



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Escuela de Medicina

**MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**“IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA INTEGRAL
DE SALUD MENTAL PARA FAMILIARES Y
CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS DEL
HOSPITAL DEL IESS “Dr. TEODORO MALDONADO
CARBO” DESDE SEPTIEMBRE 2010 A FEBRERO DEL
2011”.**

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE MASTER EN
GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**AUTORA
DRA. FRANCIA IVONNE MOLINA VILLACIS**

**DIRECTORA DE TESIS:
MAGÍSTER MARIA CRISTINA RAMOS RAMOS**

**Guayaquil – Ecuador
2011**

CERTIFICACIÓN

Mg. Lcda.

MARIA CRISTINA RAMOS RAMOS

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “**IMPLEMENTACION DE UNA ESTRATEGIA INTEGRAL DE SALUD MENTAL PARA FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS DEL HOSPITAL DEL IESS Dr. TEODORO MALDONADO CARBO DESDE SEPTIEMBRE 2010 A FEBRERO DEL 2011**” el mismo que está de acuerdo con lo estipulado por la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Guayaquil, marzo del 2011.

.....
Mg. Lcda. MARIA CRISTINA RAMOS RAMOS

**CERTIFICACIÓN
INSTITUCIONAL**

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad del autor.

Guayaquil, marzo del 2011

Dra. FRANCIA IVONNE MOLINA VILLACIS

CESIÓN DE DERECHO

Yo, **Dra. FRANCIA IVONNE MOLINA VILLACIS** declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice; “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicas y tesis de grado que se realicen a través o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la universidad.

Guayaquil, marzo del 2011.

Dra. FRANCIA IVONNE MOLINA VILLACIS

DEDICATORIA

A Dios y la Virgen.

A mis padres Miguel y Francia.

A mi esposo Pablo Maldonado

A mis hijos adorados Pablito, Fiorella, y Alexander, que con amor y paciencia me ayudaron a culminar una etapa más de mis estudios.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a mi directora de tesis Mg. María Cristina Ramos, quien con su ejemplo transmitió su conocimiento y vivencias, ayudándome día a día a mi mejoramiento y capacitación profesional.

Al Doctor Rodolfo Rodríguez Castelo, Jefe del servicio de Psiquiatría, quien me brindó el apoyo y las facilidades necesarias para la implementación del presente proyecto.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

PÁGINAS

	CARÁTULA.....	i
	CERTIFICACIÓN DE TESIS.....	ii
	CERTIFICACIÓN INSTITUCIONAL.....	iii
	AUTORIA.....	iv
	CESIÓN DE DERECHO.....	v
	DEDICATORIA.....	vi
	AGRADECIMIENTO.....	vii
	ÍNDICE.....	viii

APARTADOS

1.	RESUMEN.....	1
2.	ABSTRACT.....	3
3.	INTRODUCCIÓN.....	5
4.	PROBLEMATIZACIÓN.....	8
5.	JUSTIFICACIÓN.....	12
6.	OBJETIVOS.....	14
6.1	OBJETIVO GENERAL.....	15
6.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
7.	MARCO TEÓRICO.....	16
7.1	MARCO INSTITUCIONAL.....	17
7.1.1	ASPECTO GEOGRÁFICO DEL LUGAR.....	17
7.1.2	DINÁMICA POBLACIONAL.....	18
7.1.3	LA MISIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	19
7.1.4	LA VISIÓN DE LA INSTITUCIÓN.....	19

7.1.5	ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA.....	20
7.1.6	SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN.....	22
7.1.7	DATOS ESTADÍSTICOS DE COBERTURA.....	23
7.1.8	CARACTERÍSTICAS GEO-FÍSICAS DE LA INSTITUCIÓN.....	23
7.1.9	POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN.....	24
7.2	MARCO CONCEPTUAL.....	25
8.	DISEÑO METODOLÓGICO.....	42
8.1	ANÁLISIS DE INVOLUCRADOS.....	45
8.2	ÁRBOL DE PROBLEMAS.....	47
8.3	ÁRBOL DE OBJETIVOS.....	49
8.4	MATRIZ DE MARCO LÓGICO	51
8.5	PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO...	56
8.6	CRONOGRAMA GENERAL DE ACTIVIDADES.....	57
8.7	MONITOREO Y EVALUACIÓN.....	61
8.8	MATRIZ DE EVALUACION EFICACIA E IMPACTO	62
8.9	SOSTENIBILIDAD.....	67
9.	RESULTADOS.....	68
10.	CONCLUSIONES.....	80
11.	RECOMENDACIONES.....	82
12.	BIBLIOGRAFÍA.....	84
13.	ANEXOS.....	88
	ANEXO 1: Aspectos Legales:	
	ANEXO 2: Instrumentos del Diagnóstico Participativo	
	ANEXO 3: Programa de capacitación al Personal del servicio de Psiquiatría.	
	ANEXO 4: Guía de cuidado de la salud mental	

1. RESUMEN

El proceso de recuperación en el paciente psiquiátrico requiere no solo la intervención del paciente y el personal de salud que lo atiende, demanda el conocimiento, comprensión y decisión de colaborar de los familiares, quienes deben encontrarse en lo posible con una salud mental óptima. Un problema frecuente encontrado en el servicio de psiquiatría del hospital Regional del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” es la presencia de alteraciones de la salud mental de los familiares o cuidadores debido a la falta de información adecuada de cómo cuidarse a sí mismos. Además esto provoca una respuesta inadecuada o más lenta al tratamiento así como un aumento de las complicaciones, que ameritan la consulta antes del tiempo previsto o el reingreso en estado crítico. Los beneficiarios del programa fueron 40 familiares o cuidadores de los pacientes quienes recibieron atención integral mediante psicoeducación para comprender la enfermedad de su paciente, y psicoterapia, para sobrellevar la carga que implica la convivencia con un paciente con trastorno mental. La intervención consistió en capacitación al equipo de salud mental con el fin prepararlos para brindar el cuidado adecuado a los familiares, lo cual se realizó diariamente por tres meses, para finalmente sistematizar este proceso plasmándolo en una norma terapéutica que se establecerá formalmente en el servicio como parte activa del tratamiento. Finalizado el proyecto se logró un abordaje asistencial interdisciplinario con activa participación de la familia en el cuidado y tratamiento del paciente. Además mediante la psicoterapia se disminuyeron síntomas psicósomáticos como ansiedad, insomnio, sentimiento de culpa y otros frecuentes en el diagnóstico de base realizado previa la intervención.



2. ABSTRACT

Recovery process in psychiatric patients, requires not only intervention of patient and medical staff who cares them, but also demands knowledge, comprehension and decision of relatives to collaborate, whom should be in optimal mental health as possible. A frequent problem found in psychiatry ward of “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” IESS Regional Hospital is the presence of mental health alterations in relatives or caregivers due to lack of accurate information of how to care of themselves. Besides that, there is an inadequate or slower response to treatment, and also an increase of complications, which require earlier consultation or admission to hospital.

Beneficiaries were 40 relatives or caregivers of patients who received integral attention with psychoeducation to understand patient disease; and psychotherapy to support the charge that implies daily living with mentally ill patient. Intervention consisted in preparation of mental health staff in order to qualify them to give an adequate care to relatives, which was made daily during three months, and finally designing a therapeutic guide, which would be established to be used in psychiatric ward as a part of active treatment. The concluded project achieved an interdisciplinary assistential approach with active participation of family in care and treatment of patient. Moreover, psychosomatic symptoms such as anxiety, sleeplessness, guilty feelings diminished using psychotherapy .

3. INTRODUCCIÓN

En el servicio de psiquiatría del hospital regional del IESS, “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de Guayaquil, se atienden en consulta externa un promedio de 320 pacientes mensuales y en hospitalización alrededor de 40 pacientes, con un promedio de estadía de 11 días, llegando a un tiempo máximo de mes y medio.

Siendo parte del tratamiento la educación e información respecto a la enfermedad y la situación del paciente, así como el apoyo terapéutico suficiente para preservar la salud mental de los familiares o cuidadores, se observó que en este servicio no constituía parte de la terapéutica el cuidado a los familiares, notando una respuesta inadecuada al tratamiento o más lenta así como un aumento de las complicaciones de pacientes, que regresan a la consulta antes del tiempo establecido o reingresan en estado crítico.

Se observó además problemas de salud mental en los familiares, quienes presentaban cambios en su estabilidad emocional, frustración porque no sabían cómo tratar a su familiar debido a la poca información que tenían sobre la enfermedad, irritabilidad, agresividad o depresión, sentimientos de culpabilidad, trastornos de ansiedad o pánico. Situación compleja, delicada y prevenible que nos llevo a tomar la decisión de intervenir mediante un proyecto, con la aceptación y colaboración directa de las autoridades del servicio y del hospital.

La formulación de este proyecto se realizó aplicando la metodología del marco lógico porque es un método que permite estructurar los principales elementos de un proyecto, subrayando el nexos lógico entre los insumos previstos, las actividades planeadas y los resultados esperados.

Los beneficiarios directos del proyecto fueron 40 familiares/cuidadores de pacientes que en su gran mayoría fueron padres, esposas o hijos que asisten al servicio entre Agosto del 2010 y febrero del 2011. Los beneficiarios indirectos fueron 20 pacientes hospitalizados en las fechas de intervención, el equipo de salud mental del servicio de psiquiatría y el hospital que se beneficia con el mejoramiento de la calidad de atención. El único criterio de participación fue la aceptación voluntaria e informada a participar en el proyecto.

Se inició con un diagnóstico de la salud mental de los familiares participantes, los diagnósticos más frecuentes fueron ansiedad (esposas), depresión más irritabilidad (hijos) y baja autoestima (padres).

Simultáneamente se realizó el programa educativo para el equipo de salud mental. La metodología fue el aprender haciendo, con el apoyo y supervisión del jefe del servicio, así se aplicó la atención integral, en todos los familiares participantes a los cuales se les realizó tres controles mensuales para evaluar la evolución de su salud mental partiendo de la línea de base, alcanzando resultados favorables, los que principalmente fueron apreciados por los participantes. Finalmente el equipo de salud planteó una sencilla guía de salud mental la cual fue aprobada y difundida en la consulta externa del hospital y en tres de los seis centros de atención ambulatoria del IESS

4. PROBLEMATIZACIÓN

Las patologías mentales más comunes en nuestro medio son depresión, estrés y trastornos de ansiedad que cursa algunas veces con irritabilidad, agresividad, retraimiento, desorientación. A estos se añaden síntomas somáticos como cefalea, sensación de ahogo, de opresión en el pecho, de debilidad, así como desmayos, temblores y desesperación que muchas veces llevan a tentativas de suicidios y depresiones severas, alcoholismo y adicciones, que afectan no solo al paciente sino a su entorno, ya sea familiar, laboral o social.

El proceso de recuperación requiere no solo la intervención del paciente y el personal de salud que lo atiende, demanda el conocimiento, comprensión y decisión de colaborar de los familiares, quienes deben encontrarse en lo posible con una salud mental óptima y tener el conocimiento y orientación adecuados para atender y convivir con este tipo de pacientes, pues dada la naturaleza de la enfermedad, puede afectar severamente al familiar o cuidador, ocasionando un problema más en la familia y la incapacidad de contribuir desde el hogar al cuidado integral que demanda el tratamiento.

La importancia de la participación del familiar en condiciones adecuadas por lo general no es considerado en el tratamiento, el que se limita a la prescripción farmacológica del psiquiatra o a la terapia conductual del psicólogo, dirigida únicamente al paciente, se obvian los aspectos psicológicos, sociales y familiares de su entorno, no se involucra a quienes son parte del proceso de recuperación óptima y futura reinserción familiar y social.

En el servicio de psiquiatría del hospital regional del IESS, "Dr. Teodoro Maldonado Carbo" de Guayaquil, se atienden en consulta

externa un promedio de 320 pacientes mensuales y en hospitalización alrededor de 40 pacientes, con un promedio de estadía de 11 días, llegando a un tiempo máximo de mes y medio. Las principales patologías son: depresiones, psicosis, tentativas de suicidio, trastornos bipolares, trastornos de ansiedad, esquizofrenias, alcoholismo, adicciones entre otras, siendo la más frecuente la depresión que en la última década alcanzó promedios que superan el 30% llegando hasta el 41% en el año 2003.

En el servicio de psiquiatría del hospital muchas veces se diagnostica la enfermedad y se decide como debe ser tratada a nivel farmacológico, sin considerar a los familiares, notando una respuesta inadecuada o más lenta así como un aumento de las complicaciones de pacientes, que regresan a la consulta antes del tiempo establecido o reingresan en estado crítico.

Por otro lado los familiares, pueden presentar trastornos mentales quienes como cambios en su estabilidad emocional, frustración debido a que no saben cómo tratar a su familiar debido a la poca información que tienen sobre la enfermedad, irritabilidad, agresividad o depresión, sentimientos de culpabilidad, trastornos de ansiedad o pánico.

A esta observación podemos añadir el resultado de encuestas realizadas a familiares para establecer desde su percepción el efecto de la enfermedad de su familiar en su salud mental, encontrando que si bien el 90% conoce el diagnóstico porque son informados cuando ingresa su familiar, apenas el 25% dice conocer cómo tratar a su familiar, el 37.5 % no tienen certeza de los cuidados y el 37.5% definitivamente no lo conoce. Es importante destacar este dato porque

el conocimiento de cómo cuidar al paciente, sumado al conocimiento del diagnóstico disminuye la incertidumbre y la frustración.

Al preguntarles concretamente como cuida a su familiar, se encontró que ninguno de los entrevistados sabe cómo hacerlo. Estas respuestas se ratifican cuando los entrevistados afirman que no se les ha explicado cómo cuidar a su paciente en el hogar. Concluyen todos que la enfermedad de su familiar afecta su salud mental y la de familia en general.

Esta problemática silenciosa se puede considerar un verdadero problema de salud pública, porque se llega a constituir en una cadena de personas afectadas en el hogar, que trasladan sus efectos a sus ámbitos de acción como el trabajo, la escuela y otros del convivir social.

Por otro lado es necesario preparar el ambiente del hogar al que regresa el paciente dado de alta, corrigiendo en lo posible los factores del hogar y su entorno inmediato que ocasionan o desencadenan los problemas de salud que lo llevaron al hospital.

El problema radica en la falta de inclusión a los familiares o cuidadores de los pacientes psiquiátricos en su tratamiento, con el fin de prevenir los problemas de salud mental que ocasiona esta condición, para lo cual se implementará una estrategia de atención integral de agosto del 2010 a febrero de 2011 en el servicio de psiquiatría del Hospital regional del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” en la ciudad de Guayaquil.

5. JUSTIFICACIÓN

El proyecto para implementar una estrategia de salud mental dirigido a familiares y/o cuidadores de los pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, responde a una necesidad sentida, que permitirá cumplir con un aspecto importante y necesario de la terapia específica para este tipo de pacientes, que estando establecida teóricamente como parte de la terapéutica, sin embargo no se ha logrado incluirla aún.

Es imprescindible humanizar el tratamiento, tanto para el paciente como para los familiares o cuidadores de los mismos, con el fin de eliminar en lo posible la incertidumbre, mediante el conocimiento y comprensión de las patologías psiquiátricas, sus manifestaciones, cuidados y evolución, posibilitando de esta manera la convivencia armónica con los pacientes y con la enfermedad, protegiendo conscientemente su integridad mental.

Por otro lado contribuirá en gran medida a disminuir las complicaciones de los pacientes en el hogar y a mejorar la calidad de vida de estos y sus familiares, así como a disminuir la frecuencia de los reingresos de los pacientes con la consiguiente disminución de costos institucionales y familiares que implica la hospitalización.

Generará investigaciones sobre la influencia de estas variables en la recuperación de los pacientes, el peso de la acción beneficiosa de la familia y los fármacos, percepción de los familiares sobre la enfermedad y su tratamiento y otras que fortalecerán el desarrollo de la salud mental y psiquiatría en nuestro medio.



6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Implementar una estrategia de atención integral de salud mental con participación activa del equipo de salud del servicio de psiquiatría, del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, para prevenir problemas de salud mental en los familiares y cuidadores de pacientes y mejorar la calidad de atención del servicio.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

6.2.1. Capacitar al personal del servicio en la inclusión de medidas preventivas de salud mental a familiares y /o cuidadores como parte de la atención integral al paciente psiquiátrico.

6.2.2. Educar a los familiares y cuidadores de pacientes psiquiátricos en la protección de su salud mental.

6.2.3. Elaborar e implementar una guía de cuidado de la salud mental mediante el aporte del personal del servicio psiquiatría del Hospital del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”.

7. MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1. Aspecto Geográfico del lugar:

El Hospital Regional del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de la ciudad de Guayaquil se encuentra ubicado al sur de la ciudad en la parroquia, Ximena. Sus límites son: al este la avenida 25 de Julio, al oeste la calle García Moreno, al norte la calle Ernesto Albán, y al sur calle SN.

7.1.2. Dinámica Poblacional.

El Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” de Guayaquil, en el año 2009 registró 20.666 egresos hospitalarios, atenciones de emergencia 332.529 pacientes, y en la consulta externa 199.194 pacientes.

TABLA Nº 1
10 PRIMERAS CAUSAS DE EGRESOS HOSPITALARIOS
HOSPITAL REGIONAL “Dr. TEODORO MALDONADO CARBO” IESS
GUAYAQUIL 2009

Nº	CAUSA	Nº	%
1	Diabetes mellitus no insulino dependiente	2009	20,49
2	Diabetes mellitus insulino dependiente	1828	18,64
3	Enfermedad cardiaca hipertensiva	1343	13,70
4	Insuficiencia renal crónica	840	8,58
5	Rinitis, rino, faringitis y faringitis crónica	812	8,28
6	Colelitiasis	645	6,57
7	Enfermedad por inmunodeficiencia humana	628	6,40
8	Glaucoma	617	6,29
9	Enfermedad isquémica del corazón	549	5,6
10	Catarata senil	534	5,44
TOTAL		9.805	99.98

FUENTE: Departamento de Estadística HTMC 2011

En el servicio de psiquiatría funcionan 11 camas, en el año 2009 egresaron 179 pacientes de los cuales el 60.9% son mujeres. El tiempo promedio de estadía es de 11,5 días. La mayoría proceden de Guayaquil (67.70%) del resto de la provincia del Guayas el 7.3 %, el 7.8 %, de la provincia de Santa Elena, Los Ríos 3.12%. el resto (14%) distribuidas entre, El Oro, Manabí, Loja, Esmeraldas y Santo Domingo de los Tsáchilas.

TABLA Nº 2
CAUSAS DE EGRESOS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA
HOSPITAL "Dr. TEODORO MALDONADO CARBO"
IESS GUAYAQUIL 2010

Nº	CAUSA	Nº	%
1	Depresión	73	26.64
2	Trastorno afectivo bipolar	14	5.10
3	Psicosis	36	13.13
4	Esquizofrenia	19	6.93
5	Tentativas de Suicidio	18	6.57
6	Demencia	7	2.55
7	Síndrome Cerebral Orgánico	6	2.19
8	Alcoholismo	5	1.8
9	Farmacodependencia	2	0.72
10	Crisis Conversivas	2	0.72
11	Síndrome de Ansiedad	2	0.72
12	Trastorno Obsesivo-compulsivo	1	0.36
13	Trastorno Comportamental	1	0.36
14	Epilepsia	1	0.36
TOTAL		187	100

Fuente: Departamento de Estadística del HTMC-IESS Guayaquil, 2011.

7.1.3 Misión

Ser una unidad de salud del III nivel que preste servicios integrales y especializados, enmarcados en la calidez humana y el sentido social de la seguridad social.

Ofrecer servicios de calidad en función a la satisfacción de nuestros usuarios de la red.

Contribuir a garantizar la excelencia académica de profesionales en el área de salud y fomentar la investigación científica.

La salud es nuestro compromiso de vida.

7.1.4 Visión

Ser una unidad médica líder del seguro de salud del IESS, cumpliendo con la responsabilidad social en materia de prestación de servicios de salud oportunos, con calidez y eficiencia.

Otorgando servicios médicos de alta calidad a través del desarrollo de nuestro talento humano. Impulsando la investigación científica y el Desarrollo Tecnológico dentro de las políticas de Mejoramiento Continuo.

Siendo una organización auto-sustentada que mide permanentemente su desempeño mediante indicadores de gestión, de productividad, y de calidad previamente definidos y conocidos por todos sus miembros.

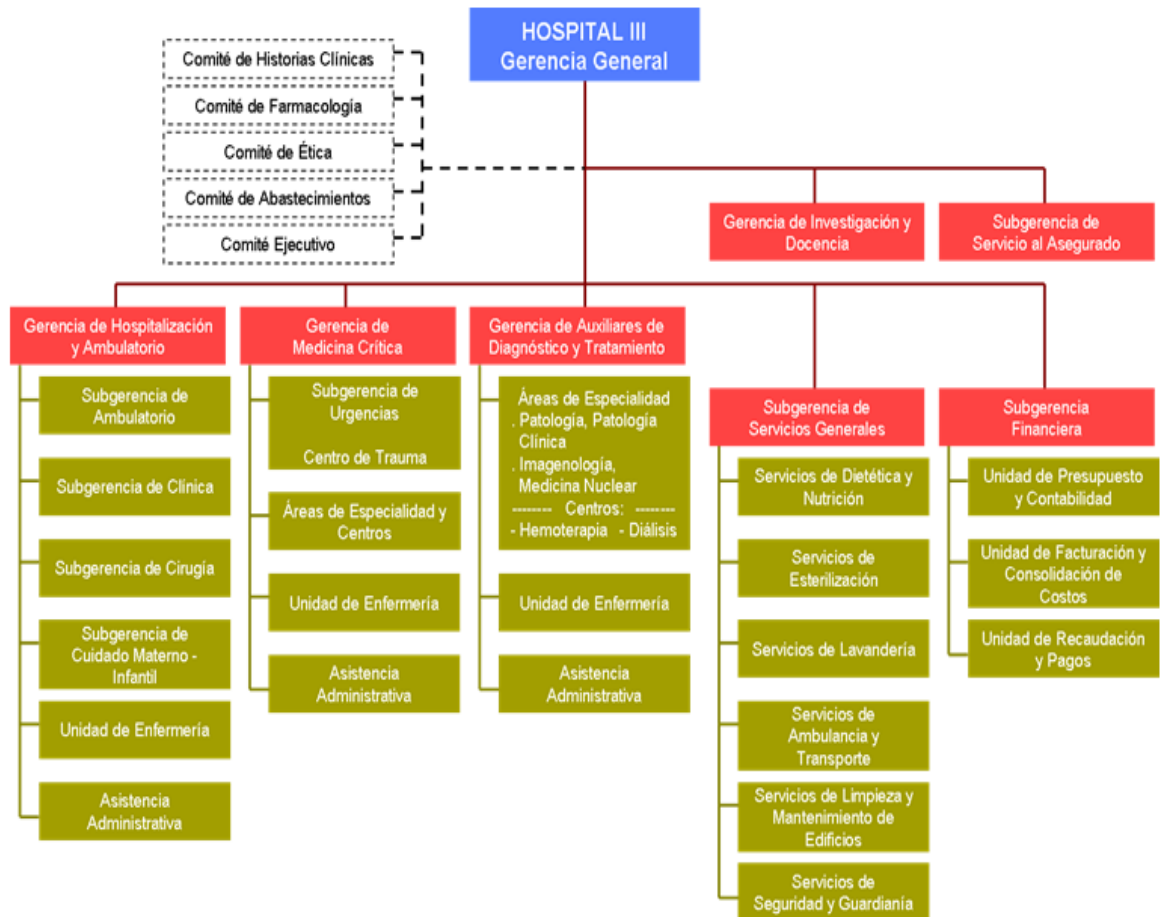
7.1.3. Organización Administrativa.

El Hospital del IESS consta en su organización de Dirección administrativa a cargo del Ing. Luis Andrade Celleri, encargado de funciones ejecutivas, administrativas y logísticas de la institución. La Dirección Técnica a cargo del Dr. César Torres Gutiérrez, encargado del manejo y coordinación del área médica. Luego tenemos la

Dirección técnica de investigación y docencia a cargo de la Dra. Tania Alvarado Chávez, encargada de internado, postgrado, médicos residentes, y publicaciones del hospital. Tenemos luego la Dirección de atención al afiliado de la Dra. Betty Campi, encargada de ayudar y absolver las dudas y problemas de los afiliados. El administrador general del Hospital, Ing. Carlos Faidutti, a cargo de servicios generales del Hospital.

Luego tenemos las direcciones técnicas del hospital encargadas de coordinar las acciones de los diferentes departamentos que regentan, así tenemos: Dirección técnica de Medicina Crítica, Dr. Ramón Villacreses (Urgencias y UCI); Dirección técnica de Clínica, Dr. Marco Reinoso (subespecialidades de medicina interna); Dirección técnica de Cirugía, Dr. Roberto Habze (subespecialidades quirúrgicas); Dirección técnica Materno Infantil, Dr. Carlos Avila (Gineco-Obstetricia y neonatología); Dirección técnica de Hospitalización y ambulatorio, Dr. Jorge Chong; y Dirección técnica de auxiliares diagnósticos, Dra. Luz Elena Calle (Laboratorio, Imagenología, Hemodiálisis).

Organigrama:



7.1.4. Servicios que presta la Institución.

El Hospital Regional “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” es un hospital de especialidades médicas y de procedimientos de alta complejidad, que lo convierten en un hospital de nivel III, convirtiéndose en el referente de los diferentes componentes funcionales de la regional II.

Existen varias unidades satélites dependientes de este hospital entre las que tenemos: Hospitales de Ancón, Durán, Milagro, Babahoyo; Centros de

atención ambulatoria Norte, Sur, Central, Chile, Letamendi; y unidades médicas localizadas en los cantones Bucay, Daule, Empalme y Balzar; dispensarios del seguro social campesino localizados en diversas áreas rurales de la regional.

Existen también dispensarios anexos a grandes empresas privadas, que permiten una atención oportuna de la salud y la disminución del ausentismo laboral. Cabe destacar el incremento de la contratación de prestadores externos para casos de extrema urgencia o para procedimientos que no se realizan en el hospital, permitiendo acceso a tecnología de punta a todos los afiliados.

En cuanto a las áreas médicas de atención del Hospital podemos decir que cuenta con todas las especialidades:

Cirugía: Cardiotorácico, Urología, Angiología, oftalmología, otorrinolaringología, cirugía plástica, Neurocirugía, Anestesiología, Traumatología, Coloproctología

Medicina Interna: Alergología, Neumología, Hematología, Oncología, Gastroenterología, Cardiología, Infectología, Nefrología, Endocrinología, Neurología, Dermatología y Psiquiatría.

Gineco-obstetricia: Maternidad, ginecología y Unidad de Cuidados Neonatales,

Cuidado Crítico: Unidad de Cuidados Intensivos, Unidad de Cuidados Neurológicos, Unidad de Cuidados Coronarios.

Servicio de diagnóstico y tratamiento: Laboratorio clínico, Patológico, Diagnostico por Imágenes (Rayos X, Ecografía, Tomografía computada, Resonancia Magnética). Departamento de Medicina física, rehabilitación, fisioterapia y psicología.

Servicio de Emergencia: Cuenta con consultorios de Medicina Interna, Cirugía General y Traumatología, además con áreas de observación, resucitación y cirugía menor.

En el Hospital Regional del IESS “Dr. Teodoro Maldonado” de Guayaquil en el año 2009 se registraron un total de 20.666 egresos hospitalarios, se atendió en emergencia a 332.529 pacientes y en la consulta externa a un total de 199.194 pacientes.

7.1.5. Características Geo – Físicas de la Institución.

El Hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo” cuenta con un área de terreno de 90.812 m², y un área de construcción de 38.591 m². Cuenta con cuatro pisos. En la planta baja se encuentra el área administrativa, consulta externa, área de diagnóstico por imágenes, departamento de fisioterapia, área de lavandería, departamento de dietética, farmacia del hospital, laboratorio general de consulta externa, unidad de hemodiálisis.

En el primer piso se encuentra el área de hospitalización de Medicina Interna con sus subespecialidades como son: Nefrología, Neumología, Oncología, Hematología, Medicina Interna, Cardiología, Gastroenterología, Unidad de cuidados coronarios, y además el área de laboratorio.

En el segundo piso, se ubica en un ala la hospitalización de Gineco Obstetricia, Neonatología; y en el otra ala, Neurología, Cuidados neurológicos intensivos, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Endocrinología, Urología y Psiquiatría.

En el tercer piso encontramos quirófanos de cirugía general y traumatología, hospitalización de cirugía general, angiología, coloproctología, traumatología, oftalmología, cirugía cardiorácica, y unidad de cuidados

intensivos. En el cuarto piso se ubica el auditorio del Hospital, hospitalización de traumatología, residencias médicas y de internos, y área de esterilización.

7.1.9 Políticas de la Institución.*

- Administración de los programas de fomento y prevención de la salud
- Asistencia médica integral y de maternidad
- Atención odontológica preventiva y recuperativa
- Subsidios monetarios transitorios y de maternidad
- Coordinar los programas gerontológicos
- Ejecutar el proceso de acreditación interna y externa
- Asistencia médica preventiva y curativa de hijos menores de 6 años, cónyuges o convivientes con derecho
- Administrar el presupuesto anual con análisis prospectivo y retrospectivo
- Administración patrimonial
- Cumplir normas jurídicas constitucionales e institucionales

* Pagina Web: www.iess.gob.ec

7.2 MARCO CONCEPTUAL

7.2.1. Salud mental

Salud mental es el 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. El bienestar mental, por ejemplo, es visto como aquel atributo positivo por el que una persona puede alcanzar los niveles correspondientes de salud mental que resultan en la capacidad de vivir en plenitud y con creatividad, además de poseer una evidente flexibilidad que le permite afrontar dificultades, fracasos y los retos inevitables que plantea la vida. ²²

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la salud mental puede definirse de la siguiente manera:

"La salud mental ha sido definida de múltiples formas por estudiosos de diferentes culturas. Los conceptos de salud mental incluyen el bienestar subjetivo, la autosuficiencia conseguida, la autonomía, la competitividad, la dependencia intergeneracional y la auto actualización del propio intelecto y potencial emocional, entre otros. Desde una perspectiva cultural, es casi imposible definir la salud mental de manera comprensible. Sin embargo, algunas veces se utiliza una definición amplia y los profesionales generalmente están de acuerdo en decir que la salud mental es un concepto más complejo que decir simplemente que se trata de la carencia de un desorden mental" ⁴

El tema de la salud mental, además, no concierne sólo a los aspectos de atención posterior al surgimiento de desordenes mentales evidentes, sino que corresponde además al terreno de la prevención de los mismos con la promoción de un ambiente socio-cultural determinado por aspectos como la

autoestima, las relaciones interpersonales y otros elementos que deben venir ya desde la educación más primaria de la niñez y de la juventud.

Esta preocupación no sólo concierne a los expertos, sino que forma parte de las responsabilidades de gobierno de una nación, de la formación en el núcleo familiar, de un ambiente de convivencia sana en el vecindario, de la responsabilidad asumida por los medios de comunicación y de la consciente guía hacia una salud mental en la escuela y en los espacios de trabajo y estudio en general.⁴

"Los desafíos complejos que presenta la comorbilidad de las enfermedades mentales y físicas estarían mucho mejor atendidos en todo el mundo con estrategias de atención integral dirigidas al paciente y a la comunidad (...) Los expertos tienen que comunicarse porque es evidente que la comorbilidad entre lo físico y lo mental exige una intervención vertical, no horizontal. La comorbilidad clínica es la regla, no la excepción"^{4,22}

Mirta Roses, directora de la OPS, (2005), señaló que si en 1990 existía en América un número aproximado de 114 millones de personas con trastornos mentales, esa cifra aumentará en 176 millones para el 2010 y que lo preocupante es que tan sólo una minoría recibe tratamiento. Además, añade Roses que una cuarta parte de la población adulta en América Latina y el Caribe ha sufrido de algún problema mental, que al menos cinco millones de personas sufren epilepsia y de estos sólo un 1,5 millones reciben algún tipo de atención^{3,25}

El concepto de *salud mental* fue descrito en primer lugar como "*higiene mental*" por el psiquiatra estadounidense Clifford Whittingham Beers en 1908, quien fundó el *Comité Nacional de Higiene Mental* en 1909 y adelantó la campaña por los derechos de los enfermos mentales. Otro psiquiatra, William Glasser, describió la "*higiene mental*" en su libro "*Salud mental o*

enfermedad mental"^{4,23} siguiendo el diccionario de definiciones de higiene como "*prevención y mantenimiento de la salud*".

Sin embargo es necesario establecer un punto de diferenciación entre "*salud mental*" y "*condiciones de salud mental*". La *salud mental* es lo que se trata de establecer en este estudio, mientras que las *condiciones de salud mental* se refieren al estudio de enfermedades mentales y al tratamiento médico posible y consecuente.

Un ejemplo de modelo del bienestar fue desarrollado por Myers, Sweeny y Witmer y en el mismo se incluían las siguientes cinco áreas vitales:

1. Esencia o espiritualidad.
2. Trabajo y ocio.
3. Amistad.
4. Amor.
5. Autodominio.

Además doce sub-áreas:

1. Sentido del valor.
2. Sentido del control.
3. Sentido realista.
4. Conciencia emocional.
5. Capacidad de lucha.
6. Solución de problemas y creatividad.
7. Sentido del humor.
8. Nutrición.
9. Ejercicio.
10. Sentido de autoprotección.
11. Control de las propias tensiones.
12. Identidad sexual e identidad cultural.

Todos estos puntos son identificados como las principales características de una funcionalidad sana y los principales componentes del bienestar mental. Los componentes proveen un medio de respuesta a las circunstancias de la vida en una manera que proporciona un funcionamiento saludable.¹⁵

7.2.2. Promoción de la salud mental

La promoción de la salud mental parte del principio de que todas las personas tienen necesidades de salud mental y no sólo aquellas a las que han sido diagnosticadas *condiciones de salud mental*. La promoción de la salud mental concierne esencialmente a la realidad social en la que todos se sientan comprometidos con el bienestar mental.^{24,25}

La psicología positiva se interesa también por la salud mental e incluso está más cercana a ella que los tratamientos psiquiátricos. La "promoción de salud mental" es un término que cubre una variedad de estrategias. Estas estrategias pueden ser vistas desde tres niveles:²²

1. **Nivel individual** - Motivar los recursos propios de la persona por medio de estímulos en la auto-estima, la resolución de los propios conflictos, la asertividad en áreas como la paternidad, el trabajo o las relaciones interpersonales.
2. **Nivel comunitario** - Una creciente y cohesionada inclusión social, desarrollando las estructuras de ayuda que promueven la salud mental en los lugares de trabajo, estudio y en el vecindario.
3. **Nivel oficial** - El estado de cada nación comprometido en planes que reduzcan las barreras socio-económicas promoviendo oportunidades en igualdad de acceso a los servicios de salud pública por parte de los ciudadanos más vulnerables a este tipo de patologías.

7.2.3. Enfermedad Mental

Se estima que unos 450 millones de personas en el mundo padecen un trastorno mental o de comportamiento en un momento dado de su vida. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que un tercio de los años vividos con discapacidad pueden atribuirse a trastornos neuropsiquiátricos. Globalmente, el 12% de ellos se deben únicamente a la depresión. Los trastornos mentales son frecuentes o comunes en todos los países, ocasionan un enorme sufrimiento, dificultan la capacidad de aprendizaje de los niños e interfieren significativamente en la vida de las personas que los padecen. Además de la discapacidad y mortalidad prematura por suicidio que a veces originan, tienden también a producir el aislamiento social de quienes los padecen.^{4,19}

La OMS describe la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades, puede enfrentarse a las exigencias normales de la vida y trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad. Se consideran enfermedades mentales los problemas psíquicos y la tensión emocional, las disfunciones asociadas con los síntomas de angustia y los trastornos psíquicos diagnosticables, como la esquizofrenia y la depresión.^{1,8,16}

La salud mental está condicionada por múltiples factores, entre ellos los biológicos, socioeconómicos y medioambiental y los trastornos mentales en conjunto constituyen la causa más frecuente de carga de enfermedad en Europa, por delante de las enfermedades cardiovasculares y del cáncer. Se estima que en una de cada cuatro familias hay al menos una persona con trastornos mentales.¹⁶ El impacto de los trastornos mentales en la calidad de vida es superior al de las enfermedades crónicas como la artritis, la diabetes o las enfermedades cardíacas y respiratorias.¹⁴ La depresión unipolar figura como tercera causa de carga de enfermedad,

detrás de la isquemia coronaria y de los accidentes cerebrovasculares, explicando el 6% de la carga causada por todas las enfermedades.¹²

Se estima que más del 27 % de los europeos adultos sufren al menos una forma de alteración psíquica en algún año de su vida. En la UE (Unión Europea), las formas más comunes son los trastornos de ansiedad y la depresión. Se espera que en 2020 la depresión sea la causa de enfermedad número uno en el mundo desarrollado. Actualmente, unas cincuenta y ocho mil personas se suicidan cada año en la UE cifra que supera la de muertes anuales por accidentes de tráfico, homicidios o VIH/SIDA.¹⁶

La Declaración “Salud para Todos en el Siglo XXI”, de la Oficina Regional Europea de la OMS, sigue enfatizando la participación y la responsabilidad de las personas, los grupos, las instituciones y las sociedades en el desarrollo continuo de la salud. Como parte de su estrategia, incide en la necesidad de establecer “un proceso de desarrollo sanitario de carácter participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud en el hogar, en los centros educativos, en el trabajo; así como a nivel social y nacional, y que promueva la toma de decisiones, la implicación y la responsabilidad conjunta”.⁴

Las enfermedades mentales tienen implicaciones de diversa índole: Ocasionan a la UE unos costes que se estiman en el 3 %-4 % del PIB por encima de los 182.000 millones de Euros, sobre todo debido a las pérdidas de productividad; los trastornos psíquicos constituyen una de las principales causas de jubilación anticipada y de percepción de pensiones por discapacidad.^{6,8}

Las personas con enfermedad mental sufren situaciones de paro laboral y de estancamiento de su desarrollo profesional. Los trastornos

conductuales en la infancia repercuten en los sistemas sociales y educativos y en los sistemas penales y judiciales.^{6,20}

Existen otros costes intangibles relacionados con la manera en que la sociedad trata a las personas con enfermedades o discapacidades psíquicas; a pesar de que las opciones de tratamiento han mejorado y de que se ha avanzado en los cuidados psiquiátricos, esas personas siguen sufriendo la injusticia ocupacional, la exclusión social, la estigmatización, la discriminación o la falta de respeto por sus derechos fundamentales y su dignidad como seres humanos.^{4,20}

Según la Comisión Europea, la estrategia de la UE podría centrarse en los siguientes aspectos:

1. Promover la salud mental de toda la población.
2. Hacer frente a las enfermedades mentales mediante la prevención.
3. Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades o discapacidades psíquicas integrándolas en la sociedad y protegiendo sus derechos y su dignidad.
4. Desarrollar un sistema de información, investigación y conocimientos sobre salud mental para toda la UE.

La **enfermedad mental** es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desarrollo, considerado como anormal con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Se encuentra alterado el razonamiento, el comportamiento, la facultad de reconocer la realidad o de adaptarse a las condiciones de la vida.

Dependiendo del concepto de enfermedad que se utilice, algunos autores consideran más adecuado utilizar en el campo de la salud mental el término "trastorno mental" [que es el que utilizan los dos sistemas clasificatorios de la psicopatología más importantes en la actualidad: la CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud y el DSM-IV-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales) de la Asociación Psiquiátrica Americana]. Sobre todo en aquellos casos en los que la etiología biológica no está claramente demostrada, como sucede en la mayoría de los trastornos mentales. Además, el término "enfermedad mental" puede asociarse a estigmatización social. Por estas razones, este término está en desuso y se usa más trastorno mental, trastorno o psicopatología.^{14,15,19}

El concepto *enfermedad mental* aglutina un buen número de patologías de muy diversa índole, por lo que es muy difícil de definir de una forma unitaria y hay que hablar de cada enfermedad o trastorno de forma particular e incluso individualizada ya que cada persona puede sufrirlas con síntomas algo diferentes.¹¹

En cuanto a la etiología de la enfermedad mental, podemos decir que, debido a su naturaleza única y diferenciada de otras enfermedades, están determinados multifactorialmente, integrando elementos de origen biológico (genético, neurológico,...), ambiental (relacional, familiar, psicosocial,...) y psicológico (cognitivo, emocional,...), teniendo todos estos factores un peso no sólo en la presentación de la enfermedad, sino también en su fenomenología, en su desarrollo evolutivo, tratamiento, pronóstico y posibilidades de rehabilitación.^{17,28}

Aun cuando clásicamente se han dividido las enfermedades mentales en *Trastornos Orgánicos* y *Trastornos Funcionales*, haciendo referencia al grado de génesis fisiológica o psíquica que determine al padecimiento, la

evidencia clínica demuestra que ambas esferas no son independientes entre sí y que en la patología, como en el resto del desempeño psíquico "normal", ambos factores interactúan y se correlacionan para generar el amplio espectro del comportamiento humano tal como lo conocemos. De hecho, alteraciones biológicas alteran la psique, al igual que alteraciones psicológicas alteran o modifican la biología.^{4,5}

Existen numerosas categorías de trastornos mentales, con mayor o menor gravedad tanto en la vivencia subjetiva del individuo como en su repercusión dentro del funcionamiento social, así se hace alusión a otra clasificación clásica: *Trastornos Neuróticos y Trastornos Psicóticos*.

Las neurosis afectan en mayor grado a la percepción del sujeto sobre sí mismo, y a su nivel de agrado, de plenitud y de integración del yo, así como a sus relaciones con el entorno social y familiar más cercano; sin embargo, no presentan los síntomas usuales de desconexión con la realidad y amplio alejamiento de la vida social, pueden desempeñarse laboral y académicamente, y según Freud y las escuelas psicoanalíticas este estado es la condición natural de la vida psíquica.^{2,27}

Las psicosis, abarcan la manifestación más claramente asociada con la enfermedad mental, sus síntomas clásicos incluyen las alucinaciones, delirios y grave alteración afectiva y relacional, estos trastornos suelen tener un factor orgánico bastante pronunciado como los *Trastornos Depresivos y Bipolares*, aunque las *esquizofrenias* son claramente las de mayor repercusión personal, social y familiar dado su carácter crónico y degenerativo caracterizado por los elementos propios de todos los trastornos psicóticos a los cuales se añaden la desconexión con la realidad y aplanamiento afectivo.^{7,9}

La enfermedad mental suele degenerar en aislamiento social, inactividad, abulia, desorden del ritmo de vida en general y, en ciertos casos y circunstancias, comportamientos violentos e intentos suicidas.

Actualmente el tratamiento de los trastornos mentales posee un enfoque integrativo y multidisciplinar, en el que participan psicólogos y psiquiatras, educadores sociales, enfermeros psiquiátricos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y otros profesionales. Cada tratamiento integra, dependiendo del caso, la administración de psicofármacos como método paliativo de los síntomas más pronunciados, para así dar paso a un proceso de intervención psicológica para atender los orígenes y manifestaciones del trastorno y así generar un estado de bienestar más sólido, efectivo y permanente en las personas que sufren de esta enfermedad.^{18,24,28}

7.2.4. Trastorno mental

Según el DSM-IV-TR, los trastornos son una clasificación categorial no excluyente, basada en criterios con rasgos definitorios. Admiten que no existe una definición que especifique adecuadamente los límites del concepto, careciendo de una definición operacional consistente que englobe todas las posibilidades. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica.^{14,27}

Más aún, afirman, existen pruebas de que los síntomas y el curso de un gran número de trastornos están influidos por factores étnicos y culturales. No olvidemos que la categoría diagnóstica es sólo el primer paso para el adecuado plan terapéutico, el cual necesita más información que la requerida para el diagnóstico.⁵

7.2.5. Rehabilitación psicosocial

El término “psicoeducación” ha sido utilizado durante décadas para referirse a la transmisión de información clínica desde un profesional especializado hasta los usuarios. Nunca se ha tenido muy clara su vinculación con el proceso rehabilitador o psicoterapéutico, asumiendo por lo general que forma parte fundamental de ellos pero sin arriesgarse a introducirlo como clave de ningún momento específico del proceso.⁹

La explicación de los síntomas asociados al diagnóstico, la explicación de las vías de acción y efectos secundarios o la explicación de recursos comunitarios al alcance del usuario suponen el núcleo duro de los grupos o intervenciones psicoeducativas.¹⁰

Sin embargo, en los últimos años se han alzado voces en contra de esta manera de interpretar la relación entre los conocimientos del profesional y los del usuario (por la sencilla razón de que explicar algo a alguien no es motivo suficiente para que ese “alguien” modifique sus constructos).¹³

La propuesta de sustituir la psicoeducación clásica por la novedosa se fundamenta en que el usuario, tras su primer brote, ha desarrollado la enfermedad como la menos mala de las vías posibles de mantener su capacidad predictiva sobre el mundo que le rodea. Es decir, que su narrativa primaria se fractura y la ideación delirante o las creencias sobre sus alucinaciones no son más que un intento de mantener un “SELF” viable.¹⁵

Las implicaciones para la práctica son notables: el profesional deberá colocarse en una posición de suspensión de juicio sobre la veracidad o no de los contenidos del relato del usuario para pasar a ser un colaborador de éste en la tarea de facilitar la reconstrucción de los

acontecimientos vividos desde diferentes perspectivas. La premisa clave es que la nueva narrativa ha de ser suficientemente parecida y suficientemente diferente de la anterior.¹⁷

El papel de la medicación ha de entenderse, por tanto, en el contexto del sistema de constructos del paciente. Para cada usuario puede significar relaciones diferentes entre su historia personal, su visión de sí mismo (en concreto de su manejo de la conciencia) y de su cuerpo. Es habitual encontrar reticencias a la medicación asociadas a:

- Críticas al modelo biologista occidental.
- Críticas a la supuesta “evidencia experimental” y al poder “persuasivo” de los laboratorios.
- Críticas a la relación entre medicación y la libertad perdida.
- Críticas a los efectos secundarios alienantes.

Todo ello nos permite concluir que el análisis de la relación entre usuario y adherencia a la medicación ha de ser individualizada, respetuosa, comprensiva y, al igual que decíamos más arriba, facilitadora de una nueva narrativa que guarde suficiente parecido con la previa.¹⁶

El desarrollo profesional de los seres humanos está condicionado por diferentes factores que quedan definidos por el contexto en el que nace y se desarrolla, así como por las competencias que desarrolla en dicho contexto a partir de las capacidades naturales innatas.²⁰

El estatus ocupacional es uno de los factores más importantes de la desigualdad social y de la pobreza en las sociedades actuales y está muy relacionado con los niveles de salud mental. El estatus lo entendemos como el nivel profesional que un individuo tiene en una escala de valores

establecida en un determinado contexto sociocultural. Entendemos desigualdad social como las diferencias de acceso a un completo estado de bienestar, y por tanto, cuando hablamos de salud mental, enfermedad mental, estatus ocupacional y empleabilidad, nos metemos de lleno en un terreno lleno de desigualdades social y por tanto no podemos hablar del estado de bienestar. Más bien hablamos de un estado de malestar.²¹

En el campo de la salud mental, a lo largo de la historia se han modificado los métodos de intervención, tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas de una enfermedad mental. El paralelismo y equilibrio entre desarrollo profesional y salud mental se puede romper por múltiples factores que desencadenan consecuencias negativas y que influyen en las posibilidades de empleabilidad de las personas afectadas.

Todos los modelos psicosociales que centran su intervención en la empleabilidad, desarrollo profesional e inserción laboral de las personas con enfermedad mental están en revisión y evolución continua. Podemos decir claramente que hay obstáculos contextuales y ambientales para poner en marcha muchos de los nuevos modelos, y estos obstáculos son mucho más incapacitantes que las propias dificultades derivadas de la enfermedad personas afectadas. Por tanto nos enfrentamos a un reto, o quizá podamos definirlo como un mito, “el mito de la ergonomía”.^{18,24}

7.2.6. Entorno familiar

El proceso de socialización ocupacional se inicia en el núcleo familiar, donde los niños comienzan a recibir información sobre la formación, el trabajo, el juego y el ocio, y aprenden diferentes aspectos fundamentales para su futuro ocupacional en el ámbito productivo. Desde esta premisa básica, la intervención con familias se hace imprescindible en la mayoría de los casos para que la intervención sea eficaz e integral.^{17,20}

El funcionamiento del sistema familiar en las personas con problemas de salud mental se afecta en muchos factores que pueden limitar y/o entorpecer el proceso de desarrollo profesional e integración laboral. Actitudes y conductas de sobreprotección, desentendimiento, falta de conocimiento del mercado laboral y sus alternativas, expectativas desajustadas, etc., producen un conflicto y desajustes importantes en las posibilidades de apoyo familiar para el desarrollo de la empleabilidad, por lo que es necesario un trabajo de asesoramiento y entrenamiento con la familia, paralelo al que se realiza con la persona afectada por el enfermedad mental.²⁰

Desde los diferentes *modelos* de la Terapia Ocupacional y sus técnicas de intervención, siempre basadas en el ajuste persona-entorno y en el desarrollo de competencias a través de la ocupación, se pueden analizar los factores negativos influyentes en el desarrollo profesional de las personas con enfermedad mental y plantear diferentes estrategias de intervención que favorezcan su prevención, rehabilitación u compensación. Desde esta perspectiva se favorece, además de las capacidades de empleabilidad, la calidad de vida y la salud de las personas afectadas.^{4,12,26}

Hay múltiples aspectos del mundo laboral y de la discapacidad que angustian a las familias de una persona que requiere cualquier proceso de rehabilitación laboral y que no son capaces de manejar adecuadamente sin la debida ayuda y asesoramiento. Son muchos los cambios que se deben adoptar y que requieren de un proceso progresivo de aprendizaje, integración y generalización.^{6,9}

Para la intervención con la familia es necesaria una motivación de base para lograr conseguir los esfuerzos para el cambio. Las familias necesitan entender que el cambio es necesario y que va a ser más eficaz

que sus soluciones habituales. Siempre hay que señalar que el sujeto es el protagonista del proceso, y en el caso de personas adultas tienen la autoridad y el derecho de decidir el nivel de implicación de su familia y de sus necesidades.²

Muchas veces hemos visto como los familiares sufren con el síndrome del cuidador que es aquella persona que refleja las angustias y tensiones de la persona que asume esta tarea sin estar preparada.⁷

7.2.7. Apoyo al familiar y atención integral*

El modelo psicoeducativo es una propuesta dentro del universo de abordajes en salud mental que involucra tanto a profesionales de la salud como a familiares en el proceso de atención al sujeto diagnosticado con un trastorno o enfermedad mental, este modelo procura insertarse como parte de una atención integral y multidisciplinaria.

En consecuencia a esta práctica, los realizadores hacen una reflexión sobre algunos principios de la propuesta psicoeducativa y de la factibilidad de una aplicación efectiva y con resultados palpables en relación con las limitantes y carencias en la institución pública.⁹

De acuerdo con Hogarty (1986), la Psicoeducación “Consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema”.

Esta propuesta parte de la creencia de que los familiares generalmente son los principales cuidadores del paciente y por lo tanto necesitan

también recibir atención y apoyo por parte de los servicios de salud mental.¹⁵

No está de más señalar que esta atención debe redundar en primer término en beneficio del paciente, y su objetivo consiste en mejorar la calidad de vida de paciente y familia, creando ambientes bajos en estresores, y disminuyendo así la probabilidad de recaída y la carga familiar.

De manera más específica, se pretende que la vulnerabilidad del paciente vaya en decremento, y que mejoren su funcionamiento cognitivo y su motivación. Por otra parte se busca que la ansiedad de los familiares disminuya a través de apoyo, estructura e información acerca de la enfermedad.

De la definición incluida destacando elementos importantes, que finalmente van a convertirse en los componentes del trabajo psicoeducativo.

Por una parte la información que puede ofrecerse, esto es, los conocimientos de que se dispone acerca de la enfermedad y que son ordenados, sistematizados y presentados de manera clara, ágil y oportuna, y por otra parte, el valor funcional que adquieren dichos conocimientos, en tanto se transforman en comportamientos encaminados a lograr la adaptación y mejorar la calidad de vida de paciente y familia. A estos comportamientos se les ha denominado también competencias

La psicoeducación “Consiste en una aproximación terapéutica en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica

acerca de la enfermedad, y entrenamiento en técnicas para afrontar el problema".²¹



**8. DISEÑO
METODOLÓGICO**

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL PARTICIPATIVO PARA IDENTIFICAR EL PROBLEMA PRINCIPAL:

Se realizó un estudio descriptivo transversal, para identificar los problemas del servicio de Psiquiatría del hospital regional del IESS, “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”. Una vez analizados los problemas mediante la matriz de priorización se encontró que el de mayor importancia era la falta de atención a la salud mental de los familiares de los pacientes.

Para tener mayor precisión sobre las características del problema seleccionado y precisar su factibilidad, se aplicaron encuestas al personal que conforma el equipo de salud y a los familiares de los usuarios para detectar su percepción respecto a la problemática detectada.

Por otro lado se realizó una observación sistemática de las características de la atención en los servicios de hospitalización y consulta externa. Los datos obtenidos condujeron a la decisión de esta intervención la que fue discutida en el servicio y aceptada con el compromiso de participación activa de todo el equipo. Con este antecedente se formuló el proyecto.

DISEÑO Y EJECUCIÓN DEL PROYECTO DE ACCIÓN O DESARROLLO:

Para la formulación del proyecto se utilizó la metodología de marco lógico porque es un método que permite estructurar los principales elementos de un proyecto, subrayando el nexo lógico entre los insumos previstos, las actividades planeadas y los resultados esperados, en gran medida asegura la sostenibilidad del proyecto porque es un instrumento orientado a objetivos no a personas.

Es un método para el trabajo por *consensos* y por lo que el juego de mayorías y minorías no tiene cabida. Se trata de encontrar *confluencias*

entre los participantes. Es una herramienta para fortalecer el Diseño, la Ejecución y Evaluación de Proyectos.

Los elementos del marco lógico son:

- **Análisis de involucrados:** Un requisito fundamental de los proyectos de acción es que los objetivos refléjen las necesidades de los interesados clave. Para que sea un proyecto exitoso se deben identificar y tomar en cuenta a los involucrados más importantes que influyen en el desarrollo del proyecto y determinan su viabilidad. El propósito fundamental es determinar qué cambios son requeridos y factibles desde el punto de vista de los beneficiarios y desde los niveles de decisión así como analizar los intereses de los grupos beneficiarios.

- **Árbol de Problemas:** El problema que genera el proyecto debe ser analizado y para ello se utiliza esta metodología porque permite analizar la situación actual en su contexto, encontrar las relaciones causa efecto y la jerarquización de los problemas percibidos, permitiendo de esta manera mejorar el diseño del proyecto, su ejecución y evaluación.

- **Árbol de objetivos:** Permite describir una situación que podría existir después de resolver problemas, además identifica las relaciones medio – fin entre objetivos.

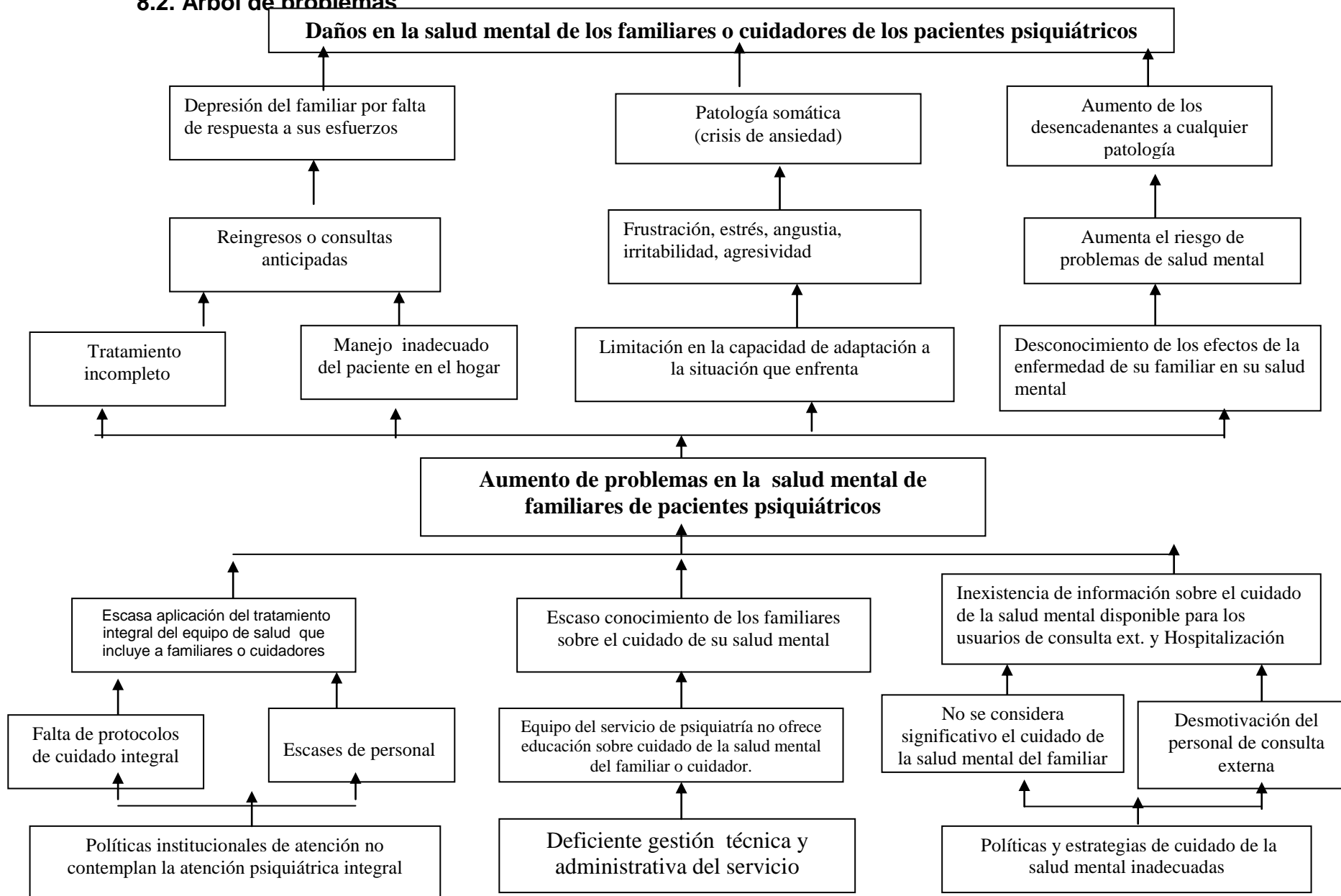
- **Matriz de marco lógico:** Es una herramienta para la conceptualización, diseño, ejecución, seguimiento del desempeño y evaluación del proyecto. Se utiliza en todas las etapas y por ello debe ser modificada y mejorada a lo largo del diseño y ejecución. La matriz de marco lógico es el elemento nuclear, porque expresa el diseño y establece las bases de ejecución y evaluación en un proceso dinámico.

8.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPO O INSTITUCION	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Directivos del hospital (Director)	Mejorar la calidad de atención de los pacientes del hospital.	Recursos humanos: Tres médicos, 2 psicólogos, 2 enfermeras. Materiales y equipos: Una sala de reuniones y capacitaciones. Materiales de oficina Equipos: proyector Mandatos: Ley orgánica del sistema de salud.	Insatisfacción del afiliado y familiares, pero una vez que lo conozcan aceptarían.
Jefe del servicio	Mejorar la atención de los pacientes aumentando el tiempo de consulta y hacer participar directamente a los familiares para lograr una adecuada concientización de los problemas que percibe el paciente	Recursos humanos: Dos tratantes, tres médicos residentes, una trabajadora social. Materiales y equipos: auditorio de psiquiatría, pizarra acrílica, grabadora, televisor. Mandatos: Declaración Salud para todos en el siglo 21 de la OMS.	Escaso tiempo para la atención del paciente, pero con trabajo en equipo se solucionaría.
Médicos tratantes	Involucrar a los familiares para que el tratamiento establecido pueda realizarse a cabalidad	Recursos humanos: tres estudiantes, una secretaria. Materiales y equipos: papelógrafos, marcadores, implementación de un Kardex ambulatorio, videos de charlas psicoeducativas. Mandato: Ley del Seguro Social.	
Postgradistas de psiquiatría	Mejorar el trabajo en equipo mediante la integración de todo el personal profesional y no profesional en bienestar del paciente	Recursos humanos: tres residentes postgradistas. Materiales y equipos: Proyector digital, computadora, refrigerio. Elaboración de una guía de "Cómo atender a su paciente". Mandato: Declaración Salud para todos en el siglo 21 de la OMS.	Resistencia por los familiares al desarrollo del proyecto, pero con suficiente estimulación se puede llevar a cabo.

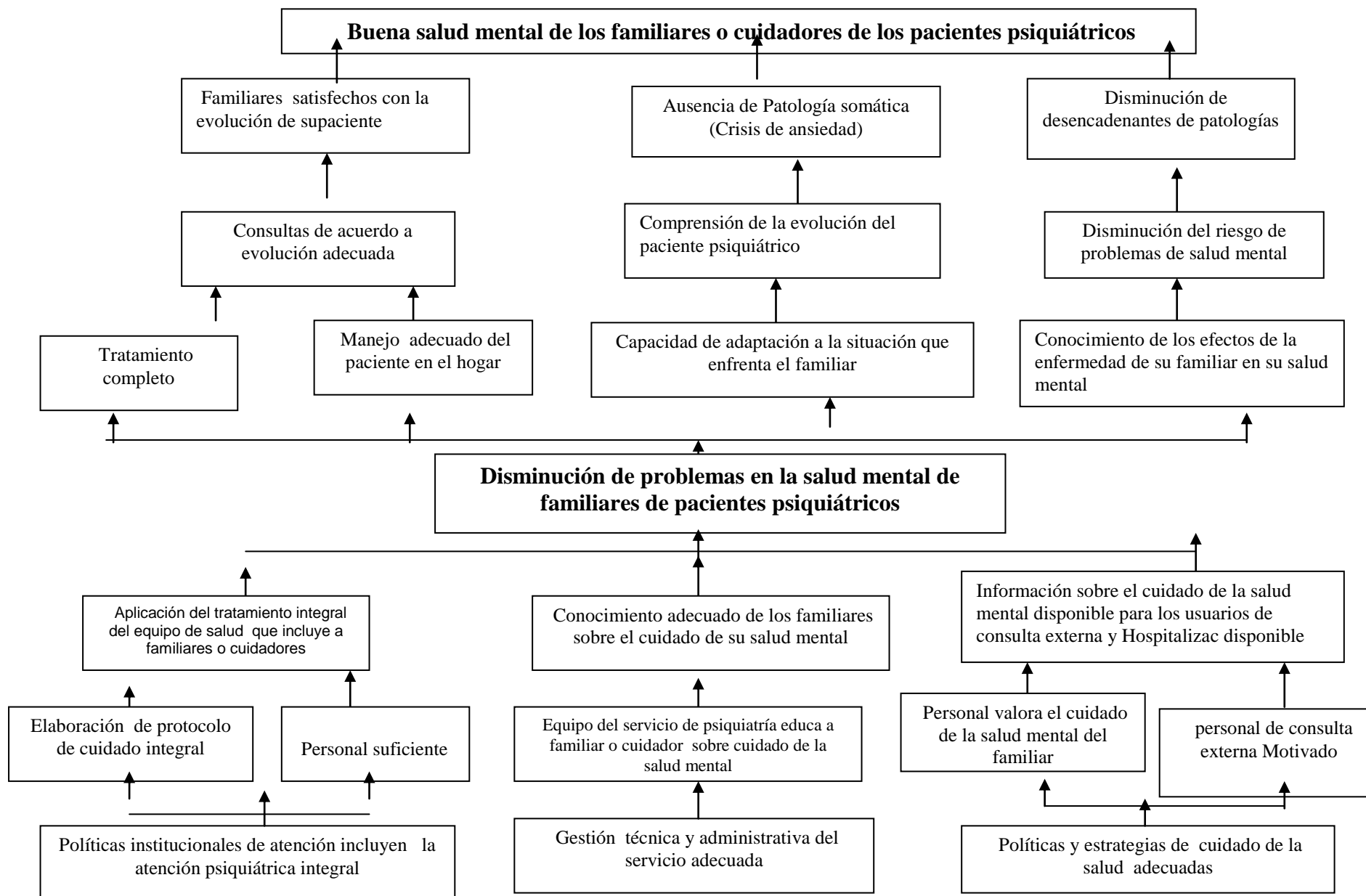
GRUPO O INSTITUCION	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Psicólogos	Involucrar a los familiares dentro de las psicoterapias de apoyo al paciente para mejorar el tratamiento	Recursos humanos: cuatro estudiantes del último año de psiquiatría. Materiales y equipos: Papelógrafos, marcadores, elaboración de instructivos. Mandato: Declaración Salud para todos en el siglo 21 de la OMS.	
Enfermería	Incorporar a todo el personal profesional y no profesional en el manejo integral del paciente	Recursos humanos: cuatro practicantes de enfermería. Materiales: pizarra acrílica, marcadores. Mandato: Declaración Salud para todos en el siglo 21 de la OMS.	Poco compromiso de los familiares en el cuidado de los pacientes
Trabajadora social	Compromiso del personal profesional y no profesional para colaborar en la solución de las necesidades del paciente	Recursos humanos: una trabajadora social Materiales: Sala de conferencia, cartulinas, trípticos. Mandato: Declaración Salud para todos en el siglo 21 de la OMS.	Tiempo de los familiares
Auxiliar de enfermería	Involucrarse en el proyecto mediante la supervisión en la toma de medicamentos	Recursos humano: Cuatro auxiliares de enfermería Materiales: Papelógrafos, lápices, hojas.	
Familiares	Mejorar los conocimientos para poder entender la enfermedad y ayudar en el tratamiento no farmacológico en bien del paciente	Recursos humanos: Un familiar por paciente. Materiales: plumas. Mandato: Derechos de salud en la Constitución.	Escases de tiempo para ir con frecuencia al hospital
Pacientes	Que tanto familiares como personal de salud entiendan su padecimiento y ayuden a su recuperación	Recursos humanos: cuatro por sesión. Materiales: Hojas y plumas. Mandato: Derechos de salud en la Constitución.	Falta de interés por el proyecto

8.2 ÁRBOL DE PROBLEMAS

8.2. **Árbol de problemas**

8.3 ÁRBOL DE OBJETIVOS

8.3. Árbol de objetivos



8.4 MATRIZ DEL MARCO LÓGICO

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN			
Contribuir en la disminución de los daños en la salud mental de familiares de pacientes psiquiátricos del IESS a nivel nacional	Disminución del índice de daños a la salud mental en un 40% al año de finalizado el proyecto.	Estadísticas de ingresos y consultas por patologías mentales de familiares de pacientes psiquiátricos.	Gestión intra y extra institucional que asegura los recursos suficientes
PROPÓSITO			
Servicio de Psiquiatría del Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo aplicando la Estrategia de atención integral para prevenir problemas de salud mental en los familiares y cuidadores de los pacientes.	<p>90% de los familiares concurren a las actividades educativas programadas entre octubre del 2010 al febrero de 2011.</p> <p>60% de familiares intervienen activamente en el cuidado del paciente entre octubre del 2010 al febrero de 2011.</p> <p>80% de los familiares mejoran los signos y síntomas de problemas de salud mental entre octubre del 2010 al febrero de 2011</p>	<p>Listas de asistencia</p> <p>Registro de actividades de familiares</p> <p>Cuadros resumen de la comparación de signos y síntomas de deterioro de la salud mental de familiares con línea de base.</p>	<p>El personal se mantiene estable.</p> <p>Se establece estrategia de atención integral incluyente</p>

RESULTADOS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>1. Personal del servicio de psiquiatría, capacitado y aplicando, medidas preventivas para mantener una buena salud mental a familiares y /o cuidadores.</p>	<p>90% de los miembros del equipo de salud concurren a las actividades educativas programadas, del 15 de septiembre al 30 de octubre de 2010. 70% de familiares/cuidadores satisfechos con la atención recibida 15/09/-31/03 2010</p>	<p>Listas de asistencia Resultados de las encuestas de satisfacción de pacientes y familiares</p>	<p>Disponibilidad de recursos</p>
<p>2. Familiares y cuidadores conocen medidas concretas para proteger su salud y participan en la recuperación de su familiar.</p>	<p>100% de los asistentes a las actividades educativas conocen las medidas para proteger su salud mental 90% de pacientes y familiares mejoran su salud mental. 80% de los familiares cambian su actitud frente al paciente y su responsabilidad con él.</p>	<p>Informe sobre la evaluación periódica mediante entrevista. Comparación de comportamiento de familiares con línea de base</p>	<p>Que los familiares de los pacientes participen</p>
<p>3. Guía de cuidado de la salud mental formulado, socializado y distribuido en la consulta externa del hospital y en tres centros de atención ambulatoria de la ciudad.</p>	<p>100% del personal de consulta externa y de hospitalización instruido en el contenido y manejo de la guía entre enero y febrero de 2011. 50% del personal de las unidades anexas instruido en el contenido y manejo de la guía. 100% de los pacientes y familiares que concurren a la consulta externa de psiquiatría reciben la guía entre febrero y marzo de 2011.</p>	<p>Manuales disponibles</p>	<p>Recursos disponibles oportunamente</p>

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA – AÑO 2010 - 2011							RECURSOS			MONITOREO
		SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MARZO	HUMANOS	EQUIP Y MAT	ECONÓMICOS	
RESULTADO 1:												
1.1. Presentación del proyecto a los miembros del servicio de psiquiatría y autoridades del hospital.		X							Maestrante	Auditorium Equipo multimedia	00	Cumplimiento de la actividad
1.2. Conferencia motivadora y selección de un miembro del equipo como coordinador de atención a familiares	Jefe del servicio	X							Motivador externo a la institución	Auditorium Equipo multimedia	\$100.00	Cumplimiento de la actividad(Lista de asistencia)
1.3.formulación del programa de capacitación	Jefe del servicio/residente 1	X							Residente 1	Útiles de escritorio Bibliografía	\$10.00	Programa listo y aprobado
1.4ejecución del programa educativo en servicio	Residente 1(maestrante)	X	X						Residente 1	Auditorium Equipo multimedia	0	Cumplimiento de actividades programadas
1.5. Acompañamiento diario al personal para la inclusión del familiar en las actividades con pacientes.	Jefe del servicio		X	X	X	X	X	X	Residente 1	Historias clínicas/papelaría	\$10.0	Cumplimiento de cronograma establecido
1.6. Monitoreo de los resultados en los familiares y en los pacientes.	Residente 1				X	X	X	X	Jefe del servicio/residente 1	Historias clínicas/papelaría	\$10.0	Encuesta a familiares
1.7. Evaluación del programa educativo	Jefe del servicio/residente 1		X	X		X		X	Jefe del servicio/residente 1	Útiles de escritorio	\$10.0	Cumplimiento de objetivos
SUBTOTAL:											\$ 140.00	

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA – AÑO 2010 - 2011							RECURSOS			MONITOREO
		SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MARZO	HUMANOS	EQUIP Y MAT	ECONÓMICOS	
RESULTADO 2:												
2.1. Convocatoria a familiares y actividad de motivación para desarrollar programa educativo	Residente 1/psicóloga		X						Psicóloga	Papelería	\$10.00	Asistencia de los familiares
2.2. Establecer una línea de base sobre la salud mental de los familiares o cuidadores de los pacientes	Residente 1/psicóloga		X	X					Equipo de salud	Papelería equipo computación	\$100.00	Línea de base disponible y utilizada por el equipo
2.2. Formulación del programa psicoeducativo y apoyo terapéutico	Residente 1/psicóloga			X					Equipo de salud	Papelería bibliografía	\$100.00	Programa listo y aprobado
2.3. Desarrollar el programa psicoeducativo y apoyo terapéutico	Residente 1/psicóloga			X	X	X	X		Equipo de salud	Refrigerios Material educativo	\$200.00	Cumplimiento de actividades programadas
2.4. Acompañar a familiar en el cuidado a su paciente	Residente 1/psicóloga			X	X	X	X		Equipo de salud	Papelería para registro	\$10.00	Cumplimiento de cronograma establecido
2.5. Evaluación de los progresos de los familiares por el equipo de salud y autoevaluación	Residente 1/psicóloga			X	X	X	X	X	Equipo de salud del servicio	Papelería Materiales propios (test)	\$20.00	Resultado de autoevaluaciones Informes sobre avance de familiares
2.6. Evaluación de los resultados en los pacientes	Residente 1/psicóloga			X	X	X		X	Equipo de salud del servicio	Papel para formatos de registro	\$20.00	Cumplimiento de objetivos
SUBTOTAL:											\$460.00	

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA – AÑO 2010 - 2011							RECURSOS			MONITOREO
		SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MARZO	HUMANOS	EQUIP Y MAT	ECONÓMICOS	
RESULTADO 3:												
3.1. Conformar equipo de redacción de la guía	Jefe del servicio					X			Equipo de salud	Papelería	\$ 10.00	Acta conformación
3.2. Establecer la estructura de la guía	Equipo de redacción de la guía					X			Equipo de redacción de la guía	Papelería Bibliografía	\$ 10.00	Estructura guía disponible
3.3. Redactar la guía	Equipo de redacción de la guía						X		Equipo de redacción de la guía	Papelería Bibliografía	\$ 10.00	Guía redactada
3.5. Editar guía y reproducir 1000 copias	Equipo de redacción de la guía						X		Editorial de la institución		\$3000.00	Guía publicada
3.6. Socialización de la guía a nivel del hospital y de tres centros ambulatorios del IESS	Equipo de redacción de la guía							X	Equipo de redacción de la guía		\$200.00	Informe
3.7. Distribuir la guía y acompañar en la distribución a los pacientes y familiares de las consultas externas previa charla.	Maestrante R1							X	Maestrante R1	Guías	\$ 10.00	Guías disponibles en Consultas externas
3.8. Capacitar a las enfermeras de consulta externa y al personal de los consultorios (médicos y auxiliares de enfermería)	Maestrante R1							X	Maestrante R1	Guías	\$ 10.00	Personal capacitado en manejo de la guía.
SUBTOTAL:											\$3250.00	

8.5 PRESUPUESTO Y FUENTES DE FINANCIAMIENTO

RUBROS	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
A: Recursos Humanos			
Facilitador	1	\$100.00	\$100.00
Secretaria	1	Del servicio	-----
Subtotal:			\$100.00
B: Recursos Materiales y Equipos			
Proyector	1	De Docencia	-----
Cámara Fotográfica	1	Del Servicio	-----
Televisor	1	Del Servicio	-----
DVD	1	Del Servicio	-----
Materiales de oficina	13	\$330.00	\$330.00
CD-RW	4	\$10.00	\$10.00
Pendrive	1	\$10.00	\$10.00
Varios	1	\$350.00	\$350.00
Subtotal:			\$700.00
C: Otros			
Copias	1000	\$3000.00	\$3000.00
Transporte	1	\$50.00	\$50.00
Varios			
Subtotal:			\$3050.00
Imprevistos	10% de A+B+C		\$382.00
TOTAL:			\$4202.00

FUENTE DE FINANCIAMIENTO	PORCENTAJE	CANTIDAD
Lab. Glaxo	70%	\$2941.40
Hospital TMC	30%	\$1260.60
FUENTE DE FINANCIAMIENTO TOTAL:		\$4202.00

8.6 CRONOGRAMA GENERAL DEL PROYECTO

ACTIVIDADES	AÑO 2010			AÑO 2011								
	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB	MAR ZO					
Etapa Preliminar:												
Reuniones, planificación	X	X	X	X								
Diagnóstico participativo	X	X	X	X								
Información bibliográfica	X	X	X	X								
Investigación marco institucional	X	X	X	X								
Determinación de problema principal	X	X	X	X								
Elaboración de prediseño y Socialización del proyecto	X	X	X	X								
Etapa de Ejecución:												
1.1. Presentación del proyecto a los miembros del servicio de psiquiatría y autoridades del hospital.	X											
1.2. Conferencia motivadora y selección de un miembro del equipo como coordinador de atención a familiares.	X											
1.3. Formulación del programa de capacitación.	X											
1.4. Ejecución del programa educativo en servicio.	X											
		X	X	X	X	X	X					

1.5.Acompañamiento diario al personal para inclusión del familiar en actividades del paciente												
1.6. Monitoreo de los resultados en los familiares y en los pacientes.			X	X	X	X						
1.7 Evaluacion del programa educativo.		X	X		X		X					

ACTIVIDADES	AÑO 2010			AÑO 2011								
	OCT.	NOV.	DIC.	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AG.	SEP
2.1.Convocatoria a familiares y actividad de motivación para desarrollar programa educativo.			X									
2.2.Establecer una línea de base sobre la salud mental de los familiares o cuidadores de los pacientes.			X									
2.3.Formulacion del programa psicoeducativo y apoyo terapéutico.				X								
2.4.Desarrollar el programa psicoeducativo y apoyo terapéutico.				X	X	X						
2.5 Acompañar a familiar en el cuidado a su paciente.				X	X	X						
2.6 Evaluacion de los progresos de los familiares por el equipo de salud y autoevaluacion				X	X	X						

8.7 MONITOREO Y EVALUACIÓN

Todo proyecto de acción surge de la observación crítica de la realidad, es un proceso de acción constante y participativa en todas sus etapas de tal manera que pueda asegurarse el logro de los objetivos.

Para cumplir lo planteado en el proyecto y su posterior sostenibilidad se adoptaron las siguientes estrategias y acciones:

- Establecimiento de la línea de base como actividad de inicio de la estrategia que permita un monitoreo sistemático y evaluación final del efecto de las medidas terapéutica aplicadas.
- Se realizó una evaluación de entrada respecto a la satisfacción del usuario y de salida al finalizar el proyecto.
- La evaluación de proceso se realizó, durante la ejecución del proyecto utilizando los indicadores formulados en la matriz de marco lógico y las fuentes de verificación.
- Se estableció un sistema de acompañamiento o supervisión tanto al personal como a los familiares o cuidadores, para monitorear el proceso y aplicar las medidas correctivas oportunamente, garantizando un aprendizaje significativo.

8.8. MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EFICACIA E IMPACTO

OBJETIVO 1: Capacitar al personal del servicio en la inclusión de medidas preventivas de salud mental a familiares y /o cuidadores como parte de la atención integral al paciente psiquiátrico, mediante talleres y posterior acompañamiento al personal hasta implementar la medida, para lograr incorporar este componente en la atención a los pacientes.

RESULTADO 1	LINEA DE BASE	INDICADORES PLANIFICADOS	INDICADORES REALIZADOS	RAZONES DE CUMPLIMIENTO Y/O INCUMPLIMIENTO	ANALISIS E INTERPRETACION
Personal del servicio de psiquiatría, capacitado y aplicando, medidas preventivas para mantener una buena salud mental a familiares y /o cuidadores	<p>70% de los miembros del equipo de salud concurren a las actividades educativas programadas</p> <p>30% de familiares y cuidadores satisfechos con la atención recibida.</p>	<p>90% de los miembros del equipo de salud concurren a las actividades educativas programadas.</p> <p>70% de familiares y cuidadores satisfechos con la atención recibida</p>	<p>El 100% del personal asistió puntualmente al desarrollo del curso.</p> <p>El 80% de familiares y pacientes estuvieron satisfechos con la atención después del curso.</p>	<p>Personal conoció la situación mediante la socialización del proyecto y participó activamente en la planificación del programa.</p> <p>Los familiares recibieron información que resolvió la incertidumbre sobre la enfermedad de su familiar.</p> <p>Se atendió una necesidad sentida y urgente de los familiares en cuanto a su estado de salud mental, aliviando los síntomas y aprendiendo a manejar su condición de riesgo.</p>	<p>El personal responde positivamente cuando tiene conocimiento de la realidad y sus opiniones son consideradas para la toma de decisiones. Otro factor importante es la participación activa en la programación y el apoyo técnico de las autoridades, lo cual permite el empoderamiento.</p> <p>El tratamiento del paciente psiquiátrico debe ser integral, los beneficios que produce son inestimables, tanto para el paciente, la familia , el servicio, la profesión, la institución y la colectividad, en aspectos económicos, científicos y sociales.</p>

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EFICACIA E IMPACTO

OBJETIVO 2: Educar a los familiares y cuidadores de pacientes psiquiátricos en la protección de su salud mental, mediante metodologías participativas adecuadas para proteger su salud mental y lograr mayor participación en la recuperación exitosa de su familiar.

RESULTADO 2	LÍNEA DE BASE	INDICADORES PLANIFICADOS	INDICADORES REALIZADOS	RAZONES DE CUMPLIMIENTO Y/O INCUMPLIMIENTO	ANÁLISIS E INTERPRETACION
Familiares y cuidadores conocen medidas concretas para proteger su salud y participan en la recuperación de su familiar.	<p>Los familiares de los pacientes del servicio de psiquiatría del hospital del IESS desconocen las medidas para proteger su salud mental.</p> <p>La actitud de los familiares frente al paciente era de temor e impotencia por el desconocimiento.</p> <p>Pacientes con problemas de salud mental.</p>	<p>100% de los asistentes a las actividades educativas conocen las medidas para proteger su salud mental</p> <p>80% de los familiares cambian su actitud frente al paciente y su responsabilidad con él.</p> <p>90% de pacientes y familiares mejoran su salud mental.</p>	<p>100% de los asistentes a las actividades educativas conocen las medidas para proteger su salud mental</p> <p>El 80% de los familiares cambian su actitud frente al paciente y su responsabilidad.</p> <p>El 90% de familiares mejoran su salud mental.</p>	<p>Se alcanzó la meta porque los familiares fueron motivados, la metodología fue participativa y la temática respondía a sus necesidades.</p> <p>Los familiares conocen como atender a sus pacientes y que pueden esperar de ellos, lo que facilita su actuación frente a la enfermedad.</p> <p>Se adoptaron medidas fundamentada en la ciencia y en la praxis.</p>	<p>La motivación, el conocimiento y la satisfacción de necesidades, son aspectos decisivos para que las personas sean estas pacientes o trabajadores, dediquen tiempo a actividades fuera del hogar o del horario de trabajo.</p> <p>El conocimiento permite la comprensión de la realidad y orienta las actitudes y comportamientos.</p> <p>Toda medida adoptada en gestión debe fundamentarse en el conocimiento de la ciencia y de la realidad.</p>

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EFICACIA E IMPACTO

OBJETIVO 3: Establecer una guía de cuidado de la salud mental mediante el aporte del personal del servicio y las experiencias con los pacientes y sus familiares, para iniciar una cultura de promoción y prevención en el servicio de psiquiatría tanto en hospitalización como en la consulta externa y en las unidades ambulatorias del IESS.

RESULTADO 3	LINEA DE BASE	INDICADORES PLANIFICADOS	INDICADORES REALIZADOS	RAZONES DE CUMPLIMIENTO Y/O INCUMPLIMIENTO	ANALISIS E INTERPRETACION
Guía de cuidado de la salud mental formulado, socializado y distribuido en la consulta externa del hospital y en los centros de atención ambulatoria de la ciudad.	No existe ningún tipo de información respecto al cuidado de la salud mental para distribución a pacientes y familiares de las unidades de atención del IESS	<p>100% del personal de consulta externa y de hospitalización instruido en el contenido y manejo de la guía</p> <p>50% del personal de de las unidades anexas instruido en el contenido y manejo de la guía.</p> <p>100% de los pacientes y familiares que concurren a la consulta externa de psiquiatría reciben la guía.</p>	<p>El 100% del personal de consulta externa y de hospitalización instruido en el manejo de la guía.</p> <p>50% del personal de de las unidades anexas instruido en el contenido y manejo de la guía</p> <p>100% de los pacientes y familiares que concurren a la consulta externa de psiquiatría reciben la guía</p>	<p>Todo el personal del servicio de hospitalización participó en el proyecto y conoce la guía desde su diseño.</p> <p>Dado el tiempo para la ejecución del proyecto se escogió el 50% de las unidades ambulatorias del IESS, por esa razón no conocen el 100%de estas.</p> <p>El cumplimiento de este indicador es inicial por que una vez socializado, los profesionales hicieron excelentes sugerencias para mejorarla, razón por la que solo se distribuyó las primeras 100, quedando en proceso la reedición y distribución en todos los centros</p>	El medio de comunicación impreso es muy importante porque provee información de mayor perdurabilidad que otros medios, puede ser analizada, discutida y socializada, por esa razón debe ser cuidadosamente elaborada. Es muy importante su revisión por varios grupos de personas desde los expertos, los técnicos, académicos y usuarios, para lograr el éxito en la comunicación

MATRIZ DE EVALUACIÓN DE EFICACIA E IMPACTO

OBJETIVO GENERAL: Implementar una estrategia de atención integral de salud mental con participación activa del equipo de salud del servicio de psiquiatría, del hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo, para prevenir problemas de salud mental en los familiares y cuidadores de pacientes y mejorar la calidad de atención del servicio.

PROPOSITO	LINEA DE BASE	INDICADORES PLANIFICADOS	INDICADORES REALIZADOS	RAZONES DE CUMPLIMIENTO Y/O INCUMPLIMIENTO	ANALISIS E INTERPRETACION
Personal del servicio de psiquiatría, capacitado y aplicando, medidas preventivas para mantener una buena salud mental a familiares y /o cuidadores	<p>15% de los familiares concurren a las actividades programadas en relación al paciente.</p> <p>10% de los familiares participaban activamente en el cuidado de los pacientes</p> <p>0% debido a que no se diagnosticaba y trataba los</p>	<p>90% de los familiares concurren a las actividades educativas programadas.</p> <p>60% de familiares intervienen activamente en el cuidado del paciente</p> <p>80% de los familiares mejoran los signos y</p>	<p>100% de los familiares participaron en las actividades educativas para el cuidado de la salud mental</p> <p>90% de familiares intervienen activamente en el cuidado del</p> <p>100% de los familiares mejoran los</p>	<p>Se ha sobrepasado la meta debido al trabajo de motivación y a los resultados obtenidos en cada sesión.</p> <p>El cumplimiento que sobrepasa la meta se debe a que la intervención fue oportuna y adecuada, tanto</p>	<p>El desconocimiento y los modelos mentales de la población impiden los cambios comportamentales y se niegan las oportunidades de mejoramiento, tanto personales como familiares. Es por esto que la atención integral demanda:</p> <ul style="list-style-type: none"> *Conocimiento de la situación *Motivación, *Educación *Participación activa *Acompañamiento del personal de salud, sobre todo cuando se adquieren nuevos paradigmas y comportamientos. <p>Por lo general los problemas de salud mental de los familiares son ocasionados por el estímulo de la enfermedad de su</p>

	problemas de salud mental a los familiares.	síntomas de problemas de salud mental	signos y síntomas de problemas de salud	en la educación sobre el cuidado de la salud mental y la intervención terapéutica estimulando la asistencia a las terapias y el cuidado en el hogar.	paciente, por eso la educación y terapéutica temprana, así como la aplicación de medidas preventivas solucionan en corto plazo las alteraciones de salud mental.
--	---	---------------------------------------	---	--	--

8.9. SOSTENIBILIDAD

Para la Sostenibilidad del proyecto se cuenta con varias estrategias:

1. El proyecto pasa a formar parte de las estrategias de atención integral a pacientes psiquiátricos del servicio, debido a que es la indicación protocolaria del tratamiento que en el servicio no se había aplicado aún. A esta situación se añade los resultados exitosos de su aplicación que en la mayoría de los indicadores se sobrepasaron las metas
2. Participación activa de todo el personal del servicio de psiquiatría en la ejecución del proyecto, quienes han constatado los resultados alcanzados y han incorporado en su trabajo cotidiano.
3. Satisfacción de los familiares o cuidadores de los pacientes psiquiátricos quienes demandarán la atención del servicio para ellos. Al respecto se analizó con el equipo de salud la conveniencia de impulsar la organización de familiares de los pacientes.

9. RESULTADOS

9.1. PROPOSITO

SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO APLICANDO LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN INTEGRAL PARA PREVENIR PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LOS FAMILIARES Y CUIDADORES DE LOS PACIENTES.

El propósito del proyecto se alcanzó mediante el desarrollo de los tres componentes planeados, los cuales abordaron aspectos contributivos para lograr el éxito, cada uno con su dinámica propia y resultados sumaron los elementos necesarios para que en el servicio de psiquiatría del hospital “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, todo el personal aplique la estrategia propuesta, beneficiando a los pacientes, familiares, al servicio y a la institución.

METODOLOGIA DE TRABAJO

1. Capacitación al personal del servicio de psiquiatría, sobre medidas preventivas para mantener una buena salud mental a familiares y /o cuidadores como parte de la atención integral al paciente psiquiátrico.
2. Educación a familiares y cuidadores sobre medidas concretas para proteger su salud mental y participar en la recuperación de su familiar.
3. Aplicación de medidas psicoterapéuticas para controlar problemas de salud mental detectadas en el diagnóstico de base y para prevenir futuros complicaciones, tanto para el familiar o cuidador como para el paciente.
4. Difusión de la guía “Cuidado de la Salud Mental” a nivel de pacientes, familiares y cuidadores de pacientes psiquiátricos, en la consulta externa del hospital y centros de atención ambulatoria del IESS.

RESULTADOS

1. 100% de los familiares participaron en las actividades educativas para el cuidado de la salud mental
2. 90% de familiares intervienen activamente en el cuidado del paciente con el apoyo del personal del servicio, que fue disminuyendo paulatinamente hasta que solo requirió controles indirectos.
3. 100% de los familiares mejoran los signos y síntomas de problemas de salud mental gracias a la educación sobre la enfermedad de su familiar y el apoyo psicoterapéutico realizado como parte constitutiva del cuidado integral al paciente psiquiátrico.

9.2. COMPONENTES

RESULTADO N° 1

PERSONAL DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA, CAPACITADO Y APLICANDO, MEDIDAS PREVENTIVAS PARA MANTENER UNA BUENA SALUD MENTAL A FAMILIARES Y /O CUIDADORES COMO PARTE DE LA ATENCION INTEGRAL AL PACIENTE PSIQUIATRICO

Para alcanzar este resultado se partió del diagnóstico situacional de base y se incorporaron los aspectos encontrados en el análisis de los involucrados, tanto de los familiares como del equipo de salud mental del servicio. La importancia de la capacitación radica en la aplicación sostenida de los nuevos comportamientos para asegurar su sostenibilidad. Por ello un aspecto importante fue el acompañamiento permanente hasta la última evaluación de los familiares intervenidos realizada al finalizar el proyecto.

METODOLOGIA DE TRABAJO

1. Motivación al personal de psiquiatría para la implementación de esta estrategia, con el fin de mejorar la calidad de atención del paciente afiliado y sus familiares, mediante la socialización del proyecto y una conferencia “La salud Mental en la sociedad actual”, ofrecida por un experto externo a la institución.
2. Formulación del programa de capacitación
3. Implementación del programa, mediante la participación del jefe de servicio, la psicóloga y la maestrante.(Residente 1)
4. Ejecución del programa en el servicio con aplicaciones prácticas en los familiares que se encontraban en el servicio de consulta externa.
5. Evaluación del programa, y planteamiento de estrategias para el sostenimiento del proyecto.
6. Propuesta de coordinación con el departamento de docencia para establecer un programa de educación permanente, considerando que vendrán nuevos residentes y los cambios de personal por jubilación.

IMPLEMENTACIÓN

1. Programa educativo formulado y gestionado.
2. 100% de los contenidos desarrollados.
3. El 100% del personal asistió puntualmente al desarrollo del curso.
4. El componente práctico del programa se realizó a partir del mes de octubre en el servicio de hospitalización con los familiares o cuidadores que participaron en este proyecto.
5. Para la consolidación del aprendizaje, el jefe del servicio y la maestrante realizaron un acompañamiento al personal hasta el mes de marzo en que finalizó el proyecto.

6. En la evaluación sugieren que se realicen actualizaciones más frecuentes y que se formulen protocolos y normas de cuidado integral a pacientes psiquiátricos.

RESULTADOS DEL CURSO

1. Programa Psicoeducativo para aplicar a los familiares de los pacientes elaborado por el equipo de salud del servicio de Psiquiatría formulado y aplicándose exitosamente en el 100% de los familiares que concurren al servicio.
2. El 80% de familiares y pacientes estuvieron satisfechos con la atención después del curso (Encuesta de Satisfacción a familiares y pacientes).



SOCIALIZACIÓN DE PROYECTO EN EL SERVICIO



DESARROLLO DE CURSO PERSONAL PARTICIPANTE EN LA CAPACITACIÓN



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**HOSPITAL REGIONAL DEL IESS
Dr. TEODORO MALDONADO CARBO**

**IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA INTEGRAL
DE SALUD MENTAL PARA FAMILIARES Y
CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS
HOSPITAL DEL IESS “Dr. TEODORO MALDONADO
CARBO”.**

**PROGRAMA DE CAPACITACION
PERSONAL DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA**

GUAYAQUIL, Septiembre – Octubre de 2011

RESULTADO Nº 2

FAMILIARES Y CUIDADORES CONOCEN MEDIDAS CONCRETAS PARA PROTEGER SU SALUD Y PARTICIPAN EN LA RECUPERACIÓN DE SU FAMILIAR

Uno de los componentes de la atención integral a los pacientes psiquiátricos es la participación de la familia o cuidadores. Para que esta sea exitosa es necesario que tengan una buena salud mental. Uno de los factores preponderantes es el conocimiento que tenga de la enfermedad de su familiar, el tratamiento que debe llevar y su evolución. Otro aspecto muy importante es el conocimiento sobre el cuidado de su salud mental y el apoyo terapéutico específico, brindado en forma oportuna por el equipo de salud para prevenir trastornos en el familiar o complicaciones en los pacientes.

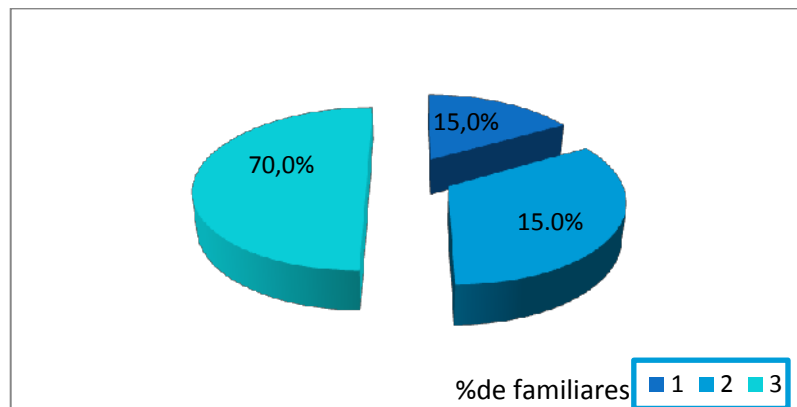
METODOLOGIA DEL TRABAJO

1. Motivación a los familiares y cuidadores de los pacientes hospitalizados en el servicio de psiquiatría.
2. Establecimiento de una línea de base sobre la salud mental de los familiares o cuidadores de los pacientes.
3. Formulación del programa psicoeducativo para el cuidado de la salud mental.
4. Apoyo terapéutico de acuerdo a las características de cada familiar o cuidador.
5. Acompañamiento al familiar en el cuidado a su paciente.
6. Enseñanza y estimulación para realizar autoevaluación periódica.
7. Evaluación mensual de los progresos de los familiares por el equipo de salud.

RESULTADOS

1. De todos los pacientes hospitalizados en el periodo de intervención, asistieron a la educación y apoyo terapéutico al menos un familiar y hasta tres.

GRAFICO N° 1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NÚMERO DE FAMILIARES
ACOMPÑANTES PARTICIPANTES EN LA EDUCACIÓN



Fuente: Registro de asistentes a la educación y terapia de apoyo. Marzo 2011

2. EL 100% de los familiares o cuidadores que participaron en la psicoeducación y terapia de apoyo conocen las medidas para proteger su salud mental.
3. El 80% de los familiares cambian su actitud frente al paciente y su responsabilidad.
4. El 90% de familiares mejoran su salud mental.
5. 80% de los familiares cambian su actitud frente al paciente y su responsabilidad con él.



FAMILIARES EN LA SALA DE ESPERA PARA LA PSICOEDUCACIÓN

RESULTADO N°3

GUIA DEL CUIDADO DE LA SALUD MENTAL DIFUNDIDO A NIVEL DE PACIENTES, FAMILIARES Y CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUIATRICOS, EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL Y CENTROS DE ATENCIÓN AMBULATORIA DEL IESS.

Uno de los mecanismos más efectivos para la prevención es la información y la educación. Respecto al cuidado de la salud mental es necesario buscar mecanismos para difundir a la mayor cantidad de población, es por ello que uno de los mecanismos de sostenibilidad de este proyecto es la difusión para crear una cultura de prevención tanto en los usuarios y sus familiares, como en el equipo de salud y las autoridades de las instituciones de salud, en este caso del IESS.

METODOLOGIA

1. Análisis de los procesos y resultados de la intervención a la fecha.
2. Conformación del comité de redacción del que forma parte la maestrante.
3. Gestión de recursos financieros
4. Estructuración y redacción de la guía
5. Edición y reproducción

6. Socialización de la guía a nivel del hospital y de las unidades de cuidados ambulatorios del IESS inicialmente tres. En las demás seguirá realizando el comité.
7. Instrucción en el manejo de la guía y charla a las licenciadas de enfermería y al personal médico, para su difusión entre el personal de cada uno de los servicios y posteriormente a los usuarios.

RESULTADOS

1. Guía de “Cuidado de la salud mental” editada.
2. Reproducción de 100 ejemplares para prueba, corrección y edición definitiva
3. Costo de los 1000 ejemplares financiado
4. El 100% del personal seleccionado de consulta externa y de hospitalización instruido en el manejo y contenido de la guía.
5. El 100% de los centros de atención ambulatoria programados, están instruidos en el manejo y contenido de la guía.
6. Encuesta de opinión sobre la guía a personal del Hospital y centros de atención ambulatoria en proceso.
7. Colaboración y participación activa de las Unidades del IESS para las reuniones.



COMITÉ DE REDACCIÓN DE GUÍA

DISTRIBUCIÓN DE LA GUIA A
USUARIOS



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**HOSPITAL REGIONAL DEL IESS
Dr. TEODORO MALDONADO CARBO
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA**



GUAYAQUIL, Septiembre – Octubre de 2010

10. CONCLUSIONES

1. La motivación, el conocimiento y la satisfacción de necesidades, son aspectos decisivos para que las personas sean estas pacientes, familiares o personal de salud, tomen la decisión de participar o involucrarse en actividades preventivas para el cuidado de la salud mental.
2. Por lo general los problemas de salud mental de los familiares son ocasionados por el estímulo de la enfermedad de su paciente, por eso la educación y terapéutica temprana, así como la aplicación de medidas preventivas solucionan en corto plazo las alteraciones de salud mental.
3. La atención integral que incluye conocimiento del familiar o cuidador de la situación terapéutica del paciente, la motivación, psicoeducación, medidas preventivas para proteger la salud mental y la participación activa en el manejo del paciente, evitan o disminuyen daños en la salud mental de los familiares y la recuperación adecuada del paciente en su entorno.
4. La difusión de medidas concretas del cuidado de la salud mental, constituye una herramienta fundamental para las personas que conviven con familiares con trastornos mentales, para proteger su salud mental y contribuir adecuadamente en el tratamiento y cuidado del paciente.

11. RECOMENDACIONES

1. Monitorear el cumplimiento de la estrategia de atención integral en salud mental adoptada por el servicio para garantizar su cumplimiento sostenido a pesar de cambios de directivos, personal de planta o pasantes.
2. Establecer en forma sistemática un programa de educación permanente respecto al cuidado integral mediante la estrategia de inclusión al familiar en todos los componentes desarrollados en el proyecto
3. Que el equipo de salud incentive la organización de un grupo de apoyo con los familiares o cuidadores, para que contribuyan con el conocimiento adquirido y su experiencia en el manejo del paciente desde el hogar, contribuyendo sustancialmente a evitar complicaciones a los pacientes y prevenir trastornos secundarios en los familiares
4. Que el comité de redacción de la guía se constituya en un comité de difusión que continúe con la revisión y mejoramiento de la guía para una segunda edición, y para el seguimiento de la difusión de esta a nivel local, regional y nacional.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. Atención comunitaria a personas con trastornos psicóticos. Abril 30 2005. Sepúlveda R. OPS. Recuperado febrero 23 de 2011 de <http://www.portalsaludmental.com/index.php/News/2005/4/30/nueva-publicaci-ops-atencion-comunitaria-a-personas-con-trastornos-psicotico>
2. Bello, A. Y Crego, A. (2003) *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos*. Bilbao, Desclée de Brouwer SA.
3. Caldas J. (2007) Implementación de Políticas y Planes de Salud Mental en América Latina. *Rev Psiquiatr Urug* ;71(2):111-116.
4. Carga de los trastornos mentales y conductuales. (2001) Organización Mundial de la Salud. Recuperado Febrero 20 2011 de www.who.int/whr/2001/es/index.html
5. Clasificación de los trastornos mentales CIE-10.(2004). Organización Mundial de la Salud. Recuperado Febrero 22/ 2011 de www.who.org/mental-health
6. Comunidad de Madrid: Consejería de Servicios Sociales.(2001) *“Rehabilitación Laboral de personas con enfermedad mental crónica: Programas básicos de intervención”*. Madrid, IMSERSO.
7. Croake J., Kelly F. (2002) *Structured group couples therapy with schizophrenic and bipolar patients and their wives*. *J Individ Psychol*. 58: 76 .
8. *Día Mundial de la Salud Mental. Políticas y prácticas para la Salud Mental en Europa*. Octubre 16 2008. Organización Mundial de la Salud. Recuperado Febrero 20 2011 del www.infocop.es/view_article.asp?id=2062
9. Gabbard G., Kay J. (2001) *The Fate of Integrated Treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrists?* *Am J Psychiatry* 12:158.
10. Grieve J. , Gnanasekaran L. (2000) “Neuropsicología para Terapeutas Ocupacionales. Evaluación de la Percepción y Cognición”. Madrid. Ed. Panaméricana.

11. Hattie, J.A.; Myers, J.E.; Sweeney, T.J. (2004). *A factor structure of wellness: Theory, assessment, analysis and practice. Journal of Counseling and Development* **82**: 354-364.
12. Liberman R., Kopelowics A., Smith T. (2003) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 9 ed.* Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
13. Litrel K.(2001) *Current Issues in the Psychopharmacology of Schizophrenia.* Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
14. López-Ibor Aliño, Juan J. & Valdés Miyar, Manuel (dir.) (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.* Barcelona: Masson.
15. Louro I., Infante C., Cuesta D. (2002). *Manual para la intervención en la Salud Familiar.* La Habana. CIP Editorial Ciencias Médicas.
16. Myers, J.E.; Sweeny, T.J.; Witmer, J.M. (2000). *The wheel of wellness counseling for wellness: A holistic model for treatment planning. Journal of Counseling and Development.* 78):251-266.
17. Phillips, K., First M., Pincus H. (2005). *Avances en el DSM. Dilemas en el diagnóstico psiquiátrico,* Barcelona: Elsevier-Masson.
18. Piper W., Joyce A. *Psychosocial Treatment Outcome.* (2001) *Handbook of Personality Disorders: Theory Research and Treatment.* New York: Guilford Press.
19. Project Atlas: Resources for mental Health. (2005). Pan-American Health Organization. Recuperado Febrero 23 del 2011 de http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/en/
20. Richards, P.S.; Bergin, A. E. (2000). *Handbook of Psychotherapy and Religious Diversity (tr.es. "Manual de psicoterapia y diversidad religiosa"),* Washington D.C. Asociación estadounidense de psicología.
21. Rodríguez A. (2003). *Atención comunitaria, rehabilitación psicosocial, y apoyo social.* Min Val, 5: 23-41.

22. Romero D., Moruno P. (2003). *Terapia Ocupacional: Teoría y Técnicas*. Barcelona, Masson.
23. Sadock B., Sadock V. (2003). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
24. Salud Mental y enfermedades de larga evolución: la necesidad de cuidados continuos e integrales. Octubre 10 de 2010. Organización Panamericana de Salud. Recuperado Febrero 24 de 2011 de www.new.paho.org/bulletins/index
25. Salud mental y física durante toda la vida. 11 de octubre de 2005. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Washington, D.C. Recuperado de www.paho.org/Spanish/DD/PIN/ps051006.htm.
26. Sánchez O. (2001). Rehabilitación laboral en las personas con enfermedad mental crónica. *Rev Ter Ocup* 27: 79-86.
27. The Future of Psychiatric Diagnosis: Making Us Crazy?. 30 July 2010. Kara Rogers. Recuperado febrero 17 de 2011 de www.britannica.com/blogs/2010/07/
28. Weare K. (2000). *Promoting mental, emotional and social health: A whole school approach*. Londres: RoutledgeFalmer Ed.

13. ANEXOS

ANEXO 2

PROYECTO: IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL PARA FAMILIARES Y/O CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUITRICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO (IESS) DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.

ENTREVISTA A PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

1. ¿Cuáles son los aspectos psiquiátricos que se deberían aplicar para brindar una atención integral a los pacientes atendidos en el servicio de psiquiatría de este hospital?
2. Cuáles de los aspectos señalados se practican cotidianamente en el servicio?
3. De las patologías tratadas en el servicio, cuáles cree que son las que afectan la salud mental de los familiares o cuidadores del paciente.
4. ¿Cómo afectan?
5. ¿Cuáles son las acciones profesionales que se practican cotidianamente para preservar la salud mental del familiar o cuidador de los pacientes atendidos en este servicio?
6. De acuerdo a la respuesta del numeral anterior pregunte: Por qué se practican (o no se practican) estas medidas?

IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA DE SALUD MENTAL PARA FAMILIARES Y/O CUIDADORES DE PACIENTES PSIQUITRICOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DR. TEODORO MALDONADO CARBO (IESS) DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL.

ENTREVISTA A FAMILIARES Y/O CUIDADORES DE PACIENTES ATENDIDOS EN EL DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

1. ¿Cuáles son las características más importantes de la enfermedad de su familiar.
2. Cómo?
3. Alguien le ha dado información sobre los cuidados que debe tener su familiar en el hogar?
4. Cree Ud. Que la enfermedad de su familiar afecta la salud mental de la familia?.

DIAGNOSTICO BASE DE FAMILIARES

1) Gallo Guaranda Lucia con ID: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos de 49 años

Familiar.: Sofia Lucio Guaranda hija con depresión leve mas insomnio
Telmo Lucio conviviente : crisis de ansiedad .

2) Culqui Carvajal Manuel con ID.: Trastorno de ansiedad, alcoholismo, mas depresión moderada de 47 años

Familiar: conviviente Maria Sagne depresión moderada mas autoestima baja.

Hija Maria Culqui depresión leve mas falta de concentración en tareas

3) Alcivar Alcivar Manuel : tentativa de suicidio por órgano fosforado de 37 años

Familiar: esposa Leonor Aspiazu depresión grave mas trastorno del sueño

Hijo Marco Alcivar: irritabilidad mas ansiedad

Hija Coralia Alcivar déficit de atención mas ansiedad

4) Sarango Gutierrez Carlos : síndrome delirante (esquizofrenia) de 50 años

Hermana: Rosa Sarango .: Melancolía mas stress familiar

Madre: Irena Gutierrez .: depresión severa mas ideas de muerte

Padre Aurelio Sarango : depresión moderada ,alzheimer

5) Garcia Barros Rody .: Trastorno Bipolar episodio de manía de 51 años

Conviviente: depresión moderada mas ansiedad

Hijo Rody Garcia desinterés por la vida

6) Solis Guerra Juana : Esquizofrenia paranoide de 52 años

Hermana Zoils Solis irritabilidad y agresividad

Hermano Homero Solis : ansiedad y sentimientos de culpa

7)Marin Vergara Julio Cesar :Trastorno Bipolar ,insomnio de 68 años con un fondo de depresión psicótica.

Madre: Hermencia Vergara : crisis de ansiedad y depresión reactiva

8)Magallanes Roriguez Liborio: depresión con síntomas psicóticos de 60 años

Esposa Julia Ordoñez :crisis de ansiedad

Hijo Emilio Magallanes .: Desesperanza , stress laboral y familiar

Nuera_Silvana Acosta.: depresión leve mas irritabilidad

9)Santana Cedeño Rositer Síndrome depresivo con 52 años

Hija Gloria Santana :insomnio

Hijo Santiago Santana : Insomnio

10)Jimenez Franco Douglas : ansiedad organica y estress postraumático de 22 años

Madre Amelia Arias : depresión leve mas duelo

Hermanastro : rritabilidad mas agresividad, depresión enmascarada

11)Quezada Patiño Abraham : Alcoholismo de 62 años

Conviviente: Paola Cuero _:depresión moderada ,tentativa de suicidio

Hijo Geancarlo Quezada :Tentativa de suicidio mas depresión moderada

12)Paredes Villagran Silvia : Síndrome conversivo mas depresión reactiva de 31 años

Esposo Pedro Soria : depresión mas ansiedad

Hijo Leopoldo Soria : ansiedad mas baja autoestima

13) Cortez Bajaña Jorge : Trastorno de ansiedad mas depresión de 38 años de edad

Primo Enrique Quevedo Bajaña : ansiedad ,irritabilidad

Esposa del `primo Isabel Perez : ansiedad reactiva

14)Barco Rizzo Estela : Depresion mayor ,tentativa de suicidio de 55 años

Hija Nadia Navas : ansiedad moderada

Hija Nataly Navas : baja autoestima

15) Maldonado Pincay Esmeraldas : Trastorno depresivo sin síntomas psicoticos de 32 años

Conviviente Teresa Pluas : ansiedad generalizada.

16)Arias Felix Nancy : Depresion moderada mas ansiedad de 32 años

Madre: Alexandra Felix : insomnio, depresión leve

17)Calero Cecilia Maria: Esquizofrenia Paranoide de 52 años

Hermana Johanna Calero : crisis de ansiedad reactivas

Hermana Ivette Calero : depresión leve .insomnio

18)Almeida Rivas Rosalia : Trastorno de ansiedad, depresión moderada de 34 años

Conviviente: Juan Francisco Roca : irritabilidad y agresividad mas alcoholismo

Hija : Tania Almeida : ansiedad leve baja autoestima

19)Jouteaux Rosero Denisse : Depresion moderada de 35 años

Madre Elena Maria Rosero : demencia senil

Hermana Cruz Jouteaux : ansiedad

20)Mendoza Alcivar Roberto : tentativa de suicidio de 40 años

Hijo Felipe Mendoza : irritabilidad, consumo de sustancias

Hija Maria Fernanda : ansiedad mas depresión moderada.

COMPARACION DEL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDADES POR MES

1)Gallo Guaranda Lucia con ID: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos de 49 años

Familiar.: Sofia Lucio Guaranda hija con depresión leve mas insomnio.

- Primera sesión: apática, retraída, anorexia.
- Segunda sesión: colaboradora, leve mejoría de insomnio.
- Tercera sesión: participativa, mejor adaptación al medio en que se desenvuelve.

Telmo Lucio conviviente: crisis de ansiedad .

- En la segunda entrevista luego de las charla de psicoeducación encontramos, que el Sr. Lucio presenta buena adaptación y tolerancia al stress como las presiones ambientales.
- En la tercera sesión, tiene ahora mayor capacidad de concentración, actitudes de confianza, con mejor conciliación del sueño.

2)Culqui Carvajal Manuel con ID.:Trastorno de ansiedad, alcoholismo,mas depresión moderada de 47 años.

Familiar: conviviente Maria Sagne depresión moderada mas autoestima baja.

- En la primera sesión todavía presenta conducta indecisa, aislamiento, y falta de flexibilidad a la adaptación.

- A la segunda sesión, logra ver por sí misma la necesidad de reintegrarse a la sociedad y tratar de establecer soluciones.
- En la tercera sesión, desapareció su agitación, ansiedad y pesimismo.

Hija Maria Culqui depresión leve mas falta de concentración en tareas.

- En la `primera sesión, presentó apatía extrema, anorexia e insomnio.
- En la segunda sesión disminuyeron los síntomas y estaba más colaboradora.
- En la tercera sesión, flexibilidad a la adaptación, tolerancia al stress, y eficiencia para ejecutar acciones usuales de concentración.

3) Alcivar Alcivar Manuel : tentativa de suicidio por órgano fosforado de 37 años.

Familiar: esposa Leonor Aspiazu depresión grave mas trastorno del sueño.

- En la primera sesión, anorexia, insomnio, aislamiento.
- En la segunda sesión, mejora su insomnio y anorexia, más colaboradora.
- Tercera sesión, desaparece la anorexia e insomnio, se muestra más colaboradora con planes a futuro

Hijo Marco Alcivar: irritabilidad mas ansiedad.

- Primera sesión, pobre tolerancia al stress, apatía extrema, poco colaborador.

- Segunda sesión, moderadamente colaborador, todavía se le torna difícil encontrar respuestas para solucionar sus problemas.
- Tercera sesión, colaborador en los talleres con buena predisposición al futuro.

Hija Coralía Alcivar déficit de atención mas ansiedad.

- Primera sesión, apática, no colaboradora.
- Segunda sesión, no asiste.
- Tercera sesión, conducta indecisa y aislamiento, sin deseos de colaborar.

4) Sarango Gutierrez Carlos : síndrome delirante (esquizofrenia) de 50 años.

Hermana: Rosa Sarango : Melancolía mas stress familiar.

- Primera sesión, conducta indecisa y aislamiento.
- Segunda sesión, persiste la pobre adaptabilidad al stress, pobre colaboración.
- Tercera sesión, mejora su melancolía con predisposición a las charlas psicoeducativas.

Madre: Irene Gutiérrez : depresión severa mas ideas de muerte

- Primera sesión, apatía extrema, tristeza, sin motivación.
- Segunda sesión, mejor ánimo, sin ideas de muerte, más colaboradora.

- Tercera sesión, enfrenta mejor los problemas con su hijo, tiene mejor adaptación y tolerancia hacia el paciente.

Padre Aurelio Sarango: depresión moderada, alzheimer.

- Primera sesión, pérdida de la eficiencia para ejecutar acciones usuales, más actitudes de desconfianza.
- Segunda sesión, mejor ánimo, mejor concentración para las tareas, más incentivado para acudir a las charlas.
- Tercera sesión, mejor adaptación al medio en que se desenvuelve y bastante colaborador en las sesiones, ya habla del problema de su hijo sin sentir vergüenza y menosprecio.

5)Garcia Barros Rody .:Trastorno Bipolar episodio de mania de 51 años

Conviviente: depresión moderada mas ansiedad.

- Primera sesión, apática, no colaboradora.
- Segunda sesión, sensibilidad extrema y conducta hipocondriaca.
- Tercera sesión, decide que la solución de su problema es separarse de su esposo.

Hijo Rody Garcia: desinterés por la vida.

- Primera sesión, apatía y desinterés.
- Segunda sesión, moderadamente colaborador.
- Tercera sesión, desea ayuda, pero siempre y cuando estén pendientes de él.

6) Solis Guerra Juana : Esquizofrenia paranoide de 52 años.

Hermana Zoils Solis: irritabilidad y agresividad.

- Primera sesión, demandante, no colaboradora.
- Segunda sesión, moderadamente colaboradora.
- Tercera sesión, colaboradora, bastante incentivada, interactúa con otros familiares.

Hermano Homero Solis : ansiedad y sentimientos de culpa.

- Primera sesión, asiste pero no participa.
- Segunda sesión, colabora pero continúa con sentimientos de culpa.
- Tercera sesión, comunica que está tomando ayuda psicológica de manera particular.

7) Marín Vergara Julio Cesar: Trastorno Bipolar, insomnio de 68 años con un fondo de depresión psicótica.

Madre: Hermencia Vergara: crisis de ansiedad y depresión reactiva.

- Primera sesión, triste melancólica, no participa.
- Segunda sesión, mayor participación, mejor humor.
- Tercera sesión, participa y asiste a reuniones de pintura.

8) Magallanes Rodríguez Liborio: depresión con síntomas psicóticos de 60 años.

Esposa Julia Ordoñez: crisis de ansiedad.

- Primera sesión, bastante ansiosa, colaboradora con muchas preguntas.
- Segunda sesión, colaboradora, disminuye su ansiedad, se siente más tranquila al lidiar con su esposo.
- Tercera sesión, es parte del grupo de costura que han formado.

Hijo Emilio Magallanes : Desesperanza , stress laboral y familiar.

- Primera sesión, tímido, poco colaborador.
- Segunda sesión, colaborador, hiperactivo.
- Tercera sesión, colaborador con buen ánimo.

Nuera_Silvana Acosta.: depresión leve más irritabilidad.

- Primera sesión, enojo e irritabilidad por tener que vivir con sus suegros.
- Segunda sesión, más colaboradora, comprende mejor la enfermedad.
- Tercera sesión, participa en las charlas.

9)Santana Cedeño Rositer: Síndrome depresivo con 52 años.

Hija Gloria Santana: insomnio.

- Primera sesión, disminuye el insomnio, más falta de concentración.
- Segunda sesión, buen ánimo, más colaboradora, sin insomnio.
- Tercera sesión, motivada a seguir asistiendo a talleres de capacitación.

Hijo Santiago Santana : Insomnio.

- Primera sesión, asiste y no colabora.
- Segunda sesión, no asiste.
- Tercera sesión, poco colaborador, persiste su insomnio.

10) Jimenez Franco Douglas : ansiedad orgánica y stress postraumático de 22 años.

Madre Amelia Arias : depresión leve mas duelo.

- Primera sesión, poco colaboradora con labilidad al llanto.
- Segunda sesión, más colaboradora, acepta pertenecer al grupo de costura.
- Tercera sesión, con mucha iniciativa, han desaparecido sus síntomas de depresión.

Hermanastro: Irritabilidad mas agresividad, depresión enmascarada.

- Primera sesión, irritable agresivo, no colabora.
- Segunda sesión, apático, poco colaborador.
- Tercera sesión, colaborador, con disminución de su irritabilidad.

11) Quezada Patiño Abraham : Alcoholismo de 62 años.

Conviviente: Paola Cuero: depresión moderada ,tentativa de suicidio.

- Primera sesión: poco colaboradora, retraida.

- Segunda sesión: colaboradora, han desaparecido síntomas de depresión.
- Tercera sesión: mucha iniciativa, piensa iniciar negocio de comida.

Hijo Geancarlo Quezada: Tentativa de suicidio mas depresión moderada.

- Primera sesión: irritable, poco comunicativo.
- Segunda sesión: mejor estado de ánimo, más colaborador.
- Tercera sesión: tiene mayor motivación para seguir asistiendo a talleres.

12) Paredes Villagrán Silvia: Síndrome conversivo mas depresión reactiva de 31 años.

Esposo Pedro Soria : depresión mas ansiedad.

- Primera sesión: ansioso, poco colaborador.
- Segunda sesión: más relajado, colaborador.
- Tercera sesión: participativo, realiza preguntas.

Hijo Leopoldo Soria: ansiedad más baja autoestima.

- Primera sesión: Tímido, no participa.
- Segunda sesión: no asiste.
- Tercera sesión: poco colaborador, intenta integrarse.

13) Cortez Bajaña Jorge: Trastorno de ansiedad más depresión de 38 años de

edad.

Primo Enrique Quevedo Bajaña: ansiedad, irritabilidad.

- Primera sesión: poco colaborador, irritable.
- Segunda sesión: trata de comprender mejor situación de primo.
- Tercera sesión: Colaborador, pero preocupado por relación con su esposa.

Esposa del `primo Isabel Perez : ansiedad reactiva.

- Primera sesión: ansiosa, enojado por primo de esposo en casa.
- Segunda sesión: colaboradora, participativa.
- Tercera sesión: más comprensiva.

14) Barco Rizzo Estela: Depresión mayor, tentativa de suicidio de 55 años.

Hija Nadia Navas: ansiedad moderada.

- Primera sesión: ansiosa, no colabora.
- Segunda sesión: poco asertiva, trata de comprender enfermedad.
- Tercera sesión: colaboradora, mejor control de nivel de ansiedad.

Hija Nataly Navas: baja autoestima.

- Primera sesión: retraída, tímida, no colabora.
- Segunda sesión: poco interés en la sesión.
- Tercera sesión: leve mejoría en la comprensión de la enfermedad.

15) Maldonado Pincay Esmeraldas: Trastorno depresivo sin síntomas psicóticos de 32 años.

Conviviente Teresa Pluas: ansiedad generalizada.

- Primera sesión: ansiosa, pero con bastantes preguntas.
- Segunda sesión: mejor control de ansiedad por comprensión de la enfermedad.
- Tercera sesión: bastante colaboradora.

16) Arias Felix Nancy: Depresión moderada mas ansiedad de 32 años

Madre: Alexandra Felix : insomnio, depresión leve.

- Primera sesión: apática, poco colaboradora.
- Segunda sesión: colaboradora, mejoría de insomnio.
- Tercera sesión: Participativa, con mejor adaptación.

17) Calero Cecilia Maria: Esquizofrenia Paranoide de 52 años.

Hermana Johanna Calero: crisis de ansiedad reactiva.

- Primera sesión: ansiosa, poco nivel de adaptación al stress.
- Segunda sesión: poco colaboradora.
- Tercera sesión: Colaboradora, con mejor control de ansiedad.

Hermana Ivette Calero: depresión leve, insomnio.

- Primera sesión: apática, anorexia, no colabora.
- Segunda sesión: Leve mejoría en insomnio.
- Tercera sesión: colaboradora.

18) Almeida Rivas Rosalía: Trastorno de ansiedad, depresión moderada de 34 años.

Conviviente: Juan Francisco Roca: irritabilidad y agresividad mas alcoholismo.

- Primera sesión: no colabora, irritable, se retira de la sesión.
- Segunda sesión: poco colaborador, trata de comprender la enfermedad.
- Tercera sesión: mejora su colaboración, asistirá a alcohólicos anónimos.

Hija: Tania Almeida: ansiedad leve baja autoestima.

- Primera sesión: ansiosa, retraída, poca tolerancia al stress.
- Segunda sesión: poco colaboradora, mejora su atención.
- Tercera sesión: Mejor tolerancia a stress, colaboradora.

19) Jouteaux Rosero Denisse : Depresión moderada de 35 años.

Madre Elena María Rosero: demencia senil.

- Primera sesión: Poca comprensión acerca de la enfermedad.
- Segunda sesión: mejor colaboración en actividades.
- Tercera sesión: mejor adaptación al medio, y mayor participación.

Hermana Cruz Jouteaux : ansiedad.

- Primera sesión: retraída, poca tolerancia a stress.
- Segunda sesión: colaboradora, stress aun afecta actividades diarias.
- Tercera sesión: mejor adaptación a stress.

20) **Mendoza Alcivar Roberto**: tentativa de suicidio de 40 años.

Hijo Felipe Mendoza: irritabilidad, consumo de sustancias.

- Primera sesión: irritable, poca atención y colaboración.
- Segunda sesión: no asiste.
- Tercera sesión: colabora, pero se resiste a aceptar su problema.

Hija María Fernanda: ansiedad mas depresión moderada.

- Primera sesión: ansiosa, poca tolerancia al stress.
- Segunda sesión: mejor adaptación y colaboración.
- Tercera sesión: interactua de mejor manera en las actividades desarrolladas.

Encuesta de satisfacción del familiar

1-Fue atendida su necesidad.

Si no por que?

2-Contó con el apoyo esperado y requerido

Si no por que?

3-Califique al personal que trabajo con usted

Malo regular bueno excelente

Médico psiquiatra

Residente

Psicólogos

Trabajadora social

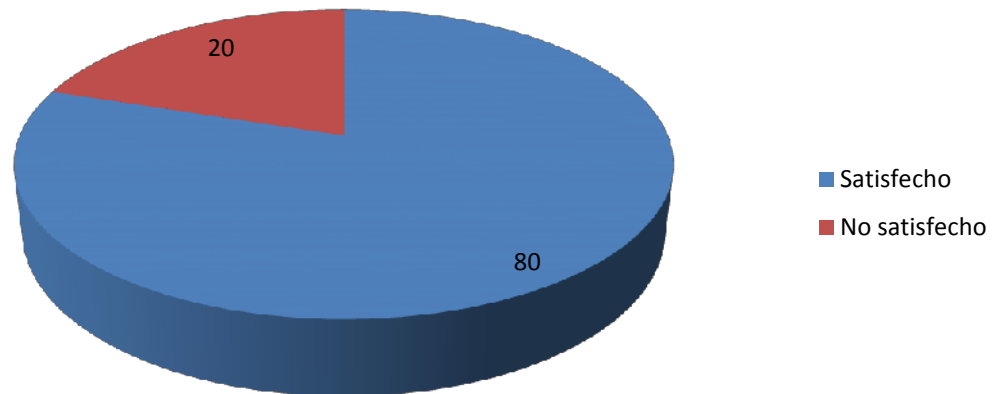
Licenciada en enfermería

Auxiliar de enfermería

4-Utilizaría y recomendaría esta estrategia de salud a algún familiar o conocido

Si no por que?

Satisfacción de familiares con estrategia de salud mental



El 80% de los familiares manifestó satisfacción con la implementación de esta estrategia de salud mental dirigida a ellos.

ANEXO 3
PROGRAMA DE CAPACITACION AL
PERSONAL DEL SERVICIO DE PSIQUIATRIA
Guayaquil, Septiembre – Octubre 2010.

1.DATOS GENERALES

INSTITUCION: Hospital Regional IESS “ Dr. Teodoro Maldonado Carbo”
Servicio de Psiquiatría.

NOMBRE DEL PROGRAMA: Capacitación al personal del Servicio de Psiquiatría.

PARTICIPANTES: Jefe del Servicio, Médicos Tratantes, Médicos residentes, Personal de enfermería, Psicólogos, Trabajadora Social, Auxiliares de Enfermería.

DURACIÓN: 1 de septiembre al 22 de octubre del 2010.

2.ANTECEDENTES

El nuevo modelo de atención en salud mental debe basarse fundamentalmente en el uso de los recursos profesionales y familiares capacitados para el efecto, y los recursos de psicoeducación en las etapas temprana de la enfermedad.

La psicoeducación consiste en una aproximación terapéutica, en la cual se proporciona a los familiares de un paciente información específica acerca de la enfermedad, y capacitación en técnicas para afrontar el problema.

Esta propuesta parte de la creencia de que los familiares generalmente son los principales cuidadores del paciente, y por lo tanto necesitan también recibir atención y apoyo por parte de los servicios de salud mental.

El modelo psicoeducativo es una propuesta dentro del universo de abordajes en salud mental, que involucra tanto a profesionales de la salud como a familiares en el proceso de atención al sujeto diagnosticado con un trastorno o enfermedad mental. Este modelo procura insertarse como parte de una atención integral y multidisciplinaria.

No está de más señalar, que esta atención debe redundar, en primer término,

en beneficio del paciente, y su objetivo consiste en mejorar la calidad de vida del paciente y su familia, creando ambientes bajos en estresores, y disminuyendo así la probabilidad de recaída del paciente, y la carga familiar de la enfermedad y su cuidado.

De manera más específica, se pretende que la vulnerabilidad del paciente vaya en decremento, y que mejoren su funcionamiento cognitivo y motivación. Por otra parte, se busca que la ansiedad de los familiares disminuya a través de apoyo, estructura e información acerca de la enfermedad; es decir aplicando los componentes del trabajo psicoeducativo.

Por otra parte, la información que puede ofrecerse, esto es, los conocimientos, que se dispone acerca de la enfermedad, y que son ordenados, sistematizados, y presentados de manera clara ágil y oportuna. Además, el valor funcional que adquieren dichos conocimientos, en tanto se transforman en comportamientos encaminados a lograr la adaptación, y mejorar la calidad de vida de paciente y familia; a dichos comportamientos se ha denominado también competencias.

El programa educativo dirigido al personal que labora en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Regional del IESS “Dr. Teodoro Maldonado Carbo”, el que se creó el 7 de agosto de 1981 en la modalidad de un Hospital Abierto, evitando enviar pacientes al Hospital Psiquiátrico Lorenzo Ponce.

Entre los problemas que se han detectado en el servicio, el de mayor trascendencia es la poca comprensión por parte del familiar acerca de la enfermedad de su paciente; además del temor causado por el desconocimiento de cómo enfrentar situaciones complejas en el manejo y trato a su familiar.

3.OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Capacitar al personal del servicio de psiquiatría en el abordaje a la familia y entorno inmediato de estos pacientes, para lograr una atención integral en el Servicio de Salud y en el Hogar.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Proveer al personal de las herramientas psicoeducativas, para educar al familiar sobre el trato adecuado a su paciente en el Hospital y en el Hogar.
- Fomentar el trabajo en equipo para lograr la participación activa de los familiares en el tratamiento de su paciente.
- Desarrollar talleres psicoeducativos de manera continua para actualización del personal acerca del tratamiento integral de las enfermedades mentales.

4.CONTENIDO

4.1 MODELO DE SALUD MENTAL, SOCIAL Y COMUNITARIA

- El manejo terapéutico del paciente en sistemas modernos de salud mental.
- Promoción y prevención en salud mental.
- La concepción familiar y comunitaria como eje de la salud mental.
- La formación de equipos multidisciplinarios de trabajo.
- Formación de recursos humanos en salud mental comunitaria.
- La psicoeducación en los problemas de salud como herramienta en el abordaje familiar y comunitario.

4.2 MANEJO DE CUADROS MENTALES SEVEROS

- Problemas fundamentales de la hospitalización prolongada.
- Principios de la hospitalización del paciente en salud mental.
- Disminución de la estancia media. Estrategias, y optimización de los protocolos.

4.3 MEDIDAS DE PSICOEDUCACION INTEGRAL

- Recursos institucionales, familiares y comunitarios.
- Plan individualizado de tratamiento.
- La eficacia de la terapia ocupacional y sus recursos.
- Eficacia de las terapias artísticas.
- Recursos corporales y expresivos.
- Estrategias de inserción socio-cultural y socio-laboral.

5. METODOLOGIA

Es necesario, tener presente que la educación implica un proceso de cambio, de perfeccionamiento individual y social, que se desarrolla dentro de un medio socio cultural, por lo que es necesario ofrecer un conocimiento específico sobre salud mental al personal, tomando en cuenta el nivel de preparación diverso del equipo de salud que conforma el servicio.

Los talleres fueron dirigidos por los psicólogos, médicos tratantes y la maestrante, con una activa participación de todo el equipo. Se utilizaron, además técnicas de exposición de expertos, conversatorios y revisiones bibliográficas. Como resultado de la socialización de los problemas percibidos, se propuso la elaboración de una guía perfeccionada, en reuniones subsiguientes.

6. RECURSOS

- Auditorio del servicio de Psiquiatría.
- Pizarra acrílica, marcadores, presentaciones audiovisuales en Power Point.

- Material bibliográfico.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Bello, A. Y Crego, A. (2003) *Automanejo emocional. Pautas para la intervención cognitiva con grupos*. Bilbao, Desclée de Brouwer SA.
2. Carga de los trastornos mentales y conductuales. (2001) Organización Mundial de la Salud. Recuperado Febrero 20 2011 de www.who.int/whr/2001/es/index.html
3. Louro I., Infante C., Cuesta D. (2002). Manual para la intervención en la Salud Familiar. La Habana. CIP Editorial Ciencias Médicas.
4. Rodríguez A. (2003). Atención comunitaria, rehabilitación psicosocial, y apoyo social. Min Val, 5: 23-41.



Universidad Técnica
Particular de Loja



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL
HOSPITAL REGIONAL DEL IESS
Dr. TEODORO MALDONADO CARBO
SERVICIO DE PSIQUIATRÍA



Guayaquil, Septiembre – Octubre de 2010
Autora: Dra. Ivonne Molina Villacís

MIEMBROS DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

JEFE DEL SERVICIO

- Dr. Rodolfo Rodríguez Castelo.

MEDICOS TRATANTES

- Dr. Alfonso Riccardi
- Dra. Alexandra Camposano
- Dra. Ana María Heinert

MEDICOS RESIDENTES

- Dra. Ivonne Molina
- Dra. Paola Largo
- Dra. Verónica Monard

PSICOLOGOS

- Psic. Luis Alvarado
- E-Psic. Lissette Polit

ENFERMERIA

- Lcda. Jenny Caicedo (Jefa)

TRABAJO SOCIAL

- Lcda. Norma Ordóñez

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

¿QUÉ ES SALUD MENTAL ?

- **Salud mental es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural.**
- **la Organización Mundial de la Salud describe a la Salud Mental como un Estado de Bienestar en el que el individuo es consciente de sus capacidades para enfrentar las exigencias normales de la vida y trabajar en forma productiva y fructífera siendo capaz de contribuir a la sociedad.**



POR QUÉ ES IMPORTANTE EN TODAS LAS PERSONAS?

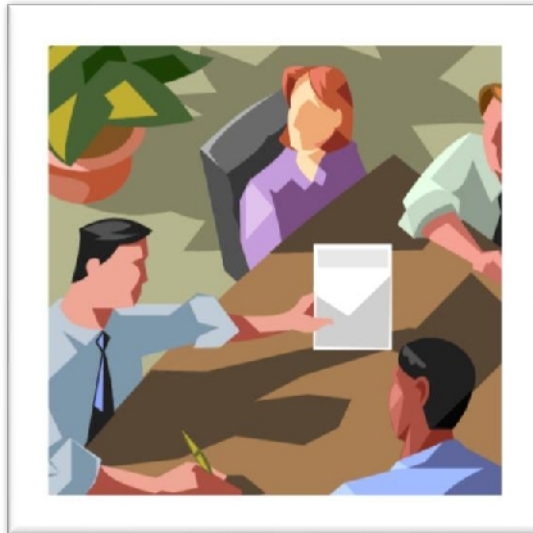
- **Porque garantiza la participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.**
- **Brinda capacidad de vivir en plenitud y con creatividad.**
- **Permite afrontar dificultades, fracasos y los retos inevitables que plantea la vida.**
- **Porque la prevención y mantenimiento de la salud mental es una necesidad de todo ser humano.**

CÓMO SE CLASIFICA LA SALUD MENTAL?

Se puede clasificar en dos niveles:

INDIVIDUAL: Aquel relacionado con la autoestima, capacidad de resolver conflictos, y asertividad (.....) en áreas como el trabajo, el hogar y relaciones interpersonales.

COMUNITARIO: Aquel que tiene que ver con la aptitud en el trabajo, estudio o vecindario.



Sabía Usted que el desconocimiento, desentendimiento o sobreprotección a un familiar con una patología mental puede crear conflictos, y desajustes importantes en el desarrollo familiar y su entorno.

¿ESTE PROBLEMA PUEDE SER COMÚN EN MI PAÍS O EN CUALQUIER OTRO?

Se estima que unos 450 millones de personas en el mundo padecen de trastornos mentales o de comportamiento. De los cuales el 12% de ellos se deben únicamente a Depresión. En el Ecuador afectan al 4 % de la población, es decir alrededor de 560.000 personas.



SABÍA UD. QUE EXISTE EL SÍNDROME DEL CUIDADOR Y QUE ES?

Es aquella persona que refleja las angustias y tensiones de la otra persona con enfermedad mental que asume esta tarea sin estar preparada.

¿POR QUÉ ES MUY IMPORTANTE MANTENER LA SALUD MENTAL EN LOS FAMILIARES DE PACIENTES PSIQUIÁTRICOS?

Porque aunque sabemos lo necesario que es la intervención de la familia, ante el paciente con problemas psiquiátricos no debemos olvidar que esta persona no puede asumir esa tarea sin que haya tenido un asesoramiento y ayuda en los cambios que se vayan dando ya que esto será un proceso de aprendizaje, integración y generalización, que al no cumplirse se vería afectado también.



Puede afectarlo con estos síntomas:

- Insomnio
- Ansiedad.
- Stress.
- Irritabilidad.
- Tristeza.
- Ganas de llorar.
- Desinterés por las actividades diarias.

¿QUÉ DEBO HACER SI PRESENTO ALGUNO DE ESTOS SÍNTOMAS?

- Acudir a un centro de salud o dispensario.
- Buscar ayuda psicológica.
- Someterse a test especiales.
- Reconocer que necesita ayuda psiquiátrica o psicológica.



SE HA TOMADO MEDIDAS EN CUANTO A ESTE PROBLEMA?

SI, ese es el objetivo de este programa donde ya están aplicando ciertas estrategias como:

- Promover la salud mental en toda la población
- Hacer frente a las enfermedades mentales mediante la prevención
- Mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por enfermedades o discapacidades psiquiátricas, integrándolas a la sociedad y protegiendo su derecho y su dignidad.
- Desarrollar un sistema de información , investigación y conocimientos sobre salud mental.

¿QUE RECOMENDACIONES O CONSEJOS DEBO SEGUIR PARA CUIDAR MI SALUD MENTAL?

Recomendaciones para evitar estos síntomas

- **Compartir el trabajo que se realiza como familiar o cuidador.**
- **Realizar actividades de recreación.**
- **Liberar carga emocional frecuentando amistades.**
- **Unirse a grupo de voluntariado.**
- **Escuchar música.**
- **Aprender a tocar un instrumento musical.**
- **Actividades de jardinería.**
- **Caminar.**
- **Inscribirse en cursos de capacitación.**
- **Realizar viajes o excursiones a lugares nuevos.**

