente las personas encuestadas están en un periodo de vida que va de la adolescencia a la adultez, no se contó con la participación de personas de la tercera edad.

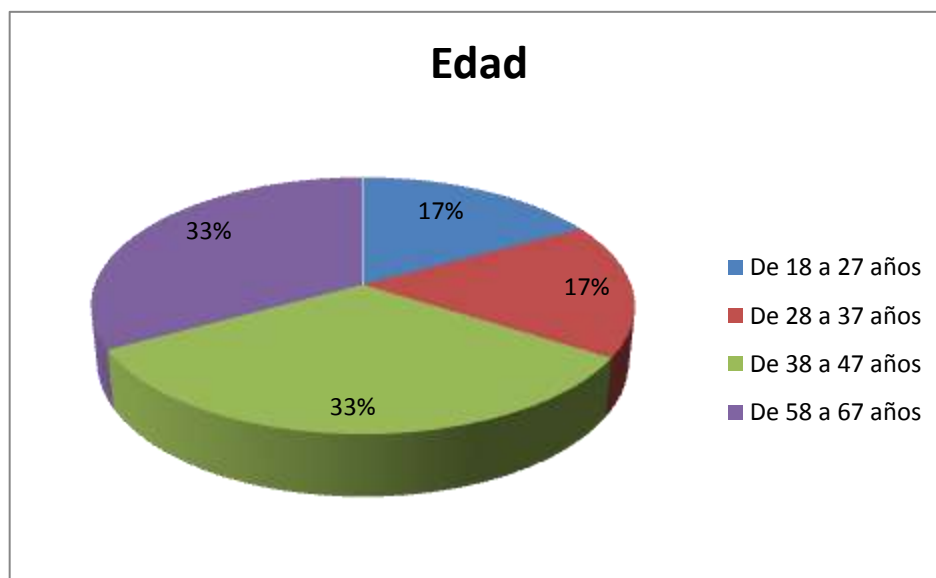


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	0	0%
Femenino	6	100%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas son del sexo femenino, lo cual indica que todas las participantes son mujeres, no se conto con la participación de hombres.

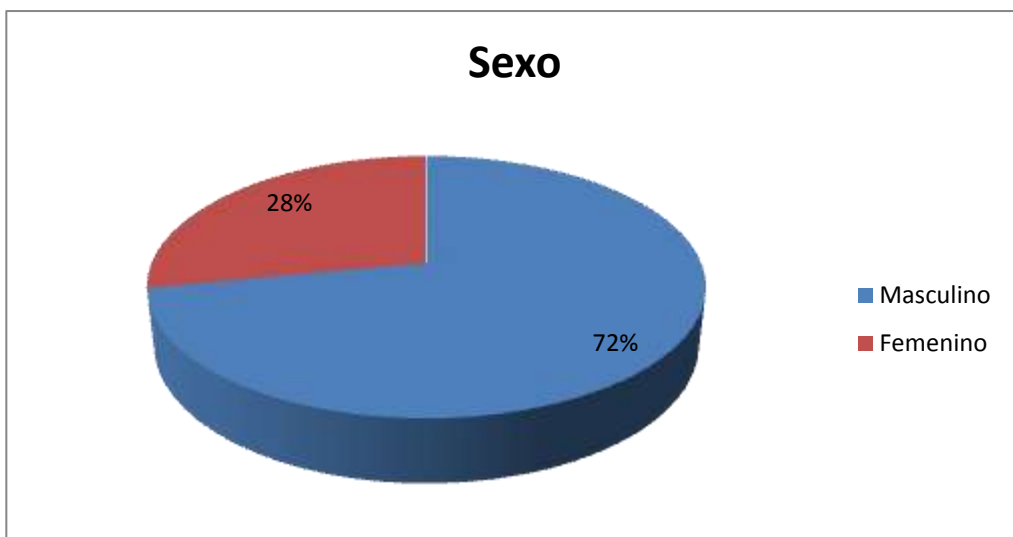
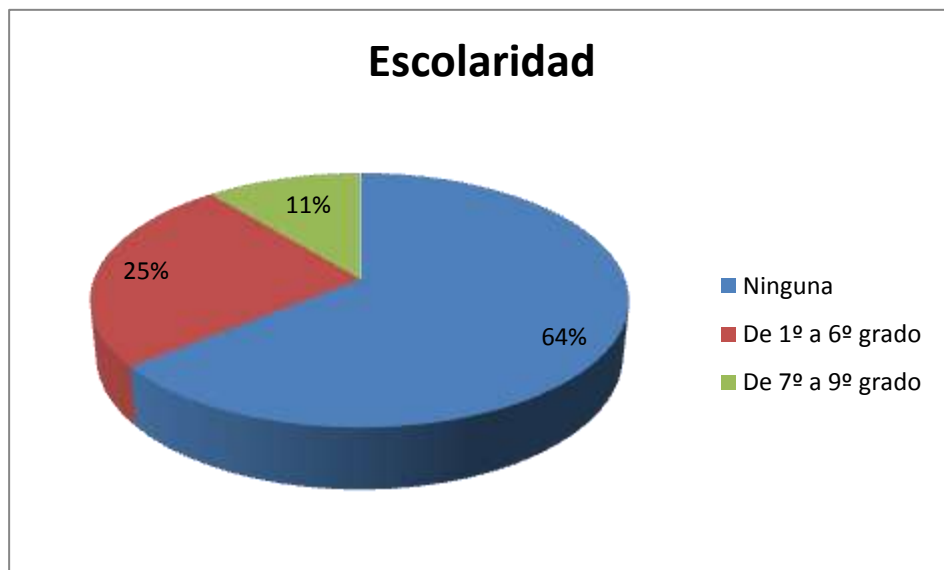


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	2	33%
De 1º a 6º grado	3	50%
De 7º a 9º grado	1	17%
Bachillerato	0	0%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	0	0%
TOTAL	6	100%

El 50% de las personas encuestadas tiene estudios de entre el 1º y 6º grado, el 33% no tiene estudios de ningún tipo y el 17% restante tiene estudios entre el 7º y 9º grado. Se puede decir que una mayoría tiene algún grado académico, pero este no excede los estudios básicos del tercer ciclo.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	2	33%
De 7 a 10	1	17%
De 11 a 14	2	33%
De 15 a 18	1	17%
Más de 19	0	0%
TOTAL	6	100%

Un 33% de las personas encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas, otro 33% entre 11 y 14 consultas. Un 17% ha recibido entre 7 y 10 consultas y el 17% restante de 15 a 18 consultas. Los datos muestran que ninguna de las personas encuestadas tiene un tratamiento prolongado que dure más de 19 consultas.



Figura # 4
Número de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	0	0%
Ama de casa	3	50%
Comercio / Venta	2	33%
Empleado	0	0%
Estudiante	1	17%
Oficios varios	0	0%
TOTAL	6	100%

El 50% de las personas encuestadas son mujeres amas de casa, el 33% se dedica a las actividades de comercio y venta de productos y el 17% restante se dedican a actividades académicas.

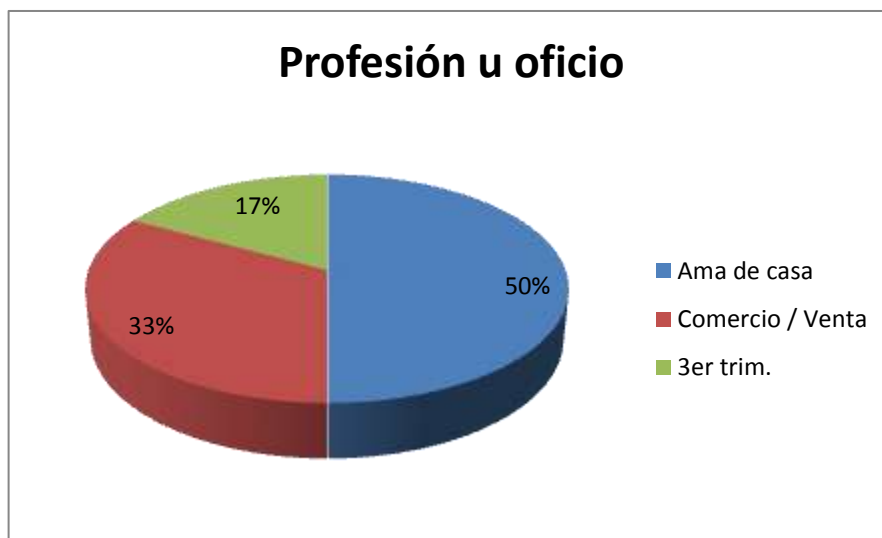


Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	4	67%
Urbana	2	33%
TOTAL	6	100%

El 67% de las personas encuestas reside en un área rural, y el 33% restante en un área urbana. Esto quiere decir que la mayoría de personas son procedentes de caseríos o cantones aledaños a la zona, y solo la minoría reside en barrios o colonias del centro del municipio.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	2	33%
No	4	67%
TOTAL	6	100%

El 67% de las personas encuestadas no sabía el significado de salud mental y no pudo brindar una idea al respecto. El 33% restante dijo que si sabía el significado de salud mental, pero en base a la frecuencia, solo una de las 2 personas que lo sabían, dio una respuesta acertada.

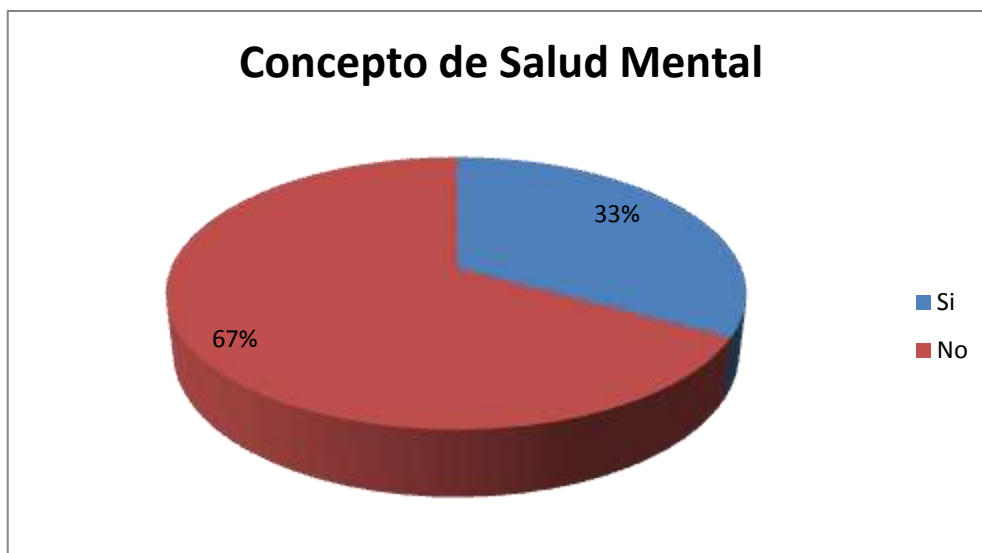


Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	1	17%
No	5	83%
TOTAL	6	100%

El 83% de las personas encuestadas no ha recibido ni charlas ni ningún tipo de promoción sobre la salud mental, en lo que lleva de frecuentar el establecimiento. El 17% restante si ha escuchado al menos una charla sobre el tema.



Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	3	50%
Muy Buena	2	33%
Buena	1	17%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	6	100%

El 50% de las personas encuestadas califico la atención que ha recibido como “Excelente”, el 33% como “Muy Buena”, y el 17% lo califico como “Bueno”. Se puede decir que generalmente la calificación que se ha dado al servicio, por todos los encuestados es aceptable.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	5	83%
No	1	17%
TOTAL	6	100%

El 83% de las personas encuestadas conoce el diagnóstico por el cual se le esta atendiendo. El 17% restante dijo no saberlo. Esto indica que la mayoría de las personas ha recibido la debida explicación por parte del profesional haciéndole entender la causa por la cual recibe el tratamiento, pero la minoría no ha recibido dicha explicación.

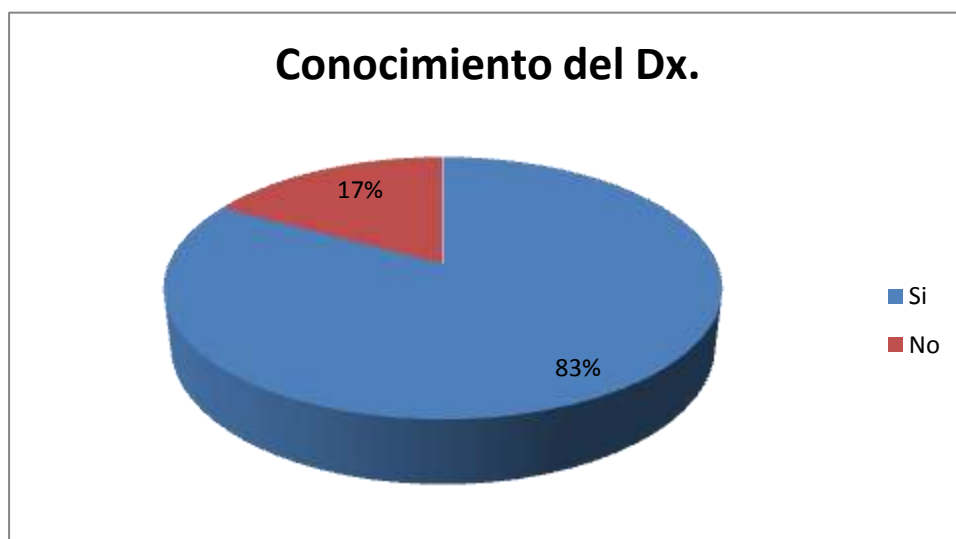


Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	6	100%
No	0	0%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas ha entendido todo lo que se explica dentro de las consultas y las indicaciones brindadas. Se puede decir que el profesional ha logrado darse a entender de una forma adecuada a las personas.



Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	6	100%
Brindaron ideas	0	0%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas dijo que las consultas están completas así como se están impartiendo y no dieron ideas para mejorarla.



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	6	100%
Poco satisfactorios	0	0%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	6	100%

El 100% de las personas encuestadas dijo que ha tenido resultados muy satisfactorios en lo que lleva de recibir el tratamiento. Se puede decir que todos han logrado ver cambios, que aunque sean pequeños han sido significativos.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	0	0%
Asistencia por decisión de otros	2	33%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	4	67%
TOTAL	6	100%

El 67% de las personas encuestadas inicio el tratamiento por la referencia del medico general y el 33% restante por la decisión de familiares, este fue el caso de menores de edad. Esto indica que ninguno de los casos tomo el tratamiento por una decisión voluntaria, sino que por el mandato o indicación de otros.



Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	5	83%
No	1	17%
TOTAL	6	100%

El 83% de las personas encuestadas jamás pensó o ha pensado en algún momento en desistir del tratamiento que recibe. El 17% restante si lo ha pensado, el motivo fue desmotivación.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	2	33%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	4	67%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	0	0%
TOTAL	6	100%

El 67% de las personas encuestadas dijo que durante la consulta hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio, de hecho mencionaron que esto sucede muy frecuente. El 33% restante dijo que han presenciado interrupciones durante la consulta por algún miembro del personal, pero que esto no sucede con mucha frecuencia.

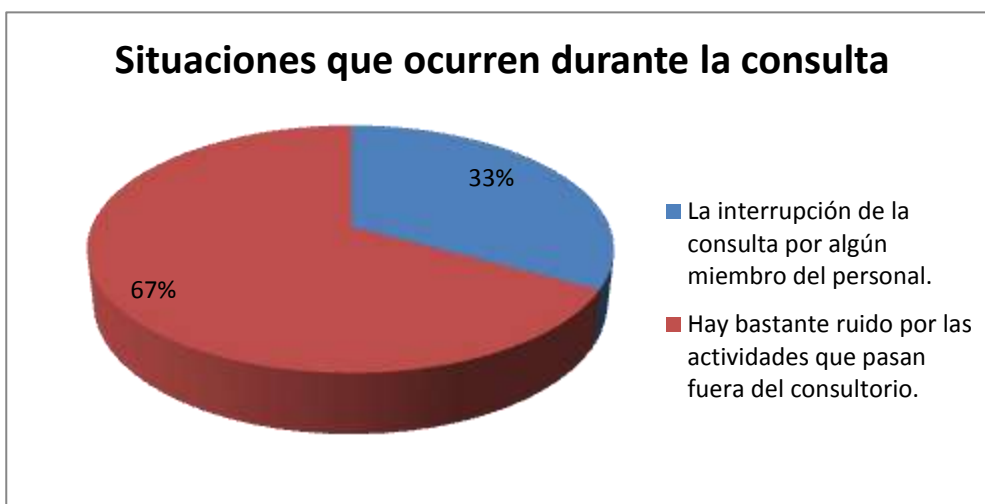


Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	5	83%
No	1	17%
TOTAL	6	100%

Al 83% de las personas encuestadas se les ha solicitado hablar con un familiar como parte del tratamiento que llevan. Al 17% no se le ha solicitado, pero el caso en cuestión dijo que no lo considera necesario.



Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	0	0%
No	6	100%
TOTAL	6	100%

Para el 100% de las personas encuestadas, este es el primer tratamiento psicológico que reciben, pues nunca antes habían consultados con un profesional de la psicología.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Centro de Atención Integral a la Adolescencia (CAISA) de Barrio Lourdes

Este es un centro especializado donde se da atención en salud exclusivamente a adolescentes desde los 10 a los 19 años. La salud mental es brindada por una profesional en Psicología, no se da atención en Psiquiatría y tampoco laboran médicos de planta, este servicio es brindado por estudiantes de Medicina y Enfermería de la Universidad de El Salvador.

Este centro atiende de lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm. Funciona también como un anexo a la UCSF de Barrio Lourdes (se encuentra ubicado frete a esta), de ese modo se hacen referencias mutuas, según el caso lo amerite. La dirección es la misma de la UCSF.

En cuanto al área física, el consultorio de Psicología es amplio y ventilado, tiene una decoración acorde a la salud mental dirigida específica a los adolescentes, el mobiliario cuenta con un escritorio, sillas para la profesional y los consultantes, una grabadora y un juego de tres sillones.

NOTA: Debido a la particularidad de población que se atiende en este centro, se dio una reducción en la muestra seleccionada. Solamente se encuestaron a 4 adolescentes debido a varios factores:

- La afluencia de personas es poca.
- El área de psicología atiende a jóvenes remitidos por casos legales y debido a la confidencialidad de estos no podían ser encuestados.
- Los parámetros de la muestra de la presente investigación, que abarca a personas de 18 años en adelante y en el caso de ser menores se debía encuestar al padre de familia, pero en este centro como la atención es particular para el joven, la mayoría asiste sin sus padres, a no ser en la primera consulta (otro parámetro de la investigación es que las personas encuestadas debían tener como mínimo 3 sesiones).

Datos generales

Cuadro # 1
Edad

Edad	f	%
18 años	2	50%
19 años	2	50%
TOTAL	4	100%

El 50% de las personas encuestadas tienen 18 años de edad y el otro 50% tienen 19 años de edad. En este caso particular, todos los participantes son adolescentes.

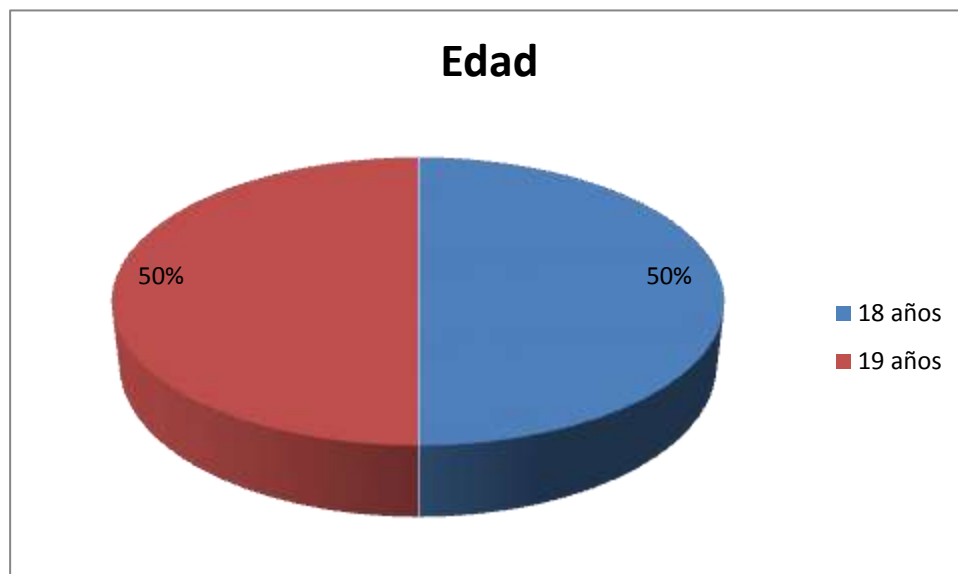


Figura # 1
Edad

Cuadro # 2
Sexo

Sexo	f	%
Masculino	0	0%
Femenino	4	100%
TOTAL	4	100%

El 100% de las personas encuestadas son del sexo femenino, es decir que todas fueron mujeres adolescentes.

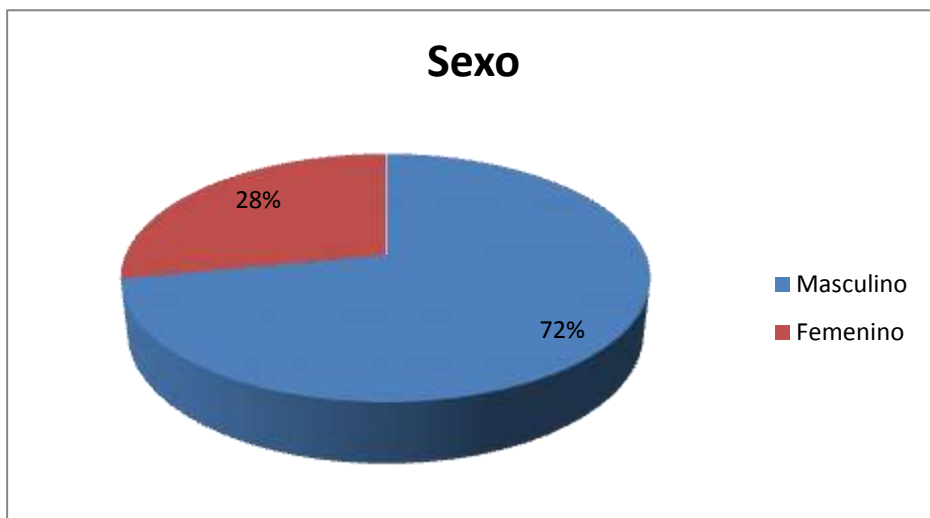
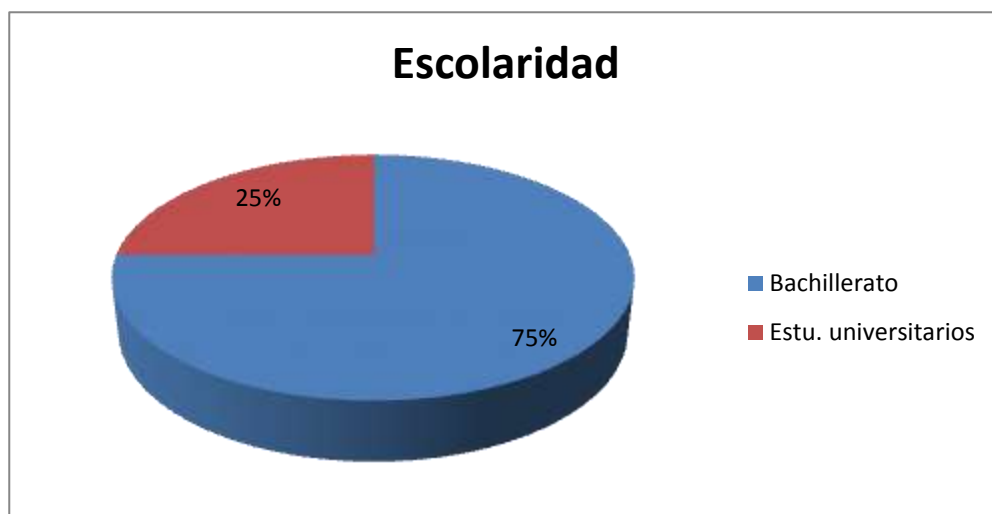


Figura # 2
Sexo

**Cuadro # 3
Escolaridad**

Escolaridad	f	%
Ninguna	0	0%
De 1º a 6º grado	0	0%
De 7º a 9º grado	0	0%
	3	75%
Estudios técnicos	0	0%
Estu. universitarios	1	25%
TOTAL	4	100%

El 75% de las adolescentes encuestadas tienen estudios de bachillerato y el 25% estudios universitarios. Es decir que en su totalidad todas han alcanzado estudios de educación media, pero solo la minoría ha inicia estudios de nivel superior.



**Figura # 3
Escolaridad**

Cuadro # 4
Número de consultas recibidas

Nº de consultas	f	%
De 3 a 6	2	50%
De 7 a 10	2	50%
De 11 a 14	0	0%
De 15 a 18	0	0%
Más de 19	0	0%
TOTAL	4	100%

El 50% de las adolescentes encuestadas ha recibido entre 3 y 6 consultas y el 50% restante entre 7 y 10 consultas. Se puede decir que la mayoría está en una fase de inicio del tratamiento.



Figura # 4
Numero de consultas recibidas

Cuadro # 5
Profesión u oficio

Profesión/oficio	f	%
Ninguno	0	0%
Ama de casa	0	0%
Comercio / Venta	0	0%
Empleado	0	0%
Estudiante	4	100%
Oficios varios	0	0%
TOTAL	4	100%

El 100% de las adolescentes encuestadas son estudiantes, por lo cual ninguna realiza algún tipo de actividad laboral.



Figura # 5
Profesión u oficio

Cuadro # 6
Zona de residencia

Zona	f	%
Rural	0	0%
Urbana	4	100%
TOTAL	4	100%

El 100% de las adolescentes encuestadas residen en el área urbana. Esto quiere decir que todas viven en las colonias o barrios aledaños al establecimiento.



Figura # 6
Zona de residencia

Ítems

Ítem a: ¿Sabe usted que es la Salud Mental?

Cuadro # 1
Concepto de Salud Mental

a) ¿Sabe usted que es la Salud Mental?	f	%
Si	4	100%
No	0	0%
TOTAL	4	100%

El 100% de las adolescentes encuestadas dijo conocer cual era el significado de salud mental y brindaron un concepto al respecto. Todas las definiciones dadas fueron sencillas pero acertadas.



Figura # 1
Concepto de Salud Mental

Ítem b: En el tiempo que lleva de frecuentar su asistencia a este establecimiento, ¿Ha recibido alguna charla o algún tipo de promoción sobre la Salud Mental?

Cuadro # 2
Promoción de la Salud Mental

b) Promoción de la Salud Mental	f	%
Si	3	75%
No	1	25%
TOTAL	4	100%

El 75% de las adolescentes encuestadas dijo haber escuchado por lo menos una charla sobre la salud mental, en lo que lleva de frecuentar el establecimiento. El 25% restante dijo no haber recibido ningún tipo de promoción de la salud mental.



Figura # 2
Promoción de la Salud Mental

Ítem c: ¿Cómo calificaría la atención que ha recibido hasta el momento?

Cuadro # 3
Calificación de la atención

c) Calificación de la atención	f	%
Excelente	3	75%
Muy Buena	1	25%
Buena	0	0%
Regular	0	0%
Necesita mejorar	0	0%
TOTAL	4	100%

El 75% de las adolescentes encuestadas califico la atención que ha recibido hasta el momento como “Excelente” y el 25% restante como “Muy Buena”. Esto indica que generalmente todas han dado una calificación aceptable al tratamiento que reciben y se sienten bien atendidas.



Figura # 3
Calificación de la atención

Ítem d: ¿Le ha explicado el psicólogo/a y/o psiquiatra la razón por la cual usted está recibiendo la atención? (Conocimiento de la dificultad o problemática atendida)

Cuadro # 4
Conocimiento del Diagnóstico

d) Conocimiento del diagnóstico	f	%
Si	3	75%
No	1	25%
TOTAL	4	100%

El 75% de las adolescentes encuestadas son sabedoras del diagnóstico por el cual se les está atendiendo, mientras que el 25% no. Es decir que la mayoría ha recibido la debida explicación por parte de la profesional, y una minoría aun no, esto puede ser debido a que va iniciando el tratamiento.

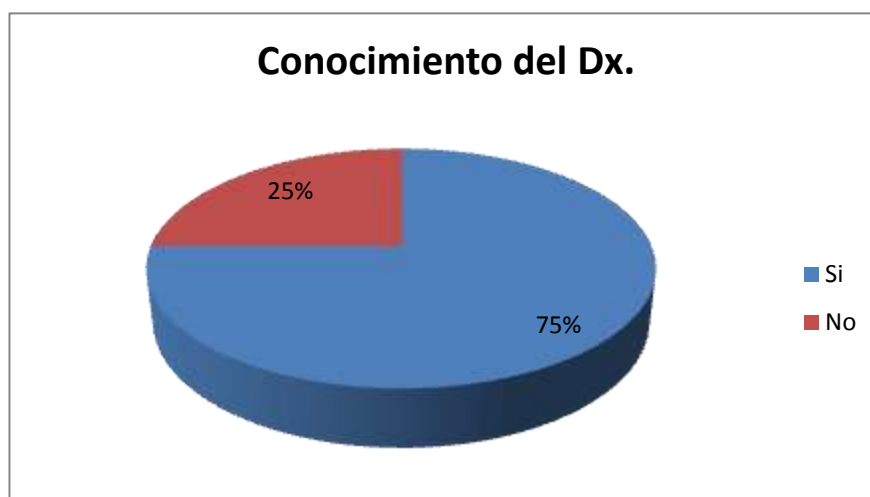


Figura # 4
Conocimiento del Diagnóstico

Ítem e: ¿Ha comprendido el desarrollo de la terapia/consulta recibida hasta el momento?

Cuadro # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

e) comprensión de la Tx. o consulta	f	%
Si	4	100%
No	0	0%
TOTAL	4	100%

El 100% de las adolescentes encuestadas dijo haber comprendido siempre el desarrollo de las consultas que reciben. Esto quiere decir que la psicóloga ha logrado darse a entender de una forma adecuada con las consultantes.



Figura # 5
Comprensión de la terapia y/o consulta

Ítem f: ¿Qué otras actividades le gustaría que se realizaran en la terapia psicológica, para mejorarla?

Cuadro # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

f) Actividades para mejorar la Tx. psicológica	f	%
Todo esta completo	3	75%
Brindaron ideas	1	25%
TOTAL	4	100%

El 75% de las adolescentes encuestadas dijo que las consultas están completas así como se dan. El 25% restante brindo una idea para poder mejorar el servicio, esta consiste en ampliar un poco más el periodo de tiempo que dura la consulta (aproximadamente 30 minutos).



Figura # 6
Actividades para mejorar la terapia psicológica

Ítem g: ¿Cómo han sido los resultados obtenidos hasta la fecha?

Cuadro # 7
Resultados obtenidos

g) Resultados obtenidos	f	%
Muy satisfactorios	4	100%
Poco satisfactorios	0	0%
Insatisfactorios	0	0%
TOTAL	4	100%

El 100% de las adolescentes encuestadas han tenido resultados muy satisfactorios, esto quiere decir que a pesar de que aun vayan en una fase de inicio de tratamiento han tenido cambios pequeños pero significativos.



Figura # 7
Resultados obtenidos

Ítem h: Motivo de la asistencia a las consultas psicológicas y/o psiquiátricas.

Cuadro # 8
Motivo de la asistencia

h) Motivo de la asistencia	f	%
Asistencia voluntaria	1	25%
Asistencia por decisión de otros	2	50%
Asistencia por referencia (medico general u otros).	1	25%
TOTAL	4	100%

El 50% de las adolescentes encuestadas dijo que inicio el tratamiento porque sus padres los llevaron a consultar, un 25% inicio el tratamiento por referencia del medico general de la UCSF de Barrio Lourdes, y el 25% restante inicio por decisión voluntaria. Se puede decir que la mayoría esta en tratamiento por decisión o recomendación de terceros y solo la minoría por decisión propia.



Figura # 8
Motivo de la asistencia

Ítem i: ¿Pensó o ha pensado en algún momento en ya no asistir a las consultas?

Cuadro # 9
Desistir de las consultas

i) Desistir de las consultas	f	%
Si	0	0%
No	4	100%
TOTAL	4	100%

El 100% de las adolescentes encuestadas jamás pensó o ha pensado en desistir de las consultas. Esto quiere decir que no se han presentado motivos que les perjudiquen su deseo por continuar en el tratamiento.



Figura # 9
Desistir de las consultas

Ítem j: Durante el tiempo que tiene asistiendo a las consultas, ¿Ha ocurrido alguna /s de las siguientes situaciones?

Cuadro # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

j) Situaciones que ocurren durante la consulta	f	%
<i>La interrupción de la consulta por algún miembro del personal.</i>	0	0%
<i>Hay bastante ruido por las actividades que pasan fuera del consultorio.</i>	0	0%
<i>A veces no hay un consultorio para que me puedan atender.</i>	0	0%
Ninguna de las situaciones anteriores.	4	100%
TOTAL	4	100%

El 100% de las adolescentes encuestadas dijo que no se ha presentado ninguna de las opciones de respuesta planteadas en el cuadro anterior. Esto indica que las consultas se desarrollan sin los inconvenientes de interrupciones o ruidos, y siempre hay un consultorio disponible para su debida atención.



Figura # 10
Situaciones que ocurren durante la consulta

Ítem k: ¿Ha solicitado el psicólogo/a y/o psiquiatra hablar con alguno de sus familiares?

Cuadro # 11
Solicitud de hablar con familiares

k) Solicitud de hablar con familiares	f	%
Si	3	75%
No	1	25%
TOTAL	4	100%

Al 75% de las adolescentes encuestadas se les ha solicitado hablar con algún familiar, en este caso con los padres, como requisito para el tratamiento. Al 25% restante no se le ha solicitado esto, y por parte de la consultante dijo que esto si es necesario.

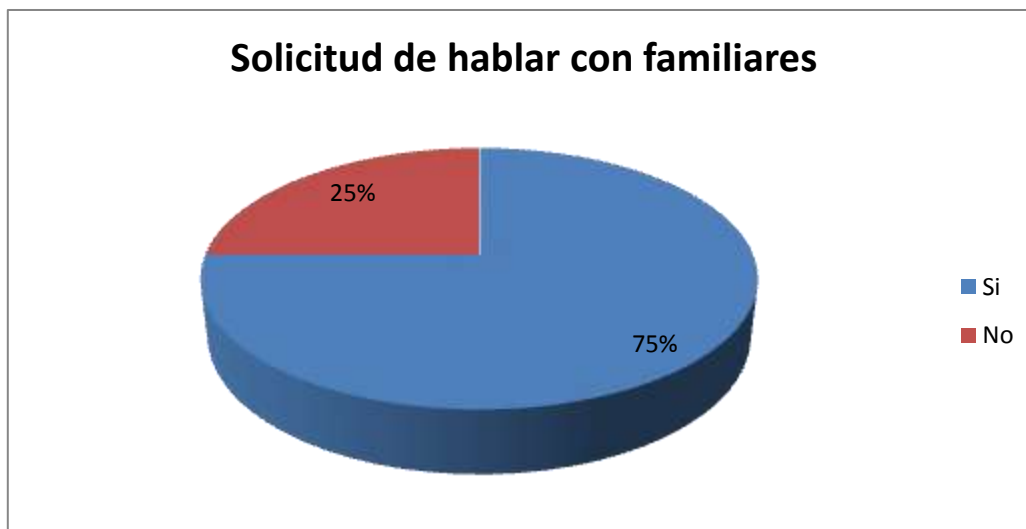


Figura # 11
Solicitud de hablar con familiares

Ítem I: ¿Había consultado antes con un psicólogo/a y/o psiquiatra?

Cuadro # 12
Tratamientos anteriores

I) Tratamientos anteriores	f	%
Si	0	0%
No	4	100%
TOTAL	4	100%

Para 100% de las adolescentes encuestadas este es su primer tratamiento psicológico, pues nunca antes habían consultado con uno.



Figura # 12
Tratamientos anteriores

Anexo nº 10

- Fotografías de algunos consultorios.

FOTOGRAFÍAS CONSULTORIOS DE UCSF DISTRITO ITALIA









FOTOGRAFÍAS CONSULTORIOS DE UCSF BARRIO LOURDES



FOTOGRAFÍAS CONSULTORIOS DE UCSF ALTAVISTA



FOTOGRAFÍAS CONSULTORIOS DE UCSF SOYAPANGO



FOTOGRAFÍAS CONSULTORIOS DE HOSPITAL SALDAÑA



NOTA: En esta UCSF la consulta psicológica se da en el consultorio de Nutrición.

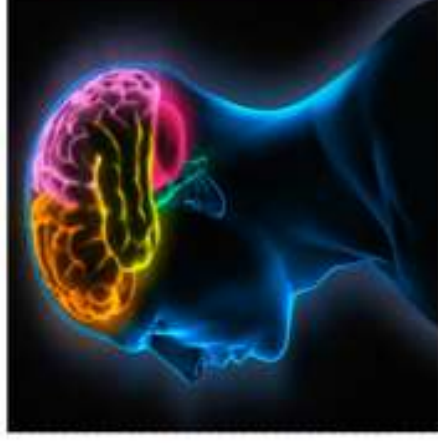


UCSF PLANES DE RENDEROS

Anexo nº 11

- ▶ Tríptico informativo.

SALUD MENTAL



¿Qué es la Salud mental?

¿Por qué pasar consulta con el psicólogo/a?

Mitos y realidades sobre la Psicología

Mito: *¿Las personas que van con los psicólogos es porque no pueden con su vida?*

Realidad: NO. La labor del psicólogo es, bajo diferentes técnicas, llevar a un espejo de ti mismo, pero depende de cada quien hasta dónde quiere llegar. El psicólogo jamás te dice qué hacer o qué no hacer, salvo que tu vida o la de otros corran riesgo.

Se requiere de verdadero valor y compromiso con uno mismo el llevar un tratamiento psicológico. Todos necesitamos a alguna vez en mayor o menor grado de este servicio; así como vamos al dentista de manera preventiva para mantener la salud bucal, de la misma forma necesitamos un poco de mantenimiento mental, para el cuidado de nuestra salud psíquica.

Mitos y Realidades

Mito: *La terapia psicológica es para locos o para casos peralidos.*

Realidad: El verdadero fin de la terapia psicológica, cualquiera que sea, es que el usuario aprenda significativamente herramientas que le permitan una mejor adaptación a su entorno.

Mito: *Sólo hay un tipo de terapia y sólo es para practicar mis problemas.*

En realidad la terapia psicológica tiene objetivos adecuados a las necesidades de cada usuario, hay las que buscan el autoconocimiento, aquellas que buscan saber el por qué de los problemas, la cuestión es buscar el tipo de terapia que se adecue mejor a lo que uno busca y que proporcione las herramientas adecuadas para la resolución de mi dificultad.

Mito: *¿Los psicólogos te resuelven la vida?*

Realidad: NO. La labor de los psicólogos no es decirte qué hacer con tu vida ni que decisiones tomar. La labor del psicólogo es despegar con diferentes técnicas tus comportamientos, sentimientos y acciones, a fin de que tú comprendas por lo que estas pasando, y puedas resolver esa dificultad.

HORARIOS DE ATENCIÓN





¿Qué es la Salud Mental?

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, tener relaciones interpersonales adecuadas con los demás y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

¿Por qué pasar consulta con el psicólogo/a?

Hay una gran diferencia entre vivir y sobrevivir. Hay días malos en los que uno pierde las ganas de continuar, se cansa de la vida y el ajeteo.

pero sólo son días malos. En el momento en que esto se convierte en algo frecuente y se deja de disfrutar de la vida, tenemos que preguntarnos qué es lo que nos está ocurriendo.

Si sientes que cada vez te cuesta más salir, que estás triste, aburrido/a, no te sientes comprendido/a por los demás. Te cuesta levantarte de la cama y cumplir con tus obligaciones, no te apetece comer ni asearte.

Cuando los miedos no te dejan hacer cosas que te gustarían o que antes te gustaban, que te sientas incapaz de salir a la calle, un miedo frecuente a que pase algo, a estar en un sitio cerrado, a los animales, a otro sexo, etc.

Si crees que has perdido el control con una determinada sustancia: tabaco, el alcohol, drogas... Incluso puede ocurrirte con la alimentación cuando combates los nervios comiendo demasiado, o por el lado contrario, cuando dejas de comer porque te ves demasiado gordo/a o intentas vomitar para adelgazar.

Si te has dado cuenta de que últimamente estás demasiado enojado/a, por cualquier cosa o ante cualquier comentario, o no puedes dejar de llorar, si en piezas a sentir que todo va de mal en peor y ves la vida de color negro.

Si tienes problemas para poder dormir, para concentrarte en tu trabajo o poner atención en tus estudios, tienes problemas para comunicarte y hacerle respetar, problemas para decir "no" y defenderte tu forma de pensar, dificultades para relacionarte con otras personas ya sean de tu mismo género o no.

Si tienes dificultades sexuales, impotencia o no puedes dejar de tener compulsivamente relaciones sexuales con cualquier persona, lo deases o no. Falta de deseo sexual, imposibilidad de gozar en tus relaciones, miedo al sexo o dolor que puede estar relacionado con algo emocional.

Si necesitas causarte daño porque te sientes culpable, si sientes que te has cansado de vivir.

Si tuviste experiencias infantiles "traumáticas" (abuso sexual infantil, maltrato infantil, violencia doméstica...) y aun te sientes mal o afectado/a por eso.

Cuando muere un familiar o hay una ruptura de pareja (separación, divorcio) se pasa por un duelo para llorar esa pérdida, pero si este duelo se prolonga en el tiempo y con esa pérdida se pierden las ganas de vivir es necesario aprender a sanar esa herida para continuar.

Te contamos que muchas de estas cosas son reacciones normales, ante sucesos anormales que acontecen en nuestras vidas.

Cuando te ocurren a ti, o algún miembro de tu familia o amigos/as, alguna o algunas de estas situaciones u otras parecidas, debes considerar el asistir a la consulta psicológica.

Mira lo de este modo: tal vez solo quieres aclarar las cosas, conocerte mejor a ti mismo/a, desarrollar nuevas habilidades, llevarte mejor con las demás personas, superar algo que te hace sentir mal. No lo veas como una debilidad, sino como un crecimiento personal, para sentarte mejor.

