

**SITUACIÓN PSICOSOCIAL Y FAMILIAR DE LOS PACIENTES USUARIOS DE
SALUD MENTAL, MUNICIPIO DE GUACA**

MARIA FERNANDA RODRIGUEZ RIVERA

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA
2014**

**SITUACIÓN PSICOSOCIAL Y FAMILIAR DE LOS PACIENTES USUARIOS DE
SALUD MENTAL, MUNICIPIO DE GUACA**

MARIA FERNANDA RODRIGUEZ RIVERA

**PROYECTO DE GRADO PARA OPTAR POR EL TITULO DE
TRABAJADORA SOCIAL**

DIRECTORA

CLAUDIA JIMENA SIERRA GOMEZ

**UNIVERSIDAD INDUSTRIAL DE SANTANDER
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL
BUCARAMANGA
2014**

Resumen

TÍTULO: SITUACIÓN PSICOSOCIAL Y FAMILIAR DE LOS PACIENTES USUARIOS DE SALUD MENTAL, MUNICIPIO DE GUACA*

AUTOR: MARIA FERNANDA RODRIGUEZ RIVERA**

PALABRAS CLAVE.

Salud mental, caracterización, familias, situación psicosocial.

DESCRIPCIÓN

El propósito de este trabajo es presentar el resultado de la investigación “Situación Psicosocial y familiar de los pacientes usuarios de salud mental, en el municipio de Guaca, Santander” cuyo objetivo fue identificar la realidad psicosocial de los pacientes psiquiátricos y su familia en el municipio de Guaca, Santander, teniendo en cuenta los seguimientos de atención integral aplicados en la ESE Hospital Santa Ana del municipio de Guaca, con el fin de conseguir un abordaje integral a su enfermedad que permita incidir en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Para ello, se caracterizó a los usuarios que asisten a los servicios de salud mental que presta el Hospital local, identificando las falencias en los tratamientos y oportuna atención de los eventos de enfermedad mental, y el acompañamiento desde la red familiar, para, finalmente, identificar las incidencias de las enfermedades mentales sobre la dinámica familiar, y aquellas situaciones que causen una disfunción en la familia como el abandono, la violencia intrafamiliar y la prolongación de la enfermedad y sus síntomas a consecuencia de la falta de apoyo desde todos los nodos sociales de los que el ser humano hace parte; todo lo anterior sin pretender abordar desde la parte médica a estas personas, sino reconociéndolos como seres de derechos, dignos de un trato más humano y sensible, que necesitan una atención en salud integral para la protección de la familia y sus miembros.

* tesis de grado

** Facultad de ciencia humanas. Escuela de Trabajo Social. Directora. Claudia Jimena Sierra

Abstract.

TÍTULO: PSYCHOSOCIAL AND FAMILY STATUS OF MENTAL HEALTH PATIENTS USERS, TOWNSHIP GUACA *

AUTHOR: MARIA FERNANDA RODRIGUEZ RIVERA **

KEYWORD.

Mental health, description, families.

The intention of this paper is the result of " Psychosocial and family situation of users of mental health patients, in the Guaca town of Santander " research aimed at identifying the psychological reality of psychiatric patients and their families in the town of Guaca, Santander, considering traces comprehensive care applied in the ESE Hospital Santa Ana Guaca township, in order to achieve an integrated approach to their illness enabling affect the quality of life of patients and their families. This was characterized users attending mental health services provided by the local hospital, identifying the gaps in treatment and timely attention to the events of mental illness, and the support from the family network, to finally identify the impact of mental illness on family dynamics and situations that cause a dysfunction in the family and neglect, domestic violence and the extension of the disease and its symptoms as a result of the lack of social support from all nodes of the human being is a part, all this without attempting to address the medical portion from these people, but recognizing them as beings of rights worthy of more humane treatment and sensitive, who need a comprehensive health care, for the protection of the family and its members.

* thesis

** Faculty of Human Science. School of Social Work. Director. Claudia Jimena Sierra

Introducción.

La salud, como muchos otros aspectos sociales presenta déficit, pues siendo un derecho y un servicio que se debe garantizar a los seres humanos, está limitado por recursos económicos y las diferentes leyes que cobijan al SGSSS; las cuales restringen y son cada día más excluyentes. Mayor es el caso de la Salud Mental, que si bien está incluida dentro de las normas y leyes en salud, parece ser la parte menos importante y de menores implicaciones para nuestro SGSSS.

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

A nivel mundial, los trastornos mentales y neurológicos representan 14% de la carga mundial de enfermedades. Cerca de 30% de la carga total de enfermedades no transmisibles se debe a estas enfermedades y casi tres cuartas partes de la carga mundial de trastornos neuro - psiquiátricos corresponden a los países con ingresos bajos y medios bajos. En 1990 se calculaba que las afecciones psiquiátricas y neurológicas explicaban 8,8% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad en América Latina y el Caribe; en el 2004 esa carga había ascendido a 22%. (Organización Panamericana de la Salud, 2009, Pág. 3)

Los riesgos de las enfermedades mentales en países desarrollados y en vía de desarrollo están asociados a niveles de pobreza, incluyendo bajos niveles de educación. Sin embargo, la relación entre pobreza y trastornos mentales tiene un carácter universal independientemente del nivel de desarrollo de los países. Los factores tales como la inseguridad y la desesperanza, el rápido cambio social y los riesgos de violencia y problemas de salud física pueden explicar la mayor vulnerabilidad de las personas pobres en cualquier país, a desarrollar enfermedades mentales. (Patel&Kleinman 2003).

El estudio Nacional de Salud Mental en Colombia (2003) del Ministerio de protección Social, dice que ocho de cada 20 colombianos han presentado un trastorno psiquiátrico alguna vez en su

vida y uno de cada 10 ha recibido atención psiquiátrica. Los trastornos de ansiedad a esta fecha fueron más prevalentes y más crónicos. Entre los hombres el problema más común es el abuso del alcohol. Entre un 85.5% y un 94.7% de las personas con algún trastorno mental no acceden a algún servicio de salud.

En el ámbito legal, el Estado colombiano cuenta con la Política Nacional de Salud Mental, acogida mediante la resolución N° 02358/98, en donde se integran los factores condicionantes de carácter biológico, ambiental, social, político, económico, cultural y de salud, medidos por la estructura de morbilidad, mortalidad y discapacidad específicas por grupos etáricos y género ajustados a criterios de priorización como la magnitud, vulnerabilidad y trascendencia de los diferentes fenómenos que determinan el estado de salud de la población. Sin embargo, por las limitaciones de diferente índole que han afectado su real implementación, esta política se encuentra en fase de reformulación con base a principios de equidad, universalidad, accesibilidad, solidaridad, integralidad, participación y democracia. (Ministerio de Protección Social, 2005).

Es fundamental tener presente que no es lo mismo tener una patología psiquiátrica que un problema de salud mental, pues la salud mental se entiende por esa capacidad del individuo de interaccionar con el medio de modo que se promueva el bienestar, el desarrollo y las habilidades mentales (cognitivas, emocionales y relacionales). El trastorno mental es esa entidad médica que causa una discapacidad significativa. (Montero, 2005, p.4)

La revista del Observatorio Nacional de Salud Mental en Colombia publicó en el año 2010 un artículo sobre Vigilancia Epidemiológica de la Conducta Suicida en Medellín; en él se afirma que al realizar las autopsias psicológicas de suicidas, en el 90% de los casos se encuentran criterios para el diagnóstico de uno a más trastornos mentales como depresión, esquizofrenia, trastorno afectivo bipolar, rasgos de comportamiento agresivos e impulsivos, trastornos de personalidad y abuso de alcohol o sustancias psicoactivas. (Henriksson et al., 1993). En los últimos 10 años Medellín ha presentado tasas de mortalidad por suicidio superior a las tasas promedio del país y similar a las de Antioquia. En Medellín la tasa de mortalidad por suicidio para el año 2010 fue de 5.2 defunciones por cada cien mil habitantes ocurridas en su mayoría en personas de 25 a 34 años.

Por otro lado, un artículo publicado por William Alejandro Jiménez Jiménez para la Escuela Superior de Guerra, aborda los aspectos de la salud mental de las Fuerzas Militares en la etapa del posconflicto Colombiano. Se dice que el Estado Colombiano pasó por una etapa de cambios debido a la oleada de violencia de la década de los noventa, en cuanto a la disciplina militar, por lo cual el autor quiso indagar sobre la incidencia de estas en la salud mental de los militares. Se considera que la guerra no solo afecta al excombatiente, sino a todo su núcleo más cercano, la familia. Además, ayuda al planteamiento y rediseño de políticas de prevención y control de la salud mental en los excombatientes de las Fuerzas Militares colombianas. Dentro del diagnóstico de salud mental en esta población, se habla principalmente de Estrés Postraumático. Se concluye planteando la necesidad de abordar la problemática de la salud mental en el personal excombatiente, con miras a la construcción del posconflicto colombiano. (Jimenez, 2009)

En la salud mental también es de suma importancia tener en cuenta los determinantes de la salud como factores que amenazan o mejoran el estado de salud de una persona. Pueden estar relacionados con una actitud individual como por ejemplo fumar o no fumar, o estar relacionados con características sociales, económicas y sociales más allá del control de los individuos como el género, etnicidad, acceso a la educación, calidad de la vivienda y presencia de relaciones de apoyo y, a nivel comunitario incluye el nivel de participación social y cívica, la disponibilidad de trabajo, entre otros.

Para ello, los derechos humanos son una herramienta de empoderamiento para los individuos y las comunidades al otorgarles privilegios que hacen emerger las obligaciones legales por parte de los gobiernos, y ayudan a igualar la distribución y el ejercicio del poder dentro de las sociedades actuales. Sin embargo la salud mental no es solo responsabilidad de los gobiernos, sino de la articulación de varios sectores sociales pues los derechos humanos abarcan muchas dimensiones sociales, económicas y culturales. Un ambiente que respete y proteja los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Si no se cuenta con la seguridad y libertad que proporcionan estos derechos, es difícil mantener un alto nivel de salud mental. (OMS, 2004)

Conforme a lo antes mencionado se quiso, por medio de una investigación, compilada en el presente artículo, identificar la realidad psicosocial de los pacientes con algún tipo de patología psiquiátrica y su familia en el municipio de Guaca, Santander, teniendo en cuenta los seguimientos de atención integral aplicados en la ESE Hospital Santa Ana de Guaca, con el fin de conseguir un abordaje integral a su enfermedad que permita incidir en la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Para ello, se caracterizó a los usuarios que asisten a los servicios de salud mental que presta el Hospital local, identificando las falencias en los tratamientos y oportuna atención de los eventos de enfermedad mental, y el acompañamiento desde la red familiar, para, finalmente, identificar las incidencias de las enfermedades mentales sobre la dinámica familiar.

Todo lo anterior, debido al interés surgido en el desarrollo de la práctica académica de Trabajo Social en el programa de Salud Mental del Plan de Intervenciones Colectivas realizado en el municipio de Guaca (S.S), el cual cuenta con 6.780 habitantes y dentro de ellos cerca de un 3% de los mismos sufren algún tipo de patología psiquiátrica. Igualmente, aunque no hace parte del objetivo de la investigación, presentan problemáticas de salud mental asociadas a la violencia intrafamiliar, tabaquismo, alcoholismo y consumo de sustancias psicoactivas, a lo que se suma la falta de oportunidades para los jóvenes del municipio; lo cual los lleva a no tener un proyecto de vida definido. En el ámbito de la salud, la poca accesibilidad a los servicios médicos, deriva de las barreras física económicas, pues para muchos de los habitantes que residen en zonas alejadas del casco urbano, no es fácil acudir al hospital para atender sus molestias de salud, buscando otras alternativas para atender su enfermedad.

Debido a la importancia de la familia en el presente estudio investigativo; desde la Teoría General de los Sistemas se entenderá la misma como un sistema abierto, con unos elementos dinámicamente relacionados que desarrollan unas actividades para alcanzar un objetivo; además es un sistema natural porque responde a las necesidades biológicas y psicológicas inherentes a la supervivencia humana. Si una de sus partes se ve afectada el curso normal de la familia será interferido. La familia ofrece a sus individuos bienestar para la supervivencia de sus miembros. Por ello, se le suma la relación intrínseca con el concepto de bienestar social que aunque tiene una naturaleza abstracta, encontramos muchos teóricos que aportan en la construcción de una

idea cercana a la realidad, como es el caso de Amartya Sen, quien lo reconoce como el logro de realizaciones personales y la libertad para lograrlas la cual está dada por las capacidades propias de los individuos. Los recursos sería el medio para el funcionamiento de las personas. (Sen, 1980)

Metodología.

Como se mencionó anteriormente, el objetivo de la investigación presentada en este artículo consistió en identificar la realidad psicosocial de los pacientes psiquiátricos y su familia en el municipio de Guaca - Santander, para lo cual se implementó el siguiente diseño metodológico:

Tabla 1 Metodología de estudio.

Metodología	Características
Tipo	Cuantitativa
Nivel	Descriptivo
Fases	Planteamiento de problema, revisión bibliográfica, recolección de datos y análisis.
Fuentes	Primarias: pacientes y sus familias Secundarias: Revisión documental de las Historias Clínicas, identificando palabras claves como síntomas, tiempo de la patología, diagnóstico.
Técnicas de recolección	Aplicación de instrumento; análisis de historias clínicas y de la atención inicial de urgencia.
Técnicas de procesamiento	A partir de la tabulación y elaboración de los datos con ayuda previa de <i>Excel</i> .
Técnicas de análisis	Identificación de palabras claves acerca de la familia y la composición sociodemográfica; caracterización de la enfermedad y caracterización de la situación psicosocial de las familias de los enfermos
Muestra	46 personas usuarias de la ESE Hospital Santa Ana

Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

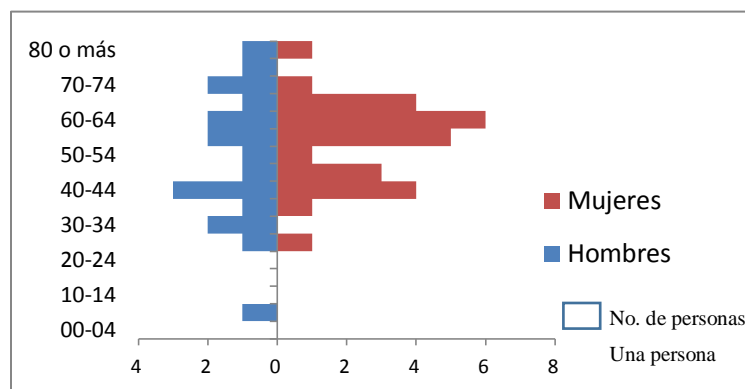
El instrumento de recolección de la información (encuesta), reunió variables sociodemográficas; varias escalas para datos relacionados con la atención en salud; así como también, preguntas sobre la situación socioeconómica de las familias. La muestra fue tomada mediante el programas de análisis estadístico STATS v. 2.0 el cual arrojó una muestra significativa basada en un índice de dispersión estadística del 1% al 90% y con un margen de error del 5%, que para este caso, correspondió a 46 personas con patologías psiquiátricas y las cuales son usuarias de la ESE Hospital Santa Ana de Guaca.

Principales resultados.

Para dar inicio, se ubicará al lector en relación a las principales características sociodemográficas de las personas que padecen una patología mental, con el fin de establecer porcentualmente a que corresponde cada una de estas variables.

Tal y como se muestra en el gráfico 1, el 59% (N=27) de los entrevistados son mujeres, frente al 41% (N=19) que son hombres. Al respecto, las edades de los usuarios (pacientes) encuestados oscilan entre 5 y 79 años; el mayor porcentaje (97,82%) de población se encuentra entre los 24 y los 79 años entre hombres y mujeres, con énfasis de este último grupo poblacional. En el gráfico 1 la mayor concentración de edad se da entre los 40 y los 67 años. Lo anterior coincide con el Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia que sugiere que en el año 2003, el 57% de la población que sufre alguna enfermedad psiquiátrica pertenece al género femenino y el resto pertenece al género masculino con un 43%, dejando en evidencia que en Colombia son las mujeres a quienes la enfermedad mental afecta con mayor frecuencia. Ver gráfico 1.

Gráfico 1 Sexo.

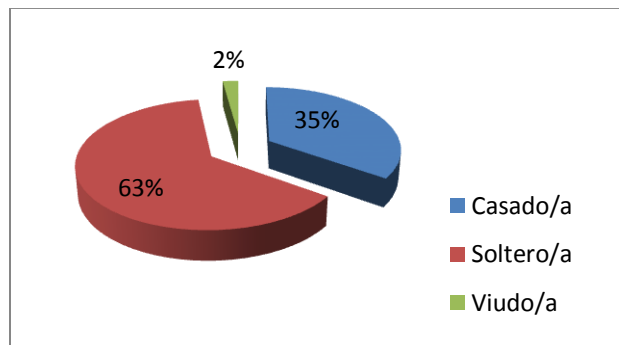


Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

Con respecto a la población infantil, se evidenció un caso de epilepsia o síndrome convulsivo el cual es catalogado como parte de la salud mental, debido al desgaste emocional y neurológico que tienen las personas que padecen esta patología.

En lo referente al estado civil, tal y como se muestra en el gráfico 2, el predominante es personas solteras con el 63% (N=29) y casadas 35% (N=16), este dato resulta preocupante, en la medida que se observan tensiones frente a la posibilidad de abandono de este grupo poblacional, más aun cuando la muestra tomada tiende a constituirse como población de adultez mayor. Se encontró que el 2% (N=1) de la población es viudo(a). Al respecto los estudios de Gisber destacan que dentro de las características de la población que recibe servicios de salud a nivel psiquiátrico se caracteriza por pertenecer a población de mujeres en estado civil de soltería o viudez (Gisber, 2003, p. 22).

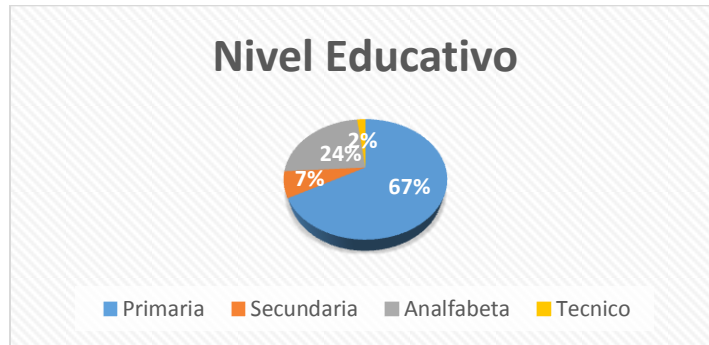
Gráfico 2 Estado Civil.



Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

El nivel educativo también destaca dentro de los elementos de análisis de este estudio. Sobresale la tendencia de la población que tiene un nivel educativo hasta primaria con el 67% (N=31), seguido de población con analfabetismo 24% (N=11) y con secundaria 7% (N=3). Ver gráfico 3. La tasa de profesionalidad es poco apreciable (2%) (N=1), que corresponde a una persona de nivel académico técnico quien se dedica a labores en salud.

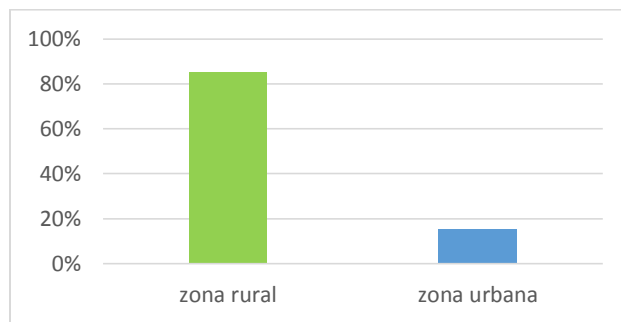
Gráfico 3 Nivel educativo.



Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

Frente a la ubicación sociodemográfica se muestra que el 85% (N=39) de los habitantes se encuentra ubicado en la zona rural con respecto al 15% (N=7) que se ubica en la zona urbana. Ver gráfico 4.

Gráfico 4 Ubicación geográfica.

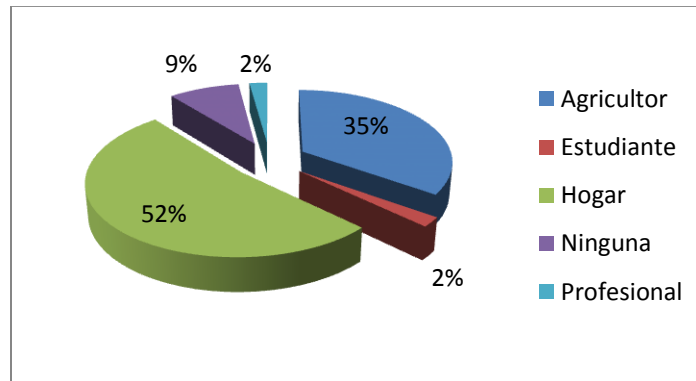


Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

En lo referente a la ocupación laboral de los pacientes, la predominante es la de hogar con el 52% (N=24), debido a que gran parte de la muestra (59%) la componen mujeres, seguido del 35% (N=16) cuyo oficio es la agricultura. Así mismo, resalta que el 9% de la muestra no aplica como oficio ya que se encuentra ubicado dentro de la población de tercera edad. El 2% corresponde a un técnico en salud y el 2% a un estudiante de educación básica. Algunos de los encuestados (N=2) manifestó no haber sido capaz de superar las exigencias académicas de la primaria y la secundaria, debido al estado de salud, por ejemplo, por las frecuentes cefaleas, así

como también, la limitación del recurso económico, y la necesidad de trabajar a temprana edad para el sostenimiento del hogar, en especial en las labores domésticas de campo. Ver gráfico 5.

Gráfico 5 Profesión y/u oficio.



Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

Los anteriores resultados sociodemográficos arrojados por la investigación permiten acercarse hacia la identificación de los principales factores de riesgo en el municipio de Guaca, tales como ser mujer, soltero, vivir en zona rural o tener un nivel bajo de escolaridad, por lo cual se evidencia la estrecha relación entre la salud mental y el fenómeno de la pobreza y la exclusión social.

Como segunda categoría de análisis se encuentra la caracterización de la enfermedad y la atención de salud mental en el hospital local del municipio de Guaca, la frecuencia con que los usuarios acuden al médico en caso de presentar síntomas asociados a la enfermedad y la manifestación de los mismos.

Las enfermedades mentales están contempladas en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder), el cual las categoriza en grupos como por ejemplo: Trastornos de la personalidad, Trastornos disociativos, Trastornos psico-somáticos, Trastornos del sueño y de la alimentación, Trastornos del estado de ánimo y los Trastornos psicóticos, entre otros. A continuación se mencionara cuáles fueron los trastornos presentados por la población guaqueña:

Dentro de las patologías mentales que más presentan los pacientes se encuentra que 15 casos corresponden a Trastorno de Ansiedad, seguido de 8 casos en frecuencia absoluta de epilepsia,

esquizofrenia paranoide 7 casos, trastorno depresivo (6 casos), trastorno de sueño (5 casos) y trastorno afectivo bipolar 5 casos. Ver tabla2.

Se destaca que aproximadamente el 30% tiene una convivencia entre 1 y 10 años con la patología, la cual sólo controla con tratamiento farmacológico. El 17% tiene conciencia de su problema desde hace 11 a 20 años. El 43% de los encuestados lleva más de 20 años con la enfermedad, y el 10% no sabe ni se logró establecer el tiempo de la patología. Para la recolección de esta información se tuvo que hacer un revisión de las historias clínicas pues algunos de estos pacientes, no se acuerdan con exactitud cuando apareció el primer síntoma, y su dato no concuerda con la primera vez que acudieron a urgencias por el estado de actividad psicopatológico, que en su momento provoca una discapacidad mental; sobre todo en el caso del adulto mayor y las esquizofrenias en las cuales el paciente pierde la noción del tiempo y el control sobre sus actos.

Tabla 2 Tipo de patología mental.

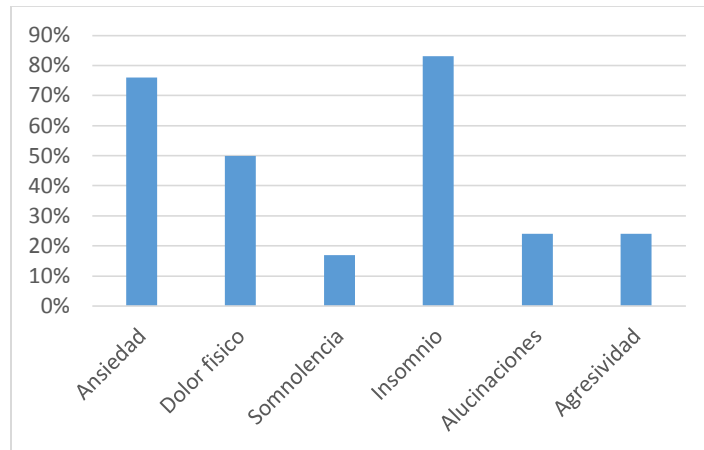
Trastorno clínico probable	Número	Porcentaje
		%
Trastorno de Ansiedad	15	33
Trastorno de depresión	6	13
Epilepsia	8	17
Esquizofrenia	7	15
Trastorno del sueño	5	11
Trastorno afectivo bipolar	5	11
Total	46	100

Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

Aunque las enfermedades presentadas anteriormente en la tabla 2, y los medicamentos para tratarlas están incluidos en el Plan Obligatorio de Salud, el 22% de los enfermos mentales no acude a los controles médicos, pues manifiestan no haber vuelto a sentir los síntomas propios de la patología mental, y que van solo en caso de urgencia. Dentro de los síntomas más comunes se encuentran el dolor físico (50%), la somnolencia (17%) y la ansiedad (76%), insomnio (83%), agresividad (24%) y alucinaciones (24%) de la población total de la muestra. Estos son los que

más detectan son los pacientes a la hora de acudir a la prestación de servicio de Salud Mental en el Hospital. Ver grafica 6.

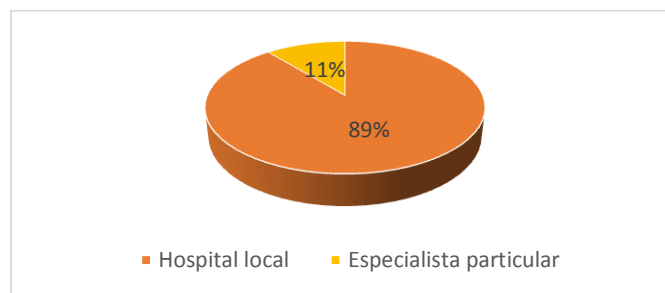
Gráfico 6 Síntomas presentados



Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

La prevalencia frente al atención en institución médica recibida corresponde al hospital local, (de primer nivel en la atención) con una tasa de incidencia del 89% (N=41 casos); se tiene que el 11% de población recibió atención especializada particular en especial psiquiátrica, teniendo que acudir a la ciudad más próxima que es Bucaramanga; esto debido a la complejidad de la enfermedad, tipo de tratamiento o calidad de la atención. Se debe tener en cuenta que esta última población también acude al hospital local para atender su enfermedad; Ver gráfico 7.

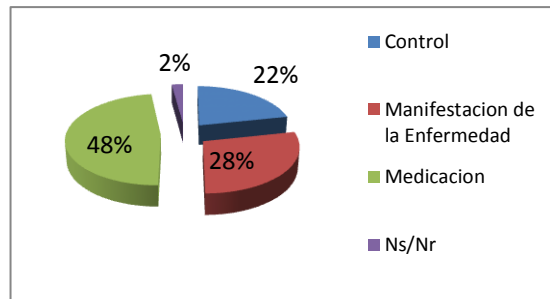
Gráfico 7 Centro de atención principal.



Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

Se acude a consulta médica periódicamente al hospital local, (consulta con médico general) para recibir tratamiento por manifestación de la enfermedad (28%), para asistir a controles médicos (22%) o para recibir medicación (48%) (Ver figuras 8).

Gráfico 8 Razones de la consulta.

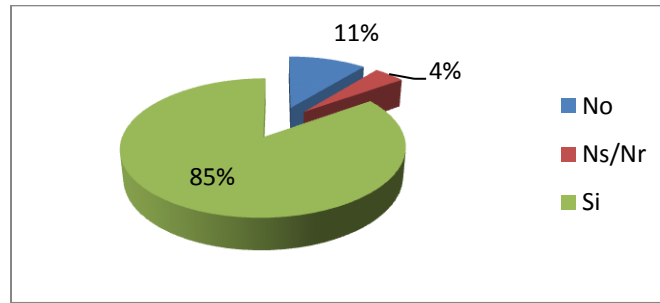


Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

En cualquiera de las categorías de trastorno mental, la farmacoterapia se utiliza como terapia única y no se menciona una terapia combinada con alguna forma de terapia psicológica. Ninguno de los pacientes y/o usuario de los programas mencionó el uso de la terapia psicológica como tratamiento único, dato importante cuando se conocen tratamientos alternativos de este tipo, para trastornos de ansiedad. En pocos de los casos (2) se detectó que hubieran tenido el acceso a una consulta con psicólogo, debido a que en los Hospitales de primer nivel, el psicólogo es contratado para ejecutar programas de prevención y promoción con poco impacto sobre la población que se encuentra afectada mentalmente.

Se presenta cierto grado de conformidad con respecto a los datos recibidos por parte de la población encuestada. El 85% de los usuarios aduce encontrarse de acuerdo con las acciones médicas de atención efectiva realizadas por el equipo médico del hospital, frente al 11% que no se encuentra satisfecho por sus acciones. Ver gráfico 9.

Gráfico 9 Conformidad de la atención recibida.



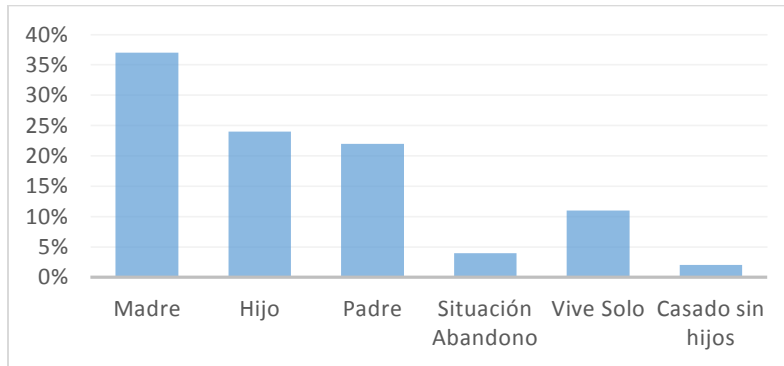
Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

En los siguientes párrafos se presenta una tercera categoría de análisis, que corresponde a la situación de las familias en las cuales hay presencia de uno o varios de sus miembros con alguna patología mental.

La familia como sistema social natural, responde a las necesidades biológicas y psicológicas (Quintero Velázquez, 2007. Pág. 60) de los miembros que hacen parte de ella, y no existe ninguna forma de que estas necesidades sean suplidas por otro ente, lo que la convierte en única fuente de ayuda y soporte hacia sus miembros en las diversas situaciones complejas ya sean sociales, biológicas, económicas, y afectivas.

El rol ejercido por los pacientes en el ámbito familiar corresponde a hijo/a con una incidencia del 24%, seguido de madre con el 37% y de rol padre con el 22%; el 4% de los encuestados vive en situación de abandono, el 11% vive solo, el 2% de la población es casada pero sin hijos por lo que cumple el rol de esposo(a) únicamente. Debe resaltarse que más del 80% de la muestra cumple una labor de importancia en el ámbito productivo familiar, toda vez que los/las usuarios/as pertenecen al núcleo primario del cual reciben cuidado y manutención. Ver gráfico 10.

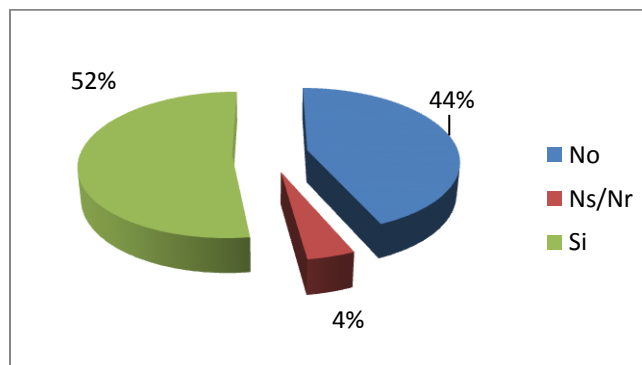
Gráfico 10 Rol socio-familiar.



Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

Frente a la afectación familiar se tiene que el 52% de los/las entrevistados/as han mencionado cierto grado de afectación por la enfermedad padecida, frente al 44% que no lo perciben así, y el 4% no sabe, no responde.

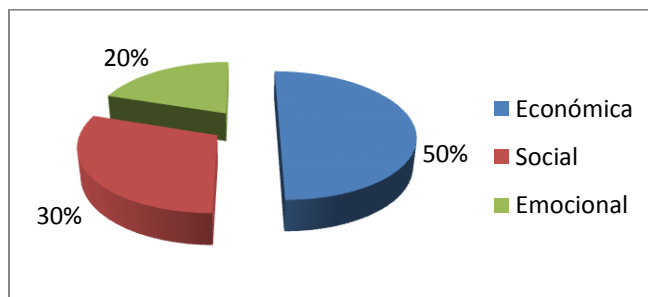
Gráfico 11 Afectación familiar.



Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

A juicio de los entrevistados la afectación de la enfermedad ha incidido principalmente en el ámbito económico en un 50%; en el ámbito de las relaciones sociales con una incidencia del 30% y el campo emocional y familiar con una manifestación del 20%. Las mujeres dedicadas al hogar se ven afectadas económicamente, debido al abandono que en muchas ocasiones sucede como respuesta de su situación de enfermedad, por lo cual deben buscar la manera de solventar los gastos que acarrear la crianza y manutención de los hijos. (Ver gráfico 12)

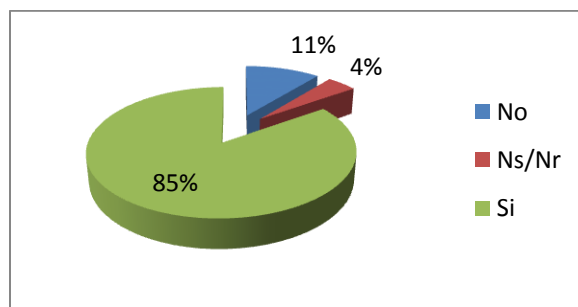
Gráfico 12 Percepción del tipo de afectación de la patología en el ámbito familiar.



Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

En el gráfico 13 se observa la percepción en torno al manejo de las dinámicas familiares desde el punto de vista del paciente. Para esto, se tiene que el 85% (N=41) ha percibido cambios positivos en la dinámica familiar, como consecuencia de la toma oportuna de los medicamentos, pues manifiestan llevar una mejor relación con sus familiares desde que el médico les recetó una droga para “estar más tranquilos y dormir mejor”. La mejora y el reconocimiento de la individualidad de las personas en su condición de pacientes psiquiátricos, posibilita una mejor proyección de la salud en la medida que la enfermedad disminuye su sintomatología, asimismo, la comunicación, antes trunca, muestra mejoría como resultado de un proceso de tratamiento seguido y oportuno.

Gráfico 13 Percepción de mejoramiento de las relaciones familiares.



Nota: Fuente. La autora. Año 2013.

Sin embargo, a pesar que el tratamiento médico incide en la mejoría de la dinámica familiar, cerca de la mitad de las personas encuestadas sienten que no son apoyadas por sus familiares en el momento de recibir la atención médica necesaria, es decir acompañamiento, en la mayoría de los casos porque no se considera necesario, y otras ocasiones por falta de cohesión en la dinámica familiar, en donde cada quien vela por su salud.

Respecto a lo anterior el sentimiento de abandono se hace evidente en el 46% de la población que debe acudir solo(a) a la consulta médica; los casos en los cuales el personal del ancianato hace el acompañamiento corresponde al 2%, pertenecientes al adulto mayor. Otro porcentaje de la población (50%) acude a los controles médicos en compañía de un miembro de su núcleo familiar ya sea madre, padre, hijo(a) o esposo(a) frente a un 2% que acude con otro familiar diferente de su núcleo principal. Ver Tabla 3.

Tabla 3 Persona cercana al paciente en el proceso de acompañamiento de la enfermedad.

Acompañamiento	Número	%
Solo	21	45.65%
Hijo, padre, madre, hermano, esposo(a)...	23	50%
Personal del Ancianato	1	2,17%
Otro familiar cercano	1	2,17%

Nota: Fuente. Población encuestada. Año 2013.

Informar a la familia acerca de las características de la enfermedad y enseñarles cómo afrontarlas puede reducir las recaídas y aumentar de forma notable la calidad de vida del paciente. (Mèdiques, Incipiente, Consumo, Salud, & Salut, 2009, pp. 92-93).

Discusión

Los predictores sociodemográficos reconocidos, se confirmaron respecto a la mayor parte de los trastornos estudiados; destacaron en ello el sexo y el grupo de edad en riesgo de presentar la enfermedad específica, así como tener una relación de convivencia en estado de soltería.

El sexo que más predomina es el sexo femenino con una incidencia del 59% de la atención recibida, conforme al comportamiento de la muestra. Esta cifra a su vez se alimenta con los datos de la patología que muestra una incidencia de las enfermedades de orientación depresiva, lo cual podrá brindar un horizonte desorientador sobre la manifestación de ciertas enfermedades dependiendo de variables como el sexo o la edad.

La poca escolaridad y la escasez de ingresos guardan estrecha relación con la identificación de barreras personales indirectas que se refieren en buena medida al escaso acceso a los servicios (solo para medicación o cuando se manifiesta la enfermedad).

No es despreciable la frecuencia con que se menciona la confianza en los agentes de salud, aunque se espera que se cuente con una mejor accesibilidad por parte de los/las usuarias/os. A pesar de esto, las personas encuestadas manifiestan sentirse bien cuando la atención prestada va acompañada de un trato humano, sensible y cordial por parte del equipo profesional y de la entrega oportuna de los medicamentos y la asignación temprana de las citas de control.

En la muestra estudiada se presentó algún trastorno mental con mayor tendencia a los trastornos de ansiedad. El 22% no contacta con los servicios médicos sino hasta la manifestación de la enfermedad. Este porcentaje es preocupante debido a la plena manifestación de ciertas patologías que afectan las relaciones sociales y tienden con el tiempo al aislamiento y exclusión del paciente. Asimismo la iniciación oportuna del tratamiento mitiga el impacto de la enfermedad sobre la vida del paciente y su familia.

La terapia administrada con mayor frecuencia fue la farmacológica, el cual actúa como principio rector de las consultas realizadas por los pacientes, fuese como terapia única o en combinación con alguna forma de terapia psicológica. Casi el 65 % de los que presentaron cualquier trastorno mental y consultaron a los servicios sanitarios han acudido al tratamiento mediante el uso de medicamentos.

El psiquiatra fue el tipo de profesional menos consultado para todas las condiciones en las que había algún trastorno mental. Se consultó más frecuentemente al médico general. Sin embargo, se carece de un equipo terapéutico completo local que ayude a la mitigación del impacto sobre la salud global y la armonía de la dinámica familiar.

Se evidencia la falta de que exista un grupo de trabajo centrado en las enfermedades mentales, no solo representado por personal de la medicina sino que además incluyan profesionales del área de

lo social y humano que facilite la autonomía y el ejercicio activo de los derechos en los individuos, pues el mejoramiento de la salud mental no solo aqueja un manejo médico del paciente sino una restitución colectiva desde la familia como principal ente de la sociedad.

Se presenta vulnerabilidad frente al manejo y atención de los usuarios por parte del equipo médico, pues se está orientando la atención médica hacia la manifestación de la patología, mas no a la prevención luego de manifestada, en aras de proteger al paciente.

Conclusiones.

El abordaje de la salud ha estado muy ligado a la ausencia de enfermedad, y la salud mental no escapa de esta noción; sin embargo esto ha ido cambiando a través del tiempo debido a la necesidad de reestructuración de aquellos aspectos más importantes de la vida de los seres humanos, por el surgimiento de nuevas problemáticas sociales en donde la presencia de enfoques integrales favorece la mitigación de los impactos sobre las poblaciones más vulnerables.

El municipio de Guaca carece de un registro de la población que realmente padece una enfermedad psiquiátrica o una problemática de salud mental y hasta el momento no existen investigaciones que apunten a avanzar en el abordaje de esta situación.

Dentro de la investigación realizada, las diferencias entre edad y sexo recalcan la importancia que tienen ciertas variables sociodemográficas en la atención y adhesión a tratamiento por parte del paciente, ya que éstas categorías sugieren determinados tipos de comportamiento propios de la naturaleza y el ciclo vital del hombre dado en etapas, con respuestas diferentes para cada género y para cada grupo etario, y de la misma forma se dará el tratamiento y orientación de cada caso correspondiente. Las necesidades y expectativas, por ejemplo, del adulto mayor respecto de la población joven demandan retos y particularidades en la prestación de servicios y en el seguimiento psico-biológico del paciente y su relación con el medio.

Aun cuando la tasa de incidencia de las enfermedades mentales en los niños, niñas y adolescentes es poco significativa como se evidenció en el gráfico 1, la importancia de trabajar con ellos en

educación sobre estilos de vida saludable, para evitar que desarrollen enfermedades de salud mental, y hábitos protectores que los mantengan alejados de la posibilidad de enfrentarse a problemáticas comunes como el consumo de cigarrillo, de alcohol y sustancia psicoactivas, y sean futuros pacientes psiquiátricos porque no se logró la promoción y prevención para mitigar el contacto con los factores de riesgo, por medio de la creación de un proyecto de vida.

La escasa preparación académica de la población estudiada, independiente de las dificultades propias de las enfermedades que se padecen, puede ser entendida mediante la realidad nacional de olvido proveniente del Estado, en muchas de las políticas a nivel global y local, y la debilidad en el sistema educativo oficial, específicamente en el caso de la población rural, pues los subsidios de transporte, falta de vías y otros recursos son grandes limitantes de la educación desde la perspectiva de gratuidad, cobertura y calidad, rasgos fundamentales de la Educación Pública, contemplados en la Constitución Política Nacional y la Ley General de Educación; además de ser uno de los intereses de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de las Naciones Unidas (115 de 1994). Es así que la zona rural actúa como un elemento de análisis para tener en cuenta en la consolidación de la familiaridad del trastorno mental.

Por su parte, el detenimiento en las actividades laborales indica sumarle al problema de salud, una grave situación de vulnerabilidad económica, muchas veces asociada además a las grandes desigualdades sociales y la concentración de cinturones de pobreza en las zonas rurales principalmente de los municipios alejados de las ciudades grandes, en donde las oportunidades de educación, acceso a servicios públicos, entre otros, son condicionantes que atenúan la situación de injusticia social presente en estas zonas rurales de Colombia.

El inicio de las enfermedades psiquiátricas con frecuencia se da a edades tempranas (adolescencia), lo que causa que estas personas con dificultad establezcan relaciones sociales afectivas, quizá porque en los pueblos y zonas rurales aún se concibe la enfermedad mental como algo supra-humano asociado a fenómenos sobrenaturales, resultado de la poca y efectiva educación para la vida y la salud.

En lo referente a la atención de la enfermedad, el inicio de las patologías psiquiátricas con frecuencia se da a edades tempranas (adolescencia), lo que causa que estas personas con dificultad establezcan relaciones sociales afectivas, quizá porque en los pueblos y zonas rurales aún se concibe la enfermedad mental como algo supra-humano asociado a fenómenos sobrenaturales, resultado de la poca y efectiva educación para la vida y la salud.

Los trastornos adaptativos son producto de dificultades relacionadas con los ámbitos familiares, por ejemplo, los divorcios, la pérdida de un hijo, entre otros, que generan problemas de alto contenido emocional como la depresión, la ansiedad, y otras (Diaz & Puig, 1985, p. 27). Finalmente los trastornos psicóticos dependen de malos hábitos de sueño, abuso de sustancias psicoactivas, para el caso especial de los pacientes con esquizofrenia.

Es evidente que las necesidades no son cubiertas dentro de la prestación de los servicios de salud, como son los programas de promoción, detección temprana y manejo socio-familiar de las patologías mentales, lo cual tropieza con un aumento de la demanda de estos tipos de servicios especializados y una serie de cosmovisiones en torno al paciente mental que sólo genera espacios discriminativos y excluyentes.

La atención a la salud mental en Colombia presenta déficit, pues solo el 23% de las personas que padecen una enfermedad mental en el país, recibe tratamiento, y el total restante ha tenido que aprender a convivir con la depresión, la ansiedad, el insomnio y los altibajos en el estado de ánimo y la atención por parte de las Entidades Prestadoras de Salud solo se da en el momento de presentar una crisis. A pesar de las constantes alarmas de los psiquiatras y pacientes y la declaración de la Ley de Salud Mental, la problemática va más allá del acceso a los medicamentos, teniendo en cuenta el elevado número de personas las cuales ven afectada su salud mental.

Lo anterior es coherente si se entiende desde el modelo de Aday y Andersen sobre uso y acceso a los servicios de salud en el cual el uso se ve influido por factores de capacidad del individuo como el aseguramiento y el estrato socioeconómico; factores de predisposición como la edad, el sexo y los antecedentes familiares de trastornos mentales; factores de necesidad como la

autopercepción del estado de salud, la severidad de la enfermedad y la presencia de comorbilidad; y factores de los servicios de salud, es decir la oferta de atención.

El seguimiento de aquellos aspectos que mejoran o por el contrario presentan retroceso, para cada uno de los casos, tanto en sintomatología como en la parte conductual del paciente de salud mental, es fundamental, pues una sola visita al médico psiquiatra para que proporcione un diagnóstico no garantiza un verdadero ejercicio de salud integral; por otro lado la importancia de la terapia conductual para aquellos pacientes que presentan trastornos del sueño, del estado de ánimo y estrés, en Colombia solo pueden acceder aquellas personas que tienen el recurso económico para recibir este tratamiento.

Para completar este análisis, se tiene que en las familias estudiadas es la mujer quien está al pendiente de aquel sujeto sometido al castigo social por sus actos, del destinado a la muerte que poco a poco configura la desatención de los demás. El castigo social se revela en el rechazo y el abandono al que la sociedad los somete, así como también el estigma de padecer una enfermedad mental que los hace “diferente” de lo que comúnmente se cree normal.(Foucault, 1998, p. 56).

Sin embargo, en muchos casos, una vez manifestada y/o diagnosticada la enfermedad se produce un cambio familiar desestructurante, como es el abandono familiar. Algunos aducen rabia o frustración por la actitud tomada por familiares que lo único que provoca es ahondar o reiterar las manifestaciones de la enfermedad.

Por eso, el abandono de los pacientes por parte de sus familiares cercanos es en muchos casos una realidad que radicaliza las patologías y sus síntomas, a falta de esa primera instancia a la que acude el ser humano cuando en su vida existen problemas: la familia como red de apoyo, pues como anteriormente se mencionó, aun no existe ningún mecanismo ni entidad que cumpla con la satisfacción de las necesidades socio afectivas como sucede naturalmente desde el seno de un hogar, pues es en la familia en donde finalmente se ayudará a la persona a mejorar de alguna forma su calidad de vida.

Existe una notable mejoría en las relaciones familiares posterior a la toma de los medicamentos y el tratamiento oportuno, pero al mismo tiempo desinterés de los familiares de los pacientes frente al proceso de recuperación de la salud mental evidenciado en un profundo sentimiento de abandono, que a pesar de e tratamiento farmacológico, no contribuye en la recuperación de los aspectos tanto físicos como psicológicos.

Esta situación también deja entrever que la familia necesita información clara y precisa por parte de todo el equipo asistencial sobre la atención primaria a seguir con el paciente, pues al momento de presentar una crisis, es la familia quien intenta controlar los síntomas y signos, a causa de la familiaridad que se tiene con la enfermedad y el enfermo.

En este caso, las redes de apoyo son fundamentales en el proceso para lograr mejorías en el estado de salud de las personas con alguna patología mental, debido a que la sola toma del medicamento como único tratamiento, no garantiza la recuperación de la enfermedad, pues promover la conformación de vínculos afectivos y significativos que den paso a la construcciones de redes sociales y laborales entre otras, contribuye a encontrar opciones diferentes a la exclusión y la segregación, al aislamiento y la marginalidad. Asimismo la población atendida muestra que no cuenta con el apoyo familiar adecuado para el mejoramiento con base en la utilización de los tratamientos pertinentes y necesarios en el caso de la salud mental y los trastornos psiquiátricos.

Además, en las familias en donde existe alguno o varios miembros con enfermedad mental, suelen presentarse altos niveles de estrés en sus demás miembros, somatizado en respuestas emocionales negativas tales como la violencia intrafamiliar, ira, rabia, frustración, miedo, resentimiento, tristeza que desembocan en la disolución de la familia.

Es así que la presencia del trastorno mental en la familia juega un papel importante en el manejo diferencial de las respuestas, el sentimiento de afectación está orientado en la medida que permite vislumbrar el afrontamiento dado por la familia del paciente a su cuidado y acompañamiento.

Para programar y replantear las políticas de salud mental en el municipio es importante la identificación de los pacientes en grupos de género, ubicación y de las mismas patologías que

padecen, y también para a nivel local poder ubicar estos pacientes con el fin de hacer seguimiento de su proceso de salud-enfermedad.

A pesar de que ya existe una preocupación por la Salud Mental como componente de la Salud Pública, la necesidad de la investigación desde las Ciencias Sociales se manifiesta en la creciente presencia de factores como violencia de género, acentuación de la pobreza, tasa alta de analfabetismo que van directamente a determinar la calidad de vida de los seres humanos.

Es así como el Trabajo Social con comunidades agrícolas y rurales, en el caso del municipio de Guaca, implica educación para la vida y la salud, empoderamiento de cada realidad particular y transformación desde lo particular hacia lo macro-social; por la naturaleza interventiva de la profesión se debe mediar en la relación sujeto-necesidad, obviando los paradigmas tradicionales e inscribiendo en la historia una intervención propia orientada hacia el ser humano como individuo parte de un mundo cambiante, en la que todo puede ser posible, en el momento de mejorar la calidad de vida de quienes son vulnerables frente a estos cambios en la sociedad.

A manera de cierre, la salud mental refiere a un proceso más social que biológico, y el Trabajo Social como ciencias social no es ajeno a la indagación e investigación sobre las causas que producen estas patologías, así como también en la formulación de políticas que garanticen un trato humano y digno de estos pacientes en el mundo entero, buscando una mayor participación de la profesión en el campo de lo estatal, por lo cual se debe ahondar esfuerzos para contribuir en la ciencia y la salud.

Referencias Bibliográficas.

- Castaño Fierro, C., & Rodríguez Gorostiza, I. (1991). *Utilización de los servicios de salud mental de Alcalá de Henares*. . Alcalá de Henares: Universidad de Alcalá de Henares.
- Díaz, F., & Puig, A. (1985). *Utilización de los servicios de salud en la seguridad social. Psiquiatría en la comunidad Autónoma Valenciana*. Valencia: Notas Psiquiátricas.
- Foucault, M. (1998). *La Historia de la Locura en la época clásica: Tomo III*. Bogotá: Fondo de Cultura Económica.
- Gisber, C. (2003). *Rehabilitación Psicosocial y Tratamiento integral del Trastorno Mental Severo*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría, .

- Montero, I. (2005) *Salud Mental. Programa de Formación de Formadores/as en Perspectiva de Género en Salud*. Universidad de Valencia
- Jimenez Jimenez, A. (2009). *Salud Mental en el Postconflicto Colombiano*. Revista Criminalidad: Volumen 51.
- Gonzalez, J., & Rodriguez, H. (2010). *Rehabilitación psicosocial y apoyo comunitario de personas con enfermedad mental crónica: programas básicos de intervención*. Ciudad de México: Consejería de servicios sociales. FLACSO.
- Guinsberg, S. (1990). *Normalidad, conflicto psíquico y control social*. Ciudad de México: Plaza y Valdés S.A.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente. Fòrum de Salut Mental, coordinación. *Guía de Práctica Clínica sobre la Esquizofrenia y el Trastorno Psicótico Incipiente*. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2009. Guía de Práctica Clínica: AATRM. Nº 2006/05-2.
- Inglott, R. (1999). *La cuestión de la transdisciplinariedad en los equipos de salud mental*. Barcelona: Asociación Española de Neuropsiquiatría.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, conceptos y teoría. En S. Moscovic, *Psicología social II Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (págs. 23-29). Buenos Aires: Paidós.
- Ministerio de salud. (21 de Enero de 2013). *SECRETARIA DEL SENADO*. Obtenido de COLOMBIA:
http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley/2013/ley_1616_2013.html
- MINISTERIO DE SALUD NACIONAL. (2003). *ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL - COLOMBIA 2003*. Bogotá: Colombia.
- Rodríguez, A. (1997). *Rehabilitación Psicosocial de Personas con Trastornos Mentales*. Madris: Pirámide.
- Rodríguez, J. (2007). La salud mental en América Latina y el Caribe: desafíos y perspectivas . *Revista de Psiquiatría Vol. 71, N° 1,* 78-86.
- Szasz, T. (1974). *El mito de la enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Szasz, T. (1982). *Ideología y enfermedad mental*. Buenos Aires: Amorrortu.