



Revista Electrónica de Psicología Iztacala



Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 23 No. 1

Marzo de 2020

CALIDAD DE VIDA DEL ENFERMO MENTAL EN EL MUNICIPIO DE JALPA ZACATECAS

Claudia Gómez Sígala¹, Keyla Miranda Vázquez Gómez² y Samantha Arizpe Robles³

Universidad Autónoma de Zacatecas "Francisco García Salinas"
Unidad Académica de Psicología
México

RESUMEN

Se analiza y describe la calidad de vida de 6 personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, como Esquizofrenia, Adicciones, Demencia Vascular, y Retraso mental, habitantes del Municipio de Jalpa Zacatecas. Se aplicó la encuesta "Discapacidades, deficiencias y estado de salud mental" por alumnos de 9° Semestre de la Unidad Académica de Psicología de la Universidad Autónoma de Zacatecas campus Jalpa (2017). Se analizaron los datos de forma cualitativa- descriptiva. Resultados: caso A al F, guardando la confidencialidad de los encuestados, y seccionado por áreas. Perfil socioeconómico: medio, Atención Médica: baja y con poco acceso al servicio de profesionales de la salud mental, Dinámica Familiar: encargados de la vigilancia del tratamiento, manutención y cuidados del enfermo mental, familias pequeñas. Educación: incompleta o nula debido a la imposibilidad de la enfermedad misma y Calidad de Vida: dependencia total o parcial para satisfacer sus necesidades básicas, físicas, biológicas y sociales. Existe baja participación del sector gobierno y social para promover la calidad de vida de los enfermos mentales. Se propone diseñar nuevas estrategias comunitarias y gubernamentales, que actúen en los niveles, primario, secundario y terciario, que permitan la mejora de la calidad de vida del enfermo y familiares.

Palabras claves: salud mental, enfermedad mental, calidad de vida.

¹ Correo Electrónico: Clau_gs8@hotmail.com

² Correo Electrónico: keymivazquez@hotmail.com

³ Correo Electrónico: sam_arizpe@hotmail.com

QUALITY OF LIFE OF THE MENTALLY ILL IN THE MUNICIPALITY OF JALPA ZACATECAS

ABSTRACT

It analyzes and describes the quality of life of 6 people suffering from some type of mental illness, such as schizophrenia, addictions, Vascular dementia, and mental retardation, inhabitants of the municipality of Jalpa Zacatecas. We applied the survey "disabilities, deficiencies and state of mental health" by students of 9 ° semester of the academic unit of Psychology of the Autonomous University of Zacatecas campus Jalpa (2017). Data were analyzed in a qualitative-descriptive way. Results: Case A to the F, keeping the respondents confidential, and sectioned by areas. Socioeconomic profile: Medium, medical care: low and with little access to the service of mental health professionals, family dynamics: responsible for the vigilance of the treatment, maintenance and care of the mental patient, small families. Education: Incomplete or null due to the impossibility of the disease itself and quality of life: Total or partial dependence to satisfy their basic, physical, biological and social needs. There is a low participation of the government and social sector to promote the quality of life of the mentally ill. It is proposed to design new community and governmental strategies, that act at the levels, primary, secondary and tertiary, that allow the improvement of the quality of life of the sick and family.

Keywords: mental health, mental illness, quality of life.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental es el “bienestar que una persona experimenta como resultado de su buen funcionamiento en los aspectos cognoscitivos, afectivos y conductuales, y en última instancia el despliegue óptimo de sus potencialidades individuales para la convivencia, el trabajo y la recreación”.

En cambio, la misma OMS (Organización Mundial de la Salud) define la enfermedad mental como: “alteración de tipo emocional, cognitivo y/o comportamiento, afectando procesos psicológicos básicos; emoción, motivación, cognición, conciencia, conducta, percepción, sensación, aprendizaje, lenguaje, etc. Lo que dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social creando una forma de malestar subjetivo”. Es importante saber que las enfermedades mentales se pueden tratar para lograr la recuperación o permitir que la persona que la padece pueda tener una mejor calidad de vida.

Según la OMS, la calidad de vida es: "percepción que el individuo tiene de su existencia, contexto cultural, sistema de valores, relación con sus objetivos, expectativas, normas, influyendo la salud física del sujeto, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, y relación de elementos esenciales de su entorno". Para la OMS esto implicaría una serie de componentes de carácter objetivo como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, los vestidos, el ocio y los derechos humanos. Que como se verá más adelante, son los componentes en este estudio.

Ardila (2003) propone a su vez una definición de calidad de vida más integradora y actual: "estado de satisfacción general derivado de la realización de las potencialidades de la persona, como sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social; intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal, bienestar material, relaciones armónicas con su entorno, y salud percibida". En este sentido, lograr que la población conserve la salud mental, además de la física, depende en gran parte, de la realización exitosa de acciones de salud pública, para prevenir, tratar y rehabilitar.

Con respecto a acciones sobre salud mental Desviat y Moreno (s.f), señalan la necesidad de gestiones que se adecuen a las problemáticas de los pacientes, pues son ellos los que cambian y exigen un amplio menú de acciones terapéuticas y de apoyo comunitario, un nuevo modelo que integre una clínica donde se rompan las dicotomías individual, social, biológico y psicológico, con un paradigma científico centrado en el cuidado y la ciudadanía, una clínica ampliada, donde se articula un eje clínico con uno político en torno a lo cual implica nuevas actitudes y acciones que posibiliten los principios de la psiquiatría comunitaria:

Se concibe el acto terapéutico como una acción integradora de la promoción y prevención primaria y secundaria de la salud, curación y la rehabilitación; la integración de los cuidados en la atención sanitaria, social y comunitaria; consideración de la calidad subjetiva de vida del enfermo y de las personas de su entorno (marco ético), de sus derechos y autonomía; se asumen conceptos como empoderamiento, resiliencia y recuperación; comunidad organizada para la defensa de los derechos de los pacientes mentales; integración del saber popular

(medicina tradicional, grupos de autoayuda); reconocimiento de la importancia de las actividades intersectoriales entre los diferentes proveedores de servicios: sociales, sanitarios y comunitarios.

Por otra parte un adecuado sistema de salud responde en forma equilibrada a las necesidades y expectativas de la población, que para ser sustentable requiere de una correcta dirección y una inversión coherente en los diversos bloques que conforman el sistema de salud, así como proveer los servicios para la adecuada atención de la comunidad, respecto a México, Zurn et al. (2002) señalan que en el sistema de salud mexicano se pueden evidenciar, por lo menos, cinco tipos de desequilibrio: geográfico, de género, en la relación de profesionistas y especialistas, en la atención pública y privada y desequilibrios institucionales y de servicios. Para que un sistema de salud sea conveniente, debe responder en forma equilibrada a las expectativas y necesidades de la población, y para ser sustentable requiere de una adecuada dirección y una inversión coherente en los diversos bloques que conforman el sistema de salud, así como proveer los servicios para la adecuada atención de la comunidad. De acuerdo a la proporción y acceso de servicios en el ámbito profesional sobre salud mental, cabe mencionar la escases con la que cuenta nuestro país, y específicamente nuestro estado y municipio, presentado en el siguiente apartado:

En un estudio realizado por Heinze, Chapa y Carmona (2016) sobre los especialistas en Psiquiatría en México para una población estimada de 119 530 753 habitantes según el censo del INEGI del 2015, se obtuvo una tasa de 3.68 psiquiatras por cada 100 000 habitantes (cuadro 1). Sin embargo, su distribución no es homogénea a pesar de que todos los Estados de la República Mexicana cuentan con un determinado número de psiquiatras. Los tres Estados con mayor número de psiquiatras que son: la Ciudad de México (42.09%), Jalisco (11.22%) y Nuevo León (7.03%) concentran al 60.34% del total de psiquiatras en México; el 39.66% restante se encontró distribuido en las 29 entidades federativas restantes y concentrados principalmente en zonas urbanas. Los Estados con menor número de psiquiatras en conjunto suman el 1.5% (62 especialistas) del total de psiquiatras del país, que son Tlaxcala con 55 psiquiatras por cada 100 000

habitantes, seguido de Zacatecas y Chiapas, ambos con 0.57 psiquiatras por cada 100 000 habitantes.

La disminución de la calidad de vida y el aumento de las enfermedades mentales puede verse afectado o propiciado por la vulnerabilidad de las personas en sus diferentes variantes, pues la salud mental se relaciona con la pobreza, en donde la incidencia de estos padecimientos exige de los afectados mayor proporción de los pocos ingresos que generan, además de lo incapacitantes que resultan, que como consecuencia disminuyen o frenan el potencial de desarrollo de las personas y por tanto de los núcleos familiares. Tal como lo mencionan Sandoval y Richard (s.f.) en su documento de Salud Mental, presentados a continuación:

Pobreza: mala nutrición, carencia de servicios básicos, marginalidad acceso limitado a los servicios educativos y de salud, además. Trastornos mentales y pobreza encerrados en un círculo vicioso, en tanto que los trastornos mentales generan costos por concepto de tratamientos de largo alcance y de productividad perdida, lo que puede contribuir a la pobreza.

Trabajo: (Personas desempleadas) tienen más síntomas depresivos que las que encuentran trabajo.

Bajo nivel de educación: dificulta el acceso a la mayoría de trabajos profesionales, aumenta la vulnerabilidad e inseguridad y contribuye al mantenimiento de un capital social disminuido.

Violencia y trauma: afectan el bienestar mental general y pueden inducir trastornos mentales en los más vulnerables.

Mujeres trabajadoras (Programa de Acción de la Secretaria de Salubridad y Asistencia, SSA): Las familias mexicanas se encuentran en un complejo momento de transición debido al cambio de los roles en el hogar, traducido en un fuerte aumento en las tensiones, lo que ha incrementado de manera considerables la incidencia de la problemática mentales en este grupo.

Personas con discapacidad: Si la población discapacitada no es atendida adecuadamente, padece desajustes psicosociales, problemas de desintegración familiar, analfabetismo, desempleo, mendicidad y problemas económicos graves, todos ellos factores de estrés emocional importantes.

En base a lo antes mencionado, el objetivo de esta investigación fue conocer y describir el contexto y calidad de vida en el que se desenvuelven las personas con enfermedades mentales de una población semiurbana, en las variables de: estilo y calidad de vida, tratamientos, atención médica, la influencia familiar o de cuidadores en el avance o deterioro de la enfermedad, apoyos y atención de las distintas estancias gubernamentales.

MÉTODO

La muestra está constituida por 6 personas que varían en edad desde jóvenes hasta adultos, con algún tipo de enfermedad mental. Del total de la muestra 5 corresponden al sexo masculino y 1 al femenino. Todos los participantes son residentes del municipio de Jalpa, Zacatecas.

Para levantar la información, se realizó mediante una encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud mental la cual fue creada por los alumnos de noveno semestre de la unidad académica de psicología. Dicha encuesta es de tipo semiestructurada con preguntas de opción múltiple y algunas preguntas abiertas, consta de 6 apartados que son ficha de identificación del paciente, perfil socioeconómico, atención médica, dinámica familiar, calidad de vida y educación.

La aplicación del instrumento se realizó a través del cuidador (a excepción de uno, que respondió directamente), en el domicilio del enfermo mental. Todas las encuestas fueron llenadas de forma voluntaria e individual. Los participantes recibieron información sobre los objetivos y el procedimiento de la investigación, como también se les aseguro confidencialidad en sus respuestas.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los datos obtenidos de cada caso, especificando con particularidad cada uno de los apartados del instrumento aplicado en el orden siguiente: ficha de identificación del paciente, perfil socioeconómico, atención médica, dinámica familiar, calidad de vida y educación. En el apartado 1 (ficha de

identificación), se realiza la omisión de algunos datos personales de los encuestados para guardar su confidencialidad.

Caso A:

Ficha de Identificación:

L.A.R.A Mujer de 20 años de edad, de religión católica, sin escolaridad y estado civil soltera.

Perfil Socioeconómico:

Su posición económica se ubica en el nivel bajo, habita en una vivienda prestada que actualmente cuenta con todos los servicios básicos como Luz, Agua potable, Luz Eléctrica, Drenaje y Boiler, su ingreso económico lo recibe de sus familiares como tíos y primos debido a su imposibilidad para trabajar y no cuentan con ningún apoyo económico del gobierno.

Atención Médica:

L.A.R.A fue diagnosticada, por un Neurólogo, con Retraso Mental (con Psicosis secundaria), Epilepsia (con Crisis de Difícil control) a lo que su cuidador (su madre) refiere causas orgánicas ya que todo inicio con la vacuna de la polio cuando L.A.R.A tenía apenas un año y medio de edad, generándole convulsiones prolongadas, desde hace más de 18 años lleva un tratamiento y seguimientos anuales con el Neurólogo. Recibe también atención médica y cuenta con los servicios de salud del IMSS.

Además de las causas orgánicas de la enfermedad, se hace referencia a antecedentes biológicos de la enfermedad en sus familiares ya que un tío abuelo materno presentaba también convulsiones, un primo paterno no tenía movilidad de sus extremidades y la madre (cuidador) a sufrido periodos de Depresión leve.

Nota

El retraso mental es una discapacidad caracterizada por las limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa (conjunto de habilidades aprendidas por las personas para funcionar en su vida diaria). (DSM-IV)

La psicosis es el **estado mental que se caracteriza por una alteración de la percepción de la realidad. (DSM-IV)**

La epilepsia es una enfermedad cerebral crónica, caracterizada por convulsiones recurrentes. Estas convulsiones son episodios breves de movimientos involuntarios que pueden afectar a una parte del cuerpo o a su totalidad y a veces se acompañan de pérdida de la consciencia y del control de los esfínteres. (OMS)

Dinámica Familiar:

Comparte vivienda únicamente con su madre (quien funge como su cuidadora) de 47 años de edad, divorciada, de escolaridad primaria y dedicación exclusiva al hogar. Es la madre quien se encarga de los cuidados totales de L.A.R.A y realiza funciones tales como alimentarla, bañarla, vestirse, proporcionar medicamentos, entre otros debido a que ella no tiene movilidad en su totalidad, lo que la hace totalmente dependiente a ella.

Calidad de vida:

Recibe atención y cuidados por su madre quien nunca ha sido capacitada para realizar tales labores, sin embargo se ha visto en la necesidad de aprender por sí sola, la madre realiza desde el cepillado de dientes hasta actividades como cambiarle el pañal o la sonda. Regularmente se le dedican de 15 a 20 horas al día para su cuidado, le proporcionan alimentos de 3 a cuatro veces al día, se le asea de una a dos veces por semana, debido a la dificultad para moverla y lo delicado de su enfermedad. La cuidadora refiere que el sueño de L.A.R.A abarca de 8 a 10 horas diarias.

Educación:

No tuvo acceso a la escolaridad debido a las dificultades de su enfermedad, pues no tiene habla, ni movilidad desde que tenía alrededor de 1 año y medio, lo que le imposibilita estar fuera de casa o convivir con la comunidad escolar.

Caso B:

Ficha de Identificación:

M.M hombre de 63 años de edad de religión católica, escolaridad primaria y estado civil soltero.

Perfil Socioeconómico:

Se encuentra en un nivel socioeconómico medio, basado en que cuenta con vivienda propia en donde tiene habitación personal, y todos los servicios básicos

tales como agua, luz, drenaje, boiler, teléfono, internet, entre otros. Depende económicamente de sus familiares ya que él no puede ejercer laboralmente debido a su discapacidad y la dificultad regional en cuanto al acceso a empleos y no recibe ningún tipo de apoyo gubernamental.

Atención Médica:

M.M presenta enfermedades tanto físicas como mentales ya que fue diagnosticado por los médicos con Diabetes tipo II y retraso mental. Recibe atención médica únicamente en Centros de Salud Privada de donde recibe el tratamiento a sus enfermedades, su cuidadora (hermana) refiere a la enfermedad con causas biológicas ya que nació con ellas, no tiene antecedentes de atención Psiquiátrica o Psicológica.

Nota: Concepto de diagnóstico presentado en caso A

Dinámica Familiar:

Comparte vivienda con dos personas más, quienes son su hermana de 68 años, soltera, licenciada en Psicología, pensionada, quien funge además como cuidadora principal y además su hermano de 63 años de edad, divorciado, estudios en secundaria, agricultor.

Como se mencionó anteriormente es su hermana quien se encarga de sus cuidados principales, aunque M.M es muy independiente ya que cuenta con la capacidad de vestirse por sí solo, ir al baño, rasurarse, trasladarse dentro del hogar incluso ayudar en las labores domésticas del hogar, para lo único que requiere atención completa es en la toma de medicamentos (por los horarios).

Calidad de vida:

Su cuidadora refiere que M.M recibe mucha atención a pesar de que nunca ha recibido capacitación por sus cuidados. Al día regularmente se le dedican 4 horas, como tres o más veces, se hace de tres a cuatro veces por semana, todo por sí solo.

Educación: curso sus estudios hasta segundo grado de secundaria, en horario matutino en instituciones tanto públicas como privadas, interrumpió sus estudios debido a causas familiares, ya que estos prefirieron alejarlo del ámbito educativo para insertarlo en la actividad laboral del padre, el campo. Su cuidadora considera

que su desempeño en las actividades académicas fue regular, tenía buena relación con los docentes y compañeros de clase, el sustento económico de sus estudios los proporcionaban sus hermanos mayores.

CASO C

Ficha de identificación:

M.M.M. Hombre de 50 años de edad, religión católica, escolaridad de secundaria y estado civil soltero.

Perfil socioeconómico:

Su nivel económico es medio, cuenta con casa propia y los servicios básicos de vivienda como: agua, luz eléctrica, drenaje y gas. Es desempleado en lo cual la familia cumple con los gastos y no recibe apoyo gubernamental.

Atención médica:

El ciudadano presenta una enfermedad mental (retraso mental) debido a causas biológicas y actualmente recibe atención médica.

Nota: Concepto de diagnóstico presentado en el caso A

Dinámica familiar:

Comparte vivienda con su madre de 90 años de edad quien ya no puede realizar tareas domésticas ya que está postrada a una silla de ruedas y ha perdido la movilidad de su cuerpo debido a su edad, y su hermana de 65 años quien es pensionada. M.M.M puede realizar actividades por sí solo como vestirse, bañarse, ir al baño entre otras, las únicas en las que necesita ayuda es en preparar el alimento, rasurarse o depilarse, lavar su ropa y tomar su medicamento.

Calidad de vida:

Los cuidados que se le brindan al enfermo mental son de medida moderada los cuales son de parte de su hermana la cual señala que no recibió capacitación alguna de cómo atenderlo. Los cuidados que le proporciona son de preparar alimento 3 veces al día y el medicamento según señale el doctor siendo que la mejoría ha sido regular bajo las atenciones médicas. El tiempo que ella pasa con él son de 2 horas, comenta que él duerme más de 8 horas al día que no tiene problemas de conciliar el sueño y se asea de 3 a 4 veces por semana.

Educación:

Asistió a la secundaria de Educación Especial pública llegando hasta su segundo grado de estudio, los abandona por cuestiones personales y económicas. La convivencia con los docentes y compañeros fue buena pero su desempeño fue regular. Quien sustentaba sus estudios fue su familia.

CASO D.

Ficha de identificación:

M.A.J. Hombre de 28 años de edad, religión católica, escolaridad secundaria y estado civil soltero.

Perfil socioeconómico:

El nivel económico es marginal debido a que es un indigente, no cuenta con un lugar fijo de vivienda ni mucho menos con algún servicio correspondiente. Trabaja en los recolectores de basura, donde así mismo se puede proporcionar un alimento y vestimenta, el pago que recibe en tal trabajo es menor de 1000 pesos. No depende de ningún familiar ni de ningún apoyo gubernamental.

Atención médica:

El ciudadano presenta una enfermedad mental debido al consumo de sustancias dañinas. No ha recibido ayuda médica, psicológica y no cuenta con algún servicio de salud.

Nota:

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias: Trastornos cuya gravedad va desde la intoxicación no complicada y el consumo perjudicial hasta cuadros psicóticos y de demencia manifiestos. Todos ellos son secundarios al consumo de una o más sustancias psicotropas aun cuando hayan sido prescritas por un médico. (CIE-10)

Dinámica familiar:

La persona no cuenta con una familia ni un lugar estable de vivienda, pero puede realizar actividades como vestirse solo, bañarse, preparar alimento entre otros pero cabe resaltar que todo esto se puede llevar a cabo en base a su contexto.

Calidad de vida:

No se le brinda ningún apoyo de atención de un cuidador debido a que es un indigente. Pero refiere que si encuentra un lugar para asearse, dormir y comer.

Educación:

Asistió hasta segundo de secundaria de educación regular de una institución pública, los abandona debido a causas económicas y no recuerda como fue la experiencia en la escuela, ni quien sustentaba sus estudios.

Caso E.

A.C.V hombre de 66 años de edad, de religión católica, escolaridad primaria y estado civil casado.

Perfil socioeconómico:

A.C.V se encuentra en un nivel económico medio basado en que cuenta con vivienda propia, no tiene habitación personal, pero cuenta con servicios básicos tales como agua, luz, drenaje, gas, teléfono, cocina, sanitario, entre otros. Actualmente cuenta con una pensión, dependiendo de la empresa donde proporcionó sus servicios antes de presentar la enfermedad, ya que hoy en día él no puede ejercer laboralmente debido a su discapacidad y la dificultad regional en cuanto al acceso a empleos y no recibe ningún tipo de apoyo gubernamental.

Atención medica:

A.C.V presenta enfermedades tanto mental como física ya que fue diagnosticado por los médicos con Cerebro Vascular Mixto, impidiendo en muchos aspectos ser funcional. Actualmente recibe atención médica en centros de salud público de donde recibe el tratamiento tanto por la enfermedad física y mental. Su cuidadora (conyugue) refiere a la enfermedad con causa biológica, ya que hay antecedentes en la familia con este tipo de enfermedad y ha estado internado en hospitales.

Nota

Demencia vascular: deterioro cognitivo secundario a lesiones cerebrales causadas por enfermedad cerebro vascular (ECV), con intensidad suficiente para interferir las actividades de la vida diaria. (Afate, 2017)

Dinámica Familiar:

Comparte vivienda con una persona más, que refiere se su conyugue de 61 años de edad, escolaridad secundaria, ama de casa, quien funge además como cuidadora principal.

Como se mencionó anteriormente es su hermana quien se encarga de sus cuidados principales, ya que A.C.V es totalmente dependiente para sus cuidados de aseo personal, suministro de medicamentos y de alimentos.

Calidad de vida:

Su cuidadora refiere que A.C.V recibe mucha atención a pesar de que nunca ha recibido capacitación por sus cuidados. Al día regularmente se le dedican 5 o más horas, alimentándolo dos o más veces al día, aseándolo de tres a cuatro veces por semana y ayudarlo para acostarlo, duerme más de 8 horas y la única actividad física que realiza el enfermo es caminar durante el día por la casa.

Educación:

Curso sus estudios hasta cuarto grado de primaria, en horario matutino de institución pública, interrumpió sus estudios debido a causas económicas ya que estos prefirieron alejarlo del ámbito educativo para insertarlo en la actividad laboral. Su cuidadora considera que su desempeño en las actividades académicas fue regular, tenía buena relación con los docentes y compañeros de clase, el sustento económico de sus estudios los proporcionaban sus padres.

Caso F:

U.J.S hombre de 36 años de edad, de religión apostólica, de escolaridad primaria y estado civil soltero.

Perfil socioeconómico:

U.J.S se encuentra en un nivel económico medio basado en que cuenta con vivienda prestada en donde tiene habitación personal y servicios básicos tales como agua, luz, drenaje, sanitario, dormitorio, ventilación, patio, entre otros. Depende económicamente de sus familiares ya que él no puede ejercer laboralmente debido a su discapacidad y la dificultad regional en cuanto al acceso a empleos y no recibe ningún tipo de apoyo gubernamental.

Atención medica:

U.J.S solo presenta enfermedad mental ya que fue diagnosticado por los médicos con Esquizofrenia, no tiene enfermedad física, ya que es funcional para realizar labores de casa. Recibe atención médica únicamente en Centros de Salud Pública de donde puede recibir la atención en caso de presentar alguna crisis,

actualmente no está bajo ningún tratamiento médico. Su cuidadora (madre) refiere a la enfermedad con causas orgánica ya que lo empezó a presentar en la adolescencia, si tiene antecedentes en su familia con el mismo diagnóstico. Tiene antecedentes de haber sido internado en hospitales de 0 a 3 meses.

Nota:

Esquizofrenia: Distorsiones fundamentales y típicas de la percepción, del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas. (CIE-10)

Dinámica Familiar:

Comparte vivienda con una personas más, quien refiere ser su madre de 61 años de edad, divorciada, trabaja en aseo de casas, quien funge además como cuidadora principal.

Como se mencionó anteriormente su madre es quien se encarga de sus cuidados principales, aunque U.J.S es muy independiente ya que cuenta con la capacidad de comer solo, ir al baño, rasurarse, cepillarse los dientes y el cabello, trasladarse dentro del hogar incluso ayudar en las labores domésticas del hogar, para lo único que requiere atención completa es para elegir ropa para vestirse y en ocasiones para bañarse.

Calidad de vida:

Su cuidadora refiere que U.J.S recibe mucha atención a pesar de que nunca ha recibido capacitación por sus cuidados. Al día regularmente se le dedican 4 horas, come tres o más veces, se asea una a dos veces por semana y duerme de 6 a 8 horas diarias.

Educación: curso sus estudios hasta segundo grado de primaria, en horario matutino de institución pública, interrumpió sus estudios debido a causas económicas y de salud ya que al presentar ciertas síntomas de la enfermedad ya no le era funcional intelectualmente. Su cuidadora considera que su desempeño en las actividades académicas fue muy malo, tenía buena relación con los docentes y compañeros de clase, el sustento económico de sus estudios los proporcionaban sus padres.

DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Las enfermedades mentales afectan tanto la calidad de vida de quienes la padecen, como la de los cuidadores, familiares y personas más cercanas, en aspectos tales como alimentación, educación, sociabilidad y acceso a servicios de salud. Efectivamente tal y como lo mencionan Sandoval y Richard (s/f) la pobreza y la enfermedad mental transitan en una especie de círculo vicioso, donde la enfermedad genera costos económicos altos en su tratamiento, imposibilidad laboral, rezago social y del mismo modo la pobreza genera enfermedad por diversos factores, como el poco acceso a los servicios de salud, bajo nivel de educación, mala alimentación, rezago social, es decir, la pobreza genera enfermedad y la enfermedad genera pobreza.

Respecto al ámbito educativo, se presentan niveles muy bajos en los enfermos mentales, ya que de los 6 casos encuestados, 1 tiene escolaridad nula, 3 primaria incompleta y 2 secundaria incompleta, referidos a la imposibilidad generada por la misma enfermedad y bajos niveles económicos, además de esto la misma enfermedad les imposibilita realizar labores con ingreso económico (5 de los 6 casos) por lo que dependen económicamente de sus familiares, quienes no tienen una cuota de apoyo fija, generándoles inestabilidad y déficits en sus tratamientos, al no poder costear los gastos de los mismos.

Además del ámbito económico, existe dependencia del cuidador para cubrir necesidades básicas, ya que 2 de los 6 casos presentan dependencia total del cuidador (vestirse, bañarse, alimentarse o defecar, movilidad), 3 tienen un nivel de dependencia medio, pues cubren por si solos funciones como el vestirse o bañarse pero requieren de otras, preparación de alimentos, vigilancia (para evitar accidentes), movilidad fuera de la vivienda, entre otras y solo uno se vale por sí mismo (caso D) . Es importante mencionar que de los 5 cuidadores solo 1 tienen capacitación en el ámbito de salud mental, el resto se ha visto obligado a aprender por si solos a base de errores y experiencias, lo que resulta alarmante y riesgoso tanto para el enfermo, retrasando su mejoría, como para el mismo cuidador, afectando sus niveles de salud física (cansancio excesivo, problemas musculares, entre otros), así como en su salud mental (estrés, depresión, tristeza, frustración).

Los cuidadores señalan que vivencian una especie de “invisibilidad” hacia la sociedad y el mismo gobierno de quien no reciben ningún tipo de apoyo, ni servicios económicos, alimenticios, ni de herramientas necesarias para el tratamiento de sus familiares, como sillas de rueda, camillas o medios de transporte, refieren la dificultad y poca viabilidad de los programas de gobierno, pues las exigencias para adquirirlas, se vuelven incongruentes tal como el hecho de asistir a reuniones en donde tienen que decidir sobre los cuidados de su enfermo mental o el apoyo hacia el mismo.

Respecto al ámbito de la salud mental, de los 6 casos ninguno cuenta actualmente con tratamiento psicológico o psiquiátrico referida probablemente a la escases de los servicios, ya que en el estado se cuenta con 0.57 psiquiatras por cada 100 000 habitantes, lo que dificulta el acceso a los servicios. En lo que refiere al ámbito psicológico el municipio cuenta con un Centro de Atención y Servicios Psicológicos (CISP) en donde proporcionan sus servicios 3 psicólogos del ámbito clínico, con una cuota accesible y adaptada al nivel económico de los pacientes sin embargo no ha existido el acercamiento ni la solicitud de los enfermos o familiares por la atención, en donde habrá que investigar las causas, ya sea desconocimiento del servicio, creencias negativas, u otros factores.

Cabe mencionar que la muestra de esta investigación resulta reducida para establecer programas generalizados o estrategias de intervención para mejorar la calidad de vida de los enfermos mentales, sin embargo puede ser la base o abrir paso a nuevos trabajos y denotar las necesidades de atención en las poblaciones semi-urbanas y urbanas para resultados más cuantificables. Se considera necesario realizar nuevas investigaciones con muestras más amplias que permitan conocer el número de enfermedades mentales con las que cuenta el municipio, sus características, mayores necesidades y así generar programas y estrategias de intervención funcionales para toda la población.

Sería importante que el gobierno y la población en general se inmiscuyera en las problemáticas que asechan a la sociedad, específicamente en el ámbito de la salud mental de forma real y contextualizada a cada región y población del país, ampliando los programas, promoviendo las enfermedades mentales no solo como

una problemática de quien la padece o de los familiares, sino de todos como comunidad humana, empezar a tomar acciones individuales y grupales que generen bienestar, dejando de lado los prejuicios, la discriminación y la desvalorización de los enfermos; informándose sobre las verdaderos signos y síntomas de tales padecimientos concientizando además sus derechos como respeto e inclusión en la salud, educación, ámbito laboral, social y familiar.

Prosiguiendo al contenido anterior se presenta una iniciativa de trabajo, presentada por la Asociación Española de Neuropsiquiatría Madrid 2012, en su texto “acciones de salud mental en la comunidad” (p.24), donde se presentan tres niveles de actuación comunitaria:

Prevención primaria: fomento de la salud, la educación sanitaria, la psicoprofilaxis y la intervención en crisis, requiere el conocimiento previo de la situación sanitaria de la comunidad, detección y estudio de los grupos de alto riesgo donde se identifiquen las influencias perjudiciales existentes en la zona de población donde trabaja, y las fuerzas ambientales.

La prevención secundaria: se trata de aumentar la disponibilidad y adecuación de los servicios para que éstos estén al alcance de toda la población.

Prevención terciaria: herramientas que van a permitir la recuperación o adquisición de habilidades que hagan posible una vida lo más normal, con la mejor calidad posible a pacientes con enfermedades mentales crónicas, la cual ha ocasionado limitaciones o falta de habilidades para el desempeño de sus actividades sociales.

Respecto al estudio anterior se considera que trabajando los tres niveles, que abarcan desde factores preventivos, ambientales, contextuales, tratamiento de la enfermedad en sí y rehabilitación social, se verá mejorada en gran medida no solo la calidad de vida de los enfermos mentales, sino de toda la población pues existirá mayor inclusión social, ámbitos saludables y tratamientos eficaces para quienes la padecen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Association on Mental Retardation (AAMR) (2004). Retraso **mental: definición, clasificación y sistemas de apoyo**. Recuperado de: http://ocw.um.es/gat/contenidos/fcabello/tema6/2_concepto_de_retraso_mental.html
- Ardila, R. (2003). Calidad de Vida: Una definición integradora. **Revista Latinoamericana de Psicología**, pp.161-164. Fundación Universitaria Konrad Lorenz. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/805/80535203.pdf>
- Asociación de familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias de Tenerife (Afate) (2017) **Demencia vascular y demencia mixta**. Recuperado de: <http://afate.es/demencia-vascular-y-demencia-mixta/>
- Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (s/f) **Psicomed.net**. Recuperado de: http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F10-F19.html
- Desviat, M., Moreno, A., (s/f) **Acciones de salud mental en la comunidad**. Recuperado de: <https://consaludmental.org/publicaciones/AccionesSaludMentalenlaComunidad.pdf>
- Heinze, G., Chapa, G y, Carmona, J. (2016). Los especialistas en psiquiatría México: **Salud Mental**, Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v39n2/0185-3325-sm-39-02-00069.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). **Calidad de vida**. Recuperado de: http://enciclopedia.us.es/index.php/Calidad_de_vida
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) **Epilepsia: Salud Mental**. Recuperado de: <http://www.who.int/topics/epilepsy/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). **Salud Mental: un estado de bienestar**. Recuperado de: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
- Sandoval, J., Richard, M. (S/F). La salud mental de México: **Servicio de investigación y análisis**. Recuperado de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/SaludMentalMexico.pdf>
- Zurn, P., Dal, M., Stilwell, B. y Adams, O. (2002). **Imbalances in the health workforce**: Briefing paper. Geneva, Switzerland: World Health Organization; Reporte no publicado.